25 aniversario

VOL. 25
Suplemento I
Octubre 2026
ISSN (en línea):
2007-7459



Horizonte sanitario

HUMANIZACIÓN DE LOS CUIDADOS: AVANCES DESDE LA INVESTIGACIÓN CIENTÍFICA

Universidad Juárez Autónoma de Tabasco
"Estudio en la duda. Acción en la fe"

revistahorizonte.ujat.mx



Horizonte sanitario

Universidad Juárez Autónoma de Tabasco

Lic. Guillermo Narváez Osorio
Rector

Dr. Wilfrido Miguel Contreras Sánchez
Secretario de Investigación, Posgrado y Vinculación

Consejo Editorial

Miguel A. Perez, California State University, Fresno (Estados Unidos de América)
Paula Cristina Remoaldo, Universidade do Minho (Portugal)
Antonio Heras-Gómez, Instituto Mexicano del Seguro Social (México)
Enrique Ruelas Barajas, Academia Nacional de Medicina (México)
Camilo Torres Serna, Universidad Libre de Cali (Colombia)
Josep Vaqué, Universidad Autónoma de Barcelona (España)
Nery Suarez Lugo, Escuela Nacional de Salud Pública (Cuba)
Hiram Vicente Arroyo Acevedo, Universidad de Puerto Rico (Puerto Rico)
Jorge E. Vidal , University of Mississipi Medical Center (Estados Unidos de América)
Magister Xinia Alvarado Zeledón, Universidad de Costa Rica (Costa Rica)
Roberto Tapia Conyer , Fundación Carlos Slim (México)
Roberto Zenteno Cuevas, Instituto de Salud Pública, Universidad Veracruzana (México)
Juan Luis Gerardo Durán Arenas, , Universidad Nacional Autónoma de México (México)
Nereida Rojo Pérez, Escuela Nacional de Salud Pública (Cuba)
Carlomagno Sancho Noriega, Universidad Nacional de Frontera (Perú)
Janet García González, Universidad Autónoma de Nuevo León (México)

DIRECTORIO

Editor en Jefe
Heberto Romeo Priego Álvarez

Editor Asociado
Manuel Lillo Crespo
Universidad de Alicante, España

Editor Invitado
Manuel Antonio López Cisneros

Gestión Editorial
Ángel David Sánchez Hernández

Corrección de Estilo
Fanny Carrera Fernández
Carmen de la Cruz García

Enlace Editorial y Bibliometría
Jaime Busquet García

Responsables de Traducción
Saraí Esther Martínez Raymundo
Irma Alejandra Coeto Calcáneo

Marcación XML
Elizabeth Pérez Vázquez
Walk Iria Chi Balan
Amairani Morales Hernández
Cristian Jesús Hernández Jiménez

HORIZONTE SANITARIO, Vol. 25 Suplemento I (2026): Humanización de los Cuidados: Avances desde la Investigación Científica, es una publicación cuatrimestral editada, publicada y distribuida por la Universidad Juárez Autónoma de Tabasco, Av. Gregorio Méndez Magaña, No. 2838-A , Col. Tamulté C.P. 86150, Villahermosa Tabasco, Tel (933) 358 1500 Ext. 6391, https://revistahorizonte.ujat.mx, horizontesanitario@ujat.mx. Editor Responsable Dr. Heberto Romeo Priego Álvarez, Reserva de derechos al uso exclusivo : 04-2014-102714205700-102, ISSN: 2007-7459, ambos otorgado por el Instituto Nacional del Derecho de Autor, Certificado de Licitud de Título y Contenido No. 16560, otorgado por la Comisión Calificadora de Publicaciones y Revistas Ilustradas de la Secretaría de Gobernación. La opinión expresada por los autores no necesariamente refleja la postura del editor de la publicación ni de la institución que la patrocina.

Queda prohibida la reproducción total o parcial de los contenidos e imágenes de la publicación sin previa autorización de la Universidad Juárez Autónoma de Tabasco.

Horizonte sanitario

Contenido

Pág.

Presentación

Humanización de los cuidados: del principio ético a la evidencia científica **1-3**
Manuel Antonio Lopez Cisneros, Manuel Lillo Crespo

Editorial

El trabajo de cuidados no remunerado como determinante social de la salud: problemáticas y políticas **1-9**
Blenda Guadalupe Castañuela Sánchez, José Manuel Rangel Esquivel

Artículos originales

Diagnóstico sobre cuidado espiritual en el quehacer profesional de enfermería en Costa Rica **1-18**
Consuelo Cubero Alpízar, Beatriz Villalobos Núñez

Percepción del cuidado humanizado de enfermería y adherencia al tratamiento antituberculoso en Lima, Perú **1-16**
Judith Jania Trijillo Pujay, Palmira Canales Morales, Carmen Rocío Ricra Echeverría, Jhon Alex Zeladita Huaman, Lourdes Tafur Pittman, Álvaro Toledo San Martín

Autoeficacia percibida para otorgar cuidado humanizado y su relación con las características de estudiantes de enfermería **1-18**
Larissa Esther Pérez Magaña, Aranxa Dariana Magaña Pérez, José Juan López Cocotle, Pedro González Angulo, Ana Luisa Espinosa Aguilar, María Fernanda Silva Ramos

Factores profesionales relacionados con la práctica axiológica del cuidado en el personal de enfermería hospitalario **1-19**
Haidy Meriday Criollo Jaime, Oliver Justin Ortiz Castro, Cinthya Rodríguez Orozco, Carmen Sánchez Hernández, Taycia Ramírez Pérez

Sobrecarga y apoyo social en cuidadores familiares: estudio pre-post de intervención educativa **1-20**
Jorge Luis Arriaga Martínez, Martha Arely Hernández del Ángel, Rodrigo León Hernández, Paulina Barrón Berman, Tranquilina Gutiérrez Gómez, María Isabel Peñarrieta de Córdova

Humanizar el cuidado desde el territorio: la experiencia del Centro Universitario de Enfermería Comunitaria **1-17**
Ana Rita Castro, Itzayana Huitron Santana, Zoila Romualdo Pérez, Dulce Elena Castillo Villegas

Burnout en enfermería y cuidado humanizado al paciente crítico según personal y familiares **1-19**
Perla María Trejo Ortíz, José Osskar Guerrero Solis, José Manuel Limón Flores, Erika María Luisa Galaviz Herrera, Ana Carmen Rosales Fernández, María Luz de Ávila Arroyo

Concepciones de profesionales del cuidado sobre humanización y expectativas ante Humanitude® **1-18**
Vianey Reyes García, Rosa Cândida de Carvalho Pereira de Melo, João Pärtel Araújo, María del Pilar Sosa Rosas, Laura Móran Peña, Virginia Reyes Audiffred

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

Pág.

Artículos de revisión

Espiritualidad como estrategia de afrontamiento ante el estrés en cuidadores familiares de personas mayores: Revisión sistemática **1-19**
Gabriela S. Espinoza Ibarra, María M. Delabra Salinas, Diana B. Cortes Montelongo, Nereyda Hernández Nava

Cuidado humanizado y síndrome de burnout en profesionales de enfermería: Revisión de alcance sobre su relación **1-19**
Paula Salinas Lainez, Jhon Alex Zeladita Huaman, Roberto Zegarra Chapoñan

Intervenciones comunitarias para reducir el sentimiento de soledad en personas mayores: una revisión sistemática **1-18**
Reyna Felipe López, Francisca Velázquez Domínguez, José Juan Rodríguez Hernández, Juana Edith Cruz Quevedo

Gobernanza clínica para humanizar sin revictimizar el embarazo en niñas y adolescentes: revisión de alcance **1-25**
Luis Miguel Álvarez Luna, Jehiel Abiezer Jimenez Coba

Horizonte sanitario

Contents

Pág.

Presentation

Humanising care: from ethical principles to scientific evidence **1-3**
Manuel Antonio Lopez Cisneros, Manuel Lillo Crespo

Editorial

Unpaid care work as a social determinant of health: Problems and policies **1-9**
Blenda Guadalupe Castañuela Sánchez, José Manuel Rangel Esquivel

Research Original

An Assessment of Spiritual Care in the Professional Practice of Nursing in Costa Rica **1-18**
Consuelo Cubero Alpízar, Beatriz Villalobos Núñez

Perceived self-efficacy in providing humanized care and its relationship to the characteristics of nursing students **1-16**
Larissa Esther Pérez Magaña, Aranxa Dariana Magaña Pérez, José Juan López Cocotle, Pedro González Angulo, Ana Luisa Espinosa Aguilar, María Fernanda Silva Ramos

Perception of Humanized Nursing Care and Adherence to Antituberculosis Treatment in Lima, Peru **1-18**
Judith Jania Trijillo Pujay, Palmira Canales Morales, Carmen Rocío Ricra Echevarría, Jhon Alex Zeladita Huaman, Lourdes Tafur Pittman, Álvaro Toledo San Martín

Professional factors related to the axiological practice of care in the nursing staff hospital **1-19**
Haidy Meriday Criollo Jaime, Oliver Justin Ortiz Castro, Cinthya Rodríguez Orozco, Carmen Sánchez Hernández, Taycia Ramírez Pérez

Caregiver burden and social support in family caregivers: a pre-post educational intervention study **1-20**
Jorge Luis Arriaga Martínez, Martha Arely Hernández del Ángel, Rodrigo César León Hernández, Paulina Barrón Berman, Tranquilina Gutiérrez Gómez, María Isabel Peñarrieta de Córdova

Humanizing care from the territory: experience of a Community Nursing University Center **1-17**
Ana Rita Castro, Itzayana Huitron Santana, Zoila Romualdo Pérez, Dulce Elena Castillo Villegas

Nurse burnout and humanized care for critically ill patients: nurse and family perceptions **1-19**
Perla María Trejo Ortíz, José Osskar Guerrero Solis, José Manuel Limón Flores, Erika María Luisa Galaviz Herrera, Ana Carmen Rosales Fernández, María Luz de Ávila Arroyo

Care professionals' views on humanisation and their expectations regarding Humanitude® **1-18**
Vianey Reyes García, Rosa Cândida de Carvalho Pereira de Melo, João Pärtel Araújo, María del Pilar Sosa Rosas, Laura Móran Peña, Virginia Reyes Audiffred

Supplement I. Humanising Care: Advances in Scientific Research. Vol. 25 (2026)
ISSN 2007-7459 on line
https://revistahorizonte.ujat.mx

Pág.

Review Article

Spirituality as a stress coping strategy in family caregivers of the elderly: Systematic review **1-19**
Gabriela S. Espinoza Ibarra, María M. Delabra Salinas, Diana B. Cortes Montelongo, Nereyda Hernández Nava

Humanized care and burnout syndrome in nurses: A scoping review of their relationship **1-19**
Paula Salinas Lainez, Jhon Alex Zeladita Huaman, Roberto Zegarra Chapoñan

Community interventions to reduce feelings of loneliness in the elderly: a systematic review **1-18**
Reyna Felipe López, Francisca Velázquez Domínguez, José Juan Rodríguez Hernández, Juana Edith Cruz Quevedo

Clinical governance for humanized, non-revictimizing pregnancy care among girls and adolescents: a scoping review **1-25**
Luis Miguel Álvarez Luna, Jehiel Abiezer Jimenez Coba



Horizonte sanitario

ISSN (en línea): 2007-7459

Humanización de los cuidados: del principio ético a la evidencia científica

Humanising care: from ethical principles to scientific evidence

Presentación DOI: 10.19136/hs.a25.sI.6471

Dr. Manuel Lillo Crespo
Editor asociado
Universidad de Alicante (España)

Dr. Manuel Antonio López Cisneros
Editor invitado
Universidad Autónoma del Carmen (México)

Licencia CC-By-NC-ND

[1] *Doctor en Antropología de la Salud/Médica por la Universidad de Alicante. Máster en Antropología. Máster en Ciencias de la Enfermería Especializado en el análisis de organizaciones sanitarias desde una perspectiva antropológica. Profesor Asociado y Profesor Titular del Departamento de Enfermería de la Facultad de Ciencias de la Salud de la Universidad de Alicante (España). Vicedirector del Hospital Vistahermosa HLA de Alicante. Miembro activo del Grupo Nacional de Hospitales HLA, donde forma parte de la Comisión Nacional de Calidad, la Comisión Nacional de Farmacia y es Vicepresidente de la Comisión Nacional de Enfermería.*
Correo electrónico: manuellillocrespo@gmail.com

[2] *Doctor en Ciencias de Enfermería por la Universidad Autónoma de Nuevo León. Maestro en Ciencias de Enfermería por la Universidad Autónoma de Guanajuato y Especialista en Docencia y Asesoría de Calidad por la Universidad Autónoma del Carmen. Se desempeña como Director General de Investigación y Posgrado de la Universidad Autónoma del Carmen (México). Especialista Investigador en alcohol y otras drogas psicoactivas por la Universidad de Sao Paolo, Brasil. Miembro del Sistema Nacional de investigadoras e Investigadores (SNII) nivel 2. Miembro de la cartera de evaluadores de COMACE (Consejo Mexicano para la Acreditación y Certificación en Enfermería) e integrante de The Honor Society of Nursing Sigma Theta Tau International.*
Correo electrónico: mlopez@pampano.unacar.mx

El cuidado es un proceso que se concreta en el encuentro entre quien cuida y quien es cuidado, abarcando las dimensiones biológicas, psicológicas y sociales de la persona. Hoy en día, el cuidado ha dejado de ser un procedimiento basado únicamente en la experiencia empírica, para convertirse en un proceso metodológico y dinámico que exige responsabilidad, empatía y compromiso con la protección, la asistencia y el bienestar del otro. Sin embargo, la complejidad creciente de los sistemas de salud, la presión asistencial y la incorporación constante de los avances tecnológicos han disminuido la capacidad de las instituciones para mantener al usuario de los servicios sanitarios en el centro de la atención.

En este contexto, la humanización requiere un trato digno, sensible ante las necesidades, las emociones y los valores de las personas; también implica reducir la frialdad, la burocracia y la mecanización de los trámites necesarios para acceder a un servicio sanitario, sin perder de vista que detrás de cada trámite, de cada equipo de cómputo, de cada puesto o categoría y de cada camilla hospitalaria existe un ser humano que merece respeto, empatía y comprensión. Por ello, la humanización no puede reducirse a un gesto de buena voluntad; debe asumirse como parte esencial de la práctica profesional, pues influye en la calidad de la atención y en la pronta recuperación del paciente.

El concepto de humanización ha sido abordado desde diversas disciplinas como la enfermería, la medicina, la psicología y la gestión sanitaria, por lo que no existe una definición única. Ahora bien, las distintas aproximaciones comparten elementos característicos: reconocer a la persona como un ser holístico y no solo como portadora de una enfermedad, asegurar un trato digno, garantizar una comunicación asertiva, propiciar una atención transparente y empática, respetar sus principios, valores y preferencias; así como la capacidad de decidir sobre su salud, involucrar a la familia y a la comunidad en el proceso de cuidado y cuidar también a quienes cuidan.

En ocasiones resulta difícil implementar cuidados humanizados en escenarios marcados por la sobrecarga laboral y la precariedad de recursos, circunstancias que generan desgaste y agotamiento emocional en los profesionales de la salud.

La humanización se manifiesta en tres planos importantes del ejercicio profesional: el plano ético se refiere al respeto por la dignidad de todas las personas, sin distinción de su condición clínica, social o cultural; el plano relacional se centra en la calidad del encuentro entre quien cuida y quien es cuidado e involucra la escucha, el lenguaje, la presencia y la empatía; el plano organizacional alude a que los servicios cuenten con los recursos indispensables, los tiempos necesarios, los espacios pertinentes y los modelos de gestión que hagan posible ese encuentro. Estos planos interactúan entre sí, cuando alguno de ellos falla, los demás se debilitan y pierden efectividad, por lo que las buenas intenciones individuales resultan insuficientes.

Si bien existe en la actualidad una amplia aceptación del término humanización en el ámbito institucional aún persiste un desafío importante, que consiste en pasar de la declaración de principios a la realización de prácticas concretas que puedan implementarse, medirse y mejorarse. En este punto, la

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/

investigación científica resulta fundamental, pues solo la evidencia permite identificar las intervenciones que realmente funcionan, conocer los contextos en los que es posible desarrollarlas, determinar a qué población deben dirigirse las estrategias y reconocer las principales barreras organizacionales que limitan su implementación. Todo esto favorece la toma de decisiones oportunas en los servicios de salud y en la formación de nuevos profesionales.

La formación de los futuros profesionales de la salud requiere la adquisición de conocimientos y el desarrollo de habilidades que se traduzcan en las competencias necesarias para brindar una atención humanizada. Esto supone fortalecer, mediante una evaluación constante, las actitudes, los principios, los valores y principalmente la capacidad de relacionarse con el otro, en escenarios de práctica que modelen estas competencias y cuenten con reconocimiento institucional, al igual que investigar cómo se aprende y se enseña el cuidado humanizado, tareas pendientes, necesarias y urgentes.

En México, los servicios de salud conviven con desigualdades en el acceso, limitaciones de recursos y una gran diversidad cultural, que incluye pueblos y comunidades con lenguas, cosmovisiones y prácticas de cuidados propias. En este contexto, la humanización adquiere además una dimensión de equidad, pues cuidar con dignidad implica procurar que todas las personas, independientemente del lugar donde se encuentren y de las condiciones particulares en las que vivan, reciban una atención respetuosa y acorde con su contexto y sus necesidades. Desde esta perspectiva, humanizar supone también reconocer y reducir las brechas que impiden que el cuidado llegue a todas las personas con calidad y respeto.

Este número especial reúne estudios empíricos y revisiones que abordan la humanización desde la clínica, la gestión y la comunidad. Unas analizan la experiencia y la percepción del cuidado humanizado, incluida su dimensión espiritual; otras se ocupan de los profesionales y su formación, con temas como la autoeficacia, la práctica axiológica del cuidado y el desgaste profesional y otras examinan el papel de los cuidadores familiares, la gobernanza de la atención a grupos en situación de vulnerabilidad y el trabajo de cuidados como determinante social de la salud. Esta amplitud responde a la convicción de que humanizar no es una tarea exclusiva de quien cuida directamente a las personas, sino también de quien organiza los servicios de salud, diseña las políticas públicas y contribuye a la formación de los futuros profesionales de la salud.

Los trabajos presentados en esta edición fueron sometidos a evaluación por pares ciegos, conforme lo establece el proceso editorial de la revista, lo que respalda la solidez científica de las propuestas que aquí se reúnen y brinda certeza a quienes deseen incorporarlas en su práctica, gestión o docencia. La publicación de este número coincide con los 25 años de *Horizonte Sanitario*, una trayectoria que ha contribuido de manera sostenida a difundir el conocimiento científico en salud.

Invitamos cordialmente a las lectoras y lectores a recorrer estas páginas con una pregunta en mente: qué podemos hacer, desde nuestro lugar en el sistema de salud, para que el cuidado conserve su sentido humano.

Licencia CC-By-NC-ND



Horizonte sanitario

ISSN (en línea): 2007-7459

El trabajo de cuidados no remunerado como determinante social de la salud: problemáticas y políticas

Unpaid care work as a social determinant of health: Problems and policies

Editorial DOI: 10.19136/hs.a25sI.6158

Blenda Guadalupe Castañuela Sánchez [1]

José Manuel Rangel Esquivel [2]

Correspondencia: Correspondencia: José Manuel Rangel Esquivel. Dirección postal: Universidad Autónoma de Nuevo León. Instituto de Investigaciones Sociales de la Facultad de Filosofía y Letras. Av. Lázaro Cárdenas Ote. y Paseo de la Reforma s/n. C.P. 64930. Monterrey, Nuevo León. México.
Correo electrónico: josemre@gmail.com

Licencia CC-By-NC-ND

[1] *Es candidata a Dra. en Ciencias Sociales y Orientación en Desarrollo Sustentable por parte del Instituto de Investigaciones en Ciencias Sociales de la Facultad de Filosofía y Letras de la UANL. Tiene una Maestría en Educación por parte de la Universidad Autónoma de Coahuila (UAdec). Entre sus publicaciones se encuentra el artículo en coautoría "Movilidad Social e intensidad de cuidados en Nuevo León", de Ensayos Revista de Economía y el capítulo de libro "La experiencia social de las cuidadoras no remuneradas frente al cuidado de las personas mayores del Estado de Coahuila. Aportes para la Política Pública", Entre sus líneas de investigación se encuentran: desigualdades de género, trabajo de cuidados, movilidad social, políticas sociales. Actualmente es docente investigadora independiente de la Universidad Americana del Noreste (UANE) campus Saltillo.*

[2] *Doctor en Estudios Científico-Sociales por el Instituto Tecnológico y de Estudios Superiores de Occidente, ITESO. Maestro en Ciencias con orientación en Trabajo Social por la Universidad Autónoma de Nuevo León. Licenciado en Economía por la Universidad Autónoma de Tamaulipas. Miembro del Sistema Nacional de Investigadoras e Investigadores de la SECIHTI, nivel 1. Líneas de investigación: salud, pobreza y políticas públicas; familia, salud y vulnerabilidad social; determinación social de la salud y estudios sobre el proceso salud/enfermedad/atención. Coordinador del programa de Maestría en Ciencias Sociales con orientación en Desarrollo Sustentable, adscrito al Sistema Nacional de Posgrados (SNP) de la SECIHTI, y profesor-investigador de tiempo completo en el Instituto de Investigaciones Sociales-Facultad de Filosofía y Letras-UANL.*



Resumen

El objeto de estudio del trabajo de cuidados ha adquirido relevancia para el caso de México, no solo por las desigualdades de género ante la injusta e inequitativa organización del cuidado en quela población femeniles la gran proveedora de su demanda, sino como parte del modelo de los determinantes sociales de la salud.

En este sentido, en este ensayo analítico se presenta al trabajo de cuidados como un indicador social de la salud por la injusta e inequitativa distribución de los servicios de cuidados en el marco de la feminización del trabajo asistencial y, de la organización social del cuidado en que proponemos como impulsor social de la salud a las políticas de cuidados cuya fundamentación es el derecho al cuidado.

Palabras claves: México; Trabajo de cuidados; Determinantes sociales de la salud; Políticas.

Abstract

Research into care work has become a matter of significance in the case of Mexico, not only because of gender inequalities arising from the unfair and inequitable organisation of care – in which women are the main care providers – but also as part of the model of the social determinants of health.

In this sense, this analytical essay presents care work as a social indicator of health, given the unjust and inequitable distribution of care services within the context of the feminisation of care work and the social organisation of care; we propose that care policies, grounded in the right to care, act as a social driver of health.

Keywords: Mexico; Care work; Social determinants of health, Policies.

• Fecha de recibido: 04 de mayo de 2026 • Fecha de aceptado: 28 de julio de 2026
•Publication date: 20 de octubre de 2026

Licencia
CC-By-NC-ND

Introducción

Los avances en investigación con relación a las situaciones sociales de la salud han sido oportunos, pero a la vez complejos, además que constituyen un objeto de estudio de relevancia ante el perfil de salud de las poblaciones. En la experiencia sanitaria de coronavirus 2019, se evidenciaron las circunstancias de la salud de la población que fueron parte de las discusiones, reflexiones y análisis puntuales de los determinantes sociales de la salud en sus diversas dimensiones en que se encuentra el trabajo asistencial.

El trabajo reproductivo, si bien, se ha desarrollado desde diversas perspectivas en las que se incluye:el sostenimiento de la vida, los cuidados como condición ética, el cuidado como derecho, la economía feminista y el uso del tiempo y, a partir de la perspectiva del bienestar, nos parece de suma importancia abordarlo justamente y reconocerlo en el enfoque de los determinantes sociales de la salud en que la población femenina provee cuidados mayoritariamente y sostiene a la vida, lo cual conlleva diversas implicaciones en su salud, a pesar de que se proporciona cuidado y bienestar a los receptores de cuidados y en que el derecho al cuidado que se define como el derecho para cuidar y ser cuidado es innegable para la calidad de vida de las personas en el transcurso de su curso de vida.

Los determinantes sociales de la salud son una línea de investigación prometedora en sus análisis de las situaciones estructurales e intermedias de la calidad de vida de las personas, no obstante el trabajo reproductivo que se lleva a cabo en los hogares por las mujeres en un mayor número de horas que los hombres aún no se ha visibilizado lo suficiente como una situación social de la salud por su desigual producción que recae en la familia y en las mujeres. De manera que en el enfoque social de la salud consideramos al trabajo de cuidados como un DSS en que destacamos a la organización social del cuidado, a la feminización del cuidado y en que se propone a las políticas del cuidado como impulsoras sociales de la salud.

El trabajo de cuidados y su determinación social en la salud

El proceso salud- enfermedad ha sido estudiado desde la perspectiva biomédica, no obstante, el enfoque social en la salud se coloca en el análisis al proceso salud-enfermedad en relación a las situaciones de vida de las personas para el diseño e implementación de la política pública.

Los determinantes sociales de la salud (DSS), refieren a las situaciones del curso de la vida de los individuos. Esas situaciones son el resultado de condiciones estructurales y de la distribución de los diversos recursos que dependen de las políticas adoptadas[1].

En un país como México en que el origen determina buena parte de la vida presente y futura de las personas, las condiciones que se reproducen en el curso de vida individual, familiar y comunitario son relevantes.

Licencia CC-By-NC-ND

En la perspectiva social de la salud el enfoque médico no es el principal factor en la salud, sino las situaciones que permiten a las personas tener una buena salud. Es decir, el enfoque social de los DSS no solo se refiere a los estilos de vida o los factores de riesgo de la salud[2].

Las situaciones sociales de la salud responden a lo estructural, al contexto socioeconómico y político; y a las condiciones materiales de vida de las personas. Al mejorar la situación social de vida de las personas en su curso de existencia se potencializa a la salud. Si bien, la salud está determinada por las cuestiones biomédicas, la salud desde el enfoque social es un abordaje de mantenimiento de sanidad de las poblaciones por medio de la justicia social distributiva que permite la erradicación de la desigualdad e inequidad en el derecho a la salud.

En relación a una de las clasificaciones de los DSS, Dahlgren y Whitehead[3] los dividieron en: a) Estructurales: en que se incluye las condiciones del medio ambiente, socioeconómicas y culturales que determinan las situaciones de la vida de las personas, b) Distales: que son las redes de apoyo tanto social como comunitario y los c) Proximales: que refieren a la genética, edad, estilos de vida que corresponden a los factores individuales y biológicos[3].

En este sentido, se consideran los factores estructurales que perpetúan en la salud, las desigualdades e inequidades, así como los mecanismos que fortalecen la estructura y las posiciones sociales que regulan las oportunidades en salud[4]. Uno de los mecanismos que configuran y estructuran las clases sociales es la poca o nula movilidad social de las personas. “La movilidad social se define como los cambios que las personas experimentan en los estratos socioeconómicos ”[5].

Las posiciones desiguales de poder y prestigio no sólo limitan la movilidad social de las personas, sino el acceso desigual e inequitativo a la salud y las situaciones de vida que favorecen y perjudican a la salud. Así como algunas características personales; género, tono de piel, adscripción étnica, limitan la movilidad social de las personas[6].

Asimismo, los DSS de acuerdo a la Organización Mundial de la Salud “son las circunstancias en que los individuos nacen, crecen, trabajan y envejecen incluido el sistema de salud”[3].

De acuerdo a la Organización Mundial de la Salud los DSS se expresan de la siguiente manera:

La mala salud de los pobres, el gradiente social de salud dentro de los países y las grandes desigualdades sanitarias entre los países están provocadas por una distribución desigual a nivel mundial y nacional del poder, de los ingresos, los bienes y los servicios y por las consiguientes injusticias que afectan a las condiciones de vida de la población en forma inmediata y visible (acceso a la atención sanitaria, escolarización, educación, condiciones de trabajo y tiempo libre, vivienda, comunidades, pueblos o ciudades) y a la posibilidad de tener una vida próspera. Esa distribución desigual de experiencias perjudiciales para la salud no es en ningún caso un fenómeno “natural”, sino resultado de una nefasta combinación de políticas y programas sociales deficientes, arreglos económicos injustos y una

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/

mala gestión política. Los determinantes estructurales y las condiciones de vida en su conjunto constituyen los determinantes sociales de la salud, que son la causa de la mayor parte de las desigualdades sanitarias entre los países y dentro de cada país[3].

No obstante, en relación al trabajo de cuidados, a partir de la ruptura epistemológica del concepto de trabajo, se incluye al trabajo de cuidados en la categoría de trabajo, que refiere a la producción de bienes o dar servicios para los otros o de autoconsumo[7].

Las acciones y actividades del cuidado producen bienes y servicios para terceros y para el consumo propio. Es decir, cuidar de los otros es trabajo, y la producción de los servicios de cuidados de los cuales las mujeres son las mayores proveedoras, es trabajo.

Una de las inequidades del trabajo de cuidados, es la producción de los servicios de cuidados que recaen principalmente en la familia y por ende en las mujeres, sin una distribución del trabajo de cuidados entre el Estado, la familia, el mercado y la comunidad.

Una desigual distribución de servicios de cuidados que coadyuvan a la mala salud de las poblaciones. En la región latinoamericana aún con la diversidad de las sociedades y las formas de cuidar son las mujeres quienes son sus principales proveedoras[8]. Para el caso de México no hay una distribución de la demanda de cuidado que tiene una sociedad entre el Estado, mercado, familia y comunidad, por lo cual el cuidado al tener un régimen familista en que se resuelven las necesidades del cuidado, son las mujeres quien en un mayor número de horas e intensidades lo solventan.

En el contexto mexicano la familia es la principal organización para el cuidado, este mismo recae en las mujeres por la separación entre las esferas productivas y reproductivas, los mandatos de género, los usos y costumbres; y la cultura. En la mayor parte del mundo y en México las familias son la principal unidad para la convivencia[9]. Así como en el caso de México la familia es la principal organización para proveer cuidados a las personas dependientes.

Para el caso de México los hogares con personas que requieren cuidados representan al 77.8% y, el 22.2% corresponde a hogares sin personas susceptibles de recibir cuidados[10]. Además, es un trabajo que de acuerdo a la Encuesta del Uso del Tiempo 2019, se realiza por las mujeres en un mayor uso del tiempo que los varones[11]. Cuidar es una forma de trabajo privatizada y algo que las mujeres invariablemente hacen solas; sin embargo, al mismo tiempo es el medio a través del cual las mujeres son aceptadas y sienten que pertenecen al mundo social[12].

De la feminización del cuidado nos da cuenta en porcentajes de participación y en el número de horas destinadas por parte de las mujeres al trabajo asistencial no pagado, las Encuestas del Uso del Tiempo que se han aplicado desde 1996 en México. “Para el caso del tiempo total semanal de trabajo no pagado, doméstico, y de la labor del cuidado, comunitario y voluntario, las mujeres dedicaron el 64.8% y los hombres el 33.3% de acuerdo a la ENASIC 2024”[13].

Licencia CC-By-NC-ND

Cabe resaltar que de la población cuidadora de 15 años y más que proporciona cuidados el 75.1% son mujeres y el 24.9 varones de acuerdo a la ENASIC 2022[10]. Con este panorama se resalta la distribución desigual del trabajo de cuidados entre mujeres y hombres. En este sentido se requieren las políticas de cuidado para cambiar la organización social del cuidado en que se distribuya la demanda de cuidados de una sociedad entre los diversos agentes económicos, Estado, familia, mercado y comunidad.

Políticas del cuidado como impulsoras del mejoramiento de las circunstancias de vida de las personas.

Las políticas de cuidado son un medio pertinente para modificar la organización social del cuidado en que no hay una distribución igualitaria y equitativa del trabajo de cuidados en la sociedad, así como para cambiar la feminización del cuidado.

Las políticas de cuidado se definen como las políticas públicas que asignan recursos para reconocer, reducir y redistribuir los cuidados no remunerados en forma de dinero, servicios y tiempo[7]. En este sentido las políticas de cuidado coadyuvan al mejoramiento de la salud en la población y específicamente la de las cuidadoras y cuidadores de las personas dependientes con el objetivo de disminuir las desigualdades de género y equilibrar las asimetrías entre los géneros.

Al respecto existen diversas políticas de cuidado entre las que destacan: a) Políticas relativas a licencias, b) Servicios de cuidados, c) Prestaciones sociales relacionadas con los cuidados, d) Políticas de conciliación trabajo-cuidados, y, e) Infraestructura para los cuidados[7].

Las políticas referentes a las licencias corresponden a aquellos permisos laborales para el cuidado de los receptores de cuidado en que se incluyen las licencias de maternidad, paternidad, licencias para el cuidado de las personas discapacitadas o enfermas, las cuales permiten tanto cuidar como la distribución del trabajo de cuidados entre diversos miembros de la familia.

Por lo que concierne a las políticas relacionadas con los servicios de cuidados permiten una oferta de cuidados por parte de las instituciones o de parte de los miembros de la familia de manera remunerada, en que se constituyen como políticas de redistribución y, para reducir las cargas del trabajo de los cuidados por quien los realiza, modificando las circunstancias de vida de las personas, tanto de los cuidadores, como de los receptores de cuidados. La infraestructura para los cuidados constituye políticas que tienen el objetivo de modificar la organización social del cuidado y la feminización del cuidado, en que el Estado en vinculación con el mercado provee una red de infraestructura para el cuidado de la población que requiere de ello; infancias, personas mayores, personas con algún padecimiento o enfermedad y personas discapacitadas.

No obstante, otras de las políticas del cuidado necesarias por las contingencias propias del desarrollo humano y de la condición humana universal de dependencia, son las que se relacionan con la protección social en el curso de vida de las personas, como las transferencias monetarias al tener hijos y para

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/

la crianza de los infantes o para hacer frente a las múltiples necesidades de las personas discapacitadas o en caso de padecimientos o de enfermedad y, pensiones para las personas cuidadoras.

De igual forma las modalidades de políticas de conciliación entre el trabajo y los cuidados con la reducción del horario laboral o la flexibilización de los horarios del empleo, permite a las personas modificar sus circunstancias de vida para auto cuidarse y cuidar lo que constituye potencializar a la salud. Por último, las políticas relacionadas con la infraestructura pertinente para los cuidados son las que permiten desarrollar el trabajo de cuidados en los hogares y las comunidades como el saneamiento, la energía eléctrica, el acceso al transporte público y al agua.

En suma, las políticas de cuidado modifican las circunstancias en que las personas nacen, crecen, trabajan y envejecen. En este sentido el derecho al cuidado constituye la base fundamental de las políticas de cuidados.

Reflexiones

El derecho al cuidado como base de las políticas de cuidados

La problemática de las DSS específicamente a lo que refiere al trabajo de cuidados da pie a un sinfín de reflexiones en las que podemos considerar que para un impulsor social de la salud debemos incluir a las políticas de cuidado, que se fundamentan en el derecho al cuidado para mantener el perfil de la salud de las poblaciones y del bienestar de las personas.

El cuidado como derecho significa que las personas por ser personas tienen derecho a recibir cuidados, cuidar y autocuidarse[14].

Es decir, al colocar el cuidado como derecho para todas las personas se despoja de la condición de que mayoritariamente las mujeres sean sus grandes proveedoras, sino que la demanda de cuidados se lleva a cabo de forma democrática.

Asimismo, se desfamiliariza al garantizar el cuidado para aquellos receptores de cuidados que no tienen una familia o no pueden ser cuidados todo el tiempo por los miembros de su familia o que no tienen prestaciones de servicios de cuidados por el trabajo formal. Por lo cual el derecho al cuidado obliga a garantizar al Estado tal derecho por el simple hecho de ser persona.

No obstante, los desafíos y retos del derecho al cuidado y las políticas de cuidados para impulsar socialmente a la salud son abundantes y complejos, pues se requieren transformaciones estructurales como una política fiscal progresiva para el denominado sistema nacional de los cuidados, además de un engranaje de políticas de cuidados, políticas laborales y políticas de protección social.

En este sentido, "desprivatizar"15el trabajo de cuidados adquiere una connotación también positiva dentro de los DSS, porque representaría colocarlo en la esfera pública, para su reconocimiento desde una noción de derechos sociales, en donde la participación del Estado-Mercado-Sociedad (familias) y las asociaciones civiles implementan acciones colectivas que coadyuvan a la procuración de bien-estar o bienestar, consolidando así las estrategias de que se enmarcan respecto a la salud física, mental, emocional y social desde la Organización de las Naciones Unidas (ONU) en el marco de los determinantes sociales de la salud.

Conflicto de interés

Los autores declaran no tener conflicto de interés.

Referencias

1. Organización Panamericana de la Salud. Determinantes sociales de la salud [Internet]. Washington, D.C.: Organización Panamericana de la Salud; 2025 [cited 2025 Septiembre 16. Disponible en: https://www.paho.org/es/temas/determinantes-sociales-salud.

2. Organización Mundial de la Salud. Comisión sobre Determinantes Sociales de la Salud. [Online].; [Internet]. Ginebra: Organización Mundial de la Salud; 2009 [cited 2025 Septiembre 16. Diponible en: https://apps.who.int/gb/ebwha/pdf_files/a62/a62_9-sp.pdf.

3. Secretaría de la Comisión sobre Determinantes Sociales de la Salud. Acción sobre los factores sociales de terminantes de la salud: aprender de las experiencias anteriores. Ginebra: oms; 2005.https://apps.who.int/gb/ebwha/pdf_files/eb124/b124_9-sp.pdf

4. Urbina M. Los determinantes sociales de la salud y de la equidad en salud. 1st ed. Urbina M, editor. Ciudad de México : intersistemas S. A de C. V. ; 2016. Disponible en: https://www.anmm.org.mx/pdf/publicaciones/postura/DSS.pdf

5.Delajara M, De la Torre R, Díaz-Infante E, Vélez. El México del 2018 , movilidad social para el binestar. Primera ed. CEEY , editor. Ciudad de México: CEEY; 2018. https://ceey.org.mx/wp-content/uploads/2018/06/El-M%C3%A9xico-del-2018.-Movilidad-social-para-el-bienestar.pdf

6. Orozco ME, Espinosa Montiel R, Fonseca CE, Marchant M, Vélez-Grajales R. Movilidad social, políticas de cuidados y protección social [Internet]. Ciudad de México: Centro de Estudios Espinosa Yglesias; 2022 mar [citado 16 sep 2025]. (Documento de trabajo CEEY; núm. 01/2022). Disponible en: https://ceey.org.mx/wp-content/uploads/2022/03/01-Orozco-et-al-2022_compressed.pdf

Licencia CC-By-NC-ND

7. Organización Internacional del Trabajo. El trabajo de cuidados y los trabajadores del cuidado para un futuro con trabajo decente [Internet]. Ginebra: Organización Internacional del Trabajo; 2019 jul 1 [citado 10 sep 2025]. Disponible en: https://www.ilo.org/es/publications/major-publications/el-trabajo-de-cuidados-y-los-trabajadores-del-cuidado-para-un-futuro-con

8.Guimarães NA, Hirata H, compiladoras. El cuidado en América Latina: mirando los casos de Argentina, Brasil, Chile, Colombia y Uruguay [Internet]. Buenos Aires: Fundación Medifé; 2020 [cited 2025 Septiembre 14]. Disponible en: https://www.clacso.org/el-cuidado-en-america-latina-mirando-los-casos-de-argentina-brasil-chile-colombia-y-uruguay/

9.Instituto Nacional de Estadística y Geografía. Estadísticas a propósito del Día de la Familia Mexicana (1 de marzo) [Internet]. Aguascalientes: Instituto Nacional de Estadística y Geografía; 2015 [citado 14 sep 2025]. Disponible en: https://www.inegi.org.mx/contenidos/saladeprensa/aproposito/2015/familia0.pdf

10. Encuesta Nacional para el Sistema de Cuidados (ENASIC) 2022. Principales Resultados. Ciudad de México : INEGI ; 2025. Report No. 1. https://www.inegi.org.mx/programas/enasic/2022/

11. Instituto Nacional de Estadística y Geografía, Instituto Nacional de las Mujeres. Encuesta Nacional sobre Uso del Tiempo (ENUT) 2019. Presentación de resultados. Segunda edición [Internet]. México: INEGI; 2022 [citado 13 sep 2025]. Disponible en: https://www.inegi.org.mx/contenidos/programas/enut/2019/doc/enut_2019_presentacion_resultados.pdf

12. Graham H. SCRIB. [Online].; 1983 [cited 2025 Sepiembre 13. Available from: https://es.scribd.com/document/843663620/A-Labour-of-Love-Women-Work-and-Caring-Janet-Finch-Dulcie-Groves-Z-Library.

13. INEGI. [Online].; 2025 [cited 2025 Septiembre 14. Available from: 16 INEGI (2025). "Encuesta Nacional del Uso del Tiempo 2024". Instituto Nacional de Estadística y Geografía. https://www.inegi.org.mx/programas/enut/2024/

14. Pautassi L. El cuidado de cuestión problematizada a derecho, un recorrido estratégico, una agenda en construcción. In Ferreyra M, editor. El trabajo de cuidados, una cuestión de derechos humanos y políticas públicas. Ciudad de México: ONU Mujeres ; 2018. p. 244. https://listas.colmex.mx/mailing/academicos/trabajodecuidados-onumujeres.pdf

15-León, S. (1998). "Política social y salud", en: Pineda C. Marcela (ed.) Las políticas sociales de México en los años noventa, México: UNAM-FLACSO-Plaza y Valdés editores. https://crai.iis.ucr.ac.cr/bib/15589

Licencia
CC-By-NC-ND



Horizonte sanitario

ISSN (en línea): 2007-7459

Diagnóstico sobre cuidado espiritual en el quehacer profesional de enfermería en Costa Rica

An Assessment of Spiritual Care in the Professional Practice of Nursing in Costa Rica

Artículo Original DOI: 10.19136/hs.a25.sI.6379

Consuelo Cubero Alpízar [1]
Beatriz Villalobos Núñez [2]

Correspondencia: Consuelo Cubero Alpízar. Dirección postal: Escuela de Enfermería de la Universidad de Costa Rica. Ciudad de la Investigación. Sede Rodrigo Facio, San Pedro Montes de Oca, San José, Costa Rica.
Correo electrónico: ccuberoalpzar@gmail.com

Licencia CC-By-NC-ND

[1] *Magíster en Gestión del Riesgo y Respuesta a Emergencias. Magíster en Epidemiología con Énfasis en Salud Pública. Docente e investigadora. Escuela de Enfermería y el Centro de Investigación en Cuidado y Salud. Universidad de Costa Rica. San José, Costa Rica.*
[2] *Doctora en Ciencia de la Administración. Docente e investigadora de la Escuela de Enfermería y el Centro de Investigación en Cuidado y Salud. Universidad de Costa Rica. San José, Costa Rica.*



Resumen

Objetivo: Describir las respuestas autoinformadas de profesionales de enfermería participantes sobre la importancia del cuidado espiritual, los conocimientos que refieren tener, las prácticas que reportan realizar y su formación.

Materiales y métodos: Estudio cuantitativo, exploratorio, descriptivo y de corte transversal, con 75 profesionales de enfermería en ejercicio en Costa Rica, seleccionados mediante muestreo no probabilístico por conveniencia. Se aplicó un cuestionario digital autoadministrado, elaborado y revisado internamente por las investigadoras. Se calcularon frecuencias absolutas y relativas y se agruparon las respuestas abiertas en categorías descriptivas.

Resultados: El 97.3 % reconoció la importancia de la espiritualidad en el bienestar y la recuperación, y el 98.7 % consideró el cuidado espiritual parte del rol de enfermería. El 81.3 % refirió saber identificar necesidades espirituales; sin embargo, el 69.3 % manifestó no estar familiarizado con herramientas de valoración. El 80.0 % reportó no haber recibido formación en cuidado espiritual y el 97.3 % expresó disposición para capacitarse. Las formas de cuidado más mencionadas fueron la religiosidad y el apoyo religioso o de líderes espirituales, así como la comunicación y el acompañamiento emocional, cada una presente en las respuestas de 30 participantes (40.0 %).

Conclusiones: En la muestra estudiada se encontró un contraste entre la elevada importancia atribuida al cuidado espiritual y la limitada formación reportada. Estos hallazgos ofrecen una base inicial para explorar necesidades formativas y recursos de apoyo en los contextos representados. Debido al muestreo por conveniencia y al carácter autoinformado de los datos, los resultados no permiten establecer competencias clínicas ni generalizarse a la población profesional de enfermería del país.

Palabras Claves: Espiritualidad; Atención de enfermería; Actitud del personal de salud.

Abstract

Objective: To describe participating nursing professionals' self-reported responses regarding the importance of spiritual care, the knowledge they report having, the practices they report providing, and their training.

Materials and methods: A quantitative, exploratory, descriptive, cross-sectional study involving 75 nursing professionals practicing in Costa Rica, selected through non-probability convenience sampling. A self-administered digital questionnaire was developed and internally reviewed by the researchers. Absolute and relative frequencies were calculated, and open-ended responses were grouped into descriptive categories.

Results: Overall, 97.3% recognized the importance of spirituality for well-being and recovery, and 98.7% considered spiritual care part of the nursing role. While 81.3% reported knowing how to identify spiritual needs, 69.3% reported being unfamiliar with assessment tools. Moreover, 80.0% reported having received no training in spiritual care, and 97.3% expressed willingness to undertake training. The most frequently mentioned forms of care were religiosity and religious support or support from spiritual leaders, as well as communication and emotional support, each identified in responses from 30 participants (40.0%).

Conclusions: In the study sample, a contrast was found between the high importance attributed to spiritual care and limited reported training. These findings provide an initial basis for exploring training needs and support resources in the settings represented. Due to convenience sampling and the self-reported nature of the data, the results do not establish clinical competence and cannot be generalized to the country's nursing professional population.

Keywords: Spirituality; Nursing care; Attitude of health personnel.

• Fecha de recibido: 14 de agosto de 2026 • Fecha de aceptado: 08 de septiembre de 2026
• Fecha de publicación: 20 de octubre de 2026

Licencia CC-By-NC-ND

Introducción

El cuidado de la salud requiere de un abordaje integral contemplando no solo el aspecto biopsicosocial, sino que también el espiritual, esto asegura que la persona enferma sea vista más allá del diagnóstico o como una simple cosa. Lo anterior es particularmente importante si se analiza que de la interacción entre factores biológicos, psicológicos y sociales surge la enfermedad; por ello, un abordaje que los contemple e integre la dimensión espiritual ha demostrado mejorar la satisfacción, la calidad de vida y el afrontamiento de la enfermedad y la muerte.

En relación con lo anterior, el modelo biopsicosocial describe la integración de los factores biológicos, psicológicos y sociales como dimensiones interrelacionadas que impactan en la salud y la enfermedad[1], mientras que el modelo biopsicosocial-espiritual amplía la visión anterior al incorporar la espiritualidad como una dimensión importante reconociendo su impacto en la salud, pero también cómo la persona enfrenta la enfermedad[2,3]. La riqueza de estos enfoques radica en su perspectiva holística y en los beneficios de su aplicación. La literatura señala que este modelo resulta clave donde el tratamiento puramente biomédico se queda corto; ejemplos de ello son el manejo del dolor crónico, la adherencia al tratamiento, el miedo, el aislamiento, el sentido de la enfermedad y las decisiones al final de la vida, entre otros[4].

En este punto, se clarifica que por espiritualidad se entiende la búsqueda de propósito, trascendencia y conexión con uno mismo, con los demás, con un poder superior o con la naturaleza. Asimismo, se aclara que trasciende la religiosidad[5,6]. Por su parte, la religiosidad se concibe como el canal, estructurado mediante normativas y rituales, a través del cual se espera alcanzar dicha conexión o trascendencia. De esta manera, el cuidado espiritual se entiende como, un proceso intencional y orientado a reconocer y responder a las necesidades espirituales de la persona, mediante una relación terapéutica basada en la presencia, la escucha, la empatía, la compasión y el acompañamiento[7,8].

Este cuidado espiritual también puede ser entendido como un proceso de atención enfermera que trasciende la valoración física y que, de acuerdo con su competencia, reconoce, valora y responde a las necesidades espirituales o existenciales de las personas. De esta manera, en los entornos asistenciales, la implementación de este enfoque impacta de manera positiva en la salud de las personas, especialmente como fuente de sentido, fortaleza y esperanza ante el sufrimiento, la enfermedad o la muerte; respetando sus creencias, la ausencia de estas y su decisión de no recibir atención espiritual.

De esta manera, el cuidado espiritual constituye un componente esencial de la atención integral en salud y resulta fundamental para enfermería, ya que reconoce a la persona como un ser holístico cuyas dimensiones física, emocional, social y espiritual interactúan en el proceso de salud-enfermedad. En este sentido, conviene destacar que, en los entornos asistenciales, la implementación de este enfoque impacta de manera positiva la salud de las personas, en particular el componente espiritual como fuente de sentido, fortaleza y esperanza ante el sufrimiento, la enfermedad o la muerte[9,10].

Licencia CC-By-NC-ND

En la misma línea, estas intervenciones parten del reconocimiento de la espiritualidad como una dimensión humana vinculada con aquello que cada persona considera valioso y que da sentido a su existencia. Ante una enfermedad, especialmente cuando la vida se ve amenazada, ese sentido puede debilitarse, y la oración, la meditación u otras prácticas espirituales pueden ofrecer consuelo, fortaleza y esperanza. En estas circunstancias, el cuidado espiritual enfermero se orienta a comprender y acompañar las necesidades de la persona, tomando en cuenta sus creencias y preferencias. Dentro de este cuidado, la religiosidad se entiende como el conjunto de prácticas, rituales y ceremonias compartidos en una comunidad de fe particular[11,12]. El profesional de enfermería reconoce que, para quienes profesan una fe, estas expresiones pueden ser un vehículo para conectarse con un ser supremo o vivir una experiencia de trascendencia que dé sentido a su existencia. Así, la oración, la lectura de textos religiosos, la meditación u otras prácticas pueden formar parte del cuidado, cuando la persona lo desee, con respeto por su autonomía y su manera de comprender y vivir la espiritualidad.

Por otro lado, la literatura señala que su implementación en la práctica profesional aún enfrenta desafíos vinculados con la formación disciplinar[4], las demandas institucionales y la comprensión diversa del concepto de espiritualidad entre profesionales de enfermería. Esto representa un reto, ya que en las últimas décadas el cuidado de la salud se ha centrado en el componente fisiológico, dejando de lado las otras dimensiones que conforman la persona y especialmente la espiritualidad[13].

Aunado a lo anterior, la espiritualidad también es considerada como la dimensión olvidada o descuidada dentro de la atención sanitaria, en gran medida debido a su escasa inclusión en los programas de formación[6,14]. A pesar de ello, diversos estudios han documentado beneficios asociados a la integración del componente espiritual en el cuidado de la salud, incluyendo mejoras en el bienestar emocional, el afrontamiento de la enfermedad y la calidad de vida de las personas[14,15].

Como se ha señalado, el abordaje del cuidado espiritual puede generar beneficios tanto para las personas usuarias como para el personal de enfermería. Entre estos se encuentran la disminución del consumo de sustancias, la reducción de intentos de suicidio y de la prevalencia de depresión, así como menores hospitalizaciones, mejor adherencia al tratamiento y menores tasas de mortalidad[14]. Asimismo, las intervenciones de atención espiritual han mostrado resultados favorables en comparación con otras terapias complementarias, tales como la reducción del dolor, la mejora en la calidad de vida y la promoción de comportamientos saludables[15]. En este mismo sentido, otros estudios han identificado diversas prácticas de cuidado espiritual en enfermería, como la historia espiritual, la oración, el acompañamiento y otras intervenciones psicoespirituales[16], que contribuyen a mejorar la condición de salud de las personas.

De esta manera, y ante lo expuesto en los párrafos anteriores describir los conocimientos autoinformados, las actitudes, las prácticas reportadas y la formación del personal de enfermería sobre cuidado espiritual es relevante por varias razones. En primer lugar, permite visibilizar cómo este componente del cuidado se incorpora (o no) en la práctica cotidiana, lo que contribuye a reconocer aspectos formativos que requieren mayor exploración. En segundo término, su análisis favorece la comprensión del cuidado como un fenómeno complejo, sustentado en una visión humanista y ética propia de la enfermería, que responde a los principios de la enfermería como ciencia del cuidado. Finalmente, en

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/

un contexto donde los sistemas de salud tienden a priorizar los aspectos técnicos, el reconocimiento del cuidado espiritual representa una oportunidad para fortalecer la calidad del cuidado desde un enfoque integral y humanista.

Ante el panorama presentado en los párrafos anteriores, y valorando que en el contexto costarricense la literatura sobre espiritualidad en enfermería es aún incipiente, se reconoce un vacío de conocimiento respecto a cómo las y los profesionales de enfermería distinguen, interpretan y practican el cuidado espiritual en su quehacer cotidiano. Por ello, el presente estudio tiene como objetivo describir las respuestas autoinformadas de profesionales de enfermería participantes sobre la importancia del cuidado espiritual, los conocimientos que refieren tener, las prácticas que reportan realizar y sus necesidades de formación.

Materiales y Métodos

El presente estudio se desarrolló bajo un enfoque cuantitativo, de tipo exploratorio descriptivo y de corte transversal. Este diseño se seleccionó en función de la necesidad de aproximarse de manera inicial al fenómeno de estudio, permitiendo describir diferentes aspectos sobre el cuidado espiritual, así como las prácticas relacionadas con su implementación en el ámbito profesional en enfermería.

La población de interés estuvo conformada por profesionales en enfermería en ejercicio en Costa Rica. La selección de participantes se realizó mediante un muestreo no probabilístico por conveniencia, contando con la participación de 75 personas, las cuales accedieron voluntariamente a participar tras la difusión del enlace del instrumento y que cumplían con el criterio de inclusión de ser profesionales de enfermería en ejercicio. Este tipo de muestreo es congruente con el carácter exploratorio y descriptivo del estudio, ya que favorece la diversidad de experiencias en distintos contextos laborales y territoriales. El total de participantes se alcanzó con las respuestas recibidas al final del periodo durante el cual el formulario estuvo disponible entre octubre y noviembre del 2025.

La recolección de la información se llevó a cabo mediante la técnica de encuesta autoadministrada en formato digital, utilizando la plataforma Google Forms. El instrumento fue diseñado por el equipo investigador en correspondencia con el objetivo del estudio. Este incluyó seis ítems estructurados orientados a la caracterización sociodemográfica y laboral de la población participante (institución de trabajo, edad, sexo, nivel académico, experiencia profesional, área de desempeño), 10 ítems con opciones de respuesta “Sí”, “No” y “Otro”, esta última con la posibilidad de especificar una respuesta escrita, y una pregunta abierta sobre la forma de cuidado espiritual utilizada con mayor frecuencia. Los ítems abordaron conocimientos autoinformados, actitudes, prácticas declaradas sobre cuidado espiritual, formación recibida, suficiencia percibida de la formación y disposición para capacitarse. Específicamente los ítems sobre conocimiento recogieron la autopercepción de las personas participantes respecto a su capacidad para identificar necesidades espirituales, su familiaridad con guías o protocolos para valorar la dimensión espiritual y su conocimiento sobre a quién remitir a una persona que requiere apoyo espiritual especializado.

Licencia CC-By-NC-ND

Por otro lado, se aclara que el instrumento se construyó a partir de los resultados del proyecto "C1227 Intervenciones de atención espiritual implementadas por proveedores de atención de salud en entornos hospitalarios para adultos: revisión de alcance" inscrito en la Vicerrectoría de Investigación de la Universidad de Costa Rica.

El instrumento fue sometido a un proceso de revisión interna por parte del equipo investigador, con el propósito de evaluar su claridad, coherencia y pertinencia en relación con el objetivo del estudio. No se realizó un proceso formal de validación psicométrica.

El cuestionario fue distribuido a través de medios digitales en diversos grupos de profesionales de enfermería a nivel nacional, lo que permitió contar con la participación de personas de diferentes regiones y ámbitos de desempeño. El formulario estuvo disponible durante los meses de octubre y noviembre del año 2025. Todas las preguntas fueron obligatorias. En la revisión de la base de datos se compararon las respuestas de los registros, excluyendo la marca temporal, y no se identificaron registros completamente idénticos. Al acceder al enlace, cada persona participante recibió información detallada sobre el objetivo del estudio, el carácter voluntario de la participación y las condiciones de confidencialidad. El consentimiento informado fue solicitado de forma explícita. Las personas podían decidir no iniciar o abandonar el formulario antes de enviarlo. Únicamente quienes aceptaron pudieron continuar con el cuestionario mientras que el sistema impedía el acceso en caso contrario.

Una vez finalizada la recolección, se organizaron y analizaron los 75 registros recibidos mediante Microsoft Excel, sin excluir formularios. Posteriormente, se llevó a cabo un análisis descriptivo mediante el cálculo de frecuencias absolutas y relativas, lo que permitió la presentación de los resultados en tablas para facilitar su comprensión e interpretación. Para los ítems estructurados, se distinguieron las respuestas "Sí", "No" y "Otras respuestas textuales". Esta última categoría agrupó los textos consignados en la opción de "Otro", conservando su contenido original, sin reclasificarlos automáticamente como afirmativos o negativos ni considerarlos datos faltantes. Los porcentajes se calcularon sobre los 75 registros analizados. Las respuestas a la pregunta abierta se agruparon en categorías descriptivas construidas a partir de su contenido. Una investigadora realizó la clasificación inicial y ambas investigadoras revisaron posteriormente las asignaciones. Cuando una respuesta mencionaba acciones diferentes, podía clasificarse en varias categorías. Cada participante se contabilizó una sola vez por categoría y los porcentajes se calcularon sobre los 75 registros, por lo que su suma podía superar el 100%.

De acuerdo con el diseño exploratorio, el análisis se orientó a la identificación de patrones y tendencias en la información recolectada, sin establecer relaciones de causalidad ni pretender la generalización de los hallazgos a la totalidad de la población.

Desde el punto de vista ético, la investigación se desarrolló conforme a los principios de autonomía, beneficencia, no maleficencia, confidencialidad y respeto por las personas. Tal como lo establece la Universidad de Costa Rica. La participación fue voluntaria y se garantizó el anonimato y la confidencialidad de la información, al no recolectarse datos sensibles que permitieran la identificación directa

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/

de las personas participantes. Asimismo, se aseguró que la información obtenida sería utilizada exclusivamente con fines académicos y científicos.

Entre las principales limitaciones del estudio se reconoce el uso de un muestreo no probabilístico por conveniencia, lo que restringe la posibilidad de generalización de los resultados. Adicionalmente, la recolección de datos mediante una plataforma digital implica una dependencia del acceso a internet y de la disposición de las personas participantes, lo que puede introducir sesgos de selección. Asimismo, el carácter autoinformado de los datos podría introducir sesgos de respuesta.

Los hallazgos deben interpretarse considerando el carácter exploratorio y transversal del estudio. El muestreo por conveniencia, el reclutamiento digital y voluntario y la predominancia de participantes de la CCSS y de hospitales públicos circunscriben los resultados a la muestra estudiada. El cuestionario, elaborado a partir de antecedentes de investigación y revisado internamente, no contó con validación psicométrica formal. Asimismo, los datos describen conocimientos, valoraciones y prácticas autoinformadas, sin verificar competencias clínicas ni desempeño observado, y pueden estar sujetos a sesgos de respuesta. La categorización de las respuestas abiertas incorpora un componente interpretativo. Estas condiciones delimitan el alcance de las conclusiones, sin restar pertinencia al estudio como aproximación inicial para identificar necesidades de formación y orientar investigaciones posteriores.

Resultados

Este estudio contó con la participación de 75 profesionales, según los datos reflejados en la Tabla 1. Del total de participantes, 67 laboraban en la Caja Costarricense de Seguro Social (CCSS), 3 en el ámbito universitario (no especifican en cual) y los 5 restantes en otros escenarios de salud. En cuanto al sexo la mayoría correspondía a mujeres (61) y 14 hombres. Con respecto a la edad, la mayoría reportada se concentra en un rango de 30 años a 59 años.

Tabla 1. Jornada laboral del profesional de enfermería

Variable	Categoría	n	%
Institución de trabajo	CCSS	67	89.3%
	Universidad	3	4.0%
	Otros	5	6.7%
Edad (años)	20–29	3	4.0%
	30–39	20	26.7%
	40–49	24	32.0%
	50–59	20	26.7%
	60–69	8	10.7%
Sexo	Femenino	61	81.3%
	Masculino	14	18.7%

Fuente. Elaboración propia.

Licencia CC-By-NC-ND

Respecto a la tabla anterior se resalta que las personas que participan en la presente investigación son mayoritariamente funcionarios de la CCSS, mujeres y con edad superior a 40 años.

Los datos de la Tabla 2 muestran que 53 participantes (70.7%) tenían más de 10 años de experiencia profesional. Aunque se reportaron distintos entornos laborales, predominó el hospital público. Respecto al perfil académico, 73 participantes (97.3%) de los participantes se concentra en los grados de licenciatura y maestría, mientras que una persona tenía bachillerato y otro doctorado.

En cuanto a la experiencia laboral, la mayoría de los participantes (34 personas), reporta tener más de 20 años de experiencia profesional. Le siguen 19 personas con entre 11 y 20 años, 13 con entre 6 y 10 años, mientras que los niveles más bajos de experiencia concentran menos participantes: 7 personas con entre 1 y 5 años y solo 2 con menos de un año.

La mayoría de la población participante reportó el ámbito hospitalario como su principal área de desempeño. Específicamente, 60 personas laboraban en hospitales públicos y tres en centros privados. Con respecto a otros escenarios, seis profesionales se desempeñaban en el primer nivel de atención, tres en docencia y uno en el segundo nivel; mientras que las áreas de salud ocupacional y atención extrahospitalaria registraron un participante cada una.

Tabla 2. Características profesionales de las personas participantes (n=75)

Variable	Categoría	n	%
Nivel académico	Bachillerato	1	1.3%
	Licenciatura	36	48.0%
	Maestría	37	49.3%
	Doctorado	1	1.3 %
Experiencia profesional	> 20 años	34	45.3%
	11–20 años	19	25.3%
	6–10 años	13	17.3%
	1–5 años	7	9.3%
	< 1 año	2	2.7%
Área principal de trabajo	Hospital público	60	80.0%
	Primer nivel de atención	6	8.0%
	Hospital privado	3	4.0%
	Docencia	3	4.0%
	Segundo nivel de atención	1	1.3%
	Salud ocupacional	1	1.3%
	Área extrahospitalaria	1	1.3%

Fuente. Elaboración propia.

Por otro lado, la Tabla 3 expone los conocimientos sobre los elementos básicos del cuidado espiritual. Al respecto, el 76% de la población participante refirió conocer la diferencia entre cuidado espiritual y apoyo religioso. En contraste, menos de la mitad (49.3%) reportó saber a quién remitir a un usuario para

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/

recibir atención espiritual especializada. Finalmente, en cuanto a las necesidades espirituales, el 81.3% indicó saber identificarlas; sin embargo, el 69.3% admitió no estar familiarizado con herramientas específicas para valorar dicha dimensión.

En cuanto a las actitudes reportadas, los datos descriptivos revelan un contraste respecto a la dimensión del conocimiento, ya que las personas participantes muestran actitudes altamente favorables hacia el cuidado espiritual. Como se observa en la tabla 3, la gran mayoría reconoce su importancia en el bienestar (97.3%) y considera que el cuidado espiritual forma parte del rol de enfermería (98.7%). Además, un porcentaje considerable manifiesta sentirse cómodo abordando temas espirituales (78.7%).

Tabla 3. Conocimientos autoinformados y actitudes reportadas sobre el cuidado espiritual en profesionales de enfermería (n=75)

Categoría	Dimensión	Sí n (%)	No n (%)	Otros n (%)
Conocimientos	Conoce la diferencia entre cuidado espiritual y apoyo religioso	57 (76.0%)	17 (22.7%)	1 (1.3%)
Conocimientos	Sabe a quién remitir para apoyo espiritual especializado	37 (49.3%)	35 (46.7%)	3 (4.0%)
Conocimientos	Familiarización con herramientas para valorar la dimensión espiritual	23 (30.7%)	52 (69.3%)	—
Conocimientos	Sabe identificar necesidades espirituales	61 (81.3%)	11 (14.7%)	3 (4.0%)
Actitudes	Reconoce la importancia de la espiritualidad en el bienestar y recuperación	73 (97.3%)	2 (2.7%)	—
Actitudes	Considera el cuidado espiritual parte del rol de enfermería	74 (98.7%)	1 (1.3%)	—
Actitudes	Se siente cómodo/a abordando temas espirituales con las personas usuarias	59 (78.7%)	13 (17.3%)	3 (4.0%)

Fuente. Elaboración propia.

Otro aspecto valorado en torno al cuidado espiritual se relaciona con la prestación de este. En la Tabla 4 se presenta la distribución de las formas de cuidado espiritual reconocidas por los profesionales de enfermería en sus respuestas. Las categorías temáticas de esta tabla se definieron a partir de lo que la literatura refiere como formas de cuidado espiritual.

Tabla 4. Formas de cuidado espiritual mencionadas por los profesionales de enfermería

Categoría temática	Participantes, n	Porcentaje (%)
Religiosidad y apoyo religioso o de líderes espirituales*	30	40.0
Comunicación y acompañamiento emocional	30	40.0
Valoración y respeto de necesidades, creencias y preferencias	18	24.0
Prácticas contemplativas y de conexión personal	15	20.0
Conexión con la naturaleza y expresión creativa	4	5.3
Otras prácticas de cuidado espiritual	3	4.0
Declara no realizar cuidado espiritual	3	4.0
Respuesta no clasificable	3	4.0

Nota: Algunas personas mencionaron más de una práctica de cuidado espiritual en su respuesta, por lo que esta pudo clasificarse en varias categorías. Cada participante se contabilizó una sola vez por categoría. Los porcentajes se calcularon sobre el total de participantes (N = 75) y su suma puede superar el 100 %. * Incluye prácticas como la oración, el fortalecimiento de la fe, la lectura de textos religiosos y el contacto o la remisión a líderes religiosos o espirituales.
Fuente. Elaboración propia.

Licencia CC-By-NC-ND

Respecto a las prácticas descritas en la Tabla 4, al agrupar las respuestas de la población participante se evidencia que las acciones más frecuentes se vinculan con la religiosidad y sus líderes, así como con la comunicación y el acompañamiento emocional. Los reportes evidencian otra gama de prácticas asociadas al autoconocimiento y conexión con el entorno. Encontrando también otras prácticas clasificadas solo como cuidado espiritual y en menor cantidad quienes reportan del todo no practicar cuidado espiritual, de estas solo una persona especifica que es porque no brinda cuidado directo.

Finalmente, la Tabla 5 expone las necesidades de capacitación entre los participantes. Al respecto, destaca que la formación universitaria en Costa Rica no brindó, al menos en la experiencia de la población participante, las herramientas necesarias para ofrecer cuidado espiritual. En consecuencia, la totalidad de los profesionales manifestó disposición para recibir formación en esta área.

Tabla 5. Formación y necesidades de capacitación en cuidado espiritual en profesionales de enfermería (n=75)

Dimensión	Sí n (%)	No n (%)	Otro n (%)
Formación en cuidado espiritual	11 (14.7%)	60 (80.0%)	4 (5.3%)
La formación le dio las herramientas suficientes para brindar cuidado espiritual	11 (14.7%)	61 (81.3%)	3 (4.0%)
Disposición para recibir capacitación adicional	73 (97.3%)	1 (1.3%)	1 (1.3%)

Fuente. Elaboración propia.

Discusión

La humanización del cuidado enfermero requiere la integración de la dimensión espiritual, bajo la premisa de que no todo el sufrimiento humano puede explicarse exclusivamente desde la fisiopatología. Esta perspectiva favorece el entendimiento de manifestaciones como la angustia, el miedo, la desesperanza, el sufrimiento existencial o la sensación de pérdida de sentido, las cuales pueden persistir aun cuando las necesidades físicas han sido atendidas adecuadamente o los síntomas biomédicos se encuentren controlados.

La espiritualidad tiene múltiples expresiones y, para este estudio, se comprende en la relación con la búsqueda de significado, propósito y conexión con aquello que cada persona considera relevante, sea o no religioso. Por consiguiente, como otra dimensión se presenta la religiosidad como un vehículo o método que involucra actividades, métodos, rituales a través de los cuales se aborda esa necesidad de significado o trascendencia/conexión con el ser supremo. Finalmente se presenta las practicas espirituales personales que las autoras comprenden como acciones individuales que realiza la persona para cultivar esa conexión con lo que reconoce como significativo/espiritual.

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/

Ahora bien, el cuidado enfermero espiritual se entiende como acciones que parten de un proceso enfermero para dar respuesta a necesidades que trascienden la dimensión física y que se relacionan con el componente espiritual. Desde esta perspectiva, el cuidado espiritual involucra acciones como la escucha activa, la presencia terapéutica, el acompañamiento y la atención de las necesidades de este tipo. A través de esta forma de cuidado, se propicia alivio, tranquilidad y bienestar en las personas atendidas.

La aclaración de estos componentes, espiritualidad y religiosidad, como elementos vinculados pero situados en dimensiones diferentes, resulta relevante para el profesional de enfermería al abordar a la persona con necesidades de cuidado espiritual. Esta distinción permite respetar no solo las necesidades asistenciales, sino también la autonomía del usuario, al indagar si desea que dicha dimensión sea atendida y qué tipo de apoyo requiere. De este modo, se evitan acciones impositivas y se garantiza el respeto a la diversidad religiosa o a la ausencia de creencias.

Desde este marco, resulta relevante que el 97.3 % de las personas participantes reconociera la importancia de la espiritualidad en el bienestar y la recuperación, y que el 98.7 % considerara el cuidado espiritual parte del rol de enfermería. Dichos hallazgos coinciden con investigaciones previas[17], las cuales destacan que el cuidado espiritual constituye un elemento esencial de la asistencia integral. De este modo, la espiritualidad complementa el modelo biomédico tradicional al permitir una comprensión más amplia de la experiencia humana ante la enfermedad, lo que fortalece una atención centrada en la persona y orientada a aliviar el sufrimiento en todas sus dimensiones.

Las categorías más mencionadas fueron “Religiosidad y apoyo religioso o de líderes espirituales” y “Comunicación y acompañamiento emocional”, cada una presente en las respuestas de 30 participantes (40.0 %). Esta diversidad de acciones permite identificar que las personas participantes reconocieron diferentes formas de cuidado espiritual. Las acciones mencionadas pueden contrastarse con las intervenciones descritas en la literatura[5,18,19,20], que incluyen conversaciones con integrantes del equipo, prácticas religiosas y presencia terapéutica en cuidados paliativos. La semejanza en las acciones descritas ofrece un punto de encuentro con esa literatura, aunque nuestra encuesta no evaluó su aplicación ni sus efectos.

Cabe destacar que acciones consideradas sencillas, tales como atender las preocupaciones espirituales a través de la escucha activa, trascienden el acto meramente pasivo. Para que este proceso se consolide como cuidado espiritual, debe orientarse a guiar la búsqueda de significado, conexión, esperanza o creencias que la persona considere relevantes.

Aunado a lo anterior, se puede decir que la enfermería se sustenta en una visión integral bajo un paradigma transformador donde diferentes teorizantes de enfermería han reconocido la espiritualidad como una dimensión importante del ser humano, entendiendo a la persona como una unidad compleja en la que interactúan dimensiones físicas, psicológicas, sociales y espirituales. Desde este enfoque

Licencia CC-By-NC-ND

holístico, el cuidado espiritual constituye un elemento inseparable de la atención integral, particularmente en contextos hospitalarios donde las personas enfrentan situaciones de mayor vulnerabilidad, sufrimiento e incertidumbre. Sin embargo, a pesar de su relevancia teórica y práctica, esta dimensión continúa siendo insuficientemente abordada tanto en la formación profesional como en la práctica clínica de enfermería, especialmente en el contexto latinoamericano.

De esta manera, la formación limitada reportada y la elevada disposición para capacitarse respaldan la pertinencia de explorar necesidades formativas de las personas participantes en cuidado espiritual. Estos hallazgos coinciden con la literatura científica[21] que reconoce la importancia de esta formación y señala limitaciones para su implementación.

En la muestra estudiada, el 81.3 % refirió saber identificar necesidades espirituales y el 76.0 % manifestó conocer la diferencia entre cuidado espiritual y apoyo religioso. Por otra parte, el 46.7 % respondió que no sabía a quién remitir para apoyo espiritual especializado. Estos resultados describen conocimientos autoinformados y no permiten evaluar competencias clínicas ni determinar la disponibilidad de recursos institucionales de derivación. Asimismo, el 80.0 % respondió negativamente al ítem sobre contenidos recibidos durante su formación y el 97.3 % manifestó disposición para capacitarse. Estos hallazgos permiten plantear la pertinencia de explorar las necesidades formativas de las personas participantes y coinciden con otra investigación que destaca la necesidad de formación en cuidado espiritual[22].

La escasa familiaridad declarada con herramientas de valoración (el 69.3 % respondió no estar familiarizado) y el desconocimiento autoinformado sobre a quién remitir para apoyo espiritual especializado (señalado por el 46.7 %) identifican dos aspectos relevantes para orientar la exploración de necesidades formativas en la muestra estudiada. Estos hallazgos en congruencia con otros estudios[23] ofrecen una base inicial para considerar contenidos educativos sobre valoración espiritual y recursos de derivación, cuya pertinencia deberá examinarse en los respectivos contextos asistenciales.

En este punto, no puede dejarse de lado que la integración del cuidado espiritual debe articularse con la humanización del cuidado y la madurez ética. La literatura señala riesgos asociados tanto a la omisión de necesidades espirituales relevantes como a la imposición de intervenciones o al ejercicio fuera del ámbito de competencia profesional. En este contexto, el profesional debe contemplar valores fundamentales como la autonomía, considerando los deseos, la cosmovisión, las preferencias de la persona, así como respetando su decisión de rechazar este cuidado[24,25,26].

La coexistencia de formación reportada limitada y autopercepción favorable sobre la identificación de necesidades plantea una pregunta para futuras investigaciones: cómo adquieren y desarrollan estos conocimientos las personas profesionales de enfermería. Explorar sus trayectorias de aprendizaje permitiría orientar propuestas formativas acordes con sus experiencias y contextos laborales.

Por otro lado, respecto de los participantes 67 (89.3 %) declararon trabajar en la Caja Costarricense de Seguro Social (CCSS) y 60 (80.0 %) señalaron el hospital público como su área principal de trabajo.

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/

Esta concentración delimita el contexto de los resultados, que corresponden principalmente a profesionales vinculados con esos entornos, sin que esto necesariamente tenga una representatividad nacional ni institucional. Por tanto, los hallazgos deben circunscribirse a las personas participantes. Sin embargo, es importante reconocer que esta institución fue reconocida como la principal prestadora de servicios de salud en Costa Rica y el mayor empleador de profesionales del sector, una condición reconocida por la Organización Panamericana de la Salud (OPS)[27]. Futuras investigaciones podrían ampliar la participación de profesionales de otros entornos asistenciales para explorar sus valoraciones, prácticas autoinformadas y necesidades de formación en cuidado espiritual.

En este punto no puede dejarse de lado que la integración del cuidado espiritual debe estar de la mano en la humanización del cuidado y también con una madurez ética, la literatura señala que existen riesgos asociados a la omisión de necesidades espirituales relevantes como por imponer intervenciones o exceder la competencia, es acá donde él profesional debe contemplar valores fundamentales como la autonomía, la cual convoca a la reflexión y ponderación en el escenario de prestación de cuidado sobre los deseos de la persona, su cosmovisión, su preferencia y respetar el rechazo si así es manifestado[26].

En síntesis, los resultados muestran un contraste entre la elevada importancia atribuida al cuidado espiritual y la limitada formación reportada por las personas participantes. Aunque estas refirieron saber identificar necesidades espirituales y valoraron este cuidado como parte de su rol profesional, la mayoría indicó que su formación no les había proporcionado herramientas suficientes y reportó escasa familiaridad con guías o protocolos de valoración. Además, una proporción de participantes reportó desconocer a quién remitir para apoyo espiritual especializado. Estos hallazgos, junto con la elevada disposición para capacitarse, ofrecen una base inicial para considerar el fortalecimiento de contenidos sobre cuidado espiritual en la formación universitaria y la educación continua. Asimismo, permiten proponer que se examine, en los respectivos contextos asistenciales, la pertinencia de incorporar este componente en los planes de trabajo institucionales y de facilitar el acceso a herramientas de valoración y recursos de derivación.

Conclusiones

En conclusión, la población profesional participante reconoce el cuidado espiritual como un componente esencial de la atención integral y de su quehacer cotidiano, aunque señala una formación limitada a nivel institucional en este ámbito. Asimismo, destacan las diversas formas de ofrecer este tipo de atención, donde afloran principalmente el diálogo, la escucha activa y el acompañamiento; elementos que evidencian el rol de la intuición en estas prácticas ante la falta de instrucción formal, así como una actitud favorable hacia la incorporación de la dimensión espiritual en la práctica clínica de enfermería.

Lo anterior está estrechamente relacionado con la identificación de una brecha entre este reconocimiento y la preparación profesional disponible para ofrecer un cuidado espiritual de manera sistemática,

Licencia CC-By-NC-ND

estructurada y fundamentada. Las limitaciones relacionadas con la formación, el conocimiento de herramientas para la valoración de necesidades espirituales y la derivación a recursos especializados permiten inferir que el cuidado espiritual podría depender, en alguna medida, de la experiencia, la iniciativa y los recursos personales de quienes brindan la atención.

Finalmente, la presente investigación deja en evidencia la necesidad y oportunidad para fortalecer la formación universitaria y la educación continua en cuidado espiritual, así como de promover el desarrollo de protocolos, herramientas de valoración y estrategias institucionales que faciliten su integración en los diferentes escenarios asistenciales. Avanzar en esta dirección contribuirá a consolidar una práctica de enfermería más integral, humanizada y centrada en la persona, capaz de responder a las necesidades espirituales como parte fundamental e integral del cuidado de la salud.

Conflicto de interés

Las autoras declaran no tener conflictos de interés relacionados con este estudio.

Consideraciones éticas

Respecto a la investigación esta responde a los principios de autonomía, beneficencia, no maleficencia, confidencialidad y respeto por las personas (la recogida de los datos fue autoadministrada). La participación fue voluntaria y anónima; antes de responder se informó sobre el propósito del estudio y el uso científico de los datos. Por otro lado, el cuestionario no recopiló información personal identificable, creencias religiosas, experiencias íntimas ni datos de pacientes, y los resultados fueron analizados y presentados de manera agregada.

El estudio no fue sometido a un Comité Ético Científico (CEC), debido a que no requería dicho procedimiento según la Ley Reguladora de Investigación Biomédica N.º 9234 y el Lineamiento de investigaciones excluidas de la revisión por parte de un CEC del Consejo Nacional de Inves-tigación en Salud de Costa Rica (CONIS). Se trató de una encuesta de riesgo mínimo dirigida a profesionales de enfermería mayores de edad, enfocada en la prestación del cuidado espiritual, las herramientas y la formación disponibles y las necesidades de capacitación, sin intervencio-nes ni riesgos laborales, legales, económicos, reputacionales o discriminatorios previsibles para las personas participantes. Aunado a lo anterior el presente estudio surge como la necesidad de explorar el cuidado espiritual en el quehacer de enfermería en Costa Rica, a partir de prácticas que se desarrollan en otras latitudes y que se identificaron en el proyecto C1227 inscrito en la Universidad de Costa Rica dentro de la Vicerrectoría de Investigación.

Licencia CC-By-NC-ND

Uso de inteligencia artificial

Las autoras declaran que se utilizó ChatGPT (OpenAI) únicamente como apoyo para revisar la gramática y la claridad del manuscrito original. Las personas autoras revisaron y validaron el contenido final y asumen plena responsabilidad por este.

Contribución de los autores

Conceptualización: C.C.A., B.V.N.; Curación de datos: C.C.A., B.V.N.; Análisis formal: C.C.A., B.V.N.; Adquisición de Financiamiento: C.C.A., B.V.N.; Investigación: C.C.A., B.V.N.; Metodología: C.C.A., B.V.N.; Administración del proyecto: C.C.A., B.V.N.; Recursos: C.C.A., B.V.N.; Software: C.C.A., B. V.N.; Supervisión: C.C.A., B.V.N.; Validación: C.C.A., B.V.N.; Visualización: C.C.A., B.V.N.; Redacción–borrador original: C.C.A., B.V.N.; Redacción, revisión y edición: C.C.A., B.V.N.

Financiamiento

El presente estudio no contó con financiamiento externo.

Referencias

1. Bolton D. A revitalized biopsychosocial model: core theory, research paradigms, and clinical implications. Psychol Med. 2023;53(16):7504-7511. Doi: https://doi.org/10.1017/S0033291723002660

2. Xu M, Smiley A, Aboagye A, Parker TN, Phillips K, Oppong KD, et al. Spiritual care in the outpatient environment for chronically ill older African American patients: protocol for a pilot feasibility study. PLoS One. 2025;20(11):e0337436. Doi: https://doi.org/10.1371/journal.pone.0337436

3. Bilgin A, Doner A, Erdogan Yuce G, Muz G. The effect of biopsychosocial-spiritual factors on medication adherence in chronic diseases in Türkiye. J Relig Health. 2025;64(5):3853-3873. Doi: https://doi.org/10.1007/s10943-025-02317-3

4. Pérez-Jiménez JM, Bonilla Sierra P, de-Diego-Cordero R. The influence of spirituality in the care of patients with advanced chronic illnesses and at the end of life: an integrative review. J Relig Health. 2026;65:451-479. Doi: https://doi.org/10.1007/s10943-025-02543-9

5. McSherry W, Cash K, Ross L. Meaning of spirituality: implications for nursing practice. J Clin Nurs. 2004;13(8):934-941. Doi: https://doi.org/10.1111/j.1365-2702.2004.01006.x

6. Caldeira S, Simões Figueiredo A, Da Conceição A, et al. Spirituality in the Undergraduate Curricula of Nursing Schools in Portugal and São Paulo-Brazil. Religions (Basel). 2016;7(11):134. Doi: https://doi.org/10.3390/rel7110134

7. Miller M, Addicott K, Rosa WE. Spiritual care as a core component of palliative nursing: it's all about connection—to our patients' needs, and to our own. Am J Nurs. 2023;123(2):54-59. Doi: https://doi.org/10.1097/01.NAJ.0000919748.95749.e5

8. Coelho J, Querido A, Costeira C, Laranjeira C. Spiritual care competence in palliative care: a concept analysis. J Relig Health. 2025;64(5):3740-3762. Doi: https://doi.org/10.1007/s10943-025-02408-1

9. Austin PD, Lee W, Keall R, Lovell MR. Efficacy of spiritual interventions in palliative care: an umbrella review of systematic reviews. Palliat Med. 2025;39(1):70-85. Doi: https://doi.org/10.1177/02692163241287650

10. Bermejo JC. Espiritualidad y salud. HORIZONTE - Revista de Estudos de Teologia e Ciências da Religião. Published online December 31, 2021:1202. Doi: https://doi.org/10.5752/p.2175-5841.2021v19n60p1202

11. Badanta B, Rivilla-García E, Lucchetti G, de Diego-Cordero R. The influence of spirituality and religion on critical care nursing: an integrative review. Nurs Crit Care. 2022;27(3):348-366. Doi: https://doi.org/10.1111/nicc.12645

12. Hawthorne DM, Gordon SC. The invisibility of spiritual nursing care in clinical practice. J Holist Nurs. 2020;38(1):147-155. Doi: https://doi.org/10.1177/0898010119889704

13. Khalajinia Z, Tehran HA, Heidari A. Explaining the perception of spiritual care from the perspective of health personnel: A qualitative study. J Educ Health Promot. 2021;10(1). Doi: https://doi.org/10.4103/jehp.jehp_599_20

14. de Brito Sena MA, Damiano RF, Lucchetti G, Peres MFP. Defining Spirituality in Healthcare: A Systematic Review and Conceptual Framework. Front Psychol. 2021;12. Doi: https://doi.org/10.3389/fpsyg.2021.756080

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/

15. Zhang G, Zhang Q, Li F. The impact of spiritual care on the psychological health and quality of life of adults with heart failure: a systematic review of randomized trials. Front Med (Lausanne). 2024; 11:1334920. Doi: https://doi.org/10.3389/fmed.2024.1334920

16. Dos Santos FC, Macieira TGR, Yao Y, et al. Spiritual Interventions Delivered by Nurses to Address Patients' Needs in Hospitals or Long-Term Care Facilities: A Systematic Review. J Palliat Med. 2022;25(4):662-677. Doi: https://doi.org/10.1089/jpm.2021.0578

17. Espinoza-Padilla DJ, Poblete-Troncoso M del C, Guerra-Guerrero VT, Zamberlan C, Backes DS. Relação entre espiritualidade e cuidado humanizado em profissionais de enfermagem de um hospital chileno. Rev Bras Enferm. 2025;78(5). Doi: https://doi.org/10.1590/0034-7167-2024-0598

18. McSherry W, Jamieson S. An online survey of nurses' perceptions of spirituality and spiritual care. J Clin Nurs. 2011;20(11-12):1757-1767. Doi: https://doi.org/10.1111/j.1365-2702.2010.03547.x

19. McSherry W, Ross L, Balthip K, Ross N, Young S. Spiritual Assessment in Healthcare: An Overview of Comprehensive, Sensitive Approaches to Spiritual Assessment for Use Within the Interdisciplinary Healthcare Team. In: Spirituality in Healthcare: Perspectives for Innovative Practice. Springer International Publishing; 2019:39-54. Doi: https://doi.org/10.1007/978-3-030-04420-6_3

20. Jaman-Mewes P, Caetano da Silva de Oliveira M, Regina Mazotti M, de Góes Salvetti M. Spiritual care interventions for palliative care patients: a scoping review. Palliat Support Care. 2024;22(5):1449-1468. Doi: https://doi.org/10.1017/S1478951524000592

21. Chidarikire S, Makaza M, Popoola T, Yu F, Molloy L. Bridging the gap: normalising spiritual care in undergraduate nursing education: a review of qualitative research. Nurse Educ Pract. 2025;85:104359. Doi: https://doi.org/10.1016/j.nepr.2025.104359

22. Skovran LM, dos Santos Soldera AG, dos Santos Almeida RG. Conhecimento e atitude de licenciados em enfermagem sobre cuidado espiritual. Enfermagem em Foco. 2026;17. Doi: https://doi.org/10.21675/2357-707X.2026.v17.e-2026048e

23. Balboni TA, VanderWeele TJ, Doan-Soares SD, et al. Spirituality in serious illness and health. JAMA. 2022;328(2):184-197. Doi: https://doi.org/10.1001/jama.2022.11086

24. Arutyunyan T, Odetola F, Swieringa R, Niedner M. Religion and Spiritual Care in Pediatric Intensive Care Unit: Parental Attitudes Regarding Physician Spiritual and Religious Inquiry. American Journal of Hospice and Palliative Medicine®. 2018;35(1):28-33. Doi: https://doi.

Licencia CC-By-NC-ND

org/10.1177/1049909116682016

25. Best MC, Jones K, Merritt F, et al. Australian patient preferences for discussing spiritual issues in the hospital setting: an exploratory mixed methods study. J Relig Health. 2024;63(1):238-256. Doi: https://doi.org/10.1007/s10943-023-01767-x

26. Polzer Casarez RL, Engebretson JC. Ethical issues of incorporating spiritual care into clinical practice. J Clin Nurs. 2012;21(15-16):2099-107. Doi: https://doi.org/10.1111/j.1365-2702.2012.04168.x

27. Organización Panamericana de la Salud. Costa Rica informe anual de país 2024 [Internet]. OPS; 2025 [citado 1 oct 2026]. Disponible en: https://www.paho.org/es/publicaciones/costa-rica-informe-anual-pais-2024

Licencia
CC-By-NC-ND



Horizonte sanitario

ISSN (en línea): 2007-7459

Percepción del cuidado humanizado de enfermería y adherencia al tratamiento antituberculoso en Lima, Perú

Perception of Humanized Nursing Care and Adherence to Antituberculosis Treatment in Lima, Peru

Artículo Original DOI: 10.19136/hs.a25.sI.6416

Judith Jania Trujillo Pujay [1]
Palmira Canales Morales [2]
Carmen Rocío Ricra Echevarría [3]
Jhon Alex Zeladita Huaman [4]
Lourdes Tafur Pittman [5]
Álvaro Toledo San Martín [6]

Correspondencia: Palmira Canales Morales. Dirección postal: Escuela de Enfermería, Facultad de Salud. Universidad Santo Tomás. Av. Ejército Libertador 146, Santiago, Chile.
Correo electrónico: palmiraisabel12@gmail.com.

Licencia CC-By-NC-ND

[1] *Licenciada en Enfermería. Egresada de la Escuela Profesional de Enfermería. Universidad Nacional Mayor de San Marcos. Lima, Perú.*
[2] *Magíster en Educación. Facultad de Salud. Escuela de Enfermería. Universidad Santo Tomás. Santiago, Chile.*
[3] *Doctora en Salud Pública. Facultad de Ciencias de la Salud. Universidad Nacional Autónoma Altoandina de Tarma. Junin, Perú.*
[4] *Doctor en Enfermería. Facultad de Medicina. Universidad Nacional Mayor de San Marcos. Lima, Perú.*
[5] *Doctora en Salud Pública. Facultad de Medicina. Universidad Nacional Mayor de San Marcos. Lima, Perú.*
[6] *Magíster en Estadística. Departamento de Matemáticas y Estadística Aplicada. Universidad Bernardo O'Higgins. Santiago. Región Metropolitana. Chile.*

Judith Jania Trujillo Pujay
Palmira Canales Morales
Carmen Rocío Ricra Echevarría
Jhon Alex Zeladita Huaman
Lourdes Tafur Pittman
Álvaro Toledo San Martín



Resumen

Objetivo: Analizar la asociación entre la percepción del cuidado humanizado de enfermería y la adherencia al tratamiento antituberculoso en personas con tuberculosis atendidas en tres establecimientos de salud de Lima, Perú.

Materiales y métodos: Se realizó un estudio transversal analítico en 70 personas con tuberculosis, atendidas entre febrero y marzo de 2026. La percepción del cuidado humanizado se evaluó mediante el instrumento Percepción de Comportamientos de Cuidado Humanizado de Enfermería (PCHE-III), adaptado al contexto del estudio. La adherencia se determinó a partir del registro de dosis recibidas y programadas. Se calcularon frecuencias y porcentajes, y se aplicaron las pruebas de chi-cuadrado de Pearson y exacta de Fisher, con significación de $p < 0,05$.

Resultados: El 85,7 % de los participantes fue adherente al tratamiento y el 70,0 % presentó una percepción global favorable del cuidado humanizado. Esta percepción fue más frecuente entre las personas adherentes que entre las no adherentes (75,0 % vs. 40,0 %), aunque no alcanzó significación estadística ($p = 0,056$). Las cualidades del hacer de enfermería se asociaron con la adherencia (86,7 % vs. 40,0 %; $p = 0,003$). No se encontraron asociaciones con apertura en la comunicación ($p = 0,477$) ni con disposición para la salud ($p = 0,121$).

Conclusiones: Aunque la percepción global del cuidado humanizado no se asoció significativamente con la adherencia, las cualidades del hacer de enfermería sí mostraron asociación. Estos hallazgos resaltan la importancia del trato digno, la confianza y el acompañamiento durante el tratamiento antituberculoso.

Palabras Claves: Tuberculosis; Cumplimiento y Adherencia al Tratamiento; Humanización de la Atención.

Abstract

Objective: To analyze the association between the perception of humanized nursing care and adherence to antituberculosis treatment among people with tuberculosis attending three healthcare facilities in Lima, Peru.

Materials and methods: A cross-sectional analytical study was conducted among 70 people with tuberculosis between February and March 2026. The perception of humanized care was assessed using the Perception of Humanized Nursing Care Behaviors instrument, third version (PCHE-III), adapted to the study context. Adherence was determined based on records of doses received and scheduled. Frequencies and percentages were calculated, and Pearson's chi-square and Fisher's exact tests were applied, with statistical significance set at $p < 0.05$.

Results: Overall, 85.7% of participants were adherent to treatment, and 70.0% reported a favorable overall perception of humanized care. A favorable perception was more frequent among adherent than non-adherent participants (75.0% vs. 40.0%), although the difference did not reach statistical significance ($p = 0.056$). The qualities of nursing practice were associated with adherence (86.7% vs. 40.0%; $p = 0.003$). No associations were found for openness to communication ($p = 0.477$) or willingness to provide care ($p = 0.121$).

Conclusions: Although the overall perception of humanized care was not significantly associated with treatment adherence, the qualities of nursing practice showed a significant association. These findings highlight the importance of dignified care, trust, and ongoing support throughout antituberculosis treatment.

Keywords: Tuberculosis; Treatment Adherence and Compliance; Humanization of Assistance.

• Fecha de recibido: 08 de septiembre de 2026 • Fecha de aceptado: 30 de septiembre de 2026
• Fecha de publicación: 20 de octubre 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

La tuberculosis (TB) representa una de las principales causas de morbimortalidad por agentes infecciosos a nivel mundial. En 2024, aproximadamente 10.7 millones de personas desarrollaron TB y se produjeron alrededor de 1.23 millones de muertes por esta enfermedad. Aunque la incidencia mundial disminuyó en comparación con 2023, el control de la TB continúa siendo insuficientes ante las metas propuestas en la Estrategia Fin a la TB[1]. En el Perú, durante 2024 se registraron 33 049 casos de TB, de los cuales 30 384 correspondieron a casos incidentes, con una tasa de incidencia de 89.1 por 100 000 habitantes[2]. Asimismo, en Lima y Callao se concentra más del 50% de casos notificados, lo que evidencia la particular importancia epidemiológica de la enfermedad en estas zonas[2].

El tratamiento de la TB sensible, que puede extenderse durante seis meses, requiere un compromiso sostenido de la persona afectada. En este contexto, la adherencia es fundamental para lograr una respuesta terapéutica adecuada, mientras que la interrupción o el cumplimiento irregular pueden disminuir la efectividad del tratamiento, favorecer el fracaso terapéutico y las recaídas, y contribuir al desarrollo de resistencia a los medicamentos antituberculosos. Por ello, el acompañamiento y seguimiento continuo son esenciales durante el proceso terapéutico[3,4]. Sin embargo, reducir este fenómeno a una decisión individual del paciente supone una comprensión limitada del problema. La evidencia muestra que la adherencia se configura a partir de múltiples condiciones personales, sociales, económicas y culturales, junto con factores relacionados con el tratamiento, los servicios de salud y la interacción que las personas establecen con quienes las atienden[5].

Esta perspectiva coincide con el enfoque multidimensional de la Organización Mundial de la Salud (OMS), que reconoce la influencia de factores socioeconómicos, del sistema y equipo de salud, de la enfermedad, del tratamiento y de la propia persona. En consecuencia, comprender la adherencia requiere considerar al paciente en su contexto familiar, social y sanitario, así como las barreras económicas, el acceso a los servicios, la relación con el personal de salud y las experiencias individuales que pueden influir en la continuidad del tratamiento[6].

Dentro de estas dimensiones, la relación entre la persona con TB y los profesionales de salud adquiere especial relevancia. La evidencia muestra que la comunicación, la toma de decisiones compartida, la confianza, la empatía y la continuidad del cuidado se relacionan con la adherencia terapéutica. En particular, una comunicación clara, respetuosa y adaptada a las necesidades individuales favorece la adherencia y facilita la expresión de dificultades durante el tratamiento[7].

En TB, la continuidad del tratamiento también puede verse influida por la forma en que se organizan los servicios de salud. Aspectos como las dificultades para acceder a la atención, la disponibilidad de recursos, la capacitación del personal y el seguimiento oportuno pueden generar barreras que dificulten la continuidad del tratamiento. Por ello, garantizar una atención accesible, organizada y centrada en las necesidades de la persona resulta fundamental para favorecer la adherencia terapéutica[4,8]. De forma más reciente se encontró que dimensiones no médicas de la atención, particularmente la atención oportuna y la autonomía percibida, se relacionan con la adherencia[9]. Estos hallazgos sugieren

Licencia CC-By-NC-ND

que esta no depende únicamente del cumplimiento terapéutico, sino también de la experiencia de atención, especialmente de recibir cuidados oportunos y sentirse escuchado y partícipe de las decisiones sobre la propia salud.

Esta perspectiva resulta especialmente pertinente para enfermería, cuya participación en la atención de las personas con TB incluye educación, orientación, seguimiento y acompañamiento a lo largo del proceso terapéutico. Una revisión sistemática y metaanálisis encontró que las intervenciones de cuidado de enfermería mejoraron significativamente el cumplimiento de la medicación antituberculosa, además de mostrar efectos favorables sobre variables psicológicas, sociales y clínicas[10]. Asimismo, una revisión de alcance reciente identificó seis componentes principales de las intervenciones lideradas por enfermería en TB educación sanitaria, apoyo psicológico, ejercicios respiratorios, orientación sobre la medicación, apoyo nutricional e indicaciones al alta y reportó mejoras en conocimiento, adherencia y bienestar psicológico, entre otros resultados[11]. En conjunto, estos hallazgos respaldan la contribución de enfermería al éxito terapéutico y, al mismo tiempo, plantean la necesidad de comprender mejor aquellos componentes relacionales del cuidado que pueden influir en la experiencia de las personas durante el tratamiento.

Desde la disciplina de enfermería, esta dimensión relacional puede comprenderse a través del cuidado humanizado. Este supone reconocer a la persona más allá de su enfermedad y establecer una relación sustentada en la dignidad, el respeto, la sensibilidad, la comunicación y el compromiso con sus necesidades. En este sentido, el cuidado humanizado ha sido descrito como una interacción ética entre quien cuida y quien recibe el cuidado, en la cual se articulan el conocimiento científico y los valores[12]. Esta perspectiva permite comprender que, para una persona que debe acudir repetidamente al establecimiento de salud y mantener un tratamiento prolongado, la manera en que experimenta el encuentro con enfermería puede formar parte de su propia vivencia del proceso terapéutico.

Esta concepción, sustentada por la Ciencia del Cuidado Humano de Jean Watson, concibe al ser humano como una unidad integrada de mente, cuerpo y espíritu, inseparable de sí mismo, de los otros y de su entorno. Desde esta perspectiva, el cuidado se construye en una relación transpersonal en la que enfermera y persona participan de un encuentro que reconoce la subjetividad y el significado particular de la experiencia de salud y enfermedad[13]. La relación transpersonal implica una presencia genuina y una preocupación ante el significado que esta atribuye a sus experiencias; de este modo, el cuidado trasciende la dimensión exclusivamente física de la atención[13]. En su evolución hacia el concepto de Relación Transpersonal Caritas, esta propuesta enfatiza una relación de apoyo, confianza, compasión y reconocimiento de la dignidad humana, en la que la presencia intencional de la enfermera busca responder de manera reflexiva, empática y humanística a la singularidad de cada persona[13].

La relevancia de estas características para la adherencia al régimen anti-TB encuentra respaldo indirecto en estudios desarrollados en diferentes contextos. Una revisión sistemática realizada en la India mostró que la adherencia está influida por la manera en que los profesionales interactúan con las personas y responden a sus necesidades durante el tratamiento[5]. En Indonesia, la capacidad de

Licencia CC-By-NC-ND

respuesta del sistema sanitario, particularmente la atención oportuna y la autonomía, se asociaron con una mayor adherencia al tratamiento[9]. En el contexto peruano se identificó que la educación sanitaria proporcionada por enfermería desempeña un papel mediador en las relaciones entre apoyo social, calidad del cuidado y adherencia al tratamiento antituberculoso[14]. Esta evidencia resulta consistente con hallazgos más amplios que relacionan la comunicación, la confianza, la empatía, la toma de decisiones compartida y la continuidad del cuidado con la adherencia terapéutica[7]. En conjunto, estos antecedentes sugieren que la comunicación, el acompañamiento, la educación y la calidad de la relación asistencial pueden contribuir a sostener el tratamiento, aunque abordan componentes específicos del cuidado y no necesariamente el cuidado humanizado como un constructo integral.

A pesar de estos avances, permanece menos explorada la relación entre cómo la persona con TB percibe el cuidado humanizado proporcionado por enfermería y el cumplimiento al tratamiento antituberculoso. Esta distinción es relevante, pues conocer la eficacia de una intervención de enfermería no equivale a comprender cómo la persona vive y valora el cuidado que recibe. Analizar ambas variables de manera conjunta puede aportar evidencia sobre una dimensión potencialmente modificable de la atención y contribuir a orientar estrategias de enfermería que, además de responder a las necesidades clínicas del tratamiento, fortalezcan la comunicación, la confianza, la autonomía y la dignidad de la persona en su singularidad. El objetivo de este estudio fue analizar la asociación entre la percepción del cuidado humanizado de enfermería y la adherencia al tratamiento anti-TB en personas afectadas por TB atendidas en tres establecimientos de salud de Lima, Perú.

Materiales y Métodos

Estudio transversal y analítico. La recolección de datos se realizó del 28 de febrero al 3 de marzo de 2026. Este manuscrito deriva de una tesis de pregrado presentada en la Universidad Nacional Mayor de San Marcos, Lima, Perú, en 2026.

El estudio se desarrolló en tres establecimientos de salud pertenecientes a la Dirección de Redes Integradas de Salud (DIRIS) Lima Centro: Centro de Salud Zárate, Centro de Salud La Libertad y Centro de Salud Caja de Agua. La población estuvo conformada por personas afectadas por TB en tratamiento antituberculoso en estos establecimientos.

Se realizó un muestreo no probabilístico por conveniencia. El tamaño mínimo de muestra se estimó para una prueba de chi-cuadrado de independencia, considerando un nivel de significación de 5 % ($\alpha = 0.05$), una potencia estadística de 80 % ($1 - \beta = 0.80$), un grado de libertad y un tamaño del efecto esperado de Cohen de $w = 0.35$. El cálculo determinó un mínimo de 65 participantes. Durante el periodo de recolección se procuró incorporar al mayor número posible de personas que cumplían los criterios de elegibilidad. El reclutamiento se realizó de manera consecutiva, incluyendo a las personas elegibles conforme acudían a los establecimientos de salud durante las visitas previamente coordinadas con los responsables de la Estrategia de PCT y se realizó hasta finalizar el periodo establecido para la recolección de datos, obteniéndose una muestra final de 70 participantes.

Licencia CC-By-NC-ND

Se incluyeron personas mayores de edad (18 años a más) que habían iniciado tratamiento para TB sensible en alguno de los tres establecimientos de salud participantes hasta diciembre de 2025. Se excluyeron a quienes recibían tratamiento domiciliario mediante promotores de salud, aquellas con diagnóstico de algún trastorno de salud mental registrado en su historia clínica y quienes habían abandonado el tratamiento o se encontraban pérdidas durante el seguimiento, debido a que no era posible disponer de información actualizada y completa sobre las dosis programadas y recibidas que permitiera determinar su adherencia al tratamiento de acuerdo con el criterio establecido para el estudio. De este modo, la población analizada estuvo conformada por personas que mantenían seguimiento activo en los establecimientos de salud participantes y en los cuales fue posible realizar la evaluación.

Las variables principales fueron la percepción del cuidado humanizado y la adherencia al tratamiento antituberculoso. Además, se recopilaron antecedentes sociodemográficos (edad, el sexo, el estado civil, la ocupación y el grado de instrucción). Para el análisis, la edad se agrupó en tres categorías: 18–29, 30–59 y ≥60 años, mientras que el sexo se clasificó en femenino y masculino.

Se realizó la recolección de datos de manera presencial. Una vez obtenidas las autorizaciones institucionales, se coordinó con los responsables de la estrategia de cada establecimiento la organización del trabajo de campo y el acceso a los participantes. Antes de aplicar el cuestionario, se explicó individualmente el propósito del estudio y la voluntariedad de la participación. Las personas que aceptaron participar firmaron el consentimiento informado y posteriormente respondieron el cuestionario, cuya aplicación tuvo una duración aproximada de 10 a 15 minutos. A cada participante se le asignó un código único, utilizado para vincular las respuestas del cuestionario con la información obtenida de los registros del tratamiento sin incorporar datos de identificación personal.

La percepción del cuidado humanizado se evaluó mediante el instrumento PCHE 3.ª versión, diseñado inicialmente por Luz Nelly Rivera Álvarez y Álvaro Triana en 2023, el cual requiere de autorización de los autores para su uso. El instrumento está compuesto por 32 ítems distribuidos en tres dimensiones. Cada ítem se responde mediante una escala tipo Likert de cuatro opciones, desde nunca (1) hasta siempre (4), con un puntaje global entre 32 y 128 puntos. La percepción global se clasificó como desfavorable (32–63 puntos), medianamente favorable (64–95 puntos) y favorable (96–128 puntos). Para la dimensión cualidades del hacer de enfermería, los puntos de corte fueron 7–13, 14–20 y 21–28 puntos, respectivamente; para apertura en la comunicación enfermera(o)-paciente, 8–15, 16–23 y 24–32 puntos; y para disposición para la salud, 17–33, 34–50 y 51–68 puntos. Para su aplicación en personas afectadas por tuberculosis, se modificó únicamente la redacción de los ítems para contextualizarlos a esta población, sin modificar su contenido, estructura, número de ítems ni sistema de puntuación. Posteriormente, el instrumento fue sometido a evaluación por tres expertos. La validez metodológicamente se estimó mediante el coeficiente de validez de contenido (CVC)[15], obteniéndose valores de 0.8688 para los aspectos sintácticos y semánticos y de 0.8813 para la relevancia. En la muestra analizada, la consistencia interna de la escala global fue $\alpha = 0.880$. Por dimensiones, los coeficientes alfa de Cronbach fueron $\alpha = 0.715$ para cualidades del hacer de enfermería, $\alpha = 0.746$ para apertura en la comunicación enfermera(o)-paciente y $\alpha = 0.827$ para disposición para la salud.

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/

La información sobre la adherencia al tratamiento se obtuvo mediante una ficha de análisis documental elaborada para registrar los antecedentes consignados en la Tarjeta de Control de Tratamiento con Medicamentos de Primera Línea. Se recopilaron datos relativos a la fecha de inicio del tratamiento, tipo de tuberculosis (pulmonar o extrapulmonar), localización de la tuberculosis extrapulmonar, ampliación del tratamiento y cumplimiento de las dosis programadas durante sus distintas fases, diferenciando las dosis recibidas de aquellas no recibidas. La revisión documental se efectuó de manera paralela a la aplicación del cuestionario de cuidado humanizado. Para asegurar la correspondencia entre ambas fuentes de información y resguardar la identificación de los participantes, se asignó un código común a cada cuestionario y a su respectiva ficha de análisis documental.

La adherencia se determinó a partir del registro de las dosis programadas y recibidas hasta la fecha de evaluación, teniendo en cuenta la fase del tratamiento en la que se encontraban al momento de la recolección de datos. Para los participantes que se encontraban en la primera fase, se contabilizaron las dosis programadas y recibidas correspondientes a dicha fase, por otra parte, en quienes se encontraban en segunda fase se consideraron las dosis programadas y recibidas desde el inicio hasta la fecha de evaluación. La clasificación se estableció con base en el criterio de irregularidad al tratamiento definido por la Norma Técnica de Salud para la Atención Integral de las Personas Afectadas por Tuberculosis del Ministerio de Salud del Perú[4], que considera irregularidad la no ingesta de tres dosis programadas, continuas o alternadas, durante la primera fase, o de cinco dosis continuas o alternadas durante todo el tratamiento para los esquemas de tuberculosis sensible. En concordancia con este criterio, se clasificó como adherente al participante que no alcanzó estos umbrales de irregularidad hasta la fecha de evaluación y como no adherente a quien presentó tres o más dosis no ingeridas durante la primera fase o cinco o más dosis no ingeridas acumuladas durante el tratamiento.

Previo a la recolección de datos, se obtuvo la aprobación del comité de ética de la Facultad de Medicina de la Universidad Nacional Mayor de San Marcos y la autorización de la Dirección de Redes Integradas de Salud (DIRIS) Lima Centro, la cual se obtuvo el 24 de febrero de 2026. Posteriormente, se coordinó con las jefaturas de los tres establecimientos de salud y con los responsables de los servicios para organizar el trabajo de campo. La recolección de datos se realizó del 28 de febrero al 3 de marzo de 2026. Cada establecimiento fue visitado durante dos días consecutivos, siguiendo el mismo procedimiento en los tres centros. Durante la aplicación del cuestionario se procuraron condiciones de privacidad, se entregaron las instrucciones necesarias para responderlo y se aclararon las dudas que surgieron durante el proceso.

Cuando una persona elegible no acudía a su cita programada durante el periodo de recolección, el personal de la Estrategia de PCT realizaba el contacto telefónico habitual para promover su asistencia al establecimiento, sin participación de la investigadora en estas llamadas. Tanto la aplicación del cuestionario como la revisión de los registros se realizaron de manera uniforme en los tres establecimientos. No se identificaron datos faltantes en las variables incluidas en el análisis, por lo que no fue necesario realizar procedimientos de imputación.

Licencia CC-By-NC-ND

Las variables categóricas se describieron mediante frecuencias absolutas y porcentajes. La consistencia interna del PCHE y de sus dimensiones se evaluó mediante el coeficiente alfa de Cronbach (α). Para la escala global, se examinó además el supuesto de aditividad mediante la prueba de no aditividad de Tukey. La asociación entre la percepción del cuidado humanizado de enfermería y la adherencia al tratamiento antituberculoso se analizó mediante análisis bivariados utilizando la prueba de chi-cuadrado de Pearson. Dado que en cada una de las tablas de contingencia una celda (25.0 %) presentó una frecuencia esperada inferior a cinco, se aplicó adicionalmente la prueba exacta de Fisher bilateral, cuyos resultados se consideraron para la inferencia estadística. Como medida de asociación se estimaron odds ratios (OR) crudos con sus respectivos intervalos de confianza del 95 % (IC95 %), considerando la adherencia al tratamiento como desenlace y la percepción favorable del cuidado como categoría de exposición. Se estableció un nivel de significación estadística de $p < 0,05$. Los análisis se realizaron con IBM SPSS Statistics, versión 30.0.0.0.

Resultados

Participaron 70 personas con diagnóstico de tuberculosis (TB). La mayoría tenía entre 30 y 59 años (62.9%), era de sexo masculino (57.1%) y soltera (68.6%). En cuanto a la ocupación, predominaron las personas desempleadas (35.7%) y las amas de casa (32.9%), mientras que el 65.7% tenía educación secundaria. Respecto al tratamiento, 60 participantes (85.7%) fueron clasificados como adherentes y 10 (14.3%) como no adherentes (Tabla 1).

La prueba de no aditividad de Tukey no mostró evidencia estadísticamente significativa de no aditividad en la escala global del PCHE ($F [1, 2138] = 2,437$; $p = 0,119$), lo que respalda el supuesto de aditividad de los ítems.

Tabla 1. Características sociodemográficas y adherencia al tratamiento de los participantes (n = 70)

Característica	n	%
Edad		
18–29 años	21	30.0
30–59 años	44	62.9
≥60 años	5	7.1
Sexo		
Masculino	40	57.1
Femenino	30	42.9
Estado civil		
Soltero	48	68.6
Casado	6	8.6
Conviviente	16	22.9

Continuará..

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/

Ocupación		
Empleado	4	5.7
Desempleado	25	35.7
Independiente	18	25.7
Ama de casa	23	32.9
Grado de instrucción		
Inicial	1	1.4
Primaria	8	11.4
Secundaria	46	65.7
Superior	15	21.4
Adherencia al tratamiento		
Adherente	60	85.7
No adherente	10	14.3

Nota. Los datos se presentan como frecuencia absoluta (n) y porcentaje (%).
Fuente: Elaboración propia.

En general, predominó una percepción favorable del cuidado humanizado de enfermería. Esta valoración también fue la más frecuente en las tres dimensiones evaluadas, especialmente en las cualidades del hacer de enfermería. La percepción desfavorable se presentó únicamente en la dimensión apertura en la comunicación enfermera(o)-paciente (Tabla 2).

Tabla 2. Percepción del cuidado humanizado de enfermería global y por dimensiones en personas con diagnóstico de tuberculosis (n = 70)

Percepción del cuidado humanizado	n	%
PCHE global		
Favorable	49	70.0
Medianamente favorable	21	30.0
Desfavorable	0	0.0
Cualidades del hacer de enfermería		
Favorable	56	80.0
Medianamente favorable	14	20.0
Desfavorable	0	0.0
Apertura en la comunicación enfermera(o)-paciente		
Favorable	45	64.3
Medianamente favorable	24	34.3
Desfavorable	1	1.4
Disposición para la salud		
Favorable	51	72.9
Medianamente favorable	19	27.1
Desfavorable	0	0.0

Nota. Los datos se presentan como frecuencia absoluta (n) y porcentaje (%). PCHE: Percepción de comportamientos de cuidado humanizado de enfermería.
Fuente: Elaboración propia.

Licencia CC-By-NC-ND

La percepción global favorable fue más frecuente entre los participantes adherentes. Los participantes con percepción favorable presentaron mayores odds de adherencia que aquellos con percepción medianamente favorable (OR = 4.50; IC 95 %: 1.12–18.13); sin embargo, aunque la prueba de chi-cuadrado de Pearson mostró una asociación estadísticamente significativa (p = 0.025), esta no se confirmó mediante la prueba exacta de Fisher bilateral (p = 0.056), considerada para la inferencia estadística. En la dimensión cualidades del hacer de enfermería, la percepción favorable se asoció con mayores odds de adherencia (OR = 9.75; IC 95 %: 2.25–42.32; p de Fisher = 0.003). No se observaron asociaciones estadísticamente significativas para apertura en la comunicación enfermera(o)-paciente (OR = 2.00; IC 95 %: 0.52–7.72; p de Fisher = 0.477) ni para disposición para la salud (OR = 3.29; IC 95 %: 0.83–13.01; p de Fisher = 0.121) (Tabla 3).

Tabla 3. Asociación entre la percepción del cuidado humanizado de enfermería y la adherencia al tratamiento en personas con diagnóstico de tuberculosis (n = 70)

Percepción del cuidado humanizado	No adherente (n = 10), n (%)	Adherente (n = 60), n (%)	OR (IC 95%)	χ^2	p	p Fisher*
PCHE global				5.000	0.025	0.056
Medianamente favorable	6 (60.0)	15 (25.0)	1.00 (Ref.)			
Favorable	4 (40.0)	45 (75.0)	4.50 (1.12 – 18.13)			
Cualidades del hacer de enfermería				11.667	0.001	0.003
Medianamente favorable	6 (60.0)	8 (13.3)	1.00 (Ref.)			
Favorable	4 (40.0)	52 (86.7)	9.75 (2.25 – 42.32)			
Apertura en la comunicación enfermera(o)-paciente				1.037	0.309	0.477
No favorable†	5 (50.0)	20 (33.3)	1.00 (Ref.)			
Favorable	5 (50.0)	40 (66.7)	2.00 (0.52 – 7.72)			
Disposición para la salud				3.082	0.079	0.121
Medianamente favorable	5 (50.0)	14 (23.3)	1.00 (Ref.)			
Favorable	5 (50.0)	46 (76.7)	3.29 (0.83 – 13.01)			

Nota. Los porcentajes se calcularon dentro de cada categoría de adherencia. PCHE: Percepción de comportamientos de cuidado humanizado de enfermería; χ^2: chi-cuadrado de Pearson; p: significación asintótica bilateral; p Fisher: significación exacta bilateral. *Todas las tablas presentaron una celda (25.0 %) con frecuencia esperada < 5; por ello, la prueba exacta de Fisher se consideró para la inferencia estadística. †La categoría no favorable agrupó las categorías desfavorable y medianamente favorables debido a la baja frecuencia de participantes con percepción desfavorable (n = 1).
Fuente: Elaboración propia.

Licencia CC-By-NC-ND

Discusión

El presente estudio analizó la asociación entre la percepción del cuidado humanizado que brinda la enfermera y la adherencia al régimen antituberculoso en personas atendidas en establecimientos de salud de Lima, Perú.

El principal hallazgo fue que una percepción favorable de las cualidades del hacer de enfermería se asoció con una mayor adherencia al tratamiento. Esta dimensión refleja aspectos del cuidado vinculados con el trato, la confianza y la forma en que la persona percibe el actuar de enfermería durante su atención. Sin embargo, este resultado debe interpretarse con cautela, considerando el reducido número de participantes no adherentes y la imprecisión de la estimación.

Desde el marco del cuidado humanizado y la atención centrada en la persona, el hacer de enfermería durante la atención de las personas con tuberculosis comprende no solo las acciones vinculadas al tratamiento, sino también aspectos relacionales que forman parte de la experiencia de cuidado[16,17]. En este sentido, la competencia profesional, el trato respetuoso, la empatía y la atención a las necesidades de la persona adquieren especial relevancia durante un tratamiento prolongado. Estas características pueden favorecer una relación de confianza entre la persona con tuberculosis y el equipo de salud, aspecto que también ha sido señalado como relevante para la continuidad del tratamiento[14].

Este hallazgo es consistente con evidencia previa que destaca la importancia de la calidad y de los componentes relacionales del cuidado en la adherencia al tratamiento antituberculoso. En establecimientos de salud de Perú, se ha observado una relación positiva entre la calidad del cuidado de enfermería y la educación en salud, así como entre esta última y la adherencia al tratamiento[14]. Asimismo, estudios realizados en atención primaria han destacado el buen trato, el respeto y la calidad de las interacciones como elementos relevantes de una atención humanizada[18]. En personas con tuberculosis, la confianza en los profesionales de salud y la percepción de una atención respetuosa también han sido descritas como aspectos que pueden favorecer la experiencia de atención y la continuidad del tratamiento[19].

Corresponde analizar la amplitud observada en el intervalo de confianza de la medida de asociación para esta dimensión. Aunque la prueba inferencial mostró una asociación estadísticamente significativa, la imprecisión en la magnitud puntual de la asociación puede estar relacionada con el reducido número absoluto de casos no adherentes identificados en la muestra. Este reducido número de participantes no adherentes condicionó la presencia de celdas con bajas frecuencias esperadas. Por ello, si bien los resultados muestran una asociación entre las cualidades del hacer y la adherencia, la magnitud exacta del parámetro debe interpretarse con cautela metodológica, recomendándose investigaciones multicéntricas futuras que incluyan un mayor número de pacientes no adherentes para precisar la fuerza de la asociación.

En relación con el indicador global de la Percepción del Cuidado Humanizado de Enfermería, el análisis inferencial acordado formalmente para la muestra impidió rechazar la hipótesis nula, por lo que este resultado debe sostenerse estrictamente como no concluyente. Aunque la tendencia empírica

Licencia CC-By-NC-ND

muestra una mayor proporción de percepción favorable entre los pacientes adherentes, la ausencia de significación estadística bajo la prueba exacta seleccionada no permite afirmar la existencia de una asociación global generalizable.

Esta constatación pone de relieve la naturaleza multidimensional y heterogénea del cuidado humanizado. En un constructo complejo, las distintas dimensiones pueden presentar asociaciones de diferente magnitud con la adherencia, por lo que el resultado global no necesariamente refleja el comportamiento particular de cada una de ellas. Algunos estudios destacan que determinados componentes del cuidado pueden contribuir a favorecer la adherencia cuando responden a las necesidades operativas y psicosociales del usuario[20,21]. Sin embargo, en una medición global transversal, variables extrínsecas no controladas, tales como la estigmatización social, las dificultades económicas, la carga de comprimidos y las deficiencias de infraestructura, podrían influir en la asociación observada entre la percepción global del cuidado y la adherencia al tratamiento[17].

En la dimensión "Apertura en la comunicación enfermera(o)-paciente", la evaluación inferencial determinó la ausencia de una asociación estadísticamente significativa con la adherencia al tratamiento, situando el intervalo de confianza en la zona de neutralidad.

Este hallazgo debe interpretarse con cautela, ya que la ausencia de significación estadística no implica que la comunicación carezca de relevancia en el proceso de atención. La comunicación puede adquirir especial importancia cuando se vincula con la entrega de información clara, el fortalecimiento de la autonomía y la resolución de dudas prácticas relacionadas con el tratamiento.

La consejería comunicativa puede contribuir a la adherencia cuando se articula con la identificación y el abordaje de barreras socioeconómicas y con otros componentes del cuidado[22]. En este sentido, un diálogo abierto puede ser relevante, pero su contribución debe comprenderse en conjunto con otros factores asistenciales, personales y contextuales que intervienen en la continuidad del tratamiento.

Los hallazgos tienen implicancias para la práctica de enfermería en los programas de atención a personas con tuberculosis. La asociación observada entre las cualidades del hacer de enfermería y la adherencia sugiere la conveniencia de fortalecer prácticas que integren el trato digno, la amabilidad y la relación de confianza como componentes del cuidado durante el tratamiento antituberculoso.

En cuanto a las limitaciones, el diseño transversal empleado permitió identificar asociaciones; sin embargo, no permitió establecer relaciones de causalidad entre las variables ni examinar posibles cambios durante las distintas fases del tratamiento. Además, el tamaño muestral fue reducido (n = 70), especialmente debido al bajo número de participantes no adherentes (n = 10), lo que limitó la precisión de las estimaciones y de las comparaciones entre grupos. La exclusión de personas que habían abandonado el tratamiento o se encontraban pérdidas durante el seguimiento pudo introducir sesgo de selección, dado que estos participantes podrían presentar características relacionadas con la no adherencia, lo que limita la representatividad de la muestra y la generalización de los resultados.

Licencia CC-By-NC-ND

Algunas frecuencias esperadas fueron inferiores a cinco, por lo que se recurrió a la prueba exacta de Fisher para la inferencia estadística; esta situación debe considerarse especialmente al interpretar la asociación entre las variables. Además, el análisis se limitó a un enfoque bivariado y los OR estimados fueron crudos, por lo que no fue posible ajustar las asociaciones por potenciales factores de confusión. En consecuencia, no puede descartarse la influencia de otros factores sobre las asociaciones observadas.

La inclusión de participantes procedentes de tres establecimientos de salud de Lima limita la generalización de los hallazgos a otros contextos sanitarios y territoriales del Perú. Finalmente, el estudio no incorporó de manera exhaustiva otros determinantes potencialmente relacionados con la adherencia, como las condiciones socioeconómicas, el apoyo social, el estigma asociado a la tuberculosis, las características del tratamiento o las barreras de acceso a los servicios; por ello, los resultados deben interpretarse con cautela. Estudios posteriores con muestras más amplias, diseños longitudinales y una evaluación multidimensional de estos factores permitirían examinar con mayor precisión las relaciones observadas.

Desde el plano disciplinar, la asociación observada entre las cualidades del hacer de enfermería y la adherencia puede interpretarse en consonancia con postulados de la Teoría del Cuidado Humano relacionados con el trato digno y el establecimiento de relaciones de ayuda y confianza. Los resultados no constituyen una validación de la teoría, pero aportan evidencia empírica para continuar examinando cómo los componentes relacionales y humanísticos del cuidado enfermero se asocian con la adherencia al tratamiento antituberculoso.

Conclusiones

La percepción favorable del cuidado humanizado predominó entre las personas en tratamiento antituberculoso, especialmente en las cualidades del hacer de enfermería. Esta dimensión se relacionó con la adherencia al tratamiento, lo que resalta el valor de un cuidado basado en el respeto, el trato digno y la confianza durante un proceso terapéutico prolongado y complejo. Aunque la percepción global del cuidado humanizado de enfermería no mostró una asociación concluyente con la adherencia, los hallazgos sugieren que las cualidades del hacer de enfermería constituyen una dimensión relevante en la experiencia de cuidado de las personas durante el tratamiento antituberculoso. Fortalecer estas prácticas desde una atención centrada en la persona puede contribuir a sostener un cuidado más humano durante el tratamiento antituberculoso.

Conflicto de interés

Los autores declaran no presentar conflictos de interés.

Consideraciones éticas

El estudio fue aprobado por el Comité de Ética de la Universidad Nacional Mayor de San Marcos (UNMSM), mediante el Acta N° 0453-2025, con fecha 12 de enero de 2026. Asimismo, contó con

Licencia CC-By-NC-ND

la autorización de la Dirección de Redes Integradas de Salud Lima Centro (DIRIS Lima Centro), mediante la Constancia N.° 23, Acta N.° 04-2026-COM.INV-DIRIS-LC, de fecha 24 de febrero de 2026, para su ejecución en los establecimientos participantes.

Uso de inteligencia artificial

Los autores manifiestan que se utilizó una herramienta de inteligencia artificial generativa únicamente como apoyo en la revisión gramatical del manuscrito. La redacción, el diseño de tablas y figuras, el análisis e interpretación de resultados, discusión, conclusiones y bibliografía fueron creados por los autores.

Contribución de los autores

Conceptualización: J.J.T.P.; J.A.Z.H.; Curación de datos: J.J.T.P.; P.C.M.; Análisis formal: P.C.M.; J.A.Z.H.; A.T.S.M.; Adquisición de fondos: J.J.T.P.; C.R.R.E.; Investigación: J.J.T.P.; L.T.P.; J.A.Z.H.; Metodología: C.R.R.E.; J.A.Z.H.; Administración del proyecto: P.C.M.; L.T.P.; Recursos: C.R.R.E.; Software: L.T.P.; A.T.S.M.; Supervisión: C.R.R.E.; A.T.S.M.; Validación: A.T.S.M.; J.A.Z.H.; Visualización: A.T.S.M.; Redacción del borrador original: P.C.M.; J.A.Z.H.; Redacción, revisión y edición: J.J.T.P.; L.T.P.

Financiamiento

El trabajo no recibió financiamiento externo.

Referencias

1. World Health Organization. Global tuberculosis report 2025. Geneva: World Health Organization; 2025. Available from: https://www.who.int/publications/i/item/9789240116924

2. Ministerio de Salud. Acceder al tablero de datos estadísticos sobre tuberculosis (TB) en el Perú [Internet]. Lima: Ministerio de Salud; 2026 [citado 27 ago 2026]. Disponible en: https://www.gob.pe/26600-acceder-al-tablero-de-datos-estadisticos-sobre-tuberculosis-tb-en-el-peru.

3. World Health Organization. WHO consolidated guidelines on tuberculosis: module 4: treatment and care [Internet]. Geneva: World Health Organization; 2025 [cited 2026 Sep 4]. Available from: https://www.who.int/publications/i/item/9789240107243

Licencia CC-By-NC-ND

4. Ministerio de Salud. Norma Técnica de Salud para la Prevención y Control de la Tuberculosis. NTS N° 221-MINSA/DGIESP-2024 [Internet]. Lima: Ministerio de Salud; 2024 [cited 2026 Sep 4]. Disponible en: https://cdn.www.gob.pe/uploads/document/file/342511/Norma_t%C3%A9cnica_de_salud_para_el_control_de_la_tuberculosis20190716-19467-rmxgh7.pdf?v=1563314399

5. Shringarpure K, Gurumurthy M, Sagili KD, Taylor M, Garner P, Tonsing J, et al. Patient adherence to tuberculosis treatment in the Indian subcontinent: systematic review and meta-synthesis of qualitative research. BMJ Open. 2023;13(5): e063926. Doi: https://doi.org/10.1136/bmjopen-2022-063926

6. World Health Organization. WHO consolidated guidelines on tuberculosis: module 4: treatment – tuberculosis care and support [Internet]. Geneva: World Health Organization; 2022 [cited 2026 Sep 4]. Available from: https://www.who.int/publications/i/item/9789240047716

7. Tian YJA, Herger E, Milford A, Milford S. Relational attributes associated with treatment adherence: a scoping review. Patient Prefer Adherence. 2026;20:1-16. Doi: https://doi.org/10.2147/PPA.S604683.

8. Geadas C, Millones AK, Acosta D, Campos H, Del Aguila-Rojas E, Farroñay S, et al. Barriers and facilitators to tuberculosis diagnosis in Lima, Peru: a mixed methods study. BMC Infect Dis. 2024; 24:798. Doi: https://doi.org/10.1186/s12879-024-09707-0

9. Ariyanti F, Nurmansyah MI, Wardani RK, Zilhadia, Kilic B. The impact of health system responsiveness on tuberculosis treatment adherence in public primary healthcare facilities in Indonesia. Clin Epidemiol Glob Health. 2025; 34:102107. Doi: https://doi.org/10.1016/j.cegh.2025.102107

10. Yan Y, Bai X. Effectiveness of nursing care intervention for patients with pulmonary tuberculosis: a systematic review and meta-analysis. Nurs Open. 2025;12(6):e70242. Doi: https://doi.org/10.1002/nop2.70242

11. Yulanda NA, Arifin H, Ligita T, Makmuriana L, Syahri A, Susanti S, et al. Nurse-led interventions in enhancing outcomes for patients with tuberculosis: a scoping review. J Res Nurs. 2026. Doi: https://doi.org/10.1177/17449871261421174

12. Rivera-Álvarez LN, Triana Á. Proceso de construcción y validación del instrumento Percepción de Comportamientos de Cuidado Humanizado de Enfermería (PCHE-III). Index Enferm. 2023;32(1):e14246. Doi: https://doi.org/10.58807/indexenferm20235659

13. Delgado-Galeano M, Ibáñez-Alfonso LE, Villamizar-Carvajal B, Durán de Villalobos MM. Transpersonal Caritas Relationship: a new concept from the unitary caring science framework of Jean Watson. Invest Educ Enferm. 2023;41(3): e02. Doi: https://doi.org/10.17533/udea.iee.v41n3e02

Licencia CC-By-NC-ND

14. Dilas D, Flores R, Morales-García WC, Calizaya-Milla YE, Morales-García M, Sairitupa-Sanchez L, et al. Social support, quality of care, and patient adherence to tuberculosis treatment in Peru: the mediating role of nurse health education. Patient Prefer Adherence. 2023; 17:175-86. Doi: https://doi.org/10.2147/PPA.S391930.

15. Hernández-Nieto RA. Contribuciones al análisis estadístico: sensibilidad (estabilidad y consistencia) de varios coeficientes de variación relativa y el coeficiente de variación proporcional (CVP): el coeficiente de validez de contenido (CVC) y el coeficiente Kappa, en la determinación de la validez de contenido según la técnica de juicio de expertos. 1a ed. Mérida, Venezuela: Universidad de Los Andes; 2002.

16. Acosta DF, Conceição PM, Abreu DPG, Ramis IB, Vasconcelos SG, Soares FG. Care practices provided by nurses of the Family Health Strategy to users with tuberculosis. Cogitare Enferm. 2023;28:e92311. Doi: https://doi.org/10.1590/ce.v28i0.92311

17. Arango D, Cintron C, Beckhorn CB, Wong M, Senador L, Altamirano E, et al. Care for adolescents with drug-susceptible pulmonary tuberculosis in Lima, Peru: a qualitative assessment. BMJ Open. 2025;15(3):e090707. Doi: https://doi.org/10.1136/bmjopen-2024-090707

18. Pacheco MDA, Palmeira IP, Ferreira MA, Soares AS, Andrade EGR, Pereira AA, et al. Humanization of care in Primary Health Care: social representations of people with pulmonary tuberculosis. Rev Esc Enferm USP. 2026;60:e20250008. Doi: https://doi.org/10.1590/1980-220X-REEUSP-2025-0008en

19. Anthoney J, De Wildt G, Meza G, Skelton J, Newell I. Patients' perspectives on factors facilitating adherence to tuberculosis treatment in Iquitos, Peru: a qualitative study. BMC Health Serv Res. 2021;21(1):345. Doi: https://doi.org/10.1186/s12913-021-06329-z

20. Sukatemin, Srianingsih, Susanto WHA. Nursing Intervention-Based Psychosocial Support and Its Impact on Treatment Adherence Among Pulmonary TB Patients in Nabire, Central Papua: A Quasi-Experimental Study. Int J Drug Deliv Technol. 2026;16(51s):1411-1422. Doi: https://doi.org/10.25258/ijddt.16.51s.103

21. Wahyuni T, Jiu CK, Ariyanti S. Effect of Henderson's Need Theory–Based Nursing Care on Medication Adherence among Patients with Tuberculosis: A Quasi-Experimental Study. J Appl Nurs Health. 2026;8(1):448-463. Doi: https://doi.org/10.55018/janh.v8i1.525

22. Kale ED, Nursalam N, Makhfudli M, Polsook R, Juanamasta IG. Culturally Responsive Counseling and Tuberculosis Treatment Adherence: Development and Validation of an Integrated Model. Nurs Rep. 2026;16(2):e167. Doi: https://doi.org/10.3390/nursrep16020167

Licencia CC-By-NC-ND



Horizonte sanitario

ISSN (en línea): 2007-7459

Autoeficacia percibida para otorgar cuidado humanizado y su relación con las características de estudiantes de enfermería

Perceived self-efficacy in providing humanized care and its relationship to the characteristics of nursing students

Artículo Original DOI: 10.19136/hs.a25.sI.6404

Larissa Esther Pérez Magaña [1]
Aranxa Dariana Magaña Pérez [2]
José Juan López Cocotle [3]
Pedro González Angulo [4]
Ana Luisa Espinosa Aguilar [5]
María Fernanda Silva Ramos [6]

Correspondencia: José Juan López Cocotle. Dirección postal: Facultad de Enfermería Xalapa. Universidad Veracruzana. Médicos 489, U.H. Del Bosque. C.P. 91010. Xalapa-Enríquez, Ver., México. Correo electrónico: joselopez04@uv.mx

Licencia CC-By-NC-ND

[1] *Licenciada en Enfermería. División Académica Multidisciplinaria de Jalpa de Méndez. Universidad Juárez Autónoma de Tabasco. Jalpa de Méndez, Tabasco. México.*
[2] *Licenciada en Enfermería. División Académica Multidisciplinaria de Jalpa de Méndez, Universidad Juárez Autónoma de Tabasco. Jalpa de Méndez, Tabasco. México.*
[3] *Maestro en Enfermería. Facultad de Enfermería Xalapa. Universidad Veracruzana. Veracruz, México. .*
[4] *Doctor en Ciencias de Enfermería. División Académica Multidisciplinaria de Jalpa de Méndez. Universidad Juárez Autónoma de Tabasco. Jalpa de Méndez, Tabasco. México.*
[5] *Maestra en Ciencias de Enfermería. División Académica Multidisciplinaria de Jalpa de Méndez. Universidad Juárez Autónoma de Tabasco. Jalpa de Méndez, Tabasco. México.*
[6] *Especialista en Enfermería en Cuidados Intensivos. División Académica Multidisciplinaria de Jalpa de Méndez. Universidad Juárez Autónoma de Tabasco. Jalpa de Méndez, Tabasco. México.*

Larissa Esther Pérez Magaña
Aranxa Dariana Magaña Pérez
José Juan López Cocotle
Pedro González Angulo
Ana Luisa Espinosa Aguilar
María Fernanda Silva Ramos



Resumen

Objetivo: Identificar la autoeficacia percibida para otorgar cuidado humanizado en estudiantes de enfermería y su relación con sus características sociodemográficas y académicas.

Materiales y métodos: Estudio cuantitativo, descriptivo, transversal con alcance correlacional realizado en Tabasco, México en 192 estudiantes de enfermería seleccionados por muestreo estratificado con afijación proporcional. Se aplicó la Caring Efficacy Scale (α= .76) en su versión al español. Para el análisis se utilizó estadística descriptiva y no paramétrica (Correlación de Spearman, H Kruskal Wallis, U de Mann Whitney).

Resultados: El 61.5% de los estudiantes mostró un nivel regular de autoeficacia percibida para otorgar cuidado humanizado y el 38.5% un nivel alto. Se reporta una asociación inversa significativa entre la dimensión empatía y el número de prácticas clínicas cursadas (r_S= -.191, p = .008), y diferencias significativas con el semestre (*H*= 6.26, *gl*= 2, *p*= .044).

Conclusiones: La autoeficacia percibida de los estudiantes para otorgar cuidado humanizado fue predominantemente regular, una proporción menor alcanzó un nivel alto y ninguno se ubicó en el nivel bajo. El cuidado humanizado debe comprenderse como una competencia profesional compleja que se construye mediante la interacción entre conocimientos, habilidades técnicas, competencias emocionales, valores y condiciones del contexto.

Palabras Claves: Humanización de la atención; Estudiantes de enfermería; Educación en enfermería; Autoeficacia; Empatía

Abstract

Objective: To identify nursing students perceived self-efficacy to provide humanized care and relationship with their sociodemographic and academic characteristics.

Materials and methods: A quantitative, descriptive, cross-sectional study with a correlational design was conducted in Tabasco, Mexico, involving 192 nursing students selected through stratified sampling with proportional allocation.The Spanish version of the Caring Efficacy Scale was administered (α= .76). Descriptive and nonparametric statistical analyses were used (Spearman's correlation, Kruskal-Wallis H test, Mann-Whitney U test).

Results: 61.5% of students showed a regular level of perceived self-efficacy to provide humanized care and 38.5% a high level. A significant inverse association was reported between the empathy dimension and the number of clinical rotations completed (rs= -.191, p= .008), as well as significant differences by semester (H= 6.26, df= 2, p= .044).

Conclusions: Perceived nursing students' self-efficacy to provide humanized care was preponderantly moderate, a smaller proportion reported a high perception, and no cases of a low perception were identified. Humanized care must be comprehended as a complex professional competence built through the interaction between knowledge, technical skills, emotional competencies, values and contextual factors.

Keywords: Humanization of Assistance; Students, Nursing; Education, Nursing; Self Efficacy; Empathy.

• Fecha de recibido:23 de marzo de 2026 • Fecha de aceptado: 18 de octubre de 2026
• Fecha de publicación: 20 de octubre de 2026

Licencia
CC-By-NC-ND

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

Introducción

El cuidado humanizado representa un eje importante en la práctica de enfermería, debido a que garantiza el cuidado integral de las personas con enfoque en sus necesidades biológicas, psicoemocionales, espirituales y sociales. Durante la formación académica, este enfoque es esencial para evitar el riesgo de deshumanización, fenómeno creciente en los sistemas de salud caracterizado por la mecanización de procedimientos y la pérdida de sensibilidad hacia las personas atendidas[1,2].

Desde la perspectiva social, la humanización del cuidado responde a la necesidad de fortalecer la confianza entre pacientes y profesionales de salud, específicamente de enfermería, quien es el personal de salud de mayor contacto y presencia en las instituciones sanitarias[3]. En el contexto actual, la sobrecarga laboral ha generado agotamiento y distanciamiento emocional en el personal sanitario, componentes que impactan en la calidad del cuidado de enfermería[4,5].

Para los estudiantes de la disciplina, elementos como la comunicación efectiva, el respeto y la empatía son determinantes para la construcción de competencias que trasciendan lo técnico y promuevan un trato digno y humano[6,7,8]. El cuidado humanizado se sustenta en la Teoría de Jean Watson, que enfatiza la relación interpersonal y la empatía como pilares de la práctica enfermera[9]. Desde esta visión, la percepción de los estudiantes sobre este enfoque se convierte en un indicador de la calidad de su formación, ya que el estudiante se enfrenta a escenarios clínicos complejos durante su formación profesional[10,11].

Aunque la literatura evidencia avances en la incorporación de la humanización en la enseñanza de enfermería, persisten brechas entre lo aprendido en el aula y lo vivido en la práctica clínica[12]. Estudios sobre el tema muestran que los estudiantes expresan que en el cuidado humanizado se deben fortalecer las relaciones interpersonales y la empatía[13], además de los valores que acompañan el momento de la entrega de los cuidados, esto pese a no haber recibido de forma concreta aspectos de humanización de la atención en su trayectoria académica[14, 15]. En el caso de México, estudios señalan la necesidad de reforzar estrategias educativas que integren valores humanistas en la práctica asistencial, para garantizar que los futuros profesionales otorguen cuidados de calidad y libres de deshumanización[16,17].

El cuidado humanizado es un ideal moral que va más allá de realizar procedimientos y que toma forma en la relación transpersonal entre la enfermera y la persona que percibe el cuidado. Esa relación se orienta por los llamados procesos *caritas*; entre ellos están practicar la bondad amorosa, construir una relación de ayuda y confianza, y aceptar que el paciente exprese sentimientos tanto positivos como negativos[9,18]. Asimismo, se han descrito ocho dimensiones de la humanización: interioridad, agencia, singularidad, unión con los otros, construcción de sentido, trayectoria personal, la comunicación y la empatía, y reconocen que estos elementos no dependen solo de quien cuida, sino también del entorno en el que se brinda la atención[19,20].

Licencia CC-By-NC-ND

En el caso de los estudiantes, estas capacidades pueden estudiarse a partir del concepto de autoeficacia percibida; es decir, la creencia que tiene una persona sobre su capacidad para organizar y llevar a cabo las acciones que exige una tarea[21]. Quien se siente capaz suele esforzarse más y no abandona con facilidad ante los obstáculos. En el contexto del cuidado de enfermería, cuando el estudiante confía en sus propias habilidades para relacionarse con el paciente, suele mostrar mayor disposición para brindar un trato cercano, respetuoso y humano. Por el contrario, cuando existe inseguridad o dudas sobre sus propias capacidades, puede limitar su interacción con el paciente, y en consecuencia, realizar con menor frecuencia acciones orientadas a establecer una relación de cuidado más humanizada[22]. Se retomó esta idea y se articuló con la Teoría del Cuidado de Watson para desarrollar la *Caring Efficacy Scale*, instrumento que permite valorar el grado de confianza que tiene el personal de enfermería y estudiantes en sus propias capacidades para establecer relaciones de cuidado con los pacientes[23]. En este sentido, el presente estudio emplea el concepto de autoeficacia percibida para otorgar cuidado humanizado, entendido como la valoración que realiza el propio estudiante acerca de su capacidad para brindar un cuidado basado en una relación respetuosa, cercana y centrada en la persona. Por tanto, este constructo se refiere a la percepción del estudiante sobre sus propias capacidades y no a la calidad del cuidado evaluada desde la perspectiva del paciente.

En este contexto, el presente trabajo pretende aportar evidencia que permita diseñar estrategias pedagógicas y clínicas orientadas a fortalecer la formación humanista, asegurando que los cuidados otorgados respondan a las exigencias de salud de las personas y contribuyan a la transformación de los servicios de salud. El objetivo de este trabajo es identificar la autoeficacia percibida para otorgar cuidado humanizado en los estudiantes de enfermería y su relación con sus características sociodemográficas y académicas.

Materiales y Métodos

Estudio de tipo cuantitativo, descriptivo, transversal con alcance correlacional en un campus universitario del estado de Tabasco. La población estuvo conformada por 381 estudiantes de la licenciatura de enfermería inscritos en cuarto (128), quinto (123) y octavo (130) durante el ciclo escolar febrero-julio 2023. El tamaño muestral se calculó con la fórmula para poblaciones finitas, con un nivel de confianza de 95% y un margen de error de 5%. La muestra se conformó por 192 estudiantes de licenciatura en enfermería que fueron seleccionados por muestreo estratificado con afijación proporcional, quedando distribuidos de la siguiente forma: cuarto semestre 56 estudiantes, quinto semestre 77 y octavo semestre 59. Se consideraron como criterios de inclusión: estudiantes inscritos y con experiencia previa en el campo clínico en por lo menos un ciclo escolar, se excluyeron los que estuvieran de baja temporal, incapacidad y que no asistieran el día de la recolección de datos.

Se recolectaron datos sociodemográficos y académicos como edad, sexo, estado civil, religión, semestre, número de prácticas cursadas y si enfermería fue la carrera que quería cursar. La variable

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/

principal fue la autoeficacia percibida para otorgar cuidado humanizado, entendida como la confianza del estudiante en su propia capacidad para establecer y sostener una relación de cuidado humanizado con los pacientes. Para medirla, se aplicó la versión en español de la *Caring Efficacy Scale* validada por Poblete-Troncoso et al.24 en 360 enfermeras chilenas con un Alpha de Cronbach de .76. La escala está conformada por 30 preguntas cada una con 6 opciones de respuesta, donde se asignan a cada una un valor en puntos: fuertemente desacuerdo (1 puntos), moderadamente desacuerdo (2 puntos), ligeramente desacuerdo (3 puntos), ligeramente de acuerdo (4 puntos), moderadamente de acuerdo (5 puntos) y fuertemente de acuerdo (6 puntos).

El instrumento expone 15 ítems positivos y 15 ítems negativos. El nivel otorgamiento de cuidado humanizado para los ítems positivos es de: 64 a 90 puntos alto, 36 a 63 puntos regular, 34 puntos o menos, bajo. La valoración de los ítems negativos es: 15 a 34 puntos alto nivel de otorgamiento de cuidados humanizados, 35 a 62 puntos nivel regular, 63 y más puntos, bajo nivel. Los ítems se distribuyen en cuatro dimensiones; seguridad al brindar atención (ítems 1, 4, 9, 12, 15 y 16), relación interpersonal (ítems 2, 3, 11, 15, 17, 18, 19, 22, 23, 24, 25, 29 y 30), habilidades de comunicación (ítems 5, 6, 13, 14, 15, 20, 21 y 28) y empatía (ítems 7, 8, 10, 26 y 27). Para la interpretación del puntaje global, se estableció la siguiente escala porcentual: 0 al 33 percepción baja, 34 a 66 percepción regular y 67 a 100 percepción alta.

Los participantes firmaron un consentimiento informado donde se explicó el propósito del estudio y se aseguró que la información solo sería utilizada con fines de investigación. Se gestionó la autorización para la recolección de los datos ante las autoridades de la institución, se solicitaron las listas de los estudiantes de los grupos de cuarto, quinto y octavo semestre, esto con motivo de contar con el marco muestral y aplicar los criterios de selección. Se procedió a pedir el apoyo de los docentes para llevar a cabo la aplicación del cuestionario y se cuidó que no afectaran las actividades escolares. Los cuestionarios fueron autoaplicables y los estudiantes completaron la encuesta en un tiempo aproximado de 15 minutos.

Los datos se analizaron mediante el Software estadístico IBM SPSS Statistics V24. La consistencia interna de la escala global reportó un valor de Alpha de Cronbach de .80; en las dimensiones se obtuvieron valores de α= .72 en seguridad al brindar atención, .72 en relación interpersonal, .70 en habilidades de comunicación y .72 empatía. Se utilizó estadística descriptiva para las variables cualitativas y se empleó la prueba de Kolmogorov-Smirnov con corrección Lilliefors para conocer la distribución de los datos, la cual determinó el uso de estadística no paramétrica (Correlación de Spearman, H Kruskal Wallis, U de Man Whitney) para conocer las asociaciones y diferencias en la autoeficacia percibida y las características sociodemográficas y académicas de los estudiantes. Para determinar las diferencias entre grupos se aplicaron comparaciones por pares mediante la prueba *pos hoc* de Dunn, empleando la corrección de Bonferroni para ajustar el nivel de significancia ante comparaciones múltiples. En todos los análisis se consideró un nivel de significancia de $p< .05$.

Licencia CC-By-NC-ND

Resultados

Del total de la muestra, el 73.4% (n= 141) corresponde al género femenino y 26.6% (n= 51) al masculino y la edad promedio fue de 21.09 años (DE= 2.30). Con respecto a la distribución por semestre, el 40.1% (n= 77) pertenece al quinto semestre y se obtuvo una media de 2.29 (DE=.49) del número de prácticas clínicas cursadas. El 75.5% (n= 145) refirió que enfermería fue la carrera que querían cursar, mientras que el 24.5% (n= 47) expresó lo contrario. En cuanto al estado civil, el 87.5% (n= 168) refirió ser soltero o soltera y el 88.5% (n=170) mencionó profesar alguna religión (Tabla 1).

Tabla 1. Características sociodemográficas y académicas de los estudiantes de enfermería

Variables cualitativas	***f***	***%***
Sexo		
Masculino	51	26.6
Femenino	141	73.4
Semestre		
Cuarto	56	29.2
Quinto	77	40.1
Octavo	59	30.7
Estado civil		
Soltero(a)	168	87.5
Casado(a)	13	6.8
Unión libre	9	4.7
Divorciado(a)	2	1.0
Religión		
No profesa ninguna religión	22	11.5
Profesa una religión	170	88.5
¿Fue enfermería la carrera que quería cursar?		
Sí	145	75.5
No	47	24.5
Variables cuantitativas	*M* (*DE*)	*Mín–Máx*
Edad (años)	21.09 (2.30)	19–37
Número de prácticas clínicas cursadas	2.29 (.49)	1–3

Nota. *f* = frecuencia, *%* = porcentaje, *M* = media, *DE* = desviación estándar. *n* = 192
Fuente. Elaboración propia a partir de los datos recolectados.

En la tabla 2, se muestra el nivel global de autoeficacia percibida para otorgar cuidado humanizado, donde un total de 61.5% (n= 118) tienen una percepción regular y el 38.5% (n= 74) se clasificó en el nivel alto; ningún estudiante se ubicó en el nivel bajo. En cuanto al nivel de otorgamiento de cuidado humanizado en el aspecto positivo de la escala, el 51% (n= 98) es regular, mientras que el 44.3% (n= 85) muestra un cuidado humanizado alto y el 4.7% (n= 9) un nivel bajo. Datos similares se reportan en el aspecto negativo donde el 50.5% (n= 97) presenta un nivel de otorgamiento regular, 46.9% (n= 90) un nivel alto y el 2.6% (n= 5) reportan nivel bajo (Tabla 3).

Licencia CC-By-NC-ND

Tabla 2. Nivel global de autoeficacia para otorgar cuidado humanizado en estudiantes de enfermería

Nivel de autoeficacia percibida	*f*	%
Regular	118	61.5
Alto	74	38.5

Nota. *f* = frecuencia, *%* = porcentaje. *n* = 192
Fuente. Elaboración propia a partir de los datos recolectados.

Tabla 3. Nivel de otorgamiento de cuidado humanizado según los ítems positivos y negativos de la escala

Nivel de otorgamiento	*f*	%
Positivo		
Alto	85	44.3
Regular	98	51.0
Bajo	9	4.7
Negativo		
Alto	90	46.9
Regular	97	50.5
Bajo	5	2.6

Nota. *f* = frecuencia, *%* = porcentaje. *n* = 192
Fuente. Elaboración propia a partir de los datos recolectados.

En el análisis bivariado se reportó una asociación significativa y negativa en la dimensión *empatía* con el número de prácticas cursadas (r_S = -.191, p = .008). Respecto al índice global y las dimensiones de autoeficacia percibida (seguridad al brindar atención, relación interpersonal, habilidades de comunicación), no se encontró relación estadísticamente significativa con la edad ni con el número de prácticas clínicas cursadas (p >.05) (Tabla 4).

Tabla 4. Relación de la autoeficacia percibida para otorgar cuidado humanizado y sus dimensiones con la edad y el número de prácticas cursadas

Variable	Edad	Número de prácticas clínicas cursadas
Puntaje global	.031	-.134
Seguridad al brindar atención	.082	-.093
Relación interpersonal	.038	-.082
Habilidades de comunicación	.080	.076
Empatía	-.075	-.191*

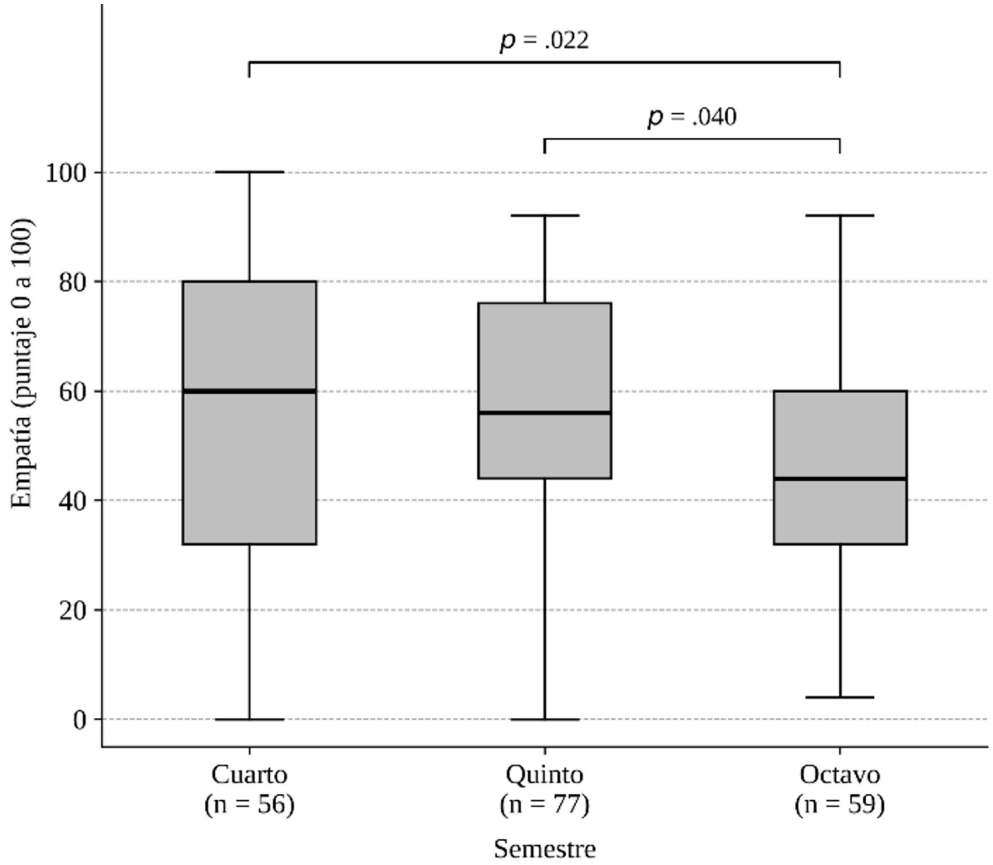
Nota. Los valores corresponden al coeficiente de correlación de Spearman (r_s). *n*= 192. * La correlación es significativa en el nivel p <.01
Fuente. Elaboración propia a partir de los datos recolectados.

Licencia CC-By-NC-ND

Al realizar las comparaciones entre el puntaje global y las dimensiones de la autoeficacia percibida según el semestre académico, la prueba de Kruskal-Wallis identificó diferencias estadís-ticamente significativas únicamente en la dimensión de empatía (H= 6.26, gl= 2, p= .044), los estudiantes de cuarto semestre presentaron una mediana más alta (*Mdn*= 60), en comparación con quinto semestre (*Mdn*= 56) y octavo semestre (*Mdn*= 44). De acuerdo con las comparaciones *post hoc de Dunn* con corrección de Bonferroni, se confirmaron las diferencias en los semestres de octavo y cuarto (p= .022) y entre octavo y quinto (p= .040) (Figura 1). Las dimensiones de seguridad al brindar atención, relación interpersonal y habilidades de comunicación de la autoeficacia para brindar cuidado humanizado no se reportaron diferencias significativas con el semestre.

Por otro lado, no se hallaron diferencias significativas entre la autoeficacia para otorgar cuidado humanizado y sus dimensiones con el estado civil (p> .05). Asimismo, la prueba de U de Mann-Whitney, mostró que tanto el puntaje global como las dimensiones no presentaron diferencias significativas respecto al sexo de los estudiantes, la preferencia por cursar la carrera de enfermería y religión (p >.05).

Figura 1. Comparación de la dimensión de empatía según el semestre (prueba de Kruskal-Wallis con comparaciones post hoc de Dunn y corrección de Bonferroni)



Fuente. Elaboración propia a partir de los datos recolectados.

Licencia
CC-By-NC-ND

Discusión

Los hallazgos de este trabajo muestran que la autoeficacia percibida para otorgar cuidado humanizado en los estudiantes de enfermería se concentra principalmente en un nivel regular, esto sugiere que, aunque los estudiantes reconocen y desarrollan elementos relacionados con la humanización del cuidado, todavía no se encuentran consolidados. En este sentido, se puede entender que existe un área de oportunidad para el fortalecimiento de este tema dentro del proceso educativo, particularmente en aquellas competencias que requieren interacción interpersonal continua con los pacientes.

Este resultado difiere de lo encontrado en otros contextos. En el sur de Chile un estudio reportó que 73% de 197 estudiantes de enfermería tenía un grado alto de percepción para brindar cuidado humanizado[25]. En Argentina, con la misma escala utilizada se describieron niveles moderadamente positivos en estudiantes y profesionales con la relación interpersonal como la dimensión mejor valorada y la empatía como la de más bajo puntaje[22]. En trabajos posteriores realizados en ese país, entre 64% y 69% de los estudiantes alcanzaron un nivel alto[26,27].

La menor proporción de estudiantes con nivel alto en la muestra del presente estudio puede deberse a las diferencias en los planes de estudio, las condiciones de los campos clínicos y en los puntos de corte usados para clasificar los niveles rescatando que la empatía aparece como la dimensión menos favorable en otras poblaciones; en el presente trabajo, esta dimensión fue la única relacionada con variables académicas, señalándola como un componente frágil del cuidado humanizado durante la formación académica.

Los hallazgos obtenidos coinciden con evidencia reciente que señala que la humanización continúa representando un desafío para el sistema educativo de salud. En un estudio multicéntrico realizado en España[28], los autores identificaron niveles bajos a medios de humanización y reportaron que la empatía y el cuidado compasivo disminuían conforme aumentaba la experiencia clínica. Del mismo modo, un estudio en Argentina[13] reportó puntajes altos de autoeficacia para otorgar cuidado humanizado, pero niveles bajos de empatía. Estos hallazgos adquieren particular relevancia al contrastarlo con los resultados del presente estudio, debido a que también se identificó una relación negativa entre la empatía y el número de prácticas clínicas cursadas, y aunque la magnitud de esta correlación fue baja, el dato merece atención por el contacto directo y frecuente que tiene enfermería con los pacientes.

La disminución de la empatía conforme avanza la formación académica no constituye un fenómeno actual y exclusivo de un contexto en particular. En Estados Unidos realizaron un seguimiento durante un año a estudiantes de enfermería y observaron una reducción de la empatía especialmente entre quienes estuvieron expuestos a un mayor número de prácticas clínicas[29]. De manera similar en Trinidad y Tobago se identificó un comportamiento comparable en estudiantes de cinco disciplinas del área de la salud en el nivel de formación[30]. Asimismo, entre internos de enfermería de China, 43% presentó un perfil caracterizado por bajos niveles de empatía, mientras que la duración del internado se identificó como uno de los factores asociados[31].

Licencia CC-By-NC-ND

En el contexto mexicano se registró un perfil de baja empatía entre estudiantes varones de cuarto año; en contraste, los estudiantes de tercer año presentaron niveles elevados de empatía, aunque acompañados de mayores niveles de ansiedad y depresión[32]. Sin embargo, la evidencia disponible no muestra un comportamiento uniforme. Por ejemplo, en Suecia se encontró niveles de empatía más altos en estudiantes de sexto semestre que en aquellos de segundo semestre, resultado que atribuyeron, entre otros aspectos, a la incorporación implícita del tema en el plan de estudios y a las oportunidades de reflexión desarrolladas a lo largo de la formación[33]. En Sudáfrica no se observaron diferencias significativas entre estudiantes de tercer y cuarto año[34], mientras que en Chile los puntajes más bajos se registraron en segundo año, sin evidenciar posteriormente una disminución progresiva[35].

En conjunto, estos hallazgos sugieren que la experiencia clínica, por sí sola, no necesariamente determina la evolución de la empatía; más bien, parecen cobrar relevancia las condiciones en las que dicha experiencia tiene lugar y la manera en que el estudiante logra procesarla. La exposición reiterada a servicios con alta demanda asistencial, así como el sufrimiento de los pacientes, puede favorecer el distanciamiento emocional como una forma de afrontar las exigencias de la práctica clínica[32]. Aunado a ello, se ha observado que altos niveles de empatía emocional pueden relacionarse con un mayor estrés académico[36], mientras que determinadas actitudes vinculadas con la jerarquía y la desigualdad se han asociado con menores niveles de empatía entre estudiantes de ciencias de la salud[37].

Se reportaron diferencias estadísticamente significativas en la dimensión empatía según el semestre académico. Los estudiantes de cuarto semestre presentaron la mediana más elevada, seguidos de los de quinto y octavo semestre, las diferencias fueron significativas entre cuarto y octavo semestre y entre quinto y octavo semestre. Este comportamiento es congruente con los hallazgos de un estudio en estudiantes mexicanos[17], que reportó diferencias significativas en la vocación para el cuidado humano según el semestre y observó que a mayor avance curricular de los estudiantes menor era la vocación comparado con los de avance inicial o intermedio, aunque el cuidado humanizado y la vocación son conceptos distintos, la evidencia permite reforzar que la experiencia clínica no siempre apoya el desarrollo de competencias humanísticas.

Por otra parte, un estudio cualitativo mostró que los estudiantes experimentan dificultades para mantenerse presentes durante los encuentros con los pacientes y que necesitan aprender a equilibrar el "estar con" la persona y el "hacer por" ella[38]. Los autores encontraron que la simulación con pacientes estandarizados, acompañada de observación y reflexión favorecía la conciencia de los estudiantes respecto a sus conductas de cuidado. Del mismo modo, una revisión sistemática[39] que incluyó 19 estudios de ocho países, identificó a la simulación, el juego de roles y las clases presenciales como estrategias pedagógicas frecuentes para desarrollar competencias emocionales en estudiantes de enfermería. La simulación fue la estrategia que mostró mayor efectividad, principalmente sobre la empatía, compasión, autoconocimiento, autoeficacia, pensamiento crítico, habilidades clínicas y trabajo en equipo. De la misma forma, un metaanálisis de 28 estudios[40], reportó que las intervenciones basadas en simulación mejoraron significativamente la empatía de los estudiantes y en este contexto,

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/

se han explorado diversas estrategias educativas orientadas a fortalecer la empatía y las habilidades relacionadas con el cuidado humanizado. Entre ellas, la medicina narrativa ha mostrado resultados favorables al promover espacios en los que los estudiantes pueden acercarse a las experiencias de enfermedad desde una perspectiva más personal y reflexiva[41]. De manera similar, la escritura reflexiva basada en el ciclo de Gibbs ha demostrado ser una alternativa útil para favorecer el análisis de las experiencias vividas durante la formación clínica y propiciar una mayor conciencia sobre las propias respuestas frente a las necesidades del paciente[42].

Asimismo, la incorporación de mapas de empatía junto con mini-simulaciones ha contribuido a fortalecer la confianza de los estudiantes para reconocer y responder de manera adecuada a las emociones de los pacientes[43]. Estos hallazgos adquieren especial relevancia, ya que una revisión de ensayos clínicos aleatorizados identificó un efecto moderado de este tipo de intervenciones educativas sobre la empatía en estudiantes de ciencias de la salud[44]. Por otra parte, algunas prácticas centradas en la atención plena y autoreflexión también se han relacionado con una expresión más funcional de la empatía, lo que sugiere que el desarrollo de esta capacidad requiere no solo conocimientos y habilidades interpersonales, sino también procesos de reconocimiento y regulación de la propia experiencia emocional[45,46].

No obstante, aunque las estrategias educativas orientadas a la humanización han incorporado progresivamente recursos innovadores, el uso de tecnologías digitales con este propósito continúa siendo limitado[47]. En consecuencia, este panorama plantea la necesidad de seguir explorando alternativas pedagógicas que integren recursos innovadores con experiencias de reflexión y práctica, de manera que el desarrollo de la empatía y del cuidado humanizado forme parte del proceso continuo de construcción de las competencias profesionales en enfermería.

En este estudio no se observaron diferencias significativas entre la autoeficacia percibida para otorgar cuidado humanizado respecto al sexo, edad, religión y elección de la carrera de los estudiantes, esto es consistente con un estudio donde tampoco se encontraron estas diferencias[28]. Por lo que conviene centrarse en explorar otras variables de tipo académico y formativo, donde se han observado asociaciones significativas. Asimismo, otros estudios similares que utilizaron la *Caring Efficacy Scale* en estudiantes y profesionales de la enfermería, realizado en Argentina, reportan que la edad, sexo y estado civil no se relacionan con la autoeficacia percibida[27]. Por otra parte, en Jordania la satisfacción con la carrera presentó mayor empatía[48] mientras que en Chile quienes optaron por enfermería como primera opción tuvieron puntajes más altos[35]; en esta muestra no hubo diferencias entre quienes deseaban estudiar enfermería y quienes no lo deseaban.

Por lo anteriormente discutido, es pertinente reflexionar que el cuidado humanizado en los estudiantes de enfermería debe plantearse como una necesidad que debe ser integrada en el currículo de los programas educativos, toda vez que las competencias para la atención humanizada requieren de continuidad y práctica formativa, esto contribuirá a que la autoeficacia para otorgar cuidado humanizado se consolide tanto en la práctica como en la formación académica.

Licencia CC-By-NC-ND

A pesar de los resultados es pertinente mencionar algunas limitaciones: aunque se reportan asociaciones y diferencias entre variables, el tipo de estudio impide establecer relaciones causales, de esta manera, la evidencia debe tomarse con cautela. Esto sumado a que el estudio solo fue realizado en una sola institución y que los datos se obtuvieron a través de un cuestionario autoaplicable, lo que condiciona que las respuestas sean susceptibles de ser influencias por factores presentes al momento de la aplicación de los instrumentos.

Los resultados tienen implicaciones directas para la educación y la práctica profesional de la disciplina, una percepción regular del cuidado humanizado indica fortalecer las competencias durante la formación universitaria. Al ser la empatía, una dimensión necesaria de atender se debe entonces evaluar de forma cuantitativa y cualitativa. Asimismo, resulta pertinente incorporar estrategias pedagógicas, como la simulación clínica, escritura narrativa, atención plena, juego de roles, entre otras orientadas específicamente a consolidar la autoeficacia para otorgar cuidado humanizado. Para lograrse, se requiere del compromiso de docentes y personal clínico que velen por un ejercicio profesional con valores éticos, morales y congruentes con las necesidades de los pacientes.

Conclusiones

La autoeficacia percibida para otorgar cuidado humanizado en los estudiantes de enfermería fue predominantemente regular, mientras que una proporción menor alcanzó un nivel alto, en tanto que no se registraron estudiantes en nivel bajo. La empatía mostró relevancia para el estudio debido a su asociación negativa con el número de prácticas clínicas y a las diferencias identificadas entre los semestres académicos, por lo cual se puede concluir que la experiencia clínica y el avance curricular no necesariamente están vinculados a una respuesta favorable para el desarrollo de competencias sobre el cuidado humano.

La formación para el cuidado humanizado requiere de estrategias pedagógicas pensadas en desarrollar contenidos curriculares que incluyan simulación, pacientes estandarizados, juego de roles y comunicación terapéutica, con el fin de reflexionar sobre la experiencia clínica. La evidencia reciente respalda el uso de estrategias de tipo experiencial y de simulación para fortalecer empatía y competencias emocionales.

El cuidado humanizado debe comprenderse como una competencia profesional compleja que se construye mediante la interacción entre conocimientos, habilidades técnicas, competencias emocionales, valores y condiciones del contexto. Por ello, los resultados de este estudio representan una base relevante para orientar intervenciones educativas destinadas a fortalecer la empatía y las relaciones interpersonales durante la formación académica para contribuir con un cuidado centrado en la calidad humana.

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/

Conflicto de interés

Los autores declaran no tener conflictos de interés.

Consideraciones éticas

El presente estudio contó con la aprobación de la Comisión Institucional de Ética en Investigación (CIEI) de la Universidad Juárez Autónoma de Tabasco (Folio UJAT-CIEI-2023-025). Asimismo, se consideró lo estipulado en el Reglamento de la Ley General de Salud en Materia de Investigación para la Salud en su última actualización de 2014[49]. En los cuestionarios no se colocó el nombre para preservar el anonimato, tampoco se solicitó la matrícula siendo un medio de identificación. En cuanto a los consentimientos, estos fueron guardados por separado de los cuestionarios y solo los autores tuvieron acceso a la base de datos. Es de destacar que la información se utilizó únicamente con fines académicos sin posibilidad de identificación de los participantes. Igualmente, el estudio se apegó a los principios éticos de la Declaración de Helsinki de la Asociación Médica Mundial[50].

Uso de inteligencia artificial

Los autores declaran que se usó IA exclusivamente para asistencia lingüística: Corrección gramatical, mejora de la legibilidad y traducción de textos, esto no interviene con la manipulación de datos descritos.

Contribución de los autores

Conceptualización: L.E.P.M., A.D.M.P., J.J.L.C.; Curación de datos: L.E.P.M., A.D.M.P., P.G.A.; Análisis formal: J.J.L.C., P.G.A.; Adquisición de fondos: L.E.P.M., A.D.M.P.; Investigación: L.E.P.M., A.D.M.P., J.J.L.C., P.G.A.; Metodología: A.L.E.A., M.F.S.R.; Administración de proyecto: L.E.P.M., A.D.M.P., J.J.L.C.; Recursos: J.J.L.C., P.G.A.; Software: J.J.L.C, P.G.A.; Supervisión: J.J.L.C., P.G.A., A.L.E.A., M.F.S.R.; Validación: L.E.P.M., A.D.M.P., J.J.L.C., P.G.A., A.L.E.A., M.F.S.R.; Visualización: L.E.P.M., A.D.M.P., J.J.L.C., P.G.A., A.L.E.A., M.F.S.R.; Redacción-Borrador original: L.E.P.M., A.D.M.P., J.J.L.C.; Redacción: revisión y edición: L.E.P.M., A.D.M.P., J.J.L.C., P.G.A., A.L.E.A., M.F.S.R.

Financiamiento

El trabajo no recibió financiamiento externo.

Licencia CC-By-NC-ND

Agradecimientos

Los autores agradecen a la División Académica Multidisciplinaria de Jalpa de Méndez de la Universidad Juárez Autónoma de Tabasco por las facilidades otorgadas para realizar este estudio y por la autorización para la recolección de los datos. Asimismo, se agradece a los estudiantes que participaron de manera voluntaria y a los docentes que apoyaron la aplicación de los cuestionarios.

Referencias

1. Reyes TÁ, González GA, Martín A, Gázquez LM, Martínez GE, García GI. Humanization of nursing care: a systematic review. Front Med. 2024; 11:1446701. doi: 10.3389/fmed.2024.1446701

2. Romero DM, Díaz RA. Humanizando el cuidado-reflexión ética y docente. Rev Venez Enferm Cienc Salud. 2021;14(2):81-8. Doi: https://doi.org/10.5281/zenodo.7019279

3. Romero A, Martínez R, Tolmos L, Bistuer MG, Ortiz MS, Galindo A. La humanización de los cuidados en Enfermería: un pilar esencial en la atención sanitaria. Ocronos. 2025;VIII(1):572. Doi: https://doi.org/10.58842/TLMX4332

4. Santos HSA, Lascano ECO. El cuidado humanizado de enfermería, una necesidad de la praxis profesional. Rev Vive. 2023;6(16):209-18. Doi: https://doi.org/10.33996/revistavive.v6i16.209

5. Getie A, Ayenew T, Amlak BT, Gedfew M, Edmealem A, Kebede WM. Global prevalence and contributing factors of nurse burnout: an umbrella review of systematic review and meta-analysis. BMC Nurs. 2025;24(1):596. Doi: https://doi.org/10.1186/s12912-025-03266-8

6. Guzmán DP, Serna MA, Martínez GA, Moreno SR, Ruíz NC, García NAI. Humanization and communication skills: a cross-sectional study in Spanish nursing students. Nurs Rep. 2026;16(5):171. Doi: https://doi.org/10.3390/nursrep16050171

7. Castillo S, Bacigalupo JF, García G, Lorca A, Aspée P, Gortari P. Necesidades de docentes y estudiantes para humanizar la formación de enfermería. Cienc Enferm. 2020; 26:2. Doi: https://doi.org/10.4067/S0717-95532020000100202

8. Atta MHR, Hammad HA, Elzohairy NW. The role of empathy in the relationship between emotional support and caring behavior towards patients among intern nursing students. BMC Nurs. 2024;23:443. Doi: https://doi.org/10.1186/s12912-024-02074-w

9. Gunawan J, Aungsuroch Y, Watson J, Marzilli C. Nursing Administration: Watson's Theory of Human Caring. Nurs Sci Q. 2022;35(2):235-43. Doi: https://doi.org/10.1177/08943184211070582

Licencia CC-By-NC-ND

10. Jimeno BN, Díez RÁ. Proyecto humanizAS: humanizando la atención sanitaria en estudiantes de medicina, enfermería, logopedia y nutrición humana y dietética de la Universidad de Valladolid (2019–2024). An Real Acad Med Cir Valladolid. 2024;58:271-84. Doi: https://doi.org/10.24197/9knddq43

11. Villa SLF, Chuquimarca OMJ, Egas MFP, Yazuma RJE, Carrera ZLA, Quispe AMA. Cuidado humanizado aplicado en enfermería: una revisión sistemática. LATAM Rev Latinoam Cienc Soc Humanid. 2023;4(2):1-13. doi: https://doi.org/10.56712/latam.v4i2.1012

12. Ortega MI, Morán MP, Martínez WR, Alvia MA. Percepción de los estudiantes de enfermería sobre la formación académica de la humanización de los cuidados. Polo del Conocimiento. 2024;9(9):1718-1733. Disponible en: https://polodelconocimiento.com/ojs/index.php/es/article/view/8019

13. Manzur KM, Robledo GP, Zarate K, Sánchez R, Fernández OG, Canova BC. Percepción de autoeficacia para brindar cuidados humanizados por parte de estudiantes de enfermería. Investigación E Innovación: Revista Científica De Enfermería. 2024;4(2):40-9. Doi: https://doi.org/10.33326/27905543.2024.2.1909

14. Martínez RJ, Galván CAG, Rojas CA, Ávila RRI. Significado del cuidado humanizado en estudiantes de enfermería. RELEP. 2025;7(3). Doi: https://doi.org/10.46990/relep.2025.7.3.2201

15. Valencia-Gutiérrez NV. Autovaloración del cuidado humanizado por estudiantes de Enfermería. Metas Enferm. 2021;24(1):7-14. doi: https://doi.org/10.35667/MetasEnf.2021.24.1003081695

16. Flores AG, Zorrilla LB, Araujo R, Reveles E, Trejo PM, Calderon A. Percepción del paciente sobre el cuidado humanizado de Enfermería. Ciencia Latina. 2024;7(6):8859-6. Doi: https://doi.org/10.37811/cl_rcm.v7i6.9836

17. Arenas A, Jiménez K, Almonte M, Ramírez N. Vocación para el cuidado humano en estudiantes de enfermería en una universidad de México. Index Enferm. 2022;31(3):227-31. Doi: https://doi.org/10.58807/indexenferm20225154

18. Watson J. Nursing: the philosophy and science of caring. Rev. ed. Boulder (CO): University Press of Colorado; 2008.

19. 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

Licencia CC-By-NC-ND

20. Zhu W, Jiao T, Chen G. The impact of clinical learning environment factors on caring behaviors: the mediating role of psychological resilience among nursing intern students. BMC Nurs. 2025;24:1187. Doi: https://doi.org/10.1186/s12912-025-03840-0

21. Zumeri S. Albert Bandura-Self-Efficacy_ The Exercise of Control-W. H. Freeman & Co (1997).pdf.

22. Canova-Barrios CJ, Figueira TJ, Ayllon J, Miranda JML, Barraud MI. Percepción de autoeficacia para brindar cuidados humanizados por parte de estudiantes y personal de enfermería de Buenos Aires, Argentina. Rev Chilena de Enfermería. 2023; 5(1). Doi: https://doi.org/10.5354/2452-5839.2023.69713

23. Coates CJ. The Caring Efficacy Scale: nurses' self-reports of caring in practice settings. Adv Pract Nurs Q. 1997;3(1):53-9. Disponible en: https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/9485781/

24. Poblete-Troncoso MC, Valenzuela-Suazo SV, Merino JM. Validación de dos escalas utilizadas en la medición del cuidado humano transpersonal basadas en la teoría de Jean Watson. Aquichan. 2012;12(1):8-21. Doi: https://doi.org/10.5294/aqui.2012.12.1.1

25. Muñoz Zambrano CL, Chávez Tureugna CG, Véliz Pavéz VM, Villarroel Vargas CM. El cuidado humanizado en los futuros enfermeros del sur de Chile. Horiz Enferm. 2020;31(2):164-91. Doi: https://horizonteenfermeria.uc.cl/index.php/RHE/article/view/15308

26. Yurquina LG, Ramos-Cruz LP, Gómez JC, Canova-Barrios CJ. Autoeficacia percibida para brindar cuidados humanizados por parte de estudiantes del último año de Enfermería. Rev Esp Educ Med. 2024;5(3). Doi: https://doi.org/10.6018/edumed.616661

27. Quintana-Honores MJ, Canova-Barrios CJ. Perceived self-efficacy to provide humanized care among nursing students from Buenos Aires, Argentina. Rev Esp Educ Med. 2025;6(3). Disponible en: https://revistas.um.es/edumed/article/view/666101

28. Sutil RE, Liébana PC, Martín VC, Ortega DL, Bermejo MD, Fernández ME. Humanization and empathy in undergraduate nursing students: a cross-sectional study. J Prof Nurs. 2025;59:20-6. Doi: https://doi.org/10.1016/j.profnurs.2025.04.005

29. Ward J, Cody J, Schaal M, Hojat M. The empathy enigma: an empirical study of decline in empathy among undergraduate nursing students. J Prof Nurs. 2012;28(1):34-40. Doi: https://doi.org/10.1016/j.profnurs.2011.10.007

30. Nunes P, Williams S, Sa B, Stevenson K. A study of empathy decline in students from five health disciplines during their first year of training. Int J Med Educ. 2011;2:12-7. Doi: 10.5116/ijme.4d47.ddb0

Licencia CC-By-NC-ND

31. Wang J, Xu X, Sun J, et al. A study of latent profile analysis of empathic competence and factors influencing it in nursing interns: a multicenter cross-sectional study. Front Public Health. 2024;12:1434089. Doi: https://doi.org/10.3389/fpubh.2024.1434089

32. Luna D, González-Velázquez MS, Acevedo-Peña M, Figuerola-Escoto RP, Lezana-Fernández MÁ, Meneses-González F. Relación entre empatía, asertividad, ansiedad y depresión en estudiantes mexicanos de enfermería. Index Enferm. 2022;31(2):129-33. Doi: https://doi.org/10.58807/indexenferm20225088

33. Håkansson Eklund J, Holmström IK, Ollén Lindqvist A, Sundler AJ, Hochwälder J, Marmstål Hammar L. Empathy levels among nursing students: a comparative cross-sectional study. Nurs Open. 2019;6(3):983-9. Doi: https://doi.org/10.1002/nop2.280

34. Matshaka L. Students' self-perception of empathy in caring. Curationis. 2023;46(1):2364. Doi: https://doi.org/10.4102/curationis.v46i1.2364

35. Astudillo Araya AA, Lagos Sáez CF, Medina Montes MN, Merino Fuentealba CA, Pérez Retamal MA, León Pino JM. Nivel de empatía de estudiantes del área de la salud de una universidad pública de Chile. Index de Enfermería. 2024; 33(4): e14921. Doi: https://doi.org/10.58807/indexenferm20247028

36. Xu J, Zhang L, Ji Q, Ji P, Chen Y, Song M, et al. Nursing students' emotional empathy, emotional intelligence and higher education-related stress: a cross-sectional study. BMC Nurs. 2023;22:437. Doi: https://doi.org/10.1186/s12912-023-01607-z

37. Weber LM, Bauer L, Führer A. Hierarchy hurts: a comparative cross-sectional analysis of empathy and its determinants in medical, midwifery, and nursing students. BMC Med Educ. 2025;25:1076. Doi: https://doi.org/10.1186/s12909-025-07683-w

38. Mårtensson S, Knutsson S, Hodges EA, Sherwood G, Broström A, Björk M. Undergraduate nursing students' experiences of practicing caring behaviours with standardised patients. Scand J Caring Sci. 2023;37(1):271-81. Doi: https://doi.org/10.1111/scs.13077

39. Cho MK, Kim MY. Effectiveness of simulation-based interventions on empathy enhancement among nursing students: a systematic literature review and meta-analysis. BMC Nurs. 2024; 23:319. Doi: https://doi.org/10.1186/s12912-024-01944-7

40. Napolitano F, Calzolari M, Di Pietro S, Pagnucci N, Zanini M, Catania. Pedagogical strategies to improve emotional competencies in nursing students: a systematic review. Nurse Educ Today. 2024;142:106337. Doi: https://doi.org/10.1016/j.nedt.2024.106337

Licencia CC-By-NC-ND

41. Xue M, Sun H, Xue J, et al. Narrative medicine as a teaching strategy for nursing students to developing professionalism, empathy and humanistic caring ability: a randomized controlled trial. BMC Med Educ. 2023;23:38. Doi: https://doi.org/10.1186/s12909-023-04026-5

42. Ahmadpour N, Shariati A, Moghadam MP. Effect of narrative writing based on Gibbs' reflective model on the empathy and communication skills of nursing students. BMC Med Educ. 2025; 25:10. Doi: https://doi.org/10.1186/s12909-024-06593-7

43. Huang HP, Tien Y, Lin YC, Yu IC, Chien NH. Effects of empathy mapping and mini-simulation on second-year nursing students' empathy and communication self-confidence: a quasi-experimental study. BMC Med Educ. 2025;25:109. Doi: https://doi.org/10.1186/s12909-025-06686-x

44. Schwartzkopf CT, Alves RT, Lopes PC, Braux J, Capucho F, Ribeiro C. The role of training and education for enhancing empathy among healthcare students: a systematic review of randomised controlled trials. BMC Med Educ. 2025;25:469. Doi: https://doi.org/10.1186/s12909-025-07038-5

45. Ardenghi S, Russo S, Luciani M, et al. The association between dispositional mindfulness and empathy among undergraduate nursing students: a multicenter cross-sectional study. Curr Psychol. 2023;42(18):15132-40. Doi: https://doi.org/10.1007/s12144-022-02829-1

46. Wu W, Lian C, Yang Y. Self-reflection and empathy in undergraduate nursing students: a network analysis. BMC Med Educ. 2025;25:1753. Doi: https://doi.org/10.1186/s12909-025-08363-5

47. Gonzalez-Moreno M, Monfort-Vinuesa C, Piñas-Mesa A, Rincon E. Digital technologies to provide humanization in the education of the healthcare workforce: a systematic review. Technologies. 2023;11(4):88. Doi: https://doi.org/10.3390/technologies11040088

48. Hamaideh SH, Abuhammad S, Abu Khait A, et al. Levels and predictors of empathy, self-awareness, and perceived stress among nursing students: a cross sectional study. BMC Nurs. 2024;23:131. Doi: https://doi.org/10.1186/s12912-024-01774-7

49. Secretaría de Salud. Reglamento de la Ley General de Salud en Materia de Investigación para la Salud. Diario Oficial de la Federación; 1987 [última reforma DOF 02-04-2014]. Disponible en: https://www.diputados.gob.mx/LeyesBiblio/regley/Reg_LGS_MIS.pdf

50. Asociación Médica Mundial. World Medical Association Declaration of Helsinki: ethical principles for medical research involving human participants. JAMA. 2025;333(1):71-4. Doi: https://doi.org/10.1001/jama.2024.21972

Licencia CC-By-NC-ND



Horizonte sanitario

ISSN (en línea): 2007-7459

Factores profesionales relacionados con la práctica axiológica del cuidado en el personal de enfermería hospitalario

Professional factors related to the axiological practice of care in the nursing staff hospital

Artículo Original DOI: 10.19136/hs.a25.sI.6388

Haidy Meriday Criollo Jaime [1]
Oliver Justin Ortiz Castro [2]
Cinthya Rodríguez Orozco [3]
Carmen Sánchez Hernández [4]
Taycia Ramírez Pérez [5]

Correspondencia: Cinthya Rodríguez Orozco. Dirección postal: Universidad de Guayaquil. Jaime Roldós Aguilera y calle 6 de Diciembre. Milagro, Ecuador.
Correo electrónico: cinthya.rodriguezo@ug.edu.ec

Licencia CC-By-NC-ND

[1] *Licenciada en Enfermería. Universidad de Guayaquil. Guayaquil, Ecuador.*
[2] *Licenciado en Enfermería. Universidad de Guayaquil. Guayaquil, Ecuador.*
[3] *Doctora en Ciencias de la Salud. Universidad de Guayaquil. Guayaquil, Ecuador.*
[4] *Doctora en Ciencias de la Salud. Universidad de Guayaquil. Guayaquil, Ecuador.*
[5] *Magister en Enfermería Comunitaria. Universidad de Guayaquil. Guayaquil, Ecuador.*

Haidy Meriday Criollo Jaime
Oliver Justin Ortiz Castro
Cinthya Rodríguez Orozco
Carmen Sánchez Hernández
Taycia Ramírez Pérez



Resumen

Objetivo: Determinar los factores profesionales relacionados con la práctica axiológica del cuidado en el personal de enfermería de una institución de salud pública de tercer nivel de Guayaquil, Ecuador.

Materiales y métodos: Estudio cuantitativo, no experimental, transversal y correlacional. Se realizó una convocatoria censal a 302 profesionales de enfermería de una institución pública de tercer nivel de Guayaquil; 206 aceptaron participar y completaron el cuestionario estructurado de 22 items. La validez de contenido se realizó mediante juicio de tres expertos y la prueba piloto presentó un alfa de Cronbach de 0,80. El estudio contó con aprobación del comité de ética de la Universidad de Guayaquil y se solicitó a los participantes el consentimiento informado. Los datos fueron procesados mediante se analizaron mediante IBM SPSS Statistics 27 y se empleó el coeficiente Rho de Spearman.

Resultados: En los factores profesionales predominó el dominio de técnicas y procedimientos (87,4%) y responsabilidad laboral (82%). El cumplimento de protocolos presentó una mayor proporción de respuesta “a veces” (53,4%). En la práctica axiológica destacó una elevada empatía (81,6%); mientras que ante situaciones de presión laboral el (63,1%) respondió “a veces”. Se halló una correlación positiva y estadísticamente significativa entre los factores profesionales y la práctica axiológica del cuidado (p=0,339; p<0,001).

Conclusiones: Existe una relación directa entre las competencias profesionales y la práctica axiológica del cuidado. Fortalecer la formación profesional, la actualización continua y las condiciones del entorno laboral resulta fundamental para consolidar una atención de enfermería ética, coherente y humanizada.

Palabras Claves: Ética en enfermería; Práctica integral de atención; Atención de enfermería; Humanización de la atención; Cultura organizacional.

Abstract

Objective: To determine the professional factors related to the axiological practice of care in nursing staff of a tertiary public health institution in Guayaquil, Ecuador.

Materials and methods: Quantitative, non-experimental, cross-sectional and correlational study. A census call was made to 302 nursing professionals from a public tertiary institution in Guayaquil; 206 agreed to participate and completed the structured questionnaire of 22 items. The content validity was carried out through the judgment of three experts and the pilot test presented a Cronbach's alpha of 0.80. The study was approved by the ethics committee of the University of Guayaquil, and the participants were asked for informed consent. The data were analyzed using IBM SPSS Statistics 27 and Spearman's Rho coefficient was used.

Results: In the professional factors, mastery of techniques and procedures (87.4%) and work responsibility (82%) predominated. Compliance with protocols presented a higher proportion of response "sometimes" (53.4%). In axiological practice, high empathy stood out (81.6%); while in situations of work pressure, (63.1%) repeated "sometimes". A positive and statistically significant correlation was found between professional factors and the axiological practice of care (p=0.339; p<0.001).

Conclusions: There is a direct relationship between professional competencies and the axiological practice of care. Strengthening professional development, continuous updating and the conditions of the work environment is essential to consolidate ethical, coherent and humanized nursing care.

Keywords: Ethics in nursing; Integral healthcare practice; Nursing care; Humanization of assistance; Organizational culture.

• Fecha de recibido: 08 de octubre de 2026 • Fecha de aceptado: 16 de octubre de 2026
• Fecha de publicación: 21 de octubre 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

El cuidado de enfermería comprende un conjunto de conocimientos, habilidades y actitudes orientados a responder de manera integral a las necesidades de las personas durante el proceso de atención. Además de la competencia técnica, la práctica profesional requiere principios éticos que orienten la toma de decisiones y las relaciones establecidas con los pacientes, familiares y otros integrantes del equipo de salud. En este sentido, la dimensión axiológica del cuidado adquiere especial relevancia, al involucrar valores y principios que orientan la conducta profesional hacia el respeto por la dignidad, la autonomía, la responsabilidad, la empatía y el compromiso con el bienestar de la persona[1,2].

La práctica axiológica del cuidado puede entenderse como la expresión de valores y principios éticos en las acciones cotidianas del profesional de enfermería. No se limita al cumplimiento de procedimientos o normas, sino que se manifiesta en la manera en que el profesional establece relaciones con el paciente, toma decisiones, respeta su dignidad, responde a sus necesidades y mantiene una conducta coherente con los principios de la profesión. Por tanto, la dimensión axiológica se articula con las competencias que permiten integrar el saber, el saber hacer y el saber en las diferentes situaciones del cuidado[3].

La expresión de estos valores puede ser relacionada con las condiciones en las que se desarrolla el ejercicio profesional. En los servicios hospitalarios, particularmente en instituciones públicas, la elevada demanda asistencial, la sobrecarga laboral y el estrés pueden generar condiciones que dificulten mantener de manera constante prácticas centradas en la persona[4]. En escenarios de presión asistencial, también pueden presentarse dificultades para sostener conductas éticas y relaciones de cuidado humanizadas, especialmente cuando as exigencias organizacionales limitan el tiempo y los recursos disponibles para la atención[5]. Este escenario constituye un hecho que evidencia una alteración sistemática de la práctica axiológica del cuidado, lo que nos permite interpretar que el desarrollo del "saber ser" compuesto por el respeto, la responsabilidad y la integridad es un ejercicio dinámico y frágil que puede debilitarse fácilmente si las estructuras institucionales no fomentan un clima de respeto y valorización del rol profesional, dejando al personal de enfermería sin herramientas morales para enfrentar la complejidad del cuidado.

De la misma manera, es esencial contar con un entorno de trabajo que facilite la reflexión ética y brinde apoyo al profesional, sugiriendo que fortalecer la comunicación efectiva y el trabajo en equipo es necesario para desarrollar competencias éticas[6]. Esto hallazgos permiten comprender que el "saber ser" ético en enfermería no constituye únicamente una característica individual del profesional, sino una dimensión que se fortalece mediante procesos de formación continua y condiciones institucionales que favorezcan su desarrollo. Desde esta perspectiva, el entorno laboral adquiere relevancia como un factor profesional que puede influir en la expresión de valores asociados al cuidado, debido a que las organizaciones sanitarias tienen un papel fundamental en la generación de espacios que promuevan el bienestar del personal y favorezcan una práctica enfermera sustentada en principios éticos humanizados.

Licencia CC-By-NC-ND

De forma similar, respecto a la influencia tangible del entorno físico y organizativo, la evidencia señala que este actúa como un predictor directo de la satisfacción y de la calidad del cuidado; en un estudio realizado a colaboradores de una empresa, destacan que factores del entorno como la disponibilidad de insumos, una carga laboral equilibrada y una infraestructura adecuada son prerrequisitos que favorecen una mejor calidad de atención y trato[7]. Por ende, la consolidación de estos factores profesionales constituye un elemento esencial para favorecer una práctica axiológica del cuidado, debido a que las condiciones en las que se desarrolla el ejercicio enfermero pueden influir en la manera en que los profesionales expresan valores como empatía, responsabilidad, respeto y compromiso hacia la persona atendida. Bajo esta perspectiva, la práctica del cuidado no depende exclusivamente de la disposición individual del profesional, sino también de un conjunto de elementos formativos, laborales y organizacionales que permitan mantener una atención coherente con los principios éticos de la enfermería.

La incorporación progresiva de la tecnología en los servicios sanitarios ha transformado la práctica de enfermería, favoreciendo procesos diagnósticos y terapéuticos más eficientes, sin embargo, cuando su uso se desarrolla en contextos donde predominan las demandas operativas y la atención centrada en indicadores clínicos, puede generar distanciamiento en la interacción humana del cuidado. Algunos autores señalan que el avance tecnológico, aunque representa una herramienta fundamental para preservar la vida, requiere complementarse con el fortalecimiento de competencias relacionales y éticas que permitan conocer las necesidades emocionales y humanas de las personas atendidas[8]. De igual manera, investigaciones previas han identificado que determinadas características profesionales y personales, como el nivel de formación, la calidad de las relaciones interpersonales y la participación en los procesos de toma de decisiones, se relacionan con la presencia de agotamiento profesional en enfermería[9]. Estas evidencias sugieren que la práctica axiológica no depende exclusivamente de las características individuales del profesional, sino que puede ser vinculada con sus competencias y con el contexto en el que desarrolla su actividad.

De forma similar, otro estudio reporta evidencia significativa sobre la relevancia de la interacción enfermera - paciente como el núcleo irreductible de la práctica humanística, sosteniendo que la percepción de calidad del usuario depende casi exclusivamente de la comunicación recibida[10]. Bajo esta perspectiva, las relaciones humanas se consolidan como el principal vehículo de manifestación de la ética profesional, entendemos que los elementos relacionales son el vehículo principal a través del cual se manifiesta la ética profesional. Esto quiere decir que, si el entorno laboral obstaculiza esta interacción fluida por falta de tiempo o espacios adecuados, se está vulnerando el componente más esencial de la práctica axiológica, lo que demuestra que las "relaciones humanas" constituyen un factor profesional que no puede ser subestimado en la gestión del cuidado.

En Ecuador, los profesionales de enfermería que trabajan en las instituciones públicas de salud enfrentan retos persistentes asociados a la presión asistencial, la alta demanda de usuarios y la complejidad de los servicios, característicos de los sistemas públicos de atención en salud, que impiden la sostenibilidad de los valores del cuidado. Aunque se reconoce teóricamente la importancia del

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/

cuidado humanizado, existe una notable carencia de estudios cuantitativos locales que analicen de manera integral y estadística cómo las dimensiones de los factores y competencias profesionales, saber ser, saber conocer, relaciones humanas y ambiente laboral se correlacionan con las dimensiones de la práctica axiológica del cuidado humanizado. Por lo que, esta brecha de conocimiento limita la comprensión profunda de los elementos que sostienen o debilitan la práctica del cuidado en el campo de la enfermería y dificulta el fortalecimiento de los valores identitarios de la profesión.

En este sentido, durante el desarrollo del ciclo de internado rotativo de enfermería, se identifica que este problema es de gran relevancia, ya que se observan profesionales de aspecto agotado y se perciben ambientes con alta demanda de pacientes; así mismo se encuentran diferencias personales dentro de los equipos de trabajo, situaciones que complican brindar cuidado a los usuarios de manera equitativa, de modo que no se evidencia la colaboración del equipo multidisciplinario con el profesional de enfermería. Estas condiciones influyen directamente en dimensiones de los factores profesionales como el ambiente laboral, las relaciones humanas y las competencias profesionales, especialmente en el saber hacer y el saber ser. Se destaca mediante la observación de los entornos una gran cantidad de incomodidad del personal de enfermería hacia la carga laboral relacionada con el llenado de formularios de manera física y, además, que el tiempo invertido en el llenado de estos hace aún más complejo el desarrollo del cuidado humanizado.

En consecuencia, los futuros egresados quedarán expuestos a condiciones laborales similares o más complejas que influyen en la capacidad para aplicar el saber ser, el saber conocer y el saber hacer de manera integral. Esta realidad puede generar discrepancias entre los principios axiológicos adquiridos durante la formación académica y las exigencias del ejercicio profesional. Por ello, el presente estudio tuvo como objetivo general determinar los factores profesionales relacionados con la práctica axiológica del cuidado en el personal de enfermería de una institución de salud pública de tercer nivel de Guayaquil, con el propósito de aportar evidencia que contribuya al fortalecimiento de una práctica profesional ética, integral y humanizada.

Materiales y Métodos

La investigación se desarrolló bajo un enfoque cuantitativo, con un diseño no experimental, transversal y alcance correlacional. Esta elección metodológica respondió al objetivo de determinar los factores profesionales relacionados con la práctica axiológica del cuidado en el personal de enfermería de una institución de salud pública de tercer nivel de Guayaquil, considerando que las variables fueron observadas en su contexto laboral habitual, sin manipulación ni intervención por parte del investigador.

La población de referencia estuvo conformada por 302 profesionales de enfermería que laboraban en la institución pública, cuya identificación se realizó mediante el registro oficial proporcionado por el departamento de Talento Humano de la institución. Debido a que el número de profesionales era accesible para los investigadores se planteó realizar un censo de la población, convocando a la totalidad de

Licencia CC-By-NC-ND

los profesionales registrados. Durante el proceso de recolección, 206 profesionales aceptaron participar voluntariamente y completaron el instrumento de recolección de datos, lo que representó el 68,21% de la población total. De los 96 profesionales restantes 79 (26,15%) no respondieron la encuesta y 17 (5,62%) no aceptaron participar. Por lo tanto, el análisis se realizó con los 206 cuestionarios efectivamente respondidos.

La recolección de datos se realizó mediante la técnica de la encuesta, utilizando un cuestionario estructurado denominado "Factores Profesionales y Práctica Axiológica", elaborado en Microsoft Forms y aplicado de manera digital y autoadministrada. El instrumento fue dirigido a profesionales de enfermería de una institución pública de tercer nivel de atención de la ciudad de Guayaquil y estuvo conformado por tres apartados: datos generales del participante, factores profesionales y práctica axiológica del cuidado. En total, incluyó 22 ítems organizados según las dimensiones e indicadores definidos para cada variable, con respuestas valoradas mediante una escala tipo Likert de tres opciones (nunca, a veces y siempre). La validez de contenido se determinó mediante juicio de tres expertos con experiencia el área clínica y metodológica, quienes valoraron cada ítem en términos de claridad, pertinencia y coherencia, mediante respuestas dicotómicas (si/no), además de registrar observaciones y sugerencias. Las recomendaciones realizadas estuvieron principalmente relacionadas con aspectos de redacción y claridad de algunos ítems, por lo que se efectuaron los ajustes correspondientes antes de la aplicación del instrumento.

Posteriormente, se realizó una prueba piloto con 12 profesionales de enfermería con características similares a la población de estudio, quienes no formaron parte de la muestra definitiva. Esta fase permitió comprobar la comprensión de los ítems, la claridad de las instrucciones y la factibilidad de la aplicación digital del cuestionario, así como identificar posibles dificultades en su interpretación. De manera complementaria, se estimó la consistencia interna mediante el coeficiente Alfa de Cronbach, obteniéndose un valor de 0,80. Debido a un número reducido de participantes de la prueba piloto, este resultado se consideró como una estimación preliminar de la consistencia interna y no como una evidencia psicométrica definitiva del instrumento. Con base en la valoración de los expertos y en los resultados de la prueba piloto, se realizaron los ajustes finales de redacción y se estableció la versión del cuestionario utilizada para la recolección de datos.

El procesamiento de recolección de datos se realizó una vez obtenida la aprobación del Comité de Ética de la Universidad de Guayaquil y la autorización de la institución de salud donde se desarrolló el estudio. Posteriormente, se invitó a participar a los profesionales de enfermería y se les explicó el propósito de la investigación, el carácter voluntario de su participación y la confidencialidad de la información proporcionada. Previo a la aplicación del instrumento, se obtuvo el consentimiento informado. El enlace del cuestionario elaborado en Microsoft forms fue proporcionado a los participantes por medios digitales y respondido de manera individual y autoadministrada, sin intervención del investigador durante su diligenciamiento. La información fue recopilada durante enero y febrero del 2026. Al finalizar el periodo establecido, se verificó la integridad de los registros obtenidos antes de conformar la base de datos definitiva.

Licencia CC-By-NC-ND

El procesamiento y análisis de los datos se realizó mediante estadística descriptiva e inferencial. La información recolectada fue organizada y depurada inicialmente en Microsoft Excel y posteriormente procesada mediante el software estadístico IBM SPSS Statistics versión 27.0. Para la caracterización de los participantes se utilizaron frecuencias absolutas, relativas y medidas de tendencia central. Debido a la naturaleza ordinal de los datos obtenidos mediante escala Likert, se aplicó el coeficiente de correlación Rho de Spearman considerando un nivel de significancia estadística de $p < 0,05$. Durante el procesamiento también se obtuvo una matriz de correlación entre ítems del instrumento, generada mediante procesamiento de correlación de Pearson, la cual se incorporó como material complementario del estudio. Esta matriz permitió observar el comportamiento de las asociaciones entre los diferentes indicadores del instrumento, pero no se utilizó para sustituir el análisis de correlación entre variables principales.

Resultados

En la tabla 1 se muestra que, el turno de 24 horas es el más frecuente asignado a los profesionales de enfermería encuestados con un 53,4% (n=110), seguido del turno rotativo con un 35,9%. Por otro lado, los turnos diurnos y nocturnos se presentan con menor porcentaje de 10,2% (n=21) y 0,5% (n=1) respectivamente.

Tabla 1. Jornada laboral del profesional de enfermería

Categorías	F	%
24 horas	110	53,4
Rotativo	74	35,9
Diurno	21	10,2
Nocturno	1	0,5
Total	**206**	**100**

Fuente. Elaboración propia.

En la tabla 2, se presentan los resultados correspondientes a las competencias profesionales organizadas en las dimensiones saber hacer, saber ser y saber conocer. En el saber, el 87,4% (n=180) del personal, señaló que siempre demuestra dominio de técnicas y procedimientos clínicos mientras que el 12,1% (n=25) indicó que lo realiza a veces. Respecto a la capacidad para resolver problemas durante el cuidado del paciente el 59,2% (n=122) respondió siempre y el 40,3% (n=83) a veces. En cuanto al cumplimiento de protocolos y precisión técnica el 53,4% (n=110) manifestó que se cumple a veces, el 39,8% (n=82) señaló que siempre y el 6,3% (n=13) indicó que nunca. Este indicador presentó la mayor proporción de respuestas distintas de “siempre” dentro de la dimensión saber hacer.

Licencia CC-By-NC-ND

La dimensión saber ser, el 82,0% (n=169) refirió que siempre actúa con responsabilidad y compromiso laboral, mientras que el 17,0% (n=35) indicó que lo hace a veces. En cuanto a la actuación ética y respetuosa en el trato al paciente, el 62,1% (n=128) respondió siempre y el 37,4% (n=77) a veces. Respecto al saber conocer, el 62,1% (n=128) señaló que participa a veces en actividades de actuación continua, el 34,0% (n=70) respondió siempre y el 3,9% (n=8) indicó nunca. En cuanto a la aplicación de los conocimientos teóricos en la práctica clínica, el 55,3% (n=114) manifestó que siempre los aplica, mientras que el 41,3% (n=85) indicó que los hace a veces.

Tabla 2. Competencias profesionales de enfermería

Dimensiones	Tema	Siempre		A veces		Nunca		Sin responder		Total	
		F	%	F	%	F	%	F	%	F	%
Saber hacer	Dominio de técnicas y procedimientos clínicos.	180	87,4	25	12,1	0	0	1	0,5	206	100
	Capacidad de resolución	122	59,2	83	40,3	0	0	1	0,5	206	100
	Cumplimiento de protocolos y precisión técnica	82	39,8	110	53,4	13	6,3	1	0,5	206	100
Saber ser	Responsabilidad y compromiso laboral.	169	82,0	35	17,0	0	0	2	1	206	100
	Ética y respeto en el trato al paciente.	128	62,1	77	37,4	0	0	1	0,5	206	100
Saber conocer	Actualización continua	70	34,0	128	62,1	8	3,9	0	0	206	100
	Aplicación del conocimiento en la práctica diaria.	114	55,3	85	41,3	6	2,9	1	0,5	206	100

Fuente. Elaboración propia.

La tabla 3 presenta los resultados relacionados con las relaciones humanas y el ambiente laboral. En cuanto a la colaboración y el trabajo en equipo, el 64,1% (n=132) de los profesionales respondió que siempre participa en estas actividades, mientras que el 33,5% (n=69) indicó que lo hace a veces y el 1% (n=2). Respecto a las relaciones interpersonales positivas con colegas son percibidas siempre en 62,6 % (n=129) como armónico y de respeto, en un 35,0% (n=72) lo percibe a veces, y un 1,5% (n=3) nunca.

En relación con la resolución de conflictos en el entorno laboral, el 47,1% (n=97) manifestó que siempre promueve una solución, el 46,1% (n=95) indicó que lo hace a veces y el 6,8% (n=14) nunca. Para la escucha activa y retroalimentación constructiva dentro del equipo de trabajo, el 56,8% (n=117) respondió a veces, el 37,4% (n=77) siempre y el 5,8% (n=12) nunca.

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/

Tabla 3. Relaciones humanas y el ambiente laboral

Dimensiones	Tema	Siempre		A veces		Nunca		Sin responder		Total	
		F	%	F	%	F	%	F	%	F	%
Relaciones humanas	Colaboración y trabajo en equipo.	132	64,1	69	33,5	2	1,0	3	1,5	206	100
	Relaciones interpersonales positivas con colegas.	129	62,6	72	35	3	1,5	2	1,0	206	100
Ambiente laboral	Resolución de conflictos en el entorno laboral.	97	47,1	95	46,1	14	6,8	0	0	206	100
	Escucha activa y retroalimentación constructiva.	77	37,4	117	56,8	12	5,8	0	0	206	100

Fuente. Elaboración propia.

En la tabla 4 se presentan los resultados correspondientes al cuidado humanizado. El 81,6% (n=168) de los profesionales señaló que siempre demuestra empatía y comprensión hacia necesidades del paciente durante el cuidado, mientras que el 18,4 (n=38) indicó que lo realiza a veces.

Tabla 4. Cuidado humanizado brindado por los profesionales de enfermería

Tema	Siempre		A veces		Nunca		Sin responder		Total	
	F	%	F	%	F	%	F	%	F	%
Empatía y comprensión hacia las necesidades del paciente.	168	81,6	38	18,4	0	0	0	0	206	100
Respeto por la dignidad y autonomía del paciente.	164	79,6	41	19,9	0	0	1	0,5	206	100
Trato amable y cercano durante la atención.	159	77,2	46	22,3	1	0,5	0	0	206	100
Compromiso con el bienestar integral del paciente.	185	89,8	21	10,2	0	0	0	0	206	100
Comprensión de las necesidades emocionales del paciente	66	32,0	139	67,5	1	0,5	0	0	206	100

Fuente. Elaboración propia.

En la tabla 5 se muestran los resultados relacionados con la ética profesional, la moral y la comunicación empática. Respecto al cumplimiento de normas éticas en la práctica del cuidado, el 79,1% (n=163) respondió siempre y el 20,4% (n=42), a veces. En relación con la aplicación de principios éticos ante situaciones de presión laboral, el 63,1% (n=130) indicó a veces, el 35,0% (n=72) siempre y el 1,5% (n=3) nunca.

Licencia CC-By-NC-ND

En cuanto a la comunicación transparente para la toma de decisiones, el 67,0% (n=138) manifestó que siempre la aplica y el 32,0% (n=66) señaló que lo hace a veces. Para la evaluación moral de las acciones relacionadas con el cuidado del paciente, el 55,3% (n=114) respondió siempre, el 43,2% (n=89) a veces y el 0,5% (n=1) nunca. Respecto a la comunicación empática, el 50,5% (n=104) señaló que siempre realiza escucha activa hacia al paciente, mientras que el 48,55 (n=100) indicó que lo hace a veces. Así mismo, el uso de un lenguaje empático fue reportado como siempre por el 63,6% (n=131) y como a veces por el 35,9% (n=74).

Tabla 5. Ética, moral y comunicación en la práctica de enfermería

Dimensiones	Tema	Siempre		A veces		Nunca		Sin responder		Total	
		F	%	F	%	F	%	F	%	F	%
Ética profesional	Cumplimiento de normas éticas en la práctica del cuidado	163	79,1	42	20,4	0	0	1	0,5	206	100
	Principios éticos ante la presión laboral	72	35	130	63,1	3	1,5	1	0,5	206	100
Moral profesional	Comunicación transparente para la toma de decisiones	138	67	66	32,0	0	0	2	1,0	206	100
	Evaluación moral sobre las acciones del cuidado del paciente	114	55,3	89	43,2	1	0,5	2	1,0	206	100
Comunicación empática	Escucha activa hacia el paciente.	104	50,5	100	48,5	1	0,5	1	0,5	206	100
	Uso de un lenguaje empático.	131	63,6	74	35,9	0	0	1	0,5	206	100

Fuente. Elaboración propia.

En la tabla 6, se presenta la relación entre los factores profesionales y la práctica axiológica del cuidado. El análisis mediante el coeficiente Rho de Sperman mostró una correlación positiva y estadísticamente significativa entre ambas variables (p=0,339; p<0,001). Este resultado indica que, en los profesionales participantes, los valores más altos de la variable factores profesionales se asociaron con valores más altos de la práctica axiológica del cuidado.

Tabla 6. Relación entre los factores profesionales y la práctica axiológica del cuidado

Variables	p de Spearman	p
Factores profesionales-práctica axiológica del cuidado	0,339	< 0,001

Nota: p= coeficiente de correlación Rho de Spearman. La correlación fue estadísticamente significativa con un nivel de significancia de p<0,05.
Fuente: Elaboración propia.

Licencia CC-By-NC-ND

Discusión

Los factores profesionales fueron evaluados a través de diferentes dimensiones como son el saber hacer, donde el personal de enfermería manifestó en su mayoría que siempre demuestra dominio de técnicas y procedimientos clínicos; sin embargo, se identificó una cantidad considerable que indicó que lo hace a veces, lo cual refleja que esta competencia fundamental no se ejerce de manera completamente constante en todos los casos. En concordancia con estos resultados, la literatura reporta que profesionales con mayor dominio técnico y habilidades clínicas tienden a mostrar mayor capacidad para resguardar la dignidad humana en el cuidado, ya que la competencia clínica de las enfermeras presentó niveles altos (75,67 ± 12,69)[11]. En este sentido, los resultados evidencian que el dominio técnico y la capacidad de resolución constituyen pilares fundamentales del ejercicio profesional, no solo en términos operativos, sino también en su dimensión ética.

Respecto a la capacidad de resolución de problemas durante el cuidado del paciente, una cantidad considerable señaló que esta competencia se presenta a veces, lo cual resulta relevante debido a que la toma de decisiones oportunas es determinante en la calidad y seguridad del cuidado. Otro estudio señala que el fortalecimiento de las habilidades reflexivas y del razonamiento clínico favorece la toma de decisiones éticas en los profesionales de enfermería, especialmente cuando los procesos formativos incorporan elementos orientados al desarrollo de valores[12]. En consecuencia, la capacidad de resolver problemas dentro del ejercicio profesional no debe considerarse únicamente una habilidad técnica, sino un componente vinculado con la manera en que el enfermero integra conocimientos, valores y principios éticos durante la atención de situaciones complejas.

En relación con el cumplimiento de protocolos, es uno de los problemas más relevantes identificados, ya que una cantidad considerable del personal indicó que a veces se cumplen los protocolos establecidos, e incluso un grupo señaló que nunca, lo cual evidencia una situación que merece especial atención dentro del contexto hospitalario, el cual, puede verse influenciado por diferentes factores contextuales. Por su parte, otro estudio muestra que tanto factores organizacionales como individuales tienen influencia en la implementación y adherencia de protocolos clínicos en enfermería, incluyendo la carga de trabajo, los recursos, la educación continua, el entorno laboral y la colaboración entre los profesionales, por lo tanto, el cumplimiento de protocolos tampoco debe entenderse solo como una exigencia normativa, sino como un elemento que contribuye a la consolidación de una práctica axiológica consistente[13]. La adherencia a estándares y lineamientos técnicos puede verse condicionada por factores organizacionales como la carga laboral, los recursos disponibles y el apoyo institucional, lo que indica que la vivencia de principios éticos en el cuidado no depende exclusivamente del profesional, sino también del entorno estructural y relacional donde se desarrolla la atención.

En la dimensión saber ser, se evidenció que la mayoría del personal siempre actúa con responsabilidad y compromiso laboral, así como con ética y respeto en el trato al paciente; no obstante, una cantidad considerable (37,4 %) manifestó que estas conductas se practican solo a veces, lo cual resulta relevante considerando que estos valores constituyen el núcleo de la práctica profesional. La literatura

Licencia CC-By-NC-ND

ha identificado la adhesión a valores éticos como responsabilidad, compromiso y conformidad con códigos profesionales éticos en enfermeras en el ámbito hospitalario, lo cual es el núcleo de su práctica profesional[14]. Asimismo, indicaron que el cumplimiento de factores éticos y la humanización del cuidado dependen tanto de las competencias individuales como del entorno organizacional, lo que ayuda en la práctica ética y la educación continua[15]. Estos resultados evidencian que existe una base axiológica en la práctica cotidiana del personal evaluado; sin embargo, el hecho de que una cantidad considerable indique que estas conductas se presentan solo "a veces" sugiere la necesidad de reforzar continuamente los valores éticos en el ejercicio profesional.

Por otro parte, en la dimensión saber conocer, los resultados muestran que la actualización continua de los conocimientos teóricos no se mantiene de forma sistemática, predominando la respuesta "a veces". Este hallazgo adquiere relevancia al considerar que la formación permanente es esencial para sostener una práctica ética y técnicamente fundamentada. Aunque la aplicación del conocimiento en la práctica asistencial presentó una mayor frecuencia, también presenta una cantidad considerable de respuestas "a veces", evidenciando variabilidad en la integración teoría-práctica. De forma similar, la participación en actividades de capacitación por parte del personal de enfermería se reporta participación a veces y siempre, lo que refleja que la formación no se mantiene de manera uniforme en todo el equipo. Estos resultados coinciden con lo señalado por los autores, quienes reconocen que, a pesar de que los fundamentos del cuidado ético están claros, subsiste el desafío de implementar metodologías pedagógicas que fomenten efectivamente estas competencias en contextos del trabajo clínico[16]. En conjunto, estos hallazgos sugieren que fortalecer la educación continua representa un elemento clave para consolidar una práctica axiológica del cuidado sustentada en conocimientos actualizados y en la aplicación consistente de principios éticos durante la atención.

En relación con las relaciones humanas y el ambiente laboral, la mayoría del personal siempre colabora y trabaja en equipo y mantiene relaciones interpersonales positivas con sus colegas. Sin embargo, la resolución de conflictos en el entorno laboral mostró una distribución similar entre las respuestas "siempre" (47,1 %) y "a veces" (46,1 %), lo que evidencia diferencias en la manera en que estas situaciones son abordadas dentro del entorno laboral. De igual forma, la escucha activa y retroalimentación constructiva presentaron un predominio de la respuesta "a veces" (56,8 %), por encima de "siempre" (37,4 %), lo que sugiere oportunidades de mejora en procesos de comunicación considerados fundamentales para el desempeño de los equipos de salud. La literatura señala que aspectos como el liderazgo, la comunicación, la disponibilidad de recursos y los conflictos laborales que influyen directamente en la calidad del cuidado, evidenciando que la práctica de enfermería depende también del entorno laboral[17]. Desde esta perspectiva, los resultados permiten inferir que, aunque existe una base de colaboración entre compañeros, las dificultades observadas en la gestión de conflictos y en la comunicación interna podrían afectar la cohesión del equipo y en consecuencia, influir en la práctica axiológica del cuidado.

Los resultados obtenidos en el personal de enfermería evidenciaron conductas como empatía, responsabilidad y respeto por la autonomía del paciente de manera elevada, predominando la categoría "siempre". No obstante, la presencia de una cantidad considerable en la categoría "a veces" evidencia que estas conductas no se manifiestan con total uniformidad en todos los casos. La comunicación

Licencia CC-By-NC-ND

empática mediante la escucha activa y el uso del lenguaje empático en la práctica del cuidado hacia el paciente también se realiza siempre; sin embargo, se observa una proporción significativa en "a veces", lo que indica variabilidad en la aplicación constante de estas competencias.

Así también lo señalan un estudio donde reportan que los pacientes dan mayor relevancia a las dimensiones relacionales y emocionales como empatía, confianza y la comunicación del personal de enfermería, lo cual puede mejorar la calidad del cuidado y se correlaciona con comportamientos clínicos éticos y centrados en las necesidades del paciente[18]. En relación con el hallazgo, la presencia constante de empatía, responsabilidad y respeto por la autonomía evidencia que la práctica axiológica está integrada en el quehacer cotidiano; la cantidad considerable de respuestas "a veces" en la comunicación empática indica que estas competencias requieren fortalecimiento, ya que una comunicación centrada en las necesidades del paciente consolida una ética del cuidado.

Por otra parte, la comprensión de las necesidades emocionales del paciente mostró mayor frecuencia en la categoría "a veces", constituyéndose en un hallazgo relevante dentro de la dimensión humanizada del cuidado. Este resultado evidencia que, aunque existe disposición humanizada, la dimensión emocional no se expresa de manera sistemática, sino con una frecuencia moderada que requiere atención. Esto concuerda con investigaciones, quienes indican que la empatía y las habilidades del cuidado humanizado están altamente relacionadas con la sensibilidad ética[19]. En esta línea, el hecho de que la atención a las necesidades emocionales no se presente de manera constante sugiere que la dimensión afectiva del cuidado aún requiere fortalecimiento en la práctica diaria. Esto indica que la humanización del cuidado no depende únicamente de la intención profesional, sino también del desarrollo continuo de competencias emocionales que favorezcan respuestas asistenciales más sensibles y consistentes.

Con relación a la ética profesional, los resultados evidenciaron que la mayoría de los participantes siempre cumple normas éticas en la práctica del cuidado; sin embargo, ante situaciones de presión laboral disminuye, predominando la respuesta "a veces", lo que refleja posibles dificultades para mantener una conducta ética sostenida en determinados escenarios asistenciales. Respecto a la moral, se identificó que la comunicación transparente para la toma de decisiones y la reflexión sobre las acciones de cuidado se desarrollan con frecuencias favorable.

Estos resultados coinciden con la literatura, que señala que una mayor sensibilidad moral se relaciona con comportamientos de cuidado más conscientes y que la empatía actúa como un mediador importante dentro de este proceso[20]. En este contexto, aunque el cumplimiento de principios éticos se mantiene favorablemente, la presencia de respuestas "a veces" sugiere que su aplicación pude estar influenciada por las condiciones del entorno asistencial. Por ello, la ética profesional y la evaluación moral no dependen solo del conocimiento normativo, sino también de la capacidad del profesional para integrar sensibilidad moral y empatía en la toma de decisiones orientadas al bienestar del paciente.

La comunicación empática, la escucha activa y el empleo de un lenguaje respetuoso fueron prácticas frecuentes entre los participantes, aunque la presencia de respuestas "a veces" evidencia que estas

Licencia CC-By-NC-ND

habilidades no siempre se aplican de forma constante. Esta variabilidad sugiere la necesidad de seguir fortaleciendo las competencias relacionadas durante el ejercicio profesional. En concordancia con ello, la literatura señala que los profesionales de enfermería afrontan dilemas éticos de manera cotidiana y orientan sus decisiones conforme a principios como autonomía, beneficencia, justicia y no maleficencia[21]. Los resultados del presente estudio reflejan un compromiso sostenido con estos principios, visible en la toma de decisiones, la atención centrada en el paciente y la responsabilidad profesional. Sin embargo, la frecuencia de respuestas "a veces" indica que mantener una conducta ética consistente continua siendo un desafío que requiere actualización y reflexión permanentes en los contextos asistenciales.

El análisis evidenció una correlación positiva y estadísticamente significativa entre el factor profesional y la práctica axiológica del cuidado ($\rho = .339$; $p < .001$), lo que indica que un mayor desarrollo de las competencias profesionales se asocia con una mayor expresión de conductas éticas durante el cuidado. Aunque la magnitud de la asociación fue moderada- baja, su significancia confirma que ambas dimensiones mantienen un vínculo estable dentro del ejercicio profesional de enfermería. Este resultado respalda la premisa de que la ética en la práctica del cuidado no depende exclusivamente de convicciones personales, sino que se construye a partir de la integración de conocimientos, habilidades técnicas y actitudes profesionales. En este contexto, la literatura destaca que la práctica de enfermería exige un equilibrio entre competencia técnica y sensibilidad humana para enfrentar dilemas éticos complejos[22]. Desde esta perspectiva, el dominio profesional favorece una práctica más reflexiva, responsable y coherente con los valores del cuidado.

Estos resultados coinciden con investigaciones que demostraron una relación positiva entre el clima ético, la disposición al pensamiento crítico y el desempeño de las funciones de enfermería, identificando además un efecto mediador entre estas variables[23]. Esta evidencia respalda la interpretación de que las competencias profesionales se expresan con mayor solidez cuando el entorno laboral favorece la deliberación ética y el análisis crítico de la práctica. Aunque en análisis previos por ítems se identificaron comportamientos específicos con asociaciones diferenciadas, el análisis por dimensiones permite una interpretación más estructural: la práctica axiológica no depende de un único componente del desempeño profesional, sino de la integración de múltiples competencias que, en conjunto, configuran el actuar ético. Esta interpretación es consistente con estudios que describen que los conflictos éticos en contextos de alta complejidad requieren procesos de afrontamiento centrados tanto en el problema como en las emociones y la búsqueda de significado[24].

Del mismo modo, se encontró una asociación significativa entre la sensibilidad ética y las conductas de cuidado, lo cual coincide con el patrón identificado en el presente estudio[25]. No obstante, también se ha informado que el razonamiento ético, por sí solo, no siempre se relaciona con una mejor calidad del cuidado, debido a la influencia de factores como las actitudes, los valores personales y las creencias[26]. Esta diferencia pone de manifiesto que la relación entre el factor profesional y la práctica axiológica es relevante, aunque está condicionada por múltiples elementos personales y organizacionales que intervienen en el desempeño cotidiano. En consecuencia, el ejercicio ético demanda no solo

Licencia CC-By-NC-ND

conocimiento normativo, sino también habilidades profesionales consolidadas que permitan responder adecuadamente a situaciones cambiantes.

Los hallazgos también son consistentes con investigaciones que destacan la influencia de las actitudes éticas sobre la conducta del cuidado y señalan que a una mayor formación se asocia con niveles superiores de practica etica[27]. A ello se suma la evidencia que reconoce la influencia de las dinámicas de equipo, la colaboración interprofesional y presión laboral en la toma de decisiones eticas[28]. Estos aspectos permiten comprender que, aunque la asociación encontrada es significativa, el desarrollo de la práctica axiológica puede verse fortalecido o limitado por las condiciones del entorno institucional. Por ello, la consolidación de un cuidado ético requiere tanto competencias individuales como organizacionales que promuevan el trabajo colaborativo y una cultura orientada a los valores profesionales.

Finalmente, se encontró una asociación positiva y estadísticamente significativa entre los factores profesionales y la práctica axiológica del cuidado ($p=0,339$; $p<0,001$). Este resultado indica que ambas variables presentan un comportamiento relacionado en los profesionales participantes, sin embargo, la magnitud de la asociación y el diseño transversal del estudio no permiten establecer casualidad no afirmar que un incremento de los factores profesionales produzca necesariamente una mejora de la practica axiológica. Desde una perspectiva integral, estos resultados respaldan la consideración del cuidado axiológico como un fenómeno multidimensional, en el que convergen competencias profesionales, dimensiones éticas y relacionales y condiciones del contexto de trabajo. Por esta razón, se requiere investigaciones posteriores que permitan explorar con mayor profundidad los mecanismos asociados a la práctica axiológica del cuidado.

Las principales limitaciones fueron el diseño transversal, posible sesgo de no respuesta, el carácter autoadministrado del cuestionario, el número de participantes en la prueba piloto y la realización del estudio en una sola institución, lo que limita la generalización de los resultados.

Conclusiones

Los resultados obtenidos sugieren que los profesionales de enfermería del hospital público de Guayaquil no solo cuentan con competencias técnicas y conocimientos científicos, sino que también muestran una valoración favorable de la dignidad y autonomía de los pacientes. Sin embargo, aspectos como la escucha activa, la comprensión de las necesidades emocionales y la toma de decisiones éticas podrían verse afectadas en momentos de alta demanda asistencial y presión laboral. Asimismo, se identificó una relación positiva y significativa entre las competencias profesionales y la práctica axiológica del cuidado, lo que sugiere que elementos como capacitación continua, las relaciones interpersonales y un entorno laboral favorable, brindan un cuidado más humano, ético e integral. Estos hallazgos resaltan la importancia de fortalecer la formación profesional, la actualización continua y las condiciones del entorno laboral resulta fundamental para consolidar una atención de enfermería ética, coherente y humanizada.

Licencia CC-By-NC-ND

Conflicto de interés

Los autores declararon no tener ningún conflicto de intereses.

Consideraciones éticas

La investigación se desarrolló bajo los principios éticos establecidos para estudios con participación humana, garantizando el respeto a la autonomía, confidencialidad, privacidad y participación voluntaria de los profesionales. El protocolo fue evaluado y aprobado por el Comité de Ética en Investigación en Seres Humanos de la Universidad de Guayaquil (CEISH-UG-2025-0194) y contó con la autorización institucional correspondiente. Previo a la aplicación del cuestionario, los participantes aceptaron el consentimiento informado digital, donde se explicó el propósito del estudio, los procedimientos, el manejo confidencial de la información y el derecho a retirarse en cualquier momento sin consecuencias.

Uso de inteligencia artificial

Se utilizó inteligencia artificial como apoyo en la revisión de la redacción y mejora de la claridad del manuscrito. Los autores realizaron la revisión crítica del contenido y son responsables de la información presentada, así como del análisis e interpretación de los resultados.

Contribución de los autores

Conceptualización: H.M.C.J.; Curación de datos: O.J.O.C.; Análisis formal: C.L.R.O.; Adquisición de Financiamiento: H.M.C.J.; Investigación: H.M.C.J.; Metodología: C.L.R.O.; Administración de proyecto: C.L.R.O.; Recursos: H.M.C.J.; Software: O.J.O.C.; Supervisión: C.A.S.H.; Validación: T.R.P.; Visualización: T.R.P.; Redacción – Borrador original: H.M.C.J.; Redacción: revisión y edición: C.L.R.O.

Financiamiento

El trabajo no recibió financiamiento externo.

Referencias

1. Moreno J, Martínez K, Serna D, Gaitán-Gómez O. Competencias y habilidades de la y el profesional de enfermería, para aplicar el proceso enfermero durante el cuidado: revisión sistemática. (2022). Horizonte De enfermería, 33(1), 109-125. Doi: http://dx.doi.org/10.7764/Horiz_Enferm.33.1.105-125

Licencia CC-By-NC-ND

2. Cervera F. La práctica ética en el cuidado de profesional enfermería. ACC CIETNA: Revista de la Escuela de Enfermería. 2023;10(2):1–4. Doi: https://doi.org/10.35383/cietna.v10i2.1047

3. Groothuizen J. E. Axiological reflection for nursing ethics education: The missing link in understanding value conflicts. Nursing ethics. 2025;32(4), 1230–1239. Doi: https://doi.org/10.1177/09697330241295369

4. Jiménez Hurtado W, Navas Fonseca L. Impacto del estrés laboral en los profesionales de enfermería que otorgan cuidados hospitalarios. INSPILIP. 2023;30;7(ESPECIAL):26–35. Doi: https://doi.org/10.31790/inspilip.v7iESPECIAL.492

5. Chacha Manobanda, O., y Guerrero Castillo, R. Estrés laboral en personal de enfermería en hospitales públicos. Polo del Conocimiento. 2025;10(11), 1005-1030. Disponible en: https://polodelconocimiento.com/ojs/index.php/es/article/view/10684

6. Rodríguez-Orozco CL, Malpica DR, Manzano AMS, Meza MLL, Valverde LGF. Desarrollo de competencias éticas en Enfermería de cuidados críticos. ScientiAmericana. 2025;12(1):34–50. Doi: https://doi.org/10.30545/scientiamericana.2025.ene-abr.6

7. Gutiérrez García JJ, González Quintero NC, Rivera Dozal G. Carga Laboral como Factor de Influencia en el Clima Organizacional Departamento Administrativo Empresa SOFI Chihuahua 2023. Ciencia Latina Revista Científica Multidisciplinar. 2023;7(6). Doi: https://doi.org/10.37811/cl_rcm.v7i6.12903

8. García-Uribe JC, Arteaga-Noriega AV, Bedoya-Carvajal OA. Technique and Nursing Care: Between Dehumanization and Technification. Trilogía Ciencia Tecnología Sociedad. 2024;16(32):1-19. Doi: https://doi.org/10.22430/21457778.2996

9. Salas-Bergüés V, Lizarazu-Armendáriz E, Eraso-Pérez de Urabayen M, Mateo-Manrique P, Mendívil-Pérez M, Goñi-Viguria R. Niveles de burnout y de exposición a conflicto ético de los profesionales de enfermería de cuidados intensivos. Enferm Intensiva. 2023;34(4):195–204. Doi: https://doi.org/10.1016/j.enfi.2023.02.001

10. Sánchez A, Ruíz Vargas LM, Silva Alva J. Relación enfermero-paciente en la calidad del cuidado de un enfermo. Conocimiento Enfermero. 2025;4;8(27):3–7. Doi: https://doi.org/10.60108/ce.300

11. Pourbayramian M, Aghamohammadi M, Ajri-khameslou M, Aboutalebi-dariasari G, Vosoghi NV. Relationship between Nurses' Clinical Competency and the Observance of Patients' Human Dignity in the Intensive Care Units. 2025. Doi: https://doi.org/10.21203/rs.3.rs-7962142/v1

Licencia CC-By-NC-ND

12. Yang Q, Zou W. The impact of reflective practice on the development of nursing undergraduate students. BMC Medical Education. 2025;25(1): 880. Doi: https://doi.org/10.1186/s12909-025-07490-3

13. Gallione C, Barisone M, Molon A, Pavani M, Tor-Gano C, Bassi E, Dal Molin A. Extrinsic and intrinsic factors acting as barriers or facilitators in nurses' implementation of clinical practice guidelines: a mixed-method systematic review: Nurses' implementation of guidelines. Acta Biomed. 2022;93(3):e2022252–e2022252. Doi: https://doi.org/10.23750/abm.v93i3.12942

14. Yang Q, Zheng Z, Pang S, Wu Y, Liu J, Zhang J, Qiu X, Huang Y, Xu J, Xie L. Clinical nurse adherence to professional ethics: A grounded theory. Nurs Ethics. 2023;30(2):197–209. Doi: https://doi.org/10.1177/09697330221130594

15. Du J, Huang S, Lu Q, Ma L, Lai K, Li K. Influence of empathy and professional values on ethical decision-making of emergency nurses: A cross sectional study. Int Emerg Nurs. 2022;1;63. Doi: https://doi.org/10.1016/j.ienj.2022.101186

16. Márquez-Doren F, Vergara Alfaro C, Lucchini-Raies C. Enseñanza y evaluación de la competencia en cuidado ético y humanizado en la formación de enfermería: una revisión integrativa. Horiz Enferm. 2025;29;36(3):1115–32. Doi: https://doi.org/10.7764/Horiz_Enferm.36.3.1115-1132

17. Ortega López MI, Tamayo Miranda ME, Yugcha Andino GE, Morán Asencio RP, Macías Solórzano CG. Cultura del cuidado en la gestión de enfermería hospitalaria. RECIAMUC. 2024;8(4):2-10. Doi: https://doi.org/10.26820/reciamuc/8.(4).dic.2024.2-10

18. Ulupınar F, Karasu Ş. Perceived vs. experienced care: a comparison between nursing students' self-assessed competence and patients' reported care. BMC Health Services Research. 2025;25(1):733. Doi: https://doi.org/10.1186/s12913-025-12880-w

19. Zhang Y, Li S, Huang Y, Song C, Li J, Chen W, Yang Y. Correlation between ethical sensitivity and humanistic care ability among undergraduate nursing students: a cross-sectional study. BMC Nursing 2024;23(1):863. Doi: https://doi.org/10.1186/s12912-024-02532-5

20. Chen J yan, Chen H fang, Wang X huan, Zong Q zhen, Yao Z zhen. Moral sensitivity and caring behavior in nursing interns: the mediating role of empathy. Front Public Health. 2024;12:12:1360940. Doi: https://doi.org/10.3389/fpubh.2024.1360940

21. Wong V, Hassan N, Wong YP, Chua SYN, Abdul Rahman S, Mohamad ML, Lim S. Nurses' adherence to ethical principles – A qualitative study. Nurs Ethics. 2025;32(4):1162–76. Doi: https://doi.org/10.1177/09697330241291159

Licencia CC-By-NC-ND

22. Cid Henríquez Patricia. Competencias en enfermería: Cuidar con conocimiento, ética y compromiso. Sanus. 2025;10. e596. Doi: https://doi.org/10.36789/sanusrevenf..vi21.596

23. Park SK, Jeong YW. Relationship between hospital ethical climate, critical thinking disposition, and nursing task performance. BMC Nurs. 2024;23(1). Doi: https://doi.org/10.1186/s12912-024-02366-1

24. Zhao A, Zhang L, Shi X. Assessment of Nursing Practice Environment and Its Influencing Factors: A Cross-Sectional Study at Shandong Province, Jinan. Risk Manag Healthc Policy. 2024; 17:623–31. Doi: https://doi.org/10.2147/RMHP.S452271

25. Nazari AM, Bakhtiari-Dovvombaygi H, Borhani F, Abbaszadeh A, Gholami M, Bakhshalizadeh Rashti S. The relationship between ethical sensitivity, caring behavior and quality of care in nurses: A systematic review. BMC Nurs. 2025;24(1):329-. Doi: https://doi.org/10.1186/s12912-025-02916-1

26. Safavi F, Yousefi Z, Bavani SM, Khodadadi E. The Relationship Between Nurses' Ethical Reasoning with the Quality of Nursing Care. Int J Appl Basic Med Res. 2022;12(3):196–202. Doi: https://doi.org/10.4103/ijabmr.ijabmr_637_21

27. Yıldız İçigen A, Sönmez S. The Impact of Nurses' Attitudes Toward Ethical Principles on Care Behaviours: A Cross-Sectional Study. J Eval Clin Pract. 2025;31(5): e70223. Doi: https://doi.org/10.1111/jep.70223

28. Sun M, Jin X, Wang Z. Factors influencing ethical decision-making in nursing: A mixed-methods systematic review. Nurs Ethics. 2026;33(1). Doi: https://doi.org/10.1177/09697330251374398

Licencia CC-By-NC-ND



Horizonte sanitario

ISSN (en línea): 2007-7459

Sobrecarga y apoyo social en cuidadores familiares: estudio pre-post de intervención educativa

Caregiver burden and social support in family caregivers: a pre-post educational intervention study

Artículo Original DOI: 10.19136/hs.a25sI.6427

Jorge Luis Arriaga Martínez [1]
Martha Arely Hernández del Ángel [2]
Rodrigo César León Hernández [3]
Paulina Barrón Berman [4]
Tranquilina Gutiérrez Gómez [5]
María Isabel Peñarrieta de Córdova [6]

Correspondencia: Martha Arely Hernández Del Ángel. Dirección postal: Facultad de Enfermería Tampico, Bulevard Adolfo López Mateos S/N. CP. 89339. Centro Universitario Tampico Madero. Tampico, Tamaulipas. México.
Correo electrónico: marthahdz@docentes.uat.edu.mx

[1] *Maestro en Ciencias de Enfermería. Profesor de Tiempo Completo de la Facultad de Enfermería Tampico. Universidad Autónoma de Tamaulipas. Tamaulipas. México.*
[2] *Doctora en Ciencias de Enfermería. Profesora de Tiempo Completo. Facultad de Enfermería Tampico. Universidad Autónoma de Tamaulipas. Tamaulipas. México.*
[3] *Doctor en Psicología. Investigador por México. Secretaría de Ciencia, Humanidades, Tecnología e Innovación. Facultad de Enfermería Tampico. Universidad Autónoma de Tamaulipas. Tamaulipas. México.*
[4] *Estudiante de la Especialidad en Enfermería en Cuidados Intensivos. Facultad de Enfermería Tampico. Universidad Autónoma de Tamaulipas. Tamaulipas, México.*
[5] *Doctora en Ciencias de la Salud. Profesora de Tiempo Completo. Facultad de Enfermería Tampico. Universidad Autónoma de Tamaulipas. Tamaulipas. México.*
[6] *Doctora en Salud Pública. Profesora de Tiempo Completo. Facultad de Enfermería Tampico. Universidad Autónoma de Tamaulipas. Tamaulipas. México.*

Licencia CC-By-NC-ND

Jorge Luis Arriaga Martínez
Martha Arely Hernández del Ángel
Rodrigo César León Hernández
Paulina Barrón Berman
Tranquilina Gutiérrez Gómez
María Isabel Peñarrieta de Córdova



Resumen

Objetivo: Evaluar los cambios en la sobrecarga del cuidador y en el apoyo social percibido antes y después de la participación en el programa Trabajando Juntos en Colaboración (TJC) en cuidadores familiares de personas con enfermedades crónicas.

Materiales y Métodos: Estudio cuantitativo preexperimental de preprueba-posprueba con un solo grupo conformado mediante muestreo no probabilístico por conveniencia (n = 86), realizado en Tampico, Tamaulipas, México. La sobrecarga se evaluó con la Escala de Zarit y el apoyo social con el cuestionario Duke-UNC-11, ambos con evidencia de validez en población mexicana. La intervención consistió en ocho sesiones grupales presenciales semanales de 2.5 horas cada una. Se empleó la prueba de rangos con signo de Wilcoxon y se calculó el tamaño del efecto mediante la correlación biserial de rangos (r_{rb}).

Resultados: En la evaluación basal (n = 91) predominaron las mujeres (67.0%), con edad promedio de 36.2 años. En el análisis pareado (n = 86), la sobrecarga disminuyó significativamente ($Z = -2.654$; $p = .008$; $r_{rb} = -.333$) y el apoyo social global aumentó ($Z = 3.638$; $p < .001$; $r_{rb} = .471$) después de la intervención. La proporción sin sobrecarga pasó de 76.7% a 83.7% y con apoyo social adecuado de 80.2% a 91.9%.

Conclusiones: Tras la participación en el programa TJC se observaron diferencias pre-post estadísticamente significativas en ambas variables, con tamaños del efecto moderado. La respuesta individual fue heterogénea, lo que sugiere que algunos cuidadores podrían requerir estrategias complementarias. Estos hallazgos preliminares respaldan la necesidad de evaluar el programa mediante estudios experimentales con grupo control.

Palabras Claves: Cuidadores; Carga del Cuidador; Apoyo Social; Enfermedad Crónica; Intervención Educativa.

Abstract

Objective: To evaluate changes in caregiver burden and perceived social support before and after participation in the program 'Trabajando Juntos en Colaboración' (TJC) among family caregivers of people with chronic diseases.

Materials and Methods: AA quantitative pre-experimental pretest-posttest single-group study was conducted in Tampico, Tamaulipas, Mexico. The group was selected through non-probabilistic convenience sampling (n = 86). Burden was assessed with the Zarit Burden Interview and social support with the Duke-UNC-11 questionnaire. Both questionnaires have demonstrated evidence of validity in the Mexican population. The intervention comprised eight weekly face-to-face group sessions of 2.5 hours each. The Wilcoxon signed-rank test was used, and effect size was calculated using the matched-pairs rank-biserial correlation (r_{rb}).

Results: At baseline (n = 91), female caregivers predominated (67.0%), with a mean age of 36.2 years. In the paired analysis (n = 86), burden decreased significantly ($Z = -2.654$; $p = .008$; $r_{rb} = -.333$) and overall social support increased ($Z = 3.638$; $p < .001$; $r_{rb} = .471$) after the intervention. The proportion without burden rose from 76.7% to 83.7% and those with adequate social support from 80.2% to 91.9%.

Conclusions: Statistically significant pre-post differences were observed in both variables following participation in the TJC program, with moderate effect sizes. Individual responses were heterogeneous, suggesting that some caregivers may require complementary strategies. These preliminary findings support the need for further evaluation of the program through experimental studies with a control group.

Keywords: Caregivers; Caregiver Burden; Social Support; Chronic Disease; Educational Intervention.

• Fecha de recibido: 30 de septiembre de 2026 • Fecha de aceptado: 23 de octubre de 2026
• Fecha de publicación:27 de octubre 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

El cuidado informal constituye uno de los pilares invisibles de los sistemas de salud en el mundo. De acuerdo con la Organización Mundial de la Salud (OMS), aproximadamente el 16% de la población mundial, una de cada seis personas[1], asume labores de cuidado no remunerado a familiares en situación de dependencia por enfermedad crónica, discapacidad o envejecimiento. La demanda de cuidados informales continuará aumentando ante el acelerado envejecimiento poblacional y la creciente necesidad de atención asociada con las enfermedades crónicas y la multimorbilidad[2]. Conforme a la Organización para la Cooperación y el Desarrollo Económicos (OCDE), más del 60% de las personas mayores que requieren cuidados los reciben exclusivamente de cuidadores informales, y el 14% de la población de 50 años o más proporciona cuidados de forma diaria o semanal[3]. En países de ingresos bajos y medios, el cuidado de personas con enfermedades crónicas recae casi exclusivamente en la familia, con escasa o nula cobertura institucional[3]. Además, el cuidado informal es asumido principalmente por mujeres, quienes representan aproximadamente dos tercios de las personas cuidadoras familiares[4].

En México, la magnitud del cuidado informal refleja esta tendencia global. De acuerdo con la Encuesta Nacional para el Sistema de Cuidados (ENASIC, 2022), 31.7 millones de personas mayores de 15 años brindan cuidados informales a integrantes de su hogar u otros hogares[5]. Tres de cada cuatro de estos cuidadores (75.1%) son mujeres, quienes destinan en promedio 37.9 horas a la semana a esta labor, frente a las 25.6 horas de los hombres, lo que evidencia una inequidad de género estructural en la forma en que se distribuye el cuidado[5,6]. El ejercicio prolongado de este rol, especialmente cuando se realiza sin apoyo formal ni redes de apoyo adecuadas, genera consecuencias sobre la salud del cuidador[7,8]. Entre estas se han documentado el cansancio, alteración del sueño, síntomas depresivos y ansiosos, aislamiento social, afectación económica y deterioro de la salud física[7,8]. La magnitud de la carga del cuidador está influida por la duración del cuidado, la trayectoria de la enfermedad, los recursos económicos disponibles y el apoyo familiar y social, factores que pueden intensificar sus consecuencias físicas, psicológicas y sociales[9,10].

La acumulación de estas consecuencias se conceptualiza en la literatura como sobrecarga del cuidador, entendida como la tensión subjetiva y objetiva que experimenta una persona al asumir el cuidado de un familiar con enfermedad crónica, discapacidad o edad avanzada[11]. Este concepto comprende dos dimensiones: la carga subjetiva, relacionada con los sentimientos y las respuestas emocionales del cuidador, como culpa, frustración y agotamiento emocional; y la carga objetiva, referida a las demandas concretas asociadas al cuidado, como el tiempo de dedicación, las tareas físicas y los gastos económicos[12]. Desde el modelo del estrés del cuidador se conceptualizó la sobrecarga como la exposición a un factor estresante crónico acumulativo[13], cuyas manifestaciones incluyen carga física, emocional, económica y social. Bajo esta mirada multidimensional, la sobrecarga no depende únicamente del cuidador, sino que emerge de la interacción entre las exigencias del cuidado, los recursos con los que este cuenta[9,13] y las características propias de la enfermedad del familiar.

Frente a la sobrecarga, el apoyo social emerge como un factor protector potencialmente modificable mediante intervenciones estructuradas. Se define como la percepción de disponibilidad de ayuda

Licencia CC-By-NC-ND

emocional, material o informativa por parte de la red social del individuo[14]. Este recurso favorece una percepción positiva del entorno y reduce el aislamiento. Diversos estudios coinciden en reportar una asociación inversa entre la sobrecarga y el apoyo social percibido[15,16,17], a mayores niveles de apoyo social percibido, menor desgaste emocional del cuidador y mayor resiliencia. Esta relación se hizo más evidente durante la pandemia de COVID-19, periodo en el que la reducción de los contactos sociales se tradujo en niveles particularmente bajos de apoyo social entre cuidadores informales de personas mayores[18,19], evidenciando la necesidad de intervenir sobre estas redes.

La evidencia internacional sugiere que las intervenciones educativas y psicoeducativas dirigidas a cuidadores familiares pueden reducir la sobrecarga y mejorar el apoyo social y otras variables psicosociales; sin embargo, estos beneficios no se observan de manera consistente y su magnitud varía según la población, los componentes de la intervención, su duración y el diseño de los estudios[20,21,22,23,24,25,26]. Además, la evidencia disponible en países con economías emergentes continúa siendo limitada y metodológicamente heterogénea, con escasa representación de estudios latinoamericanos[27], incluido el contexto mexicano. Esta brecha limita la disponibilidad de intervenciones evaluadas bajo las condiciones socioculturales y organizativas propias del sistema de salud nacional.

Desde la perspectiva de la humanización del cuidado en salud, la atención centrada en la persona debe reconocer que el cuidador y el familiar enfermo conforman una unidad interdependiente, en la que el estado de bienestar del primero repercute directamente en la calidad de la atención que recibe el segundo[28]; intervenir sobre necesidades como la sobrecarga y el apoyo social implica, por tanto, reconocer al cuidador como sujeto de cuidado y no únicamente como recurso para sostener la atención de la persona enferma.

En este contexto, la Red de Automanejo de Enfermedades Crónicas (RAEC), a partir de su experiencia con programas de automanejo dirigidos a personas con condiciones crónicas en México y Perú, reconoció que la cronicidad repercute también en los cuidadores familiares y desarrolló el programa Trabajando Juntos en Colaboración (TJC), una intervención educativa grupal orientada a fortalecer el automanejo del cuidador[29]. El programa reconoce como componentes relevantes del automanejo la capacidad para afrontar el impacto biopsicosocial del rol de cuidar y para acceder y utilizar redes sociales de apoyo[29]; por ello, la sobrecarga del cuidador y el apoyo social percibido constituyen resultados pertinentes para valorar los cambios asociados con la intervención.

El programa TJC se ha implementado en México, Perú y Colombia[29]; sus primeras evaluaciones en México[30] y Colombia[31], ambas con muestras pequeñas, reportaron mejoras en el automanejo de los cuidadores, aunque estas fueron estadísticamente significativas únicamente en el estudio colombiano. Cabe destcar que en ninguno de los estudios se evaluó el apoyo social percibido. Por ello, el objetivo del presente estudio fue evaluar los cambios en la sobrecarga del cuidador y en el apoyo social percibido antes y después de la participación en el programa TJC en cuidadores familiares de personas con enfermedades crónicas. Se planteó como hipótesis que los cuidadores presentarían menor sobrecarga y mayor apoyo social percibido tras su participación en el programa.

Licencia CC-By-NC-ND

Materiales y Métodos

El presente estudio siguió un diseño cuantitativo preexperimental, de un solo grupo y mediciones pre y postintervención, sin grupo de comparación[32]. Este diseño permitió examinar los cambios intrasujeto en la sobrecarga del cuidador y el apoyo social percibido después de la participación en el programa TJC. Debido a la ausencia del grupo control, los cambios observados no pueden atribuirse exclusivamente a la intervención ni interpretarse como evidencia de causalidad.

Participaron cuidadores familiares de personas con enfermedades crónicas residentes en Tampico, Tamaulipas, México. El tamaño muestral se calculó mediante G*Power v3.1, considerando una comparación bilateral entre dos mediciones relacionadas, con un nivel de significancia de .05, una potencia de .80 y un tamaño del efecto pequeño a moderado (d = 0.30); estos parámetros arrojaron un tamaño mínimo de 90 personas. La selección de los participantes se realizó mediante muestreo no probabilístico por conveniencia. La captación se realizó mediante convocatoria abierta en centros de salud, espacios comunitarios y redes sociales, con apoyo de facilitadores capacitados encargados de identificar a quienes cumplían los criterios de elegibilidad.

Se consideraron elegibles las personas de 18 años en adelante que fungieran como cuidador principal de un familiar con diagnóstico médico de enfermedad crónica, con una antigüedad mínima de tres meses en ese rol y sin recibir remuneración económica por ello. Quedaron fuera del estudio quienes brindaban cuidados de manera esporádica, así como quienes presentaban limitaciones cognitivas, visuales o auditivas que dificultaran responder los instrumentos.

La intervención educativa dirigida a los participantes se basó en el programa TJC, cuyas guías estandarizadas fueron publicadas por la RAEC en 2022[29,33], tiene como finalidad contribuir a la calidad de vida del cuidador familiar mediante el desarrollo de habilidades para el cuidado de su familiar y para su propio automanejo[29]. Se fundamenta en la teoría social cognitiva[34] y promueve cambios de comportamiento mediante el desarrollo de habilidades, más que mediante la sola transmisión de información.

Se impartió presencialmente en un aula de la Facultad de Enfermería Tampico, en ocho sesiones semanales de 2.5 horas cada una, en grupos de 8 a 14 cuidadores. Cada grupo fue conducido por una pareja de facilitadores de enfermería (catorce en total) capacitados previamente por la RAEC. Las sesiones combinaron exposiciones breves, lluvia de ideas, dinámicas grupales, intercambio de experiencias, demostraciones prácticas y seguimiento semanal de planes individuales, con apoyo de materiales impresos (formatos de planes de autocuidado, hojas de alimentación y registros de comportamientos difíciles).

Las sesiones se apegaron a las guías estandarizadas del programa[29,33] que definen contenidos, secuencia, duración, materiales y actividades para preservar su fidelidad. Los contenidos se distribuyeron de la siguiente manera: introducción al programa, proyecto de vida y planes de autocuidado (sesión 1); procedimientos de higiene, solución de problemas y actividad física (sesión 2); procedimientos

Licencia CC-By-NC-ND

de alimentación, alimentación saludable y comunicación asertiva mediante parafraseo (sesión 3); procedimientos de movilización y reflexión sobre el rol de cuidador (sesión 4); manejo de comportamientos difíciles, con la técnica para pedir ayuda (sesión 5) y la técnica cognitiva de pensamiento positivo (sesión 6); redes sociales de apoyo y comunicación asertiva para saber decir no (sesión 7), y cierre con reforzamiento de lo aprendido (sesión 8). En cada sesión se dio seguimiento al proyecto de vida y a los planes de autocuidado semanal[33]. La fidelidad de implementación fue verificada por personal de la RAEC mediante listas de cotejo.

La sobrecarga del cuidador, entendida como la tensión percibida asociada al cuidado, se midió con la Escala de Zarit (22 reactivos, 0-88), que clasifica la sobrecarga en: sin sobrecarga (0-46), sobrecarga leve (47-55) e intensa (56-88)[35]. El instrumento cuenta con evidencia de validez en población mexicana[36] y mostró consistencia interna adecuada en esta muestra ($\omega = .91$). El apoyo social percibido se evaluó con el Duke-UNC-11 (11 reactivos, 11-55), compuesto por las dimensiones afectiva (6-30 puntos) y confidencial (5-25 puntos), considerándose adecuados los puntajes ≥32 en la escala global, ≥18 en la afectiva y ≥15 en la confidencial[37,38], umbrales usados también en cuidadores latinoamericanos[39]; su validez se ha documentado en población mexicana[40] y española[41]. Ambos instrumentos se seleccionaron por su correspondencia con los componentes de afrontamiento y utilización de redes de apoyo promovidos por TJC y, en el presente estudio, mostraron consistencia interna adecuada (Escala de Zarit: $\omega = .91$; Duke-UNC-11: $\omega = .92$).

Tras verificar los criterios de elegibilidad y obtener el consentimiento informado por escrito a cada participante se le asignó un código único de identificación antes de la evaluación basal. Este código se utilizó para vincular las mediciones pre y postintervención, evitando el uso de identificadores personales en la base analítica.

La captación tuvo lugar entre junio y julio de 2023. La medición preintervención se efectuó durante una sesión basal (sesión 0), una semana antes del inicio del programa TJC y antes de recibir cualquier componente de la intervención. El programa se implementó entre julio y septiembre mediante ocho sesiones semanales, y la medición postintervención se realizó al concluir la octava sesión de cada grupo.

En ambas evaluaciones, los instrumentos fueron autoadministrados en formato papel-lápiz, con un tiempo aproximado de 20 minutos para completarlo. Durante su aplicación permaneció disponible un evaluador capacitado por la RAEC en la recolección de datos, distinto de los facilitadores, para aclarar dudas relacionadas con el procedimiento, sin influir en las respuestas de los participantes.

El análisis de datos se realizó en SPSS versión 31.0. Las variables categóricas se describieron mediante frecuencias y porcentajes, y las numéricas mediante media y desviación estándar o mediana y rango intercuartílico, según su distribución; los análisis comparativos pre-post se restringieron a los 86 casos con información completa. La prueba de Shapiro-Wilk mostró una distribución cercana a la normalidad para el Duke-UNC-11, no así para la Escala de Zarit, que además presentó valores

Licencia CC-By-NC-ND

atípicos; por ello se utilizó la prueba no paramétrica de rangos con signo de Wilcoxon para ambas variables (significancia bilateral, $p < .05$). El tamaño del efecto se calculó mediante la correlación biserial de rangos para muestras pareadas (r_{rb})[42], interpretando valores absolutos próximos a .10, .30 y .50 como efectos pequeño, moderado y grande, respectivamente; de forma exploratoria se examinó también la dirección del cambio a nivel individual.

Resultados

En la evaluación basal participaron 91 cuidadores familiares. El 67.0% fueron mujeres, con una edad promedio de 36.2 años (DE = 16.3), una escolaridad promedio de 15.4 años (DE = 3.1) y un tiempo promedio dedicado al cuidado de 51.3 meses (DE = 37.7). Las personas cuidadas tuvieron una edad promedio de 71.9 años (DE = 14.0) y el 63.7% fueron mujeres. La diabetes mellitus tipo 2 fue el diagnóstico principal más frecuente (54.9%), seguida de hipertensión arterial (14.3%) y demencia o enfermedad de Alzheimer (12.1%); el 46.2% presentó multimorbilidad. Las características basales se muestran en la Tabla 1.

Tabla 1. Características sociodemográficas de los participantes

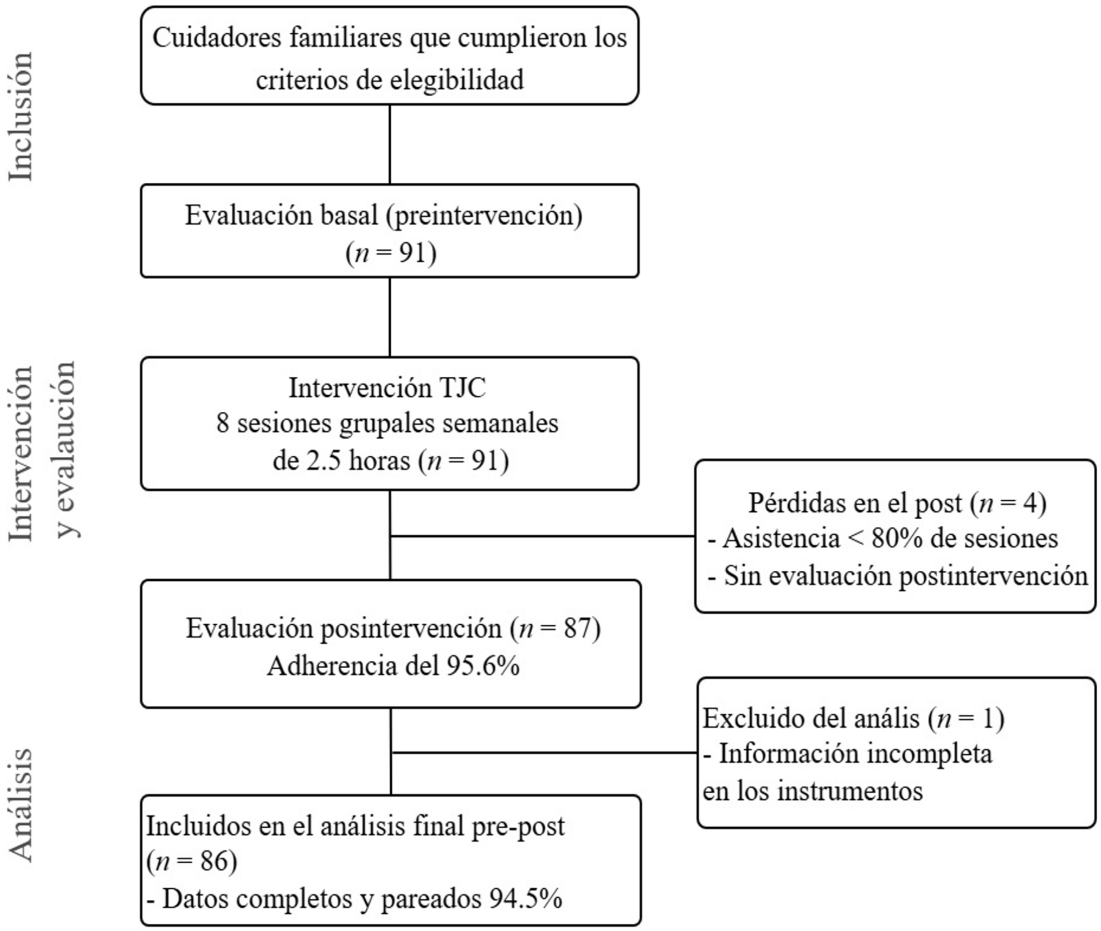
Variable (n = 91)	***f***	**%**
Sexo del cuidador		
Mujer	61	67.0
Hombre	30	33.0
Edad del cuidador (años)	M = 36.2; DE = 16.3	
Escolaridad (años cursados)	M = 15.4; DE = 3.1	
Tiempo brindando cuidado (meses)	M = 51.3; DE = 37.7	
Diagnóstico principal del familiar		
Diabetes mellitus tipo 2	50	54.9
Hipertensión arterial	13	14.3
Demencia / Alzheimer	11	12.1
Cáncer	6	6.6
Otra condición crónica	11	12.1
Presencia de multimorbilidad	42	46.2

Fuente: Elaboración propia.

De los 91 cuidadores evaluados inicialmente, 87 completaron el programa educativo con una asistencia mínima del 80% y contaron con evaluación post intervención, lo que representó una tasa de retención del 95.6%. Cuatro participantes no cumplieron con el criterio de asistencia establecido y uno adicional presentó información incompleta en los instrumentos de evaluación. En consecuencia, la muestra analítica quedó conformada por 86 cuidadores (94.5% del total inicial), con datos completos y pareados para los análisis comparativos pre-post de sobrecarga y apoyo social (Figura 1).

Licencia CC-By-NC-ND

Figura 1. Diagrama de flujo de los participantes del estudio



Fuente: Elaboración propia.

La Tabla 2 muestra los cambios en la sobrecarga del cuidador y el apoyo social percibido después de la intervención TJC. La mediana de la puntuación de Zarit disminuyó de 36.5 a 29.0 puntos, diferencia estadísticamente significativa ($Z = -2.654$, $p = .008$), con un tamaño del efecto moderado ($r_{rb} = -.333$). Asimismo, la mediana del apoyo social global medida mediante el Duke-UNC-11 aumentó de 37.0 a 44.0 puntos ($Z = 3.638$, $p < .001$), con un tamaño del efecto moderado ($r_{rb} = .471$). Descriptivamente, la proporción de participantes sin sobrecarga aumentó de 76.7% a 83.7%, mientras que aquellos con apoyo social adecuado pasaron de 80.2% a 91.9%. También se observaron incrementos en las proporciones de participantes con apoyo afectivo y confidencial.

En la Figura 2 se observa la distribución de las puntuaciones pre y postintervención TJC. En la sobrecarga del cuidador (A) se muestra un desplazamiento de la distribución hacia valores menores en la medición postintervención, con una reducción de la mediana de 36.5 a 29.0 puntos. Asimismo, la dispersión aumentó ligeramente, con un RIC que pasó de 17.8 a 23.0 puntos, y se identificaron valores atípicos superiores en la medición postintervención, lo que sugiere heterogeneidad en la respuesta

Licencia CC-By-NC-ND

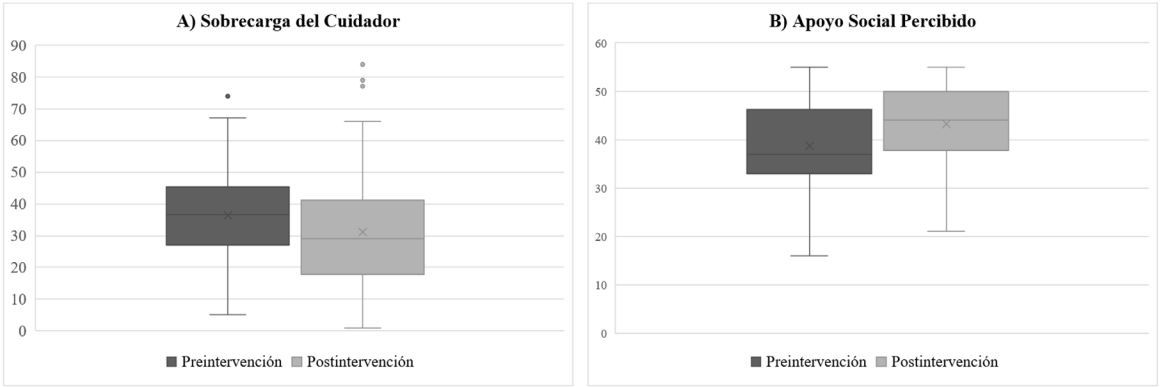
individual. En el apoyo social percibido (B) se aprecia un desplazamiento hacia puntuaciones mayores, con un incremento de la mediana de 37.0 a 44.0 puntos y una ligera reducción de la dispersión (RIC de 13.0 a 12.0), indicando una distribución postintervención más concentrada en niveles superiores de apoyo social percibido.

Tabla 2. Sobrecarga de cuidados y apoyo social pre y postintervención del programa TJC

Variable (n = 86)	**Pre** ***Mdn*** [Q1-Q3]	**Post** ***Mdn*** [Q1-Q3]	***Z***	***p***	r_{rb}
Sobrecarga del cuidador global (Zarit)	36.5 [27.0-44.8]	29.0 [18.0-41.0]	−2.654	.008	−.333
Sin sobrecarga *f* (%)	66 (76.7)	72 (83.7)			
Sobrecarga leve *f* (%)	9 (10.5)	2 (2.3)			
Sobrecarga intensa *f* (%)	11 (12.8)	12 (14.0)			
Apoyo social global (Duke-UNC-11)	37.0 [33.0-46.0]	44.0 [38.0-50.0]	3.638	<.001	.471
Adecuado *f* (%)	69 (80.2)	79 (91.9)			
Bajo *f* (%)	17 (19.8)	7 (8.1)			
Afectivo (con apoyo) *f* (%)	65 (75.6)	79 (91.9)			
Confidencial (con apoyo) *f* (%)	67 (77.9)	78 (90.7)			

Nota: *Mdn* = mediana; RIC = rango intercuartílico (Q1–Q3); Z = estadístico estandarizado de la prueba de rangos con signo de Wilcoxon; p = significancia bilateral; r_{rb} = correlación biserial de rangos. Valores absolutos de r_{rb} cercanos a .10, .30 y .50 indican efectos pequeños, moderados y grandes, respectivamente. El signo de r_{rb} indica la dirección del cambio.
Fuente: Elaboración propia.

Figura 2. Distribución de las puntuaciones pre y postintervención del programa TJC



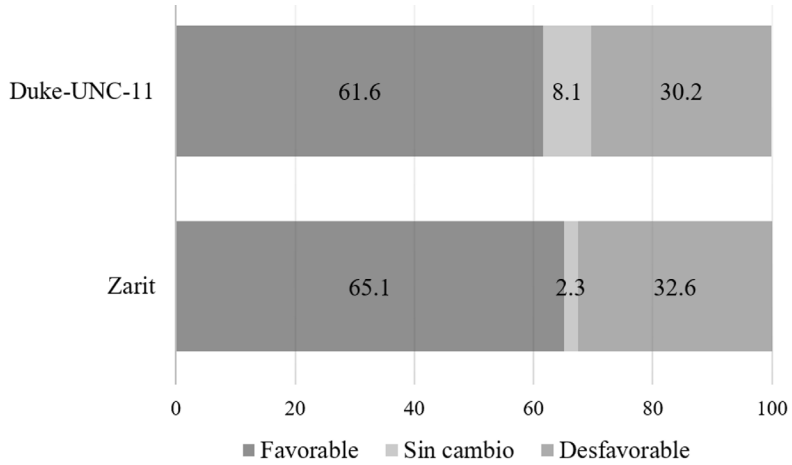
Nota: Las cajas muestran el rango intercuartílico y la línea central a la mediana; los bigotes representan la dispersión y los puntos externos corresponden a valores atípicos; (n = 86).
Fuente: Elaboración propia.

De manera adicional, se realizó un análisis descriptivo de la dirección del cambio individual (Figura 3). En la sobrecarga del cuidador, 56 participantes (65.1%) mostraron un cambio en dirección favorable, reflejado por una disminución en la puntuación de Zarit; 2 (2.3%) no presentaron cambios y 28 (32.6%)

Licencia CC-By-NC-ND

mostraron un incremento en la puntuación. En el apoyo social percibido, 53 participantes (61.6%) presentaron un cambio favorable, caracterizado por un aumento en la puntuación del Duke-UNC-11; 7 (8.1%) permanecieron sin cambios y 26 (30.2%) mostraron una disminución. Estos resultados evidencian una respuesta individual heterogénea, aunque en ambas variables predominó la dirección favorable del cambio.

Figura 3. Dirección del cambio individual en sobrecarga y apoyo social postintervención



Nota: En Zarit, un cambio favorable corresponde a una disminución de la puntuación postintervención respecto a la medición basal; en Duke-UNC-11, corresponde a un incremento. "Sin cambio" indica la misma puntuación total en ambos momentos; (n = 86).
Fuente: Elaboración propia.

Discusión

Los resultados muestran diferencias pre-postintervención estadísticamente significativas en la sobrecarga del cuidador y el apoyo social percibido tras la participación en TJC. La sobrecarga presentó una disminución de la puntuación global, con un tamaño del efecto moderado (r_{rb} = −.333), mientras que el apoyo social aumentó y mostró un efecto ligeramente mayor (r_{rb} = .471). Sin embargo, el análisis de la dirección del cambio individual mostró una respuesta heterogénea; aunque predominaron los cambios favorables, aproximadamente un tercio de los participantes presentó cambios desfavorables en cada variable. Estos hallazgos evidencian la importancia de considerar tanto los resultados grupales como las trayectorias individuales.

El perfil basal de los participantes también aporta elementos relevantes para la interpretación de los hallazgos. En esta muestra, predominaron las mujeres, con una edad promedio de 36.2 años y una escolaridad promedio de 15.4 años, características que difieren del perfil de mayor edad descrito con frecuencia en estudios de cuidadores familiares. Aunque la edad y la escolaridad pueden relacionarse con los recursos de afrontamiento[43,44], este estudio no evaluó su asociación con la sobrecarga. Estas características también limitan la generalización de los hallazgos a cuidadores de mayor edad, menor escolaridad o expuestos a condiciones de cuidado de mayor complejidad.

Licencia CC-By-NC-ND

Desde una perspectiva teórica, los hallazgos son congruentes con el modelo del proceso de estrés del cuidador[13] y el modelo transaccional[45], que destacan la interacción entre las demandas del cuidado, su valoración subjetiva y los recursos de afrontamiento. El programa TJC incorpora componentes de autocuidado, resolución de problemas, comunicación y fortalecimiento de redes de apoyo, componentes que podrían contribuir a afrontar las exigencias del cuidado. Sin embargo, el diseño preexperimental no permite establecer que estos mecanismos expliquen los cambios observados.

En relación con la sobrecarga del cuidador, la mediana de la puntuación de Zarit disminuyó de 36.5 a 29.0 puntos, diferencia estadísticamente significativa y acompañada de un tamaño del efecto moderado. Este hallazgo coincide con los resultados en los que se documentaron cambios favorables después de intervenciones educativas o psicoeducativas dirigidas a cuidadores familiares[22,46,47]. No obstante, las diferencias entre poblaciones, diseños, duración de las intervenciones, instrumentos y momentos de evaluación impiden realizar comparaciones directas sobre la magnitud de sus resultados.

Un aspecto relevante es que el cambio favorable observado en la puntuación grupal de Zarit no implicó una respuesta uniforme. Aunque el 65.1% de los cuidadores presentó una disminución de la sobrecarga, el 32.6% registró un incremento y el 2.3% permaneció sin cambios. Esta heterogeneidad indica que la disminución de la mediana grupal no reflejó una respuesta uniforme entre los participantes. La sobrecarga es un fenómeno multidimensional condicionado no solo por las habilidades del cuidador, sino también por circunstancias externas como la dependencia de la persona cuidada, la multimorbilidad y la disponibilidad de apoyo[7,45]. Por ello, una estrategia grupal estandarizada podría resultar suficiente para algunos cuidadores, mientras que otros podrían requerir una valoración individual y estrategias complementarias a la intervención grupal.

El apoyo social percibido presentó el mayor tamaño del efecto. La mediana del Duke-UNC-11 aumentó de 37.0 a 44.0 puntos, con un tamaño del efecto moderado y próximo al umbral convencional de un efecto grande. Esto es congruente con la naturaleza grupal del programa, cuyos contenidos y dinámicas de interacción favorecen explícitamente el fortalecimiento de redes y la comunicación asertiva; desde su conceptualización[14], el apoyo social funcional es un recurso interpersonal particularmente susceptible a experiencias de interacción social estructurada. En este sentido, los hallazgos son congruentes con estudios previos[20,24,48], quienes documentaron resultados favorables sobre variables relacionadas con apoyo y bienestar social después de intervenciones dirigidas a cuidadores. La literatura que vincula inversamente apoyo social y sobrecarga también proporciona un marco plausible para comprender la relación entre ambas variables[15,16]. No obstante, dada la ausencia de un grupo control, no es posible determinar cuánto del incremento observado corresponde específicamente a los componentes del TJC y cuánto podría estar relacionado con la interacción grupal, cambios contextuales u otros factores temporales. Cabe destacar que estos beneficios psicosociales pueden modificarse con el tiempo y favorecerse con estrategias de seguimiento, lo que sustenta evaluar en el TJC si los cambios se mantienen a mediano plazo[48].

Licencia CC-By-NC-ND

También en el apoyo social se identificó heterogeneidad individual. Aunque 61.6% de los participantes presentó un incremento de la puntuación del Duke-UNC-11, 30.2% mostró una disminución y 8.1% permaneció sin cambios. Por tanto, la mayor magnitud del efecto observada para esta variable debe entenderse como un resultado grupal y no como evidencia de una respuesta favorable universal. Esto es relevante desde una perspectiva centrada en la persona, ya que la evaluación posterior al programa podría usarse para identificar trayectorias desfavorables que requieran seguimiento individualizado, en lugar de limitarse a estimar cambios promedio.

La heterogeneidad identificada también obliga a considerar explicaciones metodológicas alternativas. En un diseño pre-postintervención sin grupo control, no puede descartarse que una parte de los cambios observados esté relacionada con fenómenos como la maduración, acontecimientos ocurridos durante el periodo de intervención o la regresión a la media, particularmente entre participantes con puntuaciones basales extremas. Por esta razón, los cambios observados no deben interpretarse como evidencia causal de efectividad. La incorporación de un grupo control y de mediciones longitudinales permitiría distinguir con mayor precisión los efectos atribuibles al programa de la variabilidad natural de la sobrecarga y del apoyo social. Esta consideración es especialmente importante frente a la dispersión observada en las puntuaciones post intervención y a las diferentes direcciones de cambio identificadas en el análisis individual[11].

Estos hallazgos tienen implicaciones directas para la práctica de enfermería y la humanización del cuidado. El personal de enfermería del primer nivel de atención ocupa una posición estratégica para identificar tempranamente sobrecarga y necesidades de apoyo social mediante instrumentos breves, e incorporarlas al plan de atención de la díada persona-cuidador[17]. La heterogeneidad encontrada sugiere que la evaluación postintervención podría usarse para identificar a quienes mantienen o incrementan su sobrecarga, con el fin de derivarlos a apoyos complementarios individualizados; así, el TJC podría constituir un componente dentro de un modelo escalonado de apoyo, y no una respuesta única para todos los cuidadores. Esto es congruente con la humanización del cuidado, que exige reconocer al cuidador como sujeto con necesidades físicas, emocionales y sociales propias, y no únicamente como un recurso para sostener el tratamiento del familiar enfermo[28]. Trascender la interpretación de los promedios grupales e incorporar una valoración individual de la respuesta favorecería una práctica orientada no solo a reducir la carga, sino también a preservar la autonomía y las redes de apoyo del cuidador.

En términos de salud pública, estos resultados aportan evidencia preliminar sobre la pertinencia de continuar evaluando intervenciones educativas para cuidadores familiares dentro de la atención primaria en México, donde la creciente magnitud del cuidado informal demanda estrategias que atiendan sus necesidades[49], considerando además la perspectiva de género dado el predominio de mujeres en este rol[50]. Su incorporación a los servicios de salud requiere, no obstante, evidencia adicional de efectividad comparativa.

El presente estudio presenta diversas limitaciones. El diseño preexperimental con un solo grupo impide establecer causalidad y descartar explicaciones alternativas como maduración, acontecimientos

Licencia
CC-By-NC-ND

externos o regresión a la media. El muestreo por conveniencia en una sola sede y las características particulares de la muestra limitan la generalización de los resultados. Aunque se alcanzó el tamaño muestral calculado inicialmente, cinco participantes no aportaron datos pareados completos, reduciendo la muestra analítica a 86 casos, lo que pudo disminuir la potencia estadística prevista. Asimismo, pese a que los instrumentos fueron autoadministrados individualmente y aplicados por personal distinto de los facilitadores, no puede descartarse la deseabilidad social y otros sesgos de autorreporte. La ausencia de seguimiento impide determinar si los cambios se mantienen después de finalizado el programa. Tampoco se evaluó la satisfacción percibida por los cuidadores, por lo que no fue posible examinar su relación con los cambios observados. Finalmente, las variaciones individuales en las puntuaciones no necesariamente representan cambios clínicamente importantes.

Futuros estudios deberían incorporar diseños controlados, preferentemente con asignación aleatoria cuando sea factible, así como evaluaciones a mediano y largo plazo. También sería pertinente analizar moderadores de respuesta como nivel basal de sobrecarga, dependencia de la persona cuidada, multimorbilidad y disponibilidad de redes de apoyo. La identificación de perfiles de respuesta podría permitir determinar qué cuidadores se benefician suficientemente de una estrategia grupal y cuáles requieren intervenciones complementarias individualizadas. Asimismo, aunque el programa cuenta con antecedentes de aplicación en la región[30,31], su escalamiento a las instituciones de salud requiere evaluar formalmente costos y sostenibilidad.

Conclusiones

Tras la implementación del programa TJC se observaron cambios estadísticamente significativos en la sobrecarga del cuidador y el apoyo social percibido. La sobrecarga disminuyó con un tamaño del efecto moderado, mientras que el apoyo social aumentó con una magnitud ligeramente mayor. Con base en lo anterior, los resultados apoyan la hipótesis planteada, aunque, dado el diseño sin grupo control, no permiten atribuir los cambios exclusivamente al programa. Además, el análisis individual mostró una respuesta heterogénea, ya que aproximadamente una tercera parte de los participantes presentó cambios en dirección desfavorable en ambas variables.

Estos hallazgos aportan evidencia preliminar sobre el potencial de una intervención educativa grupal para apoyar a cuidadores familiares de personas con enfermedades crónicas, pero no permiten atribuir causalmente los cambios observados al programa debido a la ausencia de un grupo control. La heterogeneidad identificada resalta la importancia de complementar las estrategias grupales con evaluación individual y seguimiento de quienes mantienen o incrementan sus necesidades de apoyo. Desde una perspectiva de humanización del cuidado, los resultados refuerzan la necesidad de reconocer al cuidador como sujeto de atención con necesidades propias. Futuros estudios con diseños controlados y seguimiento longitudinal deberán confirmar estos hallazgos y determinar la sostenibilidad de los cambios observados.

Licencia
CC-By-NC-ND

Conflicto de interés

Los autores declaran que no existe conflictos de intereses en relación con el diseño, la intervención, el análisis de los datos o la publicación de los resultados.

Consideraciones éticas

El estudio contó con el dictamen favorable del Comité de Ética en Investigación de la Facultad de Enfermería Tampico, UAT (FET/CEI-2023-002). Todos los participantes firmaron consentimiento informado. La investigación fue clasificada de riesgo mínimo conforme al Reglamento de la Ley General de Salud en Materia de Investigación para la Salud (México)[51]. Los datos fueron almacenados con codificación alfanumérica y acceso restringido.

Uso de inteligencia artificial

Durante la preparación y revisión del manuscrito, los autores utilizaron herramientas de inteligencia artificial, como ChatGPT (OpenAI, GPT-6) y Grammarly, como apoyo para el parafraseo, la corrección gramatical y la mejora de la claridad, concisión y legibilidad del texto. Los autores revisaron y editaron el contenido generado según fue necesario y asumen plena responsabilidad por la versión final del manuscrito.

Contribución de los autores

Conceptualización: J.L.A.M., P.B.B.; Metodología: J.L.A.M., R.C.L.H.; Investigación: T.G.G., M.I.P.D.C.; Curación de datos: R.C.L.H., M.I.P.D.C.; Análisis formal: R.C.L.H.; Adquisición de Financiamiento: R.C.L.H.; Administración de proyecto: T.G.G., R.C.L.H.; Recursos: T.G.G., R.C.L.H.; Software: J.L.A.M.; Supervisión: J.L.A.M.; Validación: J.L.A.M.; Visualización: J.L.A.M., M.A.H.D.A., R.C.L.H.; Redacción-borrador original: P.B.B., T.G.G., M.I.P.D.C.; Redacción-revisión y edición: J.L.A.M., M.A.H.D.A., R.C.L.H.

Financiamiento

El estudio se realizó en el marco del macroproyecto CONAHCYT-CF-2023-G1394: Estrategias de automanejo para mejorar la salud de personas con enfermedades crónicas y cuidadores familiares. Un trabajo en RED.

Licencia
CC-By-NC-ND

Agradecimientos

A las personas cuidadoras que participaron en el estudio por su tiempo y disposición, así como a los facilitadores del programa TJC y a los integrantes de la RAEC que apoyaron su desarrollo e implementación.

Referencias

1. World Health Organization. Long-term care financing: lessons for low- and middle-income settings. Brief 10. Supporting informal long-term caregivers [Internet]. Geneva: World Health Organization; 2024 [citado 2026 Sep 12]. available from: https://iris.who.int/handle/10665/376937

2. Browning CJ, Evashwick CJ, Thomas SA. Editorial: The formal and informal workforce for a global aging population. Front Public Health. 2026; 14:1820846. Doi: https://doi.org/10.3389/fpubh.2026.1820846

3. Organisation for Economic Co-operation and Development. Health at a glance 2023: OECD indicators. Paris: OECD Publishing; 2023. Doi: https://doi.org/10.1787/7a7afb35-en

4. Pacheco Barzallo D, Schnyder A, Zanini C, Gemperli A. Gender differences in family caregiving. Do female caregivers do more or undertake different tasks? BMC Health Serv Res. 2024; 24:730. Doi: https://doi.org/10.1186/s12913-024-11191-w

5. Instituto Nacional de Estadística y Geografía. Encuesta Nacional para el Sistema de Cuidados (ENASIC) 2022. Comunicado de prensa núm. 578/23 [Internet]. Ciudad de México: INEGI; 2023 [citado 2026 Sep 19]. Disponible en: https://www.inegi.org.mx/contenidos/saladeprensa/boletines/2023/ENASIC/ENASIC_23.pdf

6. López-Hernández I. Perspectiva de género y determinantes asociados al vínculo mujer-cuidado informal o primario. Mex J Med Res ICSA. 2025;13(25):15-22. Doi: https://doi.org/10.29057/mjmr.v13i25.12428

7. Ayala del Pino C. La importancia del cuidado: el cuidador informal, los empleados del servicio doméstico y cuidadores domésticos internos. AJEE. 2020;(53):139-64. Doi: https://doi.org/10.54571/ajee.434

8. Álvarez-Carchipulla GJ, Maza-Román NE, Requelme-Jaramillo MJ. Significado de cuidado al adulto mayor: percepción del cuidador informal. Rev InveCom. 2024;4(2):e040226. Doi: 10.5281/zenodo.10574106

Licencia CC-By-NC-ND

9. Liu Z, Heffernan C, Tan J. Caregiver burden: a concept analysis. Int J Nurs Sci. 2020;7(4):438-45. doi: https://doi.org/10.1016/j.ijnss.2020.07.012

10. Castro AR, Arnaert A, Moffatt K, Kildea J, Bitzas V, Tsimicalis A. "Informal caregiver" in nursing: an evolutionary concept analysis. ANS Adv Nurs Sci. 2023;46(1): E29-E42. Doi: https://doi.org/10.1097/ANS.0000000000000439

11. Zarit SH, Reever KE, Bach-Peterson J. Relatives of the impaired elderly: correlates of feelings of burden. Gerontologist. 1980;20(6):649-55. Doi: https://doi.org/10.1093/geront/20.6.649

12. Hoenig J, Hamilton MW. The schizophrenic patient in the community and his effect on the household. Int J Soc Psychiatry. 1966;12(3):165-76. Doi: https://doi.org/10.1177/002076406601200301

13. Pearlin LI, Mullan JT, Semple SJ, Skaff MM. Caregiving and the stress process: an overview of concepts and their measures. Gerontologist. 1990;30(5):583-94. Doi: https://doi.org/10.1093/geront/30.5.583

14. Lin N. Conceptualizing social support. En: Lin N, Dean A, Ensel WM, editores. Social support, life events, and depression. New York: Academic Press; 1986. p. 17-30. Doi: https://doi.org/10.1016/B978-0-12-450660-2.50008-2

15. Lara-Vásquez CV, Medina-Fernández JA, Cortez-González LC, Cortes-Montelongo DB, Carrillo-Cervantes AL. Estrés percibido y apoyo social percibido en cuidadores informales del adulto mayor. Salud Uninorte. 2023;39(2):601-16. Doi: https://doi.org/10.14482/sun.39.02.932.489

16. Chaparro-Diaz L, Carreño-Moreno SP, Alzate Hernández JS, Acosta-Pardo CA. Relación entre la sobrecarga y el apoyo social percibido en cuidadores de bajos ingresos económicos. Aquichan. 2023;23(1):e2314. Doi: https://doi.org/10.5294/aqui.2023.23.1.4

17. Hernández-Rodríguez M, González-Netro MG, García-Casas XM, Téllez-González MA, Torres-de los Santos R, Chávez-Rodríguez J. Influencia del apoyo social y la sobrecarga del cuidador en la calidad de vida del adulto mayor. NURE Investig [Internet]. 2021;18(113). Disponible en: https://www.nureinvestigacion.es/OJS/index.php/nure/article/view/2051

18. Rojas-Ricardo L, Garciga-Cortés MM, Iglesias-Pérez AM, Martínez-Rodríguez L. Percepción de apoyo social en cuidadores informales de adultos mayores ante la COVID-19. Rev Electrónica Psicol Iztacala. 2022;25(1). Disponible en: https://www.revistas.unam.mx/index.php/repi/article/view/82180

Licencia CC-By-NC-ND

19. Honda A, Liu Y, Ono M, Nishida T, Tsukigi T, Fauth EB, et al. Restrictions in community-based care services and the effect on family caregivers during the COVID-19 pandemic. Arch Gerontol Geriatr Plus. 2025;2:100205. Doi: https://doi.org/10.1016/j.aggp.2025.100205

20. Ortiz-Mallasén V, Claramonte-Gual E, Cervera-Gasch Á, Cabrera-Torres E. Evaluación de la efectividad de un programa de intervención en cuidadores no profesionales de personas dependientes en el ámbito de la atención primaria. Aten Primaria. 2021;53(1):60-6. Doi: https://doi.org/10.1016/j.aprim.2020.06.011

21. Baruah U, Varghese M, Loganathan S, Mehta KM, Gallagher-Thompson D, Zandi D, et al. Feasibility and preliminary effectiveness of an online training and support program for caregivers of people with dementia in India: a randomized controlled trial. Int J Geriatr Psychiatry. 2021; 36:606-17. Doi: https://doi.org/10.1002/gps.5502

22. Silva JKD, Boery RNSO. Effectiveness of a support intervention for family caregivers and stroke survivors. Rev Latino-Am Enfermagem. 2021;29: e3482. Doi: https://doi.org/10.1590/1518-8345.4991.3482

23. Carvajal-Carrascal G, Fuentes-Ramírez A, Pulido-Barragán SP, Guevara-Lozano M, Sánchez-Herrera B. Effects of the discharge plan on the caregiving load of people with chronic disease: quasi-experimental study. Chronic Illness. 2024;20(4):712-23. Doi: https://doi.org/10.1177/17423953231192131

24. Blackberry I, Rasekaba T, Morgan D, Royals K, Greenhill J, Perkins D, et al. Virtual dementia-friendly communities (Verily Connect) stepped-wedge cluster-randomised controlled trial. Geriatrics. 2023;8(5):85. Doi: https://doi.org/10.3390/geriatrics8050085

25. Durán-Badillo T, Herrera-Herrera JL, Llorente-Pérez Y, Ruiz-Cerino JM, García-Guerrero SA. Intervenciones educativas de autocuidado en cuidadores de personas mayores: una revisión integrativa. Cienc Enferm. 2025;31:1-17. Doi: https://doi.org/10.29393/CE31-18EAYJ50018

26. Etxeberria I, Salaberria K, Gorostiaga A. Online support for family caregivers of people with dementia: a systematic review and meta-analysis. Aging Ment Health. 2021;25(7):1165-80. Doi: https://doi.org/10.1080/13607863.2020.1758900

27. Aravena JM, Gajardo J, Saguez R, Hinton L, Gitlin LN. Non-pharmacologic interventions for family caregivers of people living with dementia in Latin-America: a scoping review. Am J Geriatr Psychiatry. 2022;30(8):859-77. Doi: https://doi.org/10.1016/j.jagp.2021.10.013

28. Hermosilla-Ávila AE, Sanhueza-Alvarado O, Chaparro-Díaz L. Cuidado humanizado en pacientes con cáncer avanzado: una perspectiva desde la diada paciente-familia. Enferm Clin. 2021;31(5):283-93. Doi: https://doi.org/10.1016/j.enfcli.2021.04.002

Licencia CC-By-NC-ND

29. Peñarrieta de Córdova MI, coordinadora. Libro guía del facilitador para formar cuidadores familiares del Programa "Trabajando juntos en colaboración". Ciudad de México: Comunicación Científica; 2022. Doi: https://doi.org/10.52501/cc.049a

30. Flores-Barrios C, Hernández-León R, Peñarrieta-de Córdova I, Flores-Barrios F, de la Cruz-Palomo A, Díaz-Ramírez AA. Efectividad de un programa de apoyo al automanejo para cuidadores familiares. Cienc Huasteca Bol Cient Esc Super Huejutla. 2023;11(21):7-12. Doi: https://doi.org/10.29057/esh.v11i21.10021

31. Peñarrieta de Córdova MI, Flores Barrios F, Veloza Morales MC, de la Cruz Palomo AA, Flores Barrios C, Arias Muñoz P. Efectividad de un programa de automanejo para cuidadores familiares. Horiz Enferm. 2023;(Núm esp):43-59. Doi: https://doi.org/10.7764/Horiz_Enferm.Num.esp.43-59

32. Hernández-Sampieri R, Mendoza-Torres CP. Concepción o elección del diseño de investigación en la ruta cuantitativa: el mapa específico. En: Hernández-Sampieri R, Mendoza-Torres CP. Metodología de la investigación: las rutas cuantitativa, cualitativa y mixta. 2a ed. Ciudad de México: McGraw-Hill Education; 2023. p. 161-163.

33. Peñarrieta de Córdova MI, coordinadora. Guía para formar cuidadores familiares del Programa "Trabajando juntos en colaboración". Ciudad de México: Comunicación Científica; 2022. Doi: https://doi.org/10.52501/cc.049b

34. Bandura A. Health promotion by social cognitive means. Health Educ Behav. 2004;31(2):143-64. Doi: https://doi.org/10.1177/1090198104263660

35. Rankin ED, Haut MW, Keefover RW, Franzen MD. The establishment of clinical cutoffs in measuring caregiver burden in dementia. Gerontologist. 1994;34(6):828-32. Doi: https://doi.org/10.1093/geront/34.6.828

36. Ramírez-Montalvo RD, Figuerola-Escoto RP, Luna D, Montiel-Cortés M. Propiedades psicométricas de la escala de sobrecarga del cuidador de Zarit en cuidadores de pacientes con enfermedad renal crónica. Rev Mex Investig Psicol. 2023;15(1):107-20. Doi: https://doi.org/10.32870/rmip.v15i1.614

37. Broadhead WE, Gehlbach SH, De Gruy FV, Kaplan BH. The Duke-UNC functional social support questionnaire: measurement of social support in family medicine patients. Med Care. 1988;26(7):709-23. Doi: https://doi.org/10.1097/00005650-198807000-00006

38. Ruiz-Pérez I, Olry de Labry-Lima A, Delgado-Domínguez CJ, Marcos-Herrero M, Muñoz-Roca N, Pasquau-Liaño J, et al. Impacto del apoyo social y la morbilidad psíquica en la calidad de vida en pacientes tratados con antirretrovirales. Psicothema [Internet]. 2005 [citado 2026 Sep 12];17(2):245-9. Disponible en: https://reunido.uniovi.es/index.php/PST/article/view/8263

Licencia CC-By-NC-ND

39. Vega-Angarita OM. Percepción del apoyo social funcional en cuidadores familiares de enfermos crónicos. Aquichan. 2011;11(3):274-86. Doi: https://doi.org/10.5294/aqui.2011.11.3.3

40. Piña-López JA, Rivera-Icedo BM. Validación del cuestionario de apoyo social funcional en personas seropositivas al VIH del noroeste de México. Cienc Enferm. 2007;13(2):53-63. Disponible en: https://revistas.udec.cl/cienciayenfermeria/article/view/12850

41. Cuéllar-Flores I, Dresch V. Validación del cuestionario de Apoyo Social Funcional Duke-UNC-11 en personas cuidadoras. Rev Iberoam Diagn Eval Psicol [Internet]. 2012 [citado 2026 Sep 10];2(34):89-101. Disponible en: https://www.redalyc.org/pdf/4596/459645438004.pdf

42. Peres FF. Effect sizes for nonparametric tests. Biochemia Medica (Zagreb). 2026;36(1):010101. Doi: https://doi.org/10.11613/BM.2026.010101

43. Cejalvo E, Martí-Vilar M, Merino-Soto C, Aguirre-Morales MT. Caregiving role and psychosocial and individual factors: A systematic review. Healthcare. 2021;9(12):1690. Doi: https://doi.org/10.3390/healthcare9121690

44. Sánchez-Bárcenas RA, López-Hernández D, Brito-Aranda L, García-Mantilla BB, Thompson-Bonilla MR, Pavón-Delgado E, et al. Factores asociados a la sobrecarga del cuidador en cuidadores primarios de personas adultas mayores con diabetes tipo 2. Aten Primaria. 2024;56(10):102948. Doi: https://doi.org/10.1016/j.aprim.2024.102948

45. Lazarus RS, Folkman S. Stress, appraisal, and coping. In: Gellman, M.D., Turner, J.R. (eds) Encyclopedia of Behavioral Medicine. Springer, New York, NY.1984. Doi: https://doi.org/10.1007/978-1-4419-1005-9_215

46. Da Silva-Marinho J, Batista IB, Santos JSS, dos Santos-Orlandi AA, Santos LF, Nunes DP. Aceitabilidade e efeito de uma intervenção psicoeducativa na sobrecarga de cuidadores familiares de idosos. Res Soc Dev. 2022;11(4): e23511427250. Doi: https://doi.org/10.33448/rsd-v11i4.27250

47. Sanprakhon P, Chusri O, Suriyawong W, Banharak S. Pilot testing of the strengthening caregiving activities program for Thai informal caregivers of dependent older people. Geriatr Nurs. 2023;51:176-81. Doi: https://doi.org/10.1016/j.gerinurse.2023.03.014

48. Poudevida S, de Sola S, Brugulat-Serrat A, Mas-Vall-Llosera G, Castillo A, Huesa G, et al. Effectiveness of a psychotherapeutic intervention group program in the improvement of caregiver well-being in Alzheimer's disease patients' family caregivers: the CuiDem study. Rev Neurol. 2022;75(8):203-11. Doi: https://doi.org/10.33588/rn.7508.2022180

Licencia CC-By-NC-ND

49. García-Peña C, Gutiérrez-Robledo LM, García-Chanes RE, López-Ortega M, Sosa-Tinoco E. Sistema nacional de cuidados para personas mayores. Salud Publica Mex. 2024;66(4):598-605. Doi: https://doi.org/10.21149/16204

50. Sanjuán-Quilés Á, Alcañiz-Garrán MM, Montejano-Lozoya R, Ramos-Pichardo JD, García-Sanjuán S. La perspectiva de las personas cuidadoras desde un análisis de género. Rev Esp Salud Pública [Internet]. 2023 [citado 2026 Sep 19];97:e202307062. Disponible en: https://ojs.sanidad.gob.es/index.php/resp/article/view/141

51. México. Reglamento de la Ley General de Salud en Materia de Investigación para la Salud. Diario Oficial de la Federación, 6 ene 1987; última reforma 2 abr 2014. Disponible en: https://www.diputados.gob.mx/LeyesBiblio/regley/Reg_LGS_MIS.pdf

Licencia CC-By-NC-ND



Horizonte sanitario

ISSN (en línea): 2007-7459

Humanizar el cuidado desde el territorio: la experiencia del Centro Universitario de Enfermería Comunitaria

Humanizing care from the territory: experience of a Community Nursing University Center

Artículo Original DOI: 10.19136/hs.a25sI.6433

Ana Rita Castro [1]
Itzayana Huitron Santana [2]
Zoila Romualdo Pérez [3]
Dulce Elena Castillo Villegas [4]

Correspondencia: Ana Rita Castro. Dirección postal: Universitario de Enfermería Comunitaria de la Facultad de Enfermería y Obstetricia, Universidad Nacional Autónoma de México. Av. Pacífico 159, interior 104, Col. Los Reyes. C.P 04330. Coyoacán. Ciudad de México. México
Correo electrónico: anarita.castro@feno.unam.mx

Licencia CC-By-NC-ND

[1] *Doctora en Ciencias en Salud Colectiva. Centro Universitario de Enfermería Comunitaria de la Facultad de Enfermería y Obstetricia. Universidad Nacional Autónoma de México. Ciudad de México. México.*
[2] *Especialista en Enfermería en Salud Pública. Centro Universitario de Enfermería Comunitaria de la Facultad de Enfermería y Obstetricia. Universidad Nacional Autónoma de México. Ciudad de México. México.*
[3] *Maestra en Enfermería. Centro Universitario de Enfermería Comunitaria de la Facultad de Enfermería y Obstetricia. Universidad Nacional Autónoma de México. Ciudad de México, México.*
[4] *Maestra en Enfermería. Centro Universitario de Enfermería Comunitaria de la Facultad de Enfermería y Obstetricia. Universidad Nacional Autónoma de México. Ciudad de México, México.*

Ana Rita Castro
Itzayana Huitron Santana
Zoila Romualdo Pérez
Dulce Elena Castillo Villegas



Resumen

Objetivo: Fundamentar la humanización de los cuidados en salud en el ámbito comunitario desde el territorio, a partir de la experiencia universitaria del Centro Universitario de Enfermería Comunitaria (CUEC), ubicado en San Luis Tlaxialtemalco, Xochimilco, Ciudad de México.

Materiales y Métodos: Se realizó una sistematización de la experiencia universitaria desarrollada en el CUEC y análisis documental. Se analizó la experiencia de mediados de 2019 hasta 2026, considerando contexto territorial, organización, actores, formación y acciones de atención y vinculación comunitaria. Se analizaron los programas de Salud Materna Integral, Estimulación Oportuna, Acompañamiento al Proceso de Envejecimiento y Cuidado en el Hogar.

Resultados: La sistematización permitió construir una propuesta de humanización de los cuidados en salud comunitaria organizada en cinco anclajes: enfoque de derechos humanos; formación interprofesional en clave humanizada; atención centrada en las personas y las familias; práctica colaborativa situada con actores sanitarios y no sanitarios; y fortalecimiento de la participación y autonomía sobre la salud, junto con formación situada y humanizada de prestadores de servicio social. Estos anclajes articulan dimensiones éticas, relacionales, técnicas y sociopolíticas del cuidado.

Conclusiones: La experiencia del CUEC muestra que humanizar los cuidados en la comunidad requiere situar las prácticas en el territorio, reconocer a las personas y comunidades como sujetos de derechos, saberes y decisiones, y fortalecer la colaboración interprofesional y comunitaria. La propuesta ofrece referentes para transformar prácticas de cuidado en otros escenarios comunitarios.

Palabras Claves: Humanización de la Atención; Enfermería en Salud Comunitaria; Atención Primaria de Salud; Educación Interprofesional.

Abstract

Objective: To provide a foundation for the humanization of health care in community settings from a territorial perspective, based on the university experience of the University Center for Community Nursing (CUEC), located in San Luis Tlaxialtemalco, Xochimilco, Mexico City.

Materials and Methods: A systematization of the university experience developed at CUEC was conducted, complemented by documentary analysis. The experience from mid-2019 to part of 2026 was analysed, considering the territorial context, organization, participating actors, educational processes, and community care and engagement activities. The programs of Comprehensive Maternal Health, Early Stimulation, Support for the Aging Process and Home Care were considered.

Results: The systematization led to a proposal for the humanization of community health care organized around five axes: a human rights approach; humanized interprofessional education; person-centered and family-centered care; situated collaborative practice involving health and non-health actors; and strengthening people's participation and autonomy regarding their health, together with situated and humanized training for social service providers. These axes articulate ethical, relational, technical, and sociopolitical dimensions of care.

Conclusions: The experience at the CUEC shows that humanizing community care requires situating practices within the territory, recognizing people and communities as subjects of rights, knowledge, and decision-making, and strengthening interprofessional and community collaboration. The proposal provides references for transforming care practices in other community settings.

Keywords: Humanization of Care; Community Health Nursing; Primary Health Care; Interprofessional Education.

• Fecha de recibido: 15 de septiembre de 2026 • Fecha de aceptado: 02 de noviembre de 2026
• Fecha de publicación: 02 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

El cuidado humanizado en salud es fundamental en los distintos escenarios donde se produce y gestiona la atención y los cuidados mismos: clínicos, administrativos y comunitarios. Su desarrollo surgió como reacción ante el paradigma hegemónico del modelo biomédico, caracterizado por el biologicismo, la centralidad de la enfermedad, la hiperespecialización y la tendencia a no considerar las dimensiones históricas, sociales, económicas y culturales del proceso de salud-enfermedad-atención-cuidado. En ese modelo, la intervención de los profesionales se orienta principalmente al diagnóstico, el tratamiento y la normalización del funcionamiento corporal, mientras la experiencia de la persona ocupa un lugar secundario o en el peor de los casos, es invisibilizada[1].

La medicalización, y la centralidad en la enfermedad pueden desplazar a la persona, y favorecer procesos de objetivación y despersonalización que afectan tanto a quienes utilizan los servicios como a quienes prestan, planifican y gestionan los cuidados. Es por ello, que la humanización no puede reducirse al buen trato, sino que requiere articular la calidad técnica, con el reconocimiento de los derechos, la subjetividad y la cultura de las personas, además de considerar las condiciones en las que trabaja el personal de salud[2]. En este trabajo se recupera un enfoque relacional del cuidado humanizado en el ámbito comunitario, entendido como un encuentro entre sujetos en el que las necesidades y las formas de cuidar se construyen mediante la escucha, el diálogo y el reconocimiento del otro[3]. Esta mirada permite, tomar distancia de ciertos enfoques de una salud pública funcionalista que interpreta los problemas comunitarios como desviaciones o disfunciones que deben corregirse, sin considerar suficientemente los procesos históricos, sociales, económicos, culturales y políticos que configuran la salud de los diferentes grupos y colectividades[4].

La humanización en salud no constituye únicamente una cualidad interpersonal del cuidado, sino una práctica ética, técnica y política mediante la cual se reconoce a las personas como sujetos de derechos, saberes y decisiones, dentro de relaciones e instituciones que también deben ser transformadas. El proceso de cuidar en este caso, se desarrolla en la relación entre el personal de enfermería y la persona cuidada, a partir de condiciones como disponibilidad, receptividad, intencionalidad, confianza y aceptación. Se trata de una relación interactiva que puede favorecer el crecimiento de ambos; sin esta interacción, no podría hablarse propiamente de una relación de cuidado[5].

En este sentido, la propuesta de Jean Watson aporta un fundamento para comprender el cuidado como una práctica esencialmente relacional y humana, es decir, la relación de cuidado implica reconocer a la persona en su totalidad y un cuidado caracterizado por la confianza, la escucha, el reconocimiento de la experiencia subjetiva y el respeto por la dignidad humana. Los procesos Caritas propuestos por Watson permiten comprender que cuidar no se limita a la ejecución técnicamente correcta de procedimientos, sino que involucra formas de estar, relacionarse, acompañar, enseñar y responder a las necesidades de las personas desde una perspectiva humanística[6].

Esta perspectiva resulta clave en el ámbito comunitario, donde el encuentro de cuidado ocurre en espacios cotidianos y territoriales, y donde las necesidades de salud se encuentran estrechamente

Licencia CC-By-NC-ND

vinculadas con las condiciones de vida, las relaciones familiares y los saberes. Así, el cuidado humanizado puede entenderse como una práctica relacional situada, en la que el personal de salud no solamente interviene sobre una necesidad, sino que construye con las personas y comunidades respuestas acordes con sus experiencias y saberes.

Como respuesta a esta necesidad de atención ubicada en el territorio, la Enfermería Comunitaria trasciende los centros de salud tradicionales para integrarse en la dinámica social de las poblaciones. Su práctica se orienta al cuidado contextualizado con personas y sus familias en colaboración con equipos interprofesionales, promoviendo la participación comunitaria y abordando los determinantes sociales en consonancia con la Atención Primaria de Salud[7].

En este sentido el territorio adquiere un papel fundamental, no se trata únicamente del espacio geográfico donde se localizan los servicios, sino de un espacio social, político y cultural en el que se configuran modos de vida, relaciones, saberes, recursos, desigualdades, redes y prácticas de cuidado. La Organización Panamericana de la Salud plantea que una aproximación territorial en la atención primaria permite reconocer cómo las condiciones sociales se expresan de manera concreta en los territorios y favorece la articulación entre equipos de salud, comunidades, gobiernos locales y otros actores para abordar las inequidades en salud. Desde esta mirada, el territorio no es únicamente el escenario donde ocurre el cuidado, sino una dimensión que participa en su construcción y que debe ser considerada para desarrollar respuestas pertinentes, participativas y culturalmente situadas[8].

El objetivo de este trabajo es fundamentar la humanización de los cuidados en salud en el ámbito comunitario desde el trabajo del territorio, a partir de una experiencia universitaria de un centro en un pueblo originario, de la alcaldía de Xochimilco, en la Ciudad de México.

Materiales y Métodos

Se realizó una sistematización de la experiencia universitaria desarrollada en el Centro Universitario de Enfermería Comunitaria (CUEC), de la Facultad de Enfermería y Obstetricia (FENO) de la Universidad Nacional Autónoma de México (UNAM), ubicado en el pueblo originario de la comunidad de San Luis Tlaxialtemalco, Xochimilco, al sur de la Ciudad de México. La sistematización permitió recuperar y analizar la experiencia de dicho centro para reconocer los procesos de producción y gestión del cuidado, combinado con un análisis documental. La experiencia analizada corresponde al periodo que comprende agosto del año 2019 hasta agosto de 2026. Se seleccionaron esos meses, porque es cuando ocurre el ingreso de una nueva promoción de prestadores o pasantes del servicio social de la FENO, es decir, de pasantes de ambas licenciaturas, las cuales imparte la facultad: Enfermería y Enfermería y Obstetricia. La duración del servicio social de las carreras de Enfermería y Medicina es de un año ininterrumpido.

Licencia CC-By-NC-ND

El CUEC es un espacio de formación en la atención y el cuidado comunitario, cuya misión es desarrollar las bases teórico metodológicas de la enfermería comunitaria en el servicio social principalmente bajo el enfoque de una colaboración interprofesional. Su propósito es formar perfiles de profesionales de la salud bajo una perspectiva comunitaria e interprofesional con los más altos valores humanos.

Tomando en cuenta la propuesta metodológica de Oscar Jara Holliday la sistematización de experiencias comprende la recuperación, reconstrucción, interpretación crítica y reflexión sobre la experiencia vivida, permitiendo identificar los procesos desarrollados, los factores que intervienen en ellos y los aprendizajes construidos a partir de la práctica[9]. Bajo esta mirada es que se presenta la sistematización de la experiencia del CUEC, el cual como ya se mencionó es un espacio de formación de estudiantes de pregrado, posgrado y prestadores de servicio social en escenarios reales[10] en la atención-cuidado misma que se materializa a través de tres programas y servicios.

La sistematización reconstruye y analiza la experiencia del CUEC como espacio universitario de formación, atención y vinculación comunitaria, considerando su contexto territorial, sus antecedentes, trayectoria, organización, actores participantes, procesos de formación y las acciones que desarrolla con la población. Para ello, se recuperarán los elementos que permitan comprender cómo se ha construido y transformado la experiencia del CUEC, así como los principios y características que orientan su trabajo comunitario, intercultural e interprofesional.

Para recuperar la experiencia se utilizaron las siguientes técnicas: revisión documental, un taller reflexivo con los pasantes del servicio social de la promoción de agosto 2025- julio 2026 y cápsulas de video a las personas usuarias de los programas y servicios. La revisión comprendió el documento rector del CUEC, los documentos que describen los programas y servicios de atención del centro así como los informes finales que elaboraron los pasantes al finalizar su servicio social. Estas fuentes permitieron recuperar la orientación institucional, las actividades desarrolladas y parte de las experiencias formativas y de cuidado que fueron documentadas durante el periodo comprendido.

En el taller se utilizaron fichas reflexivas para recuperar los puntos de vista y significados que atribuyen los pasantes del servicio social a su experiencia de cuidado y colaboración interprofesional en el CUEC, así como identificar algunas de las contribuciones de esta experiencia en su formación profesional y en la atención. En esta actividad participaron un total de 12 pasantes de las diferentes licenciaturas que contempla el programa de servicio social de carácter interprofesional: seis de Enfermería y Obstetricia, dos de Enfermería, dos de Medicina, uno de Psicología y uno de Trabajo Social; siendo siete mujeres y cinco hombres. El rango de edad comprendida va de los 21-24 años. Estas fichas permitieron complementar con la información documental seleccionada e incorporar las perspectivas de quienes cuidan.

En cuanto a las cápsulas se grabaron el 22 de abril de 2026, en las instalaciones del CUEC, y también en el hogar de algunas de las personas usuarias. Para recuperar las voces de la comunidad, se definieron como criterios de inclusión: ser persona usuaria de alguno de los programas del CUEC, contar con

Licencia CC-By-NC-ND

una trayectoria mínima de tres años de participación regular en los servicios, manifestar disposición y otorgar su consentimiento informado, así como autorizar la grabación y utilización de su voz e imagen con fines académico-institucionales. En este ejercicio, participaron siete personas usuarias, seis mujeres y un hombre, con edades comprendidas entre los 25 y 81 años, de los diferentes programas. Por ejemplo, del programa de Acompañamiento al proceso de Envejecimiento y Cuidado en el hogar para el abordaje de visitas domiciliarias participó una pareja de adultos mayores, en el caso de los talleres comunitarios participaron dos usuarias sin parentesco alguno, las tres restantes participaban en los programas de Salud Materna Integral y Estimulación Oportuna; es importante destacar que dada la articulación de estos programas permite la continuidad del abordaje, por ello, las personas participantes son un referente relevante. De las personas grabadas cinco ingresaron en 2023, una en 2022 y 2018, lo que permitió recuperar perspectivas de personas de distintas edades, así como experiencias relacionadas con diferentes modalidades de atención y cuidado comunitario.

La experiencia objeto de sistematización corresponde a la producción de cuidados humanizados que se desarrollan en el CUEC a través de sus diferentes programas y servicios. Dentro de los programas se consideraron: Salud Materna Integral, Estimulación Oportuna, Acompañamiento al proceso de Envejecimiento y Cuidado en el hogar y; como un servicio transversal la Atención Clínica Comunitaria Intercultural. Cada uno de estos son considerados como escenarios en los que se llevan a cabo acciones de promoción de la salud, prevención y detección oportuna de enfermedades, además de acompañamiento desde el liderazgo colaborativo de Enfermería a las personas, familias y comunidad. Estos programas constituyen espacios de interacción directa con las personas usuarias y permiten recuperar las prácticas mediante las cuales se construye el cuidado en un territorio y contexto sociocultural determinado. A continuación, se describen los componentes de cada uno de los programas y del servicio de Atención Clínica Comunitaria Intercultural[11]:

1. Salud Materna Integral: En el cual se llevan a cabo sesiones de psicoprofilaxis, se brinda información personalizada y contextualizada de acuerdo con las características clínicas, sociales y culturales de la población en temas de planificación familiar, prevención de enfermedades de transmisión sexual (ETS) y embarazos no deseados, consejería para adolescentes y jóvenes sobre pubertad, sexualidad y salud reproductiva, asesoría en salud menstrual, detección de cáncer cervicouterino y mamario.

2. Estimulación Oportuna: Este programa está dirigido principalmente a niñas y niños que atraviesan la primera infancia, así como a sus padres, madres y cuidadores primarios, con el propósito de favorecer un crecimiento y desarrollo integral desde una perspectiva de promoción de la salud y acompañamiento familiar. Se lleva a cabo mediante talleres de estimulación oportuna orientados a fortalecer las diferentes áreas del desarrollo infantil como son motor fino, motor grueso, cognición, lenguaje y socialización, además de proporcionar a las familias herramientas para favorecer el desarrollo de las niñas y los niños en su entorno cotidiano. De manera complementaria, se realizan talleres de crianza positiva dirigidos a cuidadores primarios, promoviendo conocimientos y prácticas que permitan acompañar el crecimiento y desarrollo infantil y reconocer oportunamente situaciones que requieran atención o seguimiento.

Licencia CC-By-NC-ND

3. Acompañamiento al proceso de Envejecimiento y Cuidado en el hogar: Este programa está dirigido principalmente a personas adultas mayores, con el propósito de favorecer un envejecimiento saludable, la autonomía, el bienestar y la continuidad de los cuidados en el entorno familiar y comunitario. Se desarrolla mediante dos estrategias principales, la Visita Domiciliaria la cual permite realizar un abordaje integral, humanizado y familiar, considerando las condiciones de vida, necesidades de salud, dinámicas familiares y recursos disponibles en el hogar. Asimismo, favorece el seguimiento de las personas adultas mayores y la orientación a sus familiares y cuidadores para fortalecer las prácticas de cuidado. La segunda estrategia corresponde a los Talleres y actividades en el CUEC, donde se constituye como un espacio de participación, aprendizaje y convivencia que favorecen el empoderamiento de las personas adultas mayores, mediante actividades de promoción de la salud fundamentadas en sus necesidades e intereses. Estos espacios buscan fortalecer conocimientos, habilidades, autonomía y participación activa en el cuidado de su salud.

4. Atención Clínica Comunitaria Intercultural: Se concibe como un servicio transversal del CUEC, ya que se constituye como un proceso de atención que se integra a los diferentes programas y permite responder a las necesidades de las personas, familias y comunidad. Si bien cada programa atiende poblaciones específicas, la Atención Clínica Comunitaria comparten componentes comunes relacionados con la valoración, identificación de necesidades, orientación, atención, seguimiento y articulación con otros servicios. Su carácter transversal permite adaptar estos componentes a las particularidades de cada programa, sin perder una estructura común que favorezca la continuidad, integralidad y calidad de la atención.

Como parte clave de esta experiencia se destaca el servicio social interprofesional desarrollado en el CUEC desde el año 2019, en el que participan pasantes de servicio de las licenciaturas de Enfermería, Enfermería y Obstetricia, Medicina, Nutrición, Psicología, Trabajo Social y Medicina Veterinaria y Zootecnia.

El trabajo conjunto entre cada una de estas disciplinas permite analizar la manera en que diferentes saberes se articulan en la atención de las necesidades identificadas en las personas, familias y demás grupos presentes en la comunidad, así como las formas de comunicación, colaboración y toma de decisiones que se construyen durante el trabajo comunitario. Asimismo, se reconoce la participación de docentes, tutores académico-clínicos, familias, comunidad y otros actores que intervienen en el desarrollo de las acciones.

Asimismo, conviene destacar que la información recuperada se organizó por programa, modalidad de atención y fuente: documentos institucionales, fichas reflexivas y testimonios de las personas usuarias registrados en video. Mediante la lectura de los documentos y las fichas, así como la revisión de las cápsulas, se identificaron temas relacionados con las formas de cuidado, la colaboración interprofesional y la relación con las personas usuarias. Posteriormente, se contrastaron las informaciones de los distintos programas y las aportaciones de las disciplinas o profesiones involucradas, reconociendo coincidencias, diferencias y tensiones entre la orientación institucional, las experiencias de los pasantes y los

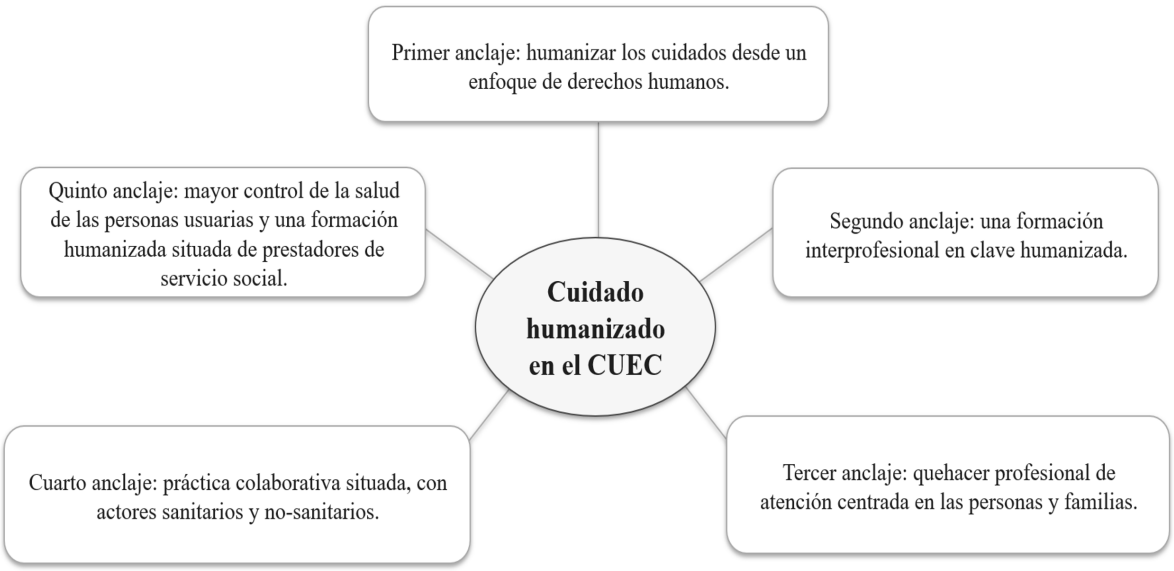
Licencia CC-By-NC-ND

testimonios de las personas usuarias acerca de la atención recibida, haciendo énfasis en la satisfacción. La interpretación crítica se centró en comprender cómo las formas de organización del trabajo y las relaciones entre personal de salud y personas usuarias favorecen o limitan la humanización de los cuidados, así como en reconocer los aprendizajes y desafíos que surgen de la práctica comunitaria.

Resultados

A la luz de la sistematización de la experiencia universitaria y comunitaria que representa el CUEC, se ha pensado y consensuado una propuesta de humanización de los cuidados en salud en el ámbito comunitario con cinco anclajes (Figura 1).

Figura 1. Propuesta de humanización de los cuidados en salud en el ámbito comunitario



Fuente: Elaboración propia.

Primer anclaje: humanizar los cuidados desde un enfoque de derechos humanos

Este primer anclaje parte de reconocer que cualquier tipo de experiencia de cuidado que no esté fundamentada en los derechos humanos difícilmente puede sostenerse en una sociedad democrática. Cuidar implica reconocer la dignidad de todas las personas, sin distinción alguna, así como respetar su autonomía, decisiones saberes y las diferentes formas en que comprenden y viven los procesos de salud y enfermedad.

Para el CUEC, las personas no son receptoras pasivas de indicaciones por parte del personal de salud, sino sujetos de derechos con capacidad de agencia, que son participantes activas en la construcción de

Licencia CC-By-NC-ND

su propio cuidado. Esto requiere proporcionar información clara, escuchar sus necesidades y respetar sus decisiones. Además, generar ciertas condiciones para que puedan expresar lo que piensan, sienten y aguardan de la atención. Es por ello, que el la experiencia del CUEC está centrada en las necesidades de las personas usuarias y no en el personal de salud. En ese sentido, humanizar los cuidados significa también revisar las relaciones de poder, de poca horizontalidad entre personal de salud y las personas usuarias de los servicios.

Como plantea Joan Tronto, desde la ética del cuidado, el cuidado puede contribuir a la construcción de una sociedad democrática cuando las necesidades de todas las personas son escuchadas y cuando las responsabilidades de cuidar se distribuyen de manera justa[10]. Esto supone reconocer tanto a quienes reciben los cuidados como a quienes los proporcionan, pues no puede hablarse de humanización si el personal de salud trabaja en condiciones de sobrecarga, precariedad o falta de reconocimiento. Tampoco puede considerarse democrático un cuidado en el que las decisiones se toman de manera unilateral y la voz de las personas no es tomada en cuenta o invisibilizada.

En este sentido, los cuidados no son democráticos por el solo hecho de realizarse. Se construyen democráticamente cuando existe participación, diálogo, corresponsabilidad y posibilidad de decidir. Para Tronto, cuidar con otras y otros implica incorporar valores como la confianza, la solidaridad, la justicia y la igualdad. De esta manera, el cuidado deja de entenderse como una responsabilidad individual o privada y se reconoce como una práctica social y política indispensable para sostener la vida. Aunque sea el personal de enfermería o de otra profesión relacionada con la salud, es un conocimiento y saber que se construye con ese otro y se alimenta en ambas direcciones.

En la experiencia del CUEC, este enfoque se expresa en el reconocimiento de las personas como participantes activas del cuidado. La consultoría de Enfermería, las visitas domiciliarias y los talleres comunitarios buscan generar espacios de escucha y acompañamiento en los que se consideran no solo síntomas o signos, sino que en la valoración del cuidado y la planificación de los mismos, son tomadas en cuenta las condiciones familiares, sociales, culturales y territoriales en las que transcurre la vida. Desde esta perspectiva, humanizar los cuidados significa construirlos con las personas y no únicamente para ellas.

***Segundo anclaje: una formación interprofesional en clave humanizad*a**

La formación interprofesional representa una oportunidad para fomentar relaciones basadas en el diálogo, el reconocimiento mutuo, la corresponsabilidad y el trabajo colaborativo. Implica aprender con, de y sobre otras disciplinas, además de desarrollar capacidades para escuchar otros saberes y reconocer los límites de su propio campo profesional. La interprofesionalidad no implica únicamente reunir diferentes profesiones en un mismo espacio, sino construir una cultura de colaboración en la que las distintas perspectivas se integren alrededor de las necesidades de las personas, las familias y las comunidades.

Desde una perspectiva humanizada, esta formación también exige revisar las relaciones de poder entre profesiones, la colaboración interprofesional requiere superar modelos en los que una disciplina ocupa

Licencia CC-By-NC-ND

una posición central y las demás actúan de manera subordinada. Se trata entonces de reconocer el valor de cada profesión, y comprender que el cuidado es una responsabilidad compartida.

En el CUEC, este anclaje se expresa en las experiencias de aprendizaje que favorecen el encuentro entre profesionales de distintas áreas, así como con las personas, familias y actores comunitarios. El territorio se convierte en un espacio en el que se aprende que los problemas de salud no son únicamente clínicos y que su abordaje requiere integrar conocimientos profesionales con los saberes y experiencias de quienes habitan la comunidad. Así, la formación interprofesional se convierte también en una formación para la humanización, porque enseña a reconocer al otro, dialogar, colaborar y construir respuestas colectivas.

Tercer anclaje: quehacer profesional de atención centrada en las personas y familias

La humanización de los cuidados también requiere transformar el quehacer de los profesionales de la salud. Una atención centrada en las personas y las familias implica reconocer que quienes acuden a los servicios no pueden ser reducidos a una enfermedad, un diagnóstico o una necesidad de intervención, aunque sí lo requieran. Son personas con una historia, saberes, valores, vínculos y sus condiciones materiales de vida que influyen en la manera en que viven la salud, la enfermedad y su experiencia de cuidado.

Desde esta perspectiva, el conocimiento profesional sigue siendo necesario, pero no es el único que interviene en la atención. Las personas y sus familias cuentan con saberes construidos a partir de su experiencia cotidiana, conocen sus posibilidades y limitaciones, y participan de diferentes maneras en el cuidado. Por ello, la relación no debería establecerse desde la imposición de indicaciones, sino mediante la escucha activa, el diálogo y la construcción conjunta de alternativas que sean posibles y tengan sentido para quienes las llevarán a cabo.

Incorporar a las familias tampoco significa trasladarles toda la responsabilidad del cuidado. Es reconocer una red de apoyo social informal clave y al mismo tiempo incluirles en el abordaje integral de parte del personal de salud. Es necesario reconocer su participación, pero también identificar cómo se distribuyen las tareas al interior de los hogares, quiénes cuidan, en qué condiciones lo hacen y con qué apoyos cuentan. Cuidar a quienes cuidan en el escenario de la clínica comunitaria como en el hogar es parte de una propuesta de humanización de los cuidados.

En el CUEC, este anclaje se expresa en la consultoría de Enfermería, la visita domiciliaria y los talleres comunitarios. Estos espacios permiten conocer a las personas más allá de su padecimiento y comprender sus diferentes realidades que condicionan sus experiencias de cuidado. De manera particular, la visita domiciliaria acerca al personal y a los prestadores de servicio social a la vida cotidiana, donde las recomendaciones profesionales se encuentran con las posibilidades reales de las personas y sus familias. El hogar se configura como un escenario privilegiado para un quehacer transformador.

Licencia CC-By-NC-ND

Por ello, centrar la atención en las personas y las familias supone pasar de una práctica que prescribe a otra que acompaña, dialoga e intenta construir acuerdos. Este cambio requiere que el personal de salud desarrolle capacidades para escuchar, comunicar, reconocer otros saberes y tomar decisiones compartidas. También implica mantener la continuidad del cuidado y establecer relaciones de confianza, sin perder de vista sus competencias técnicas.

Desde la experiencia del CUEC, la atención centrada en las personas y las familias constituye una forma concreta de humanizar los cuidados, porque reconoce su participación activa, recupera las particularidades de cada situación y busca que las acciones propuestas respondan a las necesidades y condiciones reales de quienes viven y sostienen el cuidado.

Cuarto anclaje: práctica colaborativa situada, con actores sanitarios y no-sanitarios

Los problemas que afectan la salud y el bienestar de las comunidades no pueden resolverse exclusivamente desde los servicios sanitarios. Las condiciones en las que las personas nacen, crecen, trabajan, envejecen y construyen sus relaciones determinan en gran medida sus posibilidades de cuidar y sostener su salud, por ello, humanizar los cuidados en el ámbito comunitario implica ampliar la mirada más allá de las instituciones y profesiones sanitarias[8].

La práctica colaborativa situada parte del reconocimiento de que en el territorio existen múltiples actores que poseen conocimientos, recursos y capacidades para contribuir al cuidado: familias, organizaciones comunitarias, instituciones educativas, colectivos sociales, autoridades locales y otros actores no sanitarios. Estos actores no deben ser considerados únicamente como recursos disponibles para ejecutar acciones definidas por los profesionales, sino como interlocutores y participantes en la construcción de respuestas de cuidado.

En la experiencia del CUEC, la práctica colaborativa situada permite articular la universidad, los servicios de salud y los diferentes actores presentes en el territorio. Las actividades comunitarias se convierten así en espacios de encuentro en los que los conocimientos académicos dialogan con los saberes construidos desde la experiencia cotidiana. Humanizar implica, entonces, no solamente atender a la comunidad, sino trabajar con la comunidad, reconociendo su capacidad para participar en la construcción de soluciones relacionadas con su salud y bienestar.

Quinto anclaje: mayor control de la salud de las personas usuarias y una formación humanizada situada de prestadores de servicio social

El cuidado humanizado no termina cuando se proporciona una orientación, se realiza un procedimiento o se resuelve una necesidad inmediata, su propósito es además favorecer que las personas desarrollen mayores capacidades para comprender, decidir y actuar sobre aquello que influye en su salud. En este sentido, humanizar implica pasar de una atención que hace por las personas hacia una práctica que fortalezca sus capacidades para cuidar de sí mismas y de otras personas.

Licencia CC-By-NC-ND

Esto implica fortalecer la autonomía, la alfabetización en salud, la capacidad de tomar decisiones y el reconocimiento de los propios recursos. Esto no significa trasladar la responsabilidad de la salud únicamente a las personas, sino generar condiciones para que puedan participar de manera informada en las decisiones que les afectan. La autonomía, por tanto, debe comprenderse en relación con las condiciones sociales, familiares y territoriales que posibilitan las opciones de cuidado.

Este anclaje adquiere una dimensión particular en la formación de quienes realizan su servicio social, ya que el territorio constituye un espacio privilegiado para aprender que el ejercicio profesional no implica únicamente aplicar conocimientos técnicos, sino en comprender realidades concretas, reconocer desigualdades, escuchar a las personas y construir respuestas pertinentes. La formación situada permite que las y los prestadores de servicio social de distintas disciplinas desarrollen competencias profesionales al mismo tiempo que fortalecen capacidades relacionales, éticas y comunitarias.

En el CUEC, la participación de prestadores de servicio social es una experiencia formativa bidireccional: mientras las personas y comunidades fortalecen sus capacidades para participar en el cuidado de su salud, las y los estudiantes aprenden a ejercer una práctica profesional más reflexiva, colaborativa y sensible al contexto. El territorio deja de ser únicamente el lugar donde se presta un servicio y se convierte en un espacio de aprendizaje, encuentro y transformación.

Discusión

Desde la perspectiva de Watson, el cuidado constituye una experiencia relacional en la que la presencia, la confianza, la escucha y el reconocimiento de la subjetividad forman parte de la propia práctica de cuidar[6]. Esta aproximación resulta pertinente para interpretar la experiencia del CUEC, donde el cuidado ocurre en distintos escenarios, incluyendo la atención clínica, los talleres, el acompañamiento familiar y la visita domiciliaria.

El primer anclaje, sustentado en los derechos humanos, adquiere particular relevancia porque establece el fundamento ético de los demás. Humanizar el cuidado implica reconocer la dignidad, autonomía, diversidad y capacidad de decisión de las personas. El segundo anclaje, referido a la formación interprofesional, permite reconocer que la humanización también se aprende y se construye durante la formación de los profesionales[12]. La experiencia del CUEC muestra que compartir escenarios de formación entre diferentes disciplinas favorece una comprensión más amplia de las necesidades de las personas y reduce el riesgo de fragmentar el cuidado.

El tercer y cuarto anclaje muestra que la atención centrada en personas y familias y la práctica colaborativa situada son dimensiones inseparables. Los cuidados adquieren mayor pertinencia cuando las decisiones se construyen a partir de las necesidades, posibilidades y condiciones concretas de las personas, y cuando los equipos reconocen los recursos existentes en las familias y comunidades. Esto coincide con el marco renovado de las Funciones Esenciales de Salud Pública (FESP), que propone

Licencia CC-By-NC-ND

fortalecer capacidades relacionadas con los derechos humanos, el abordaje de los determinantes sociales, el acceso equitativo a servicios integrales y de calidad y la colaboración entre diferentes actores[13]. En este sentido, las FESP permiten ampliar la discusión sobre humanización desde la relación profesional-persona hacia las responsabilidades institucionales y sociales que hacen posible el cuidado.

Para concretar la humanización de los cuidados en lo comunitario se requiere un mapeo de actores sanitarios y no sanitarios, que apuntale a una práctica colaborativa que se construya a partir de las necesidades y características de cada territorio. Los problemas de salud son complejos y no pueden ser atendidos de manera suficiente por una sola profesión, pero tampoco exclusivamente por los servicios sanitarios. La práctica colaborativa ocurre cuando profesionales de distintas disciplinas trabajan con las personas, las familias y las comunidades, comparten responsabilidades y participan en la toma de decisiones para brindar una atención más integral[14].

Hablar de una práctica colaborativa situada significa reconocer que la colaboración no puede desarrollarse de la misma manera en todos los contextos. Cada comunidad tiene una historia, formas propias de organización, redes de apoyo social, recursos, saberes y maneras particulares de responder a sus necesidades. Desde la Atención Primaria de Salud, la respuesta a los problemas requiere la participación de actores de distintos sectores, así como de personas y comunidades con capacidad para intervenir en las decisiones relacionadas con su salud[15].

La colaboración situada implica que los diferentes actores compartan información, reconozcan sus capacidades y establezcan acuerdos sobre las acciones que se llevarán a cabo. No se trata de que el personal de salud transfiera indicaciones a la comunidad, sino de generar espacios donde puedan encontrarse los saberes profesionales y comunitarios. Desde Alma-Ata se reconoce que las personas tienen el derecho y la responsabilidad de participar, tanto individual como colectivamente, en la planeación y puesta en práctica de la atención a su salud[16].

En el CUEC, la colaboración se construye entre prestadores de servicio social de distintas profesiones, personal académico, personas usuarias, familias y diferentes actores de la comunidad de San Luis Tlaxialtemalco. La consultoría, las visitas domiciliarias y los talleres comunitarios permiten acompañar y buscar respuestas que consideren los aspectos clínicos, pero también los determinantes sociales de la salud de cada persona y familia.

La experiencia también ha mostrado que reunir a distintas profesiones no garantiza por sí mismo una práctica colaborativa. Es necesario clarificar los roles, fortalecer la comunicación, reconocer los aportes de cada participante y dar continuidad a los acuerdos. La rotación de prestadores de servicio social y la limitada presencia de algunas disciplinas dificultan el proceso colaborativo, además de la diferencia entre los tiempos institucionales de la universidad y los tiempos de actores comunitarios, por ejemplo.

Licencia
CC-By-NC-ND

Desde esta perspectiva, la colaboración situada constituye un componente de la humanización, porque evita respuestas fragmentadas y reconoce que el cuidado se produce mediante relaciones de interdependencia. Construir los cuidados con actores sanitarios y no sanitarios permite ampliar la comprensión de las necesidades, fortalecer las capacidades de la comunidad y generar respuestas más cercanas a las condiciones reales de las personas y las familias.

El quinto anclaje, relacionado con la participación y la autonomía, permite identificar un cambio sustantivo en la finalidad del cuidado. No se trata únicamente de resolver necesidades inmediatas sino de favorecer que las personas incrementen sus capacidades para comprender, decidir y participar en lo que afecta su salud.

En conjunto, los cinco anclajes sugieren que la humanización constituye un proceso multidimensional en el que convergen ética, formación, práctica profesional, participación y organización de los servicios.

Conclusiones

Sistematizar la experiencia del CUEC permitió identificar cinco anclajes para la construcción de una propuesta de humanización de los cuidados en la comunidad: el enfoque de derechos humanos, la formación interprofesional, la atención centrada en las personas y las familias, la práctica colaborativa situada y el fortalecimiento de la participación y autonomía para el cuidado de la salud.

Cada uno de estos anclajes muestran que la humanización del cuidado constituye una práctica ética, relacional, técnica y política que requiere reconocer a las personas y comunidades como sujetos de derechos, saberes y decisiones, al tiempo que demanda transformar las condiciones institucionales y organizativas en las que se produce el cuidado.

La experiencia del CUEC también permite reconocer al territorio como una dimensión clave del cuidado comunitario. Situar las prácticas en el contexto de las personas favorece una atención más integral, pertinente y respetuosa de las condiciones sociales, culturales y familiares que intervienen en los procesos de salud-enfermedad-atención-cuidado.

En este sentido, la formación interprofesional constituye un elemento fundamental para avanzar hacia prácticas de cuidado más integrales y colaborativas, mientras que las Funciones Esenciales de Salud Pública ofrecen un marco complementario para comprender que la humanización depende también de capacidades institucionales relacionadas con los derechos humanos, la equidad, la participación, los determinantes sociales y el acceso a servicios de calidad.

La propuesta construida a partir de la experiencia del CUEC no pretende establecer un modelo único de humanización, sino aportar referentes para la reflexión y transformación de las prácticas de cuidado en otros escenarios comunitarios y es un insumo para pensar en que la humanización de los cuidados puede

Licencia CC-By-NC-ND

ser una realidad. Consideramos las limitaciones al ser una experiencia universitaria, muy local, pero no por ello deja de ser una contribución en la puesta en práctica de una humanización que camina con los cuidados en la comunidad al sur de la Ciudad de México.

Conflicto de interés

Las personas autoras declaran no tener ningún conflicto de intereses.

Consideraciones éticas

El presente trabajo se orienta a la sistematización de la experiencia del CUEC, a partir de la recuperación y el análisis de su trayectoria a través de documentos relacionados con sus actividades académicas y de atención comunitaria; así como parte de las experiencias de quienes prestan la atención y cuidan. En su elaboración se consideraron los principios de respeto a la dignidad humana, autonomía, confidencialidad, respeto a los derechos humanos y reconocimiento de la diversidad cultural de la comunidad.

La información se presenta con fines académicos y de reflexión sobre la experiencia institucional, procurando evitar la exposición de datos personales o elementos que permitan identificar a las personas participantes en las actividades descritas. Además, se reconoce la importancia de un abordaje respetuoso de los saberes, las prácticas y las formas de organización de la comunidad del pueblo originario de San Luis Tlaxialtemalco.

Uso de inteligencia artificial

Se empleó GPT-6.1 y GPT-6 como apoyo para la revisión y mejora de la redacción académica del manuscrito, así como para facilitar la organización alfabética de las referencias bibliográficas. El contenido generado se revisó y ajustó críticamente por las autoras, quienes verificaron su pertinencia y exactitud y asumen la responsabilidad integral del contenido definitivo del artículo.

Contribución de los autores

Conceptualización: A.R.C.; Curación de datos: A.R.C., I.H.S., Z.R.P.; Análisis formal: A.R.C., I.H.S.; Obtención de financiación: A.R.C.; Investigación: A.R.C., I.H.S., Z.R.P., D.E.C.V.; Metodología: A.R.C., I.H.S.; Administración del proyecto: A.R.C.; Recursos: A.R.C., Z.R.P., D.E.C.V.; Software: A.R.C.; Supervisión: A.R.C.; Validación: A.R.C., I.H.S., Z.R.P.; Visualización: A.R.C., I.H.S.; Redacción del borrador original: A.R.C., I.H.S.; Redacción, revisión y edición: A.R.C., I.H.S., Z.R.P., D.E.C.V.

Licencia CC-By-NC-ND

Financiamiento

El presente trabajo no recibió financiamiento específico de organismos públicos, privados o sin fines de lucro.

Agradecimientos

Agradecemos a cada enfermera y enfermero que trabaja en el CUEC, sean tutores y prestadores del servicio social, así como a quienes son de otras diferentes disciplinas de las ciencias de la salud y de ciencias sociales. Asimismo, un agradecimiento especial a las personas usuarias de los servicios y programas del centro, a nivel individual, familias y comunidad en general de San Luis Tlaxialtemalco, por su receptividad y confianza.

Referencias

1. Menéndez EL. Modelo médico hegemónico: tendencias posibles y tendencias más o menos imaginarias. Salud Colect. 2020;16:e2615. Doi: https://doi.org/10.18294/sc.2020.2615

2. Deslandes SF. Análise do discurso oficial sobre a humanização da assistência hospitalar. Cien Saude Colet. 2004;9(1):7-14. Doi: https://doi.org/10.1590/S1413-81232004000100002

3. Ayres JRCM. Cuidado e reconstrução das práticas de saúde. Interface (Botucatu). 2004;8(14):73-92. Doi: https://doi.org/10.1590/S1414-32832004000100005

4. Casallas-Murillo AL. La medicina social-salud colectiva latinoamericanas: una visión integradora frente a la salud pública tradicional. Rev Cienc Salud. 2017;15(3):397-408. Doi: https://doi.org/10.12804/revistas.urosario.edu.co/revsalud/a.6123

5. Waldow VR. Cogitando sobre o cuidado humano. Cogitare Enferm. 1998;3(2):7-10. Doi: https://doi.org/10.5380/ce.v3i2.44316

6. Watson J. Nursing: the philosophy and science of caring. Rev ed. Boulder (CO): University Press of Colorado; 2008.

7. Romualdo-Pérez Z. La Enfermería Comunitaria: Una propuesta de aproximación conceptual en México. Centro Universitario de Enfermería Comunitaria (CUEC): 34 años de historia y reflexiones. 1a ed. Ciudad de México: Universidad Nacional Autónoma de México, Facultad de Enfermería y Obstetricia; 2026. p. 82-97. Disponible en: https://www.feno.unam.mx/wp-content/uploads/2026/06/cuec-34-ans-de-reflexiones.pdf.

Licencia CC-By-NC-ND

8. Organización Panamericana de la Salud. Marco operacional para la inclusión del enfoque de equidad, determinantes sociales y promoción de la salud en la atención primaria de salud [Internet]. Washington (DC): Organización Panamericana de la Salud; 2026 [citado 27 oct 2026]. Disponible en: https://www.paho.org/es/documentos/marco-operacional-para-inclusion-enfoque-equidad-determinantes-sociales-promocion-salud.

9. Jara Holliday O. ¿Por qué y para qué sistematizar las experiencias de extensión universitaria? +E: Revista de Extensión Universitaria. 2019;9(11):3-9. Doi: https://doi.org/10.14409/extension.v9i11.Jul-Dic.8675

10. Castro AR, Huitron-Santana I. Modelo Interprofesional en salud comunitaria. El caso del Centro Universitario de Enfermería Comunitaria. Centro Universitario de Enfermería Comunitaria (CUEC): 34 años de historia y reflexiones. 1a ed. Ciudad de México: Universidad Nacional Autónoma de México, Facultad de Enfermería y Obstetricia; 2026. p. 68-83. Disponible en: https://www.feno.unam.mx/wp-content/uploads/2026/06/cuec-34-ans-de-reflexiones.pdf

11. Tronto JC. Caring democracy: markets, equality, and justice. New York: New York University Press; 2013.

12. Organización Mundial de la Salud. Derechos humanos y salud [Internet]. Ginebra: Organización Mundial de la Salud; 2023. Disponible en: https://www.paho.org/es/temas/derechos-humanos-salud

13. Organización Panamericana de la Salud. Implementación de las funciones esenciales de salud pública en las Américas: evaluación y fortalecimiento de capacidades. Washington, D.C.: OPS; 2024. Disponible en: https://www.paho.org/es/documentos/implementacion-funciones-esenciales-salud-publica-americas-evaluacion-fortalecimiento

14. World Health Organization. Framework for action on interprofessional education and collaborative practice [Internet]. Geneva: World Health Organization; 2010. Disponible en: https://iris.who.int/server/api/core/bitstreams/d743ea4e-8c14-493c-b3a5-1a0022e6ce54/content

15. World Health Organization, United Nations Children's Fund. Operational framework for primary health care: transforming vision into action [Internet]. Geneva: World Health Organization; 2020. Disponible en: https://www.who.int/publications/i/item/9789240017832

16. World Health Organization. Declaration of Alma-Ata. International Conference on Primary Health Care; 1978 Sep 6-12; Alma-Ata, USSR. Geneva: World Health Organization; 1978. Disponible en: https://www.who.int/publications/i/item/declaration-of-alma-ata

Licencia CC-By-NC-ND



Horizonte sanitario

ISSN (en línea): 2007-7459

Burnout en enfermería y cuidado humanizado al paciente crítico según personal y familiares

Nurse burnout and humanized care for critically ill patients: nurse and family perceptions

Artículo Original DOI: 10.19136/hs.a25sI.6431

Perla María Trejo Ortíz [1]
José Osskar Guerrero Solis [2]
José Manuel Limón Flores [3]
Erika María Luisa Galaviz Herrera [4]
Ana Carmen Rosales Fernández [5]
María Luz De Ávila Arroyo [6]

Correspondencia: Perla María Trejo Ortíz. Dirección postal: Universidad Autónoma de Zacatecas. Campus UAZ siglo XXI. Carretera Zacatecas- Guadalajara Kilómetro 6, Ejido La Escondida, C.P. 98160. Zacatecas, México.
Correo electrónico: perlatrejo@uaz.edu.mx

Licencia CC-By-NC-ND

[1] *Doctora en Ciencias de Enfermería. Unidad Académica de Enfermería. Universidad Autónoma de Zacatecas. México.*
[2] *Enfermero Especialista en Cuidados al Paciente en Estado Crítico. Servicios de Salud del Instituto Mexicano del Seguro Social para el Bienestar en Zacatecas. México.*
[3] *Enfermero Especialista en Cuidados al Paciente en Estado Crítico. Instituto Mexicano del Seguro Social en Zacatecas. México.*
[4] *Enfermera Especialista en Cuidados al Paciente en Estado Crítico. Instituto Mexicano del Seguro Social en Zacatecas. Méxicoo.*
[5] *Enfermera Especialista en Cuidados al Paciente en Estado Crítico. Instituto Mexicano del Seguro Social en Zacatecas. México.*
[6] *Doctora en Educación. Facultad de Enfermería. Benemérita Universidad Autónoma de Puebla. México.*

Perla María Trejo Ortíz
José Osskar Guerrero Solis
José Manuel Limón Flores
Erika María Luisa Galaviz Herrera
Ana Carmen Rosales Fernández
María Luz De Ávila Arroyo



Resumen

Objetivo: Analizar si el burnout del personal de enfermería que atiende a usuarios en estado crítico se relaciona con el cuidado humanizado que perciben el propio personal y los familiares, y comparar ambas percepciones.

Materiales y Métodos: Estudio transversal, correlacional y comparativo, con 118 profesionales de enfermería elegidos mediante muestreo aleatorio simple y 118 familiares de personas hospitalizadas en estado crítico en un hospital de Zacatecas, México, analizados en pares. Se aplicaron el MBI y la PCHE (3.ª versión). Se emplearon la correlación de Spearman con ajuste de Holm, la prueba de signos y la prueba exacta de Fisher.

Resultados: La prevalencia de burnout fue de 15.3% y 39.8% en riesgo de desarrollarlo. En la mitad de los pares la percepción del familiar coincidió con la del personal; cuando difirieron, el personal se calificó con mayor frecuencia por encima ($p = .037$), sobre todo en la apertura a la comunicación ($p = .007$). La percepción del personal acerca del cuidado humanizado se asoció con el cansancio emocional ($rs = -.451$) y la despersonalización ($rs = -.540$); en el familiar se asoció con el cansancio emocional ($rs = -.416$), la despersonalización ($rs = -.505$) y la realización personal ($rs = -.268$), todas con un valor de $p \leq .024$ posterior al ajuste.

Conclusiones: El burnout se asocia con una menor percepción de cuidado humanizado del personal y los familiares. Es necesario promover estrategias que fortalezcan la prevención y detección oportuna del agotamiento profesional, así como la relación enfermero-paciente-familia, especialmente en contextos críticos donde resulta aún más limitada la interacción humana.

Palabras Claves: Personal de Enfermería; Humanización de la Atención; Agotamiento Profesional; Familia.

Abstract

Objective: To analyse whether burnout among nurses caring for critically ill patients is related to humanized care as perceived by the nurses themselves and by family members, and to compare both perceptions.

Materials and Methods: This cross-sectional, correlational and comparative study included 118 nurses selected by simple random sampling and 118 family members of critically ill patients at a hospital in Zacatecas, Mexico, analysed as pairs. Data were collected with the MBI and the third version of the PCHE. Spearman's rank correlation with Holm adjustment, the sign test and Fisher's exact test were used.

Results: Burnout prevalence was 15.3%, and an additional 39.8% were at risk of developing it. In half of the pairs, the family member's perception matched with the nurse's; when they differed, nurses more often rated themselves higher ($p = .037$), particularly in openness to communication ($p = .007$). Nurses' perception of humanized care was associated with emotional exhaustion ($rs = -.451$) and depersonalization ($rs = -.540$); family members' perception was associated with emotional exhaustion ($rs = -.416$), depersonalization ($rs = -.505$) and personal accomplishment ($rs = -.268$), all with $p \leq .024$ after adjustment.

Conclusions: Burnout is associated with lower perceived humanized care among both nurses and family members. Strategies should be promoted to prevent and detect professional burnout early and to strengthen the nurse-patient-family relationship, especially in critical care settings, where human interaction is even more limited.

Keywords: Nursing Staff; Humanization of Assistance; Burnout, Professional; Family.

• Fecha de recibido: 14 de septiembre de 2026 • Fecha de aceptado: 06 de noviembre de 2026
• Fecha de publicación: 06 de noviembre de 2026

Licencia CC-By-NC-ND

Introducción

El burnout, conocido también como síndrome de desgaste profesional, constituye un problema propio del ambiente laboral, caracterizado por un estrés crónico asociado al trabajo que no ha sido procesado con éxito[1]. Acorde con Maslach y Jackson este padecimiento se integra por una triada sintomatológica: cansancio emocional, despersonalización y baja realización personal[2]. Aunque cualquier profesional está en riesgo de desarrollarlo, está documentado que el personal de salud, principalmente enfermería, es altamente vulnerable, sobre todo quienes trabajan con pacientes en estado crítico dado que se exponen continuamente a situaciones de elevado impacto a las emociones, sobrecarga laboral, sufrimiento moral, recursos limitados, déficit de personal e impacto psicológico derivado de la atención a pacientes críticamente inestables[3,4,5].

A pesar de que las prevalencias del síndrome alrededor del mundo tienden a variar según el contexto estudiado, es evidente que su presencia representa un problema de salud global. Un estudio realizado en seis países de Europa encontró que el burnout estaba presente en el 27.1% de las enfermeras en cuidados intensivos y el 30.3% de otras áreas hospitalarias; no obstante, en Grecia la prevalencia reportada de niveles medios o altos del síndrome es de 91.1%[6,7]. En España, el problema se ha encontrado tanto en hospitales de alta complejidad como en atención primaria, donde cerca de uno de cada seis profesionales de enfermería se ve afectado[8,9]. En Latinoamérica, particularmente Colombia y Brasil, los porcentajes de afectación por este síndrome o alguno de sus síntomas varían de un 63.2% a un 77.7%[10,11]. En México, las cifras son igualmente preocupantes, sobre todo durante o después de la pandemia, con reporte de prevalencias que van desde un 34.4% hasta un 88%[12,13,14]. Cabe destacar que revisiones sistemáticas recientes, reportan prevalencias del 6% al 66% dependiendo del instrumento utilizado o de si se considera únicamente el síndrome establecido o todo el proceso del desarrollo de desgaste[15,16].

Lo preocupante de este problema no son solo las cifras, sino las repercusiones en quien lo padece. La literatura expone que el personal afectado presenta problemas físicos y mentales, detrimento de las relaciones interpersonales y reducción en la autoestima, lo cual afecta la calidad y la seguridad del cuidado otorgado, lo que a su vez repercute en la satisfacción del paciente y su familia[17], ésta última en la mayoría de los casos dejada de lado y más aún en los casos en que el paciente se encuentra en estado crítico. Igualmente es reconocido que, entre los síntomas del burnout, el cinismo y la desconexión emocional pueden provocar que el personal se perciba menos capaz para otorgar un cuidado empático y enfocado en el paciente, es decir, un cuidado humanizado.

Respecto al cuidado humanizado, éste representa uno de los elementos principales de la atención a la salud y un compromiso ético que la enfermería tiene con la humanidad, se enfoca en ofrecer un cuidado completo y respetuoso, considerando aspectos físicos, emocionales y sociales de la persona cuidada, en un contexto en el que un entorno altamente tecnificado y especializado, puede convertirse en una barrera para su ejercicio[18,19]. Desde un punto de vista más objetivo, implica reconocer al individuo como un ser integral, con dignidad y valores éticos; que requiere de la reflexión científica y el uso creativo del conocimiento por parte del profesional que lo cuida[20,21,22]; aspectos que se consideran fundamentales para que el paciente y, en este caso su familia, experimenten una atención cálida, sensible y personalizada[23,24,25].

Investigaciones recientes sobre la percepción del cuidado humanizado que otorga enfermería, reportan resultados divergentes cuando se evalúa la percepción del familiar, el paciente o el propio personal. En Perú, un estudio realizado en familiares de pacientes internados en cuidados intensivos, reportó que el 90.12% calificó como regular el cuidado humanizado[26], cifra superior a lo encontrado en Zacatecas, México, donde el 63.5% de los usuarios consideró que enfermería siempre otorga un cuidado humanizado[27]. En Ecuador, se encontraron niveles bajo 29% y medio 28% de humanización en el cuidado otorgado[28]. De igual manera, el 44% de pacientes hospitalizados en establecimientos de mediana y alta complejidad en Colombia, percibió siempre un cuidado humanizado[29], dato similar a lo reportado por mujeres internadas en hospitales de Hidalgo, México, en quienes predominó una buena percepción de cuidado humanizado[30]. Datos relevantes, indican que la inteligencia emocional de las enfermeras y enfermeros se asocia con conductas observables del cuidado[31], sin dejar de lado el apoyo social, la autoeficacia[32], la antigüedad laboral y las características del puesto[33]. Además, la percepción de un cuidado humanizado mejora la satisfacción del paciente[34].

La literatura científica que asocie directamente el burnout con el cuidado humanizado que brinda enfermería es escasa. Entre los resultados encontrados destaca que la presencia de riesgos psicosociales laborales, sobrecarga laboral, el agotamiento emocional y el propio burnout tienen una relación negativa con el cuidado humanizado[35,36,37,38,39,40]; además, se ha encontrado que brindar este tipo de cuidado de manera sostenida, sobre todo en áreas críticas, puede desencadenar estrés laboral, fatiga por compasión e incluso burnout en las enfermeras y enfermeros, lo que posiblemente refleje la bidireccionalidad entre las variables[41]. Sorpresivamente, otras investigaciones sugieren que la deshumanización del cuidado puede ser una estrategia contra los síntomas del burnout, lo que pudiera sugerir que el personal emplea la deshumanización como un mecanismo de defensa frente al burnout[42,43].

En función a lo descrito y, considerando que contar con información sobre el burnout y el cuidado humanizado en este grupo profesional, permitirá orientar estrategias institucionales dirigidas a prevenir y detectar oportunamente el síndrome en este personal, así como fortalecer la relación enfermero-paciente-familia, particularmente en contextos críticos donde la interacción humana es más limitada, esta investigación se planteó analizar si el burnout del personal de enfermería que atiende a usuarios en estado crítico se relaciona con el cuidado humanizado que perciben el propio personal y los familiares, comparar ambas percepciones y diferenciar el comportamiento de estas variables de acuerdo a características sociodemográficas de cada grupo.

Materiales y Métodos

El diseño fue transversal, de tipo descriptivo, correlacional y comparativo. La población se integró por 174 profesionales de enfermería adscritos a los servicios de medicina interna, cirugía, traumatología, área de choque, observación adultos y terapia intensiva, de un hospital de segundo nivel del sector público en Zacatecas, durante el periodo junio-agosto del 2025. La muestra se calculó para un nivel de confianza de 95% con error de 5%, que determinó 120 participantes, mismos que se eligieron

Licencia CC-By-NC-ND

por muestreo aleatorio simple a partir del listado de personal adscrito a los servicios ya mencionados en los diferentes turnos, con números aleatorios generados en Excel. Se incluyó al personal que tuviera a su cargo pacientes en estado crítico, entendiendo por éste a quien presentaba al menos una de las siguientes condiciones: ventilación mecánica, apoyo aminérgico, diagnóstico de choque séptico o traumatismo craneoencefálico grave. Cuando el personal seleccionado no tenía pacientes a su cargo con esta condición, se sustituyó por el siguiente profesional de la lista. Se excluyó al personal que manifestó estar diagnosticado y en tratamiento por algún trastorno mental.

Por cada profesional se encuestó a un familiar, seleccionado de manera no probabilística, es decir, se tomó al primer paciente en estado crítico según el censo del servicio, a cargo del profesional seleccionado. Si el familiar no cumplía con los criterios de selección (mayores de edad, identificados como cuidadores primarios y que aceptaron participar voluntariamente), se eligió al siguiente paciente de la lista. Se excluyó a los familiares de pacientes con estancia menor a 24 horas. Se consideró como criterio de eliminación el llenado incompleto de cuestionarios, aunque esta situación no se presentó. Sin embargo, al revisar la base de datos se detectaron dos casos del personal de enfermería que coincidían por completo con otros dos registros, aun cuando los datos del familiar eran diferentes, por lo que se decidió eliminar uno de los dos y al final la muestra quedó conformada por 118 pares de profesional-familiar.

La recolecta de datos se realizó a través de una cédula de datos sociolaborales. Para el personal de enfermería se indagaron el sexo, edad, estado civil, escolaridad, contratación, antigüedad laboral, turno, servicio asignado, así como antigüedad en el servicio; para los familiares se cuestionó el sexo, edad y parentesco con el paciente. Para medir el burnout se empleó el Inventario de Maslach (MBI), adaptado a personal mexicano de enfermería[44]. Tiene 22 ítems organizados en síntomas principales del síndrome: agotamiento o cansancio emocional, integrado por nueve preguntas; despersonalización, con cinco ítems; y realización personal, compuesto por ocho preguntas, con opciones de respuesta tipo Likert que van de 0 a 6. La presencia del síndrome se determinó clasificando primeramente los resultados por subescala, donde se consideraron niveles bajo, medio y alto con puntajes de 0 a 18, 19 a 26 y 27 a 54, respectivamente en cansancio emocional; de 0 a 5, 6 a 9 y 10 a 30 en despersonalización, y de 0 a 33, 34 a 39 y 40 a 56 en realización personal. Se consideró alterada la subescala de cansancio emocional o despersonalización cuando su nivel fue alto, contrario a la realización personal donde se consideró bajo. Se clasificó con síndrome a quienes presentaron dos o más subescalas alteradas y con riesgo a quienes presentaron alteración sólo en una[45]. En esta muestra la consistencia interna fue de $\alpha = 0.81$ para cansancio emocional, $\alpha = 0.69$ para despersonalización y $\alpha = 0.76$ para realización personal.

Para medir el cuidado humanizado se usó el instrumento Percepción de Comportamientos de Cuidado Humanizado de Enfermería (PCHE) 3ª versión[46], integrado por 32 reactivos, agrupados en 3 dimensiones: Cualidades del hacer de enfermería (CHE), Apertura a la comunicación enfermera(o)-paciente (ACEP) y Disposición para la atención (DPA). Tiene cuatro opciones de respuesta tipo Likert. Los valores de referencia fueron: CHE nunca (7-19), algunas veces (20-24), casi siempre (25-26) y siempre (27-28); ACEP, nunca (8-20), algunas veces (21-26), casi siempre (27-29) y siempre (30-32);

Licencia CC-By-NC-ND

DPA, nunca (17-49), algunas veces (50-58), casi siempre (59-64), siempre (65-68); y puntaje global, nunca (32-95), algunas veces (96-111), casi siempre (112-120) y siempre (121-128). Este instrumento fue adaptado únicamente en la redacción de los ítems para cada grupo, no se modificó contenido, número de reactivos, opción de respuesta o calificación. Las versiones adaptadas se aplicaron a una muestra piloto de 30 profesionales y 30 familiares que no formaron parte de la muestra final. La consistencia interna global fue $\alpha = 0.93$ en el personal y $\alpha = 0.91$ en los familiares.

Durante la recolecta de datos se acudió a los distintos turnos en que laboraba el personal de enfermería seleccionado. Con el apoyo de la jefa de piso, se verificó que el profesional tuviera pacientes críticos a su cargo; en caso positivo, se invitó a participar primero al familiar y posteriormente al profesional de enfermería. A ambos se les explicó el propósito del estudio y qué implicaba participar, en caso de aceptar se les dio el consentimiento informado escrito, conforme a la normatividad mexicana en investigación para la salud[47].

Los datos se obtuvieron por pares, se pidió al familiar que valorara el cuidado que brindaba el profesional de enfermería que atendía a su paciente en ese turno, mientras que el personal respondió el MBI y la versión de la PCHE-III dirigida al personal. Al aplicar primero los cuestionarios al familiar y después al profesional, por separado, ninguno conoció las respuestas del otro. Cada par se identificó con un código numérico, sin registrar nombres, para respetar la confidencialidad de los participantes.

La captura y análisis se hicieron en el SPSS v27. Las variables se describieron con frecuencias, media, mediana y desviación estándar y la consistencia interna de los instrumentos con el alfa de Cronbach. La normalidad se revisó mediante Kolmogorov-Smirnov (ajuste de Lilliefors); como no se cumplió, se emplearon pruebas no paramétricas. Las variables se relacionaron mediante la correlación de Spearman y correlaciones parciales controlando sexo, antigüedad laboral y en el servicio. La asociación entre el burnout y el cuidado percibido se analizó con la prueba exacta de Fisher-Freeman_Halton. Las valoraciones de cada profesional y el familiar se compararon como muestras relacionadas mediante la prueba de signos, debido a que no se cumplió la distribución simétrica de las diferencias que requiere la prueba de Wilcoxon, y su concordancia se estimó con chi-cuadrada y kappa de Cohen. Para comparar grupos se usaron las pruebas U de Mann-Whitney y H de Kruskal-Wallis, con comparaciones por pares a través de la prueba de Dunn con ajuste de Bonferroni. Los valores de p de las correlaciones y comparaciones, se ajustaron con el método de Holm. Se fijó $\alpha = .05$.

Resultados

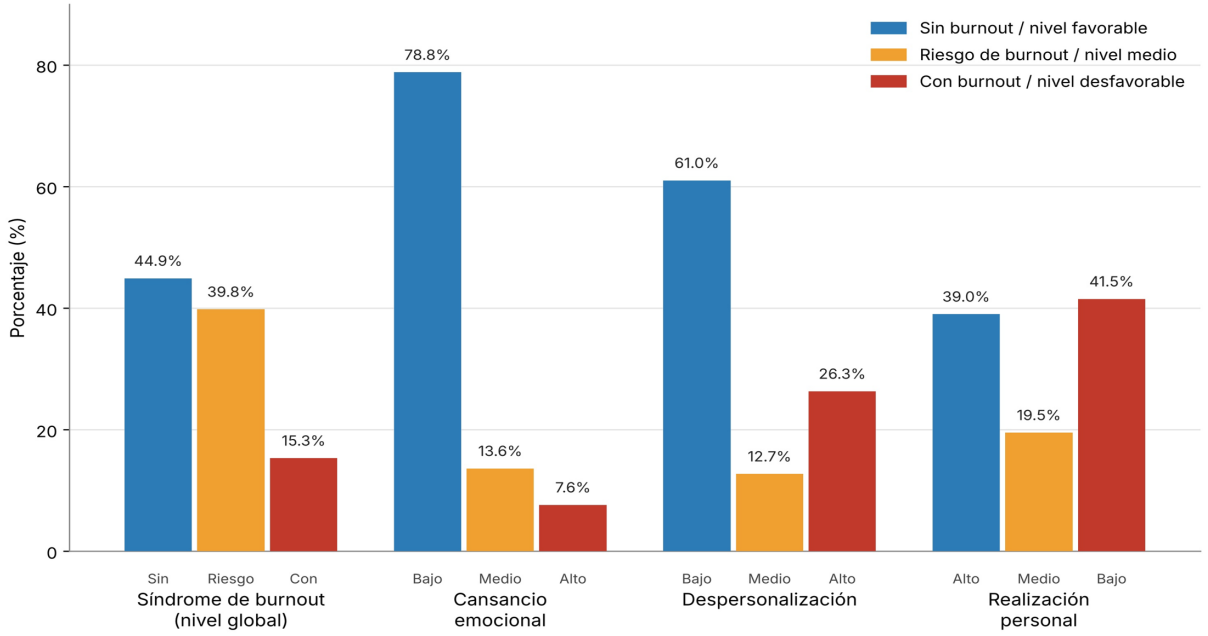
Participaron 118 profesionales de enfermería y 118 familiares de pacientes en estado crítico. Respecto a los profesionales, el 68.6% fueron del sexo femenino, con edad entre 36 a 40 años cumplidos (31.4%), el 50.8% casados, con un nivel de escolaridad de licenciatura en enfermería (62.7%), el 89.8% refirió tener una contratación definitiva, el 33.1% con una antigüedad laboral de entre 11 a

Licencia CC-By-NC-ND

15 años y el 35.6% del turno vespertino. En relación al servicio, el 41.5% estaba en medicina interna, con una antigüedad en su servicio actual de 7 a 9 meses (39.8%). En cuanto a los familiares, el 66.9% eran del sexo femenino, el 16.1% indicó estar en un grupo de edad de 31 a 35 años, seguido del 14.4% que estaba entre 51 a 55 años; el parentesco que más predominó fue el de esposa(o) con un 26.3%.

Al evaluar los síntomas del burnout, el 21.2% presentó nivel medio o alto de cansancio emocional, el 39.0% despersonalización y un 41.5% baja realización personal. El 15.3% del personal presentó burnout y 39.8% riesgo de burnout (Figura 1).

Figura 1. Distribución del burnout y sus dimensiones en la muestra de enfermería



Nota: $n = 118$.
Fuente: Elaboración propia

En cuanto a lo que percibió el personal de enfermería acerca del cuidado humanizado, el 46.6% señaló que siempre lo brindaba. En las cualidades del hacer de enfermería el 50.8% indicó siempre tenerlas. En apertura a la comunicación enfermera-paciente, 55.9% comentó siempre contar con ella, mientras que, en disposición para la atención, el 45.8% indicó siempre brindarla. De igual manera, el 47.5% de los familiares señaló que las enfermeras y enfermeros siempre brindaban cuidado humanizado. En CHE, lo percibió siempre el 54.2% de los familiares. En ACEP, el 49.2% consideró que siempre existía y en DPA, el 46.6% indicó que el personal siempre la tenía. Al comparar la percepción del personal con la del familiar, en la mitad de los pares ambas coincidieron. En donde se encontraron diferencias, el personal se calificó con mayor frecuencia por encima del familiar en cuidado humanizado global y en ACEP, sin diferencias en CHE ni en DPA (Tabla 1). Además, las valoraciones entre ambos grupos mostraron concordancia entre sí (kappa = .46; $\chi^2 = 67.40$, gl = 4, $p < .001$).

Licencia CC-By-NC-ND

Tabla 1. Percepción global y por dimensiones del cuidado humanizado: enfermería frente a familiares

		Personal de enfermería (n=118)		Familiares (n=118)		Pares	Prueba de signos	
Variable	**Nivel de percepción**	**f**	**%**	**f**	**%**	**P>F / F>P / =**	**Z**	**Valor de p**
Cuidado humanizado (global)	Nunca/Algunas veces	28	23.7	38	32.2	38 / 21 / 59	2.08	.037
	Casi siempre	35	29.7	24	20.3			
	Siempre	55	46.6	56	47.5			
CHE	Nunca/Algunas veces	34	28.8	33	28.0	25 / 27 / 66	0.14	.890
	Casi siempre	24	20.3	21	17.8			
	Siempre	60	50.8	64	54.2			
ACEP	Nunca/Algunas veces	22	18.6	43	36.4	38 / 17 / 63	2.70	.007
	Casi siempre	30	25.4	17	14.4			
	Siempre	66	55.9	58	49.2			
DPA	Nunca/Algunas veces	22	18.6	26	22.0	30 / 23 / 65	0.82	.410
	Casi siempre	42	35.6	37	31.4			
	Siempre	54	45.8	55	46.6			

Nota: f = frecuencia; P>F = pares en que el profesional se calificó por encima de su familiar; F>P = pares en que el familiar calificó por encima del profesional; = pares con el mismo puntaje. La prueba de signos se aplicó a los puntajes de cada par. CHE = cualidades del hacer de enfermería; ACEP = apertura a la comunicación enfermera(o)-paciente; DPA = disposición para la atención.
Fuente: Elaboración propia.

Al comparar el burnout y sus síntomas por sexo del personal de enfermería, no se encontraron diferencias significativas, aunque los varones presentaron una mediana de despersonalización más alta ($Mdn_{hombres}$ = 6.0 vs $Mdn_{mujeres}$ = 2.0, p = .073). Igualmente, se encontraron diferencias en cansancio emocional y despersonalización según la antigüedad laboral ($p < .05$) y en el desgaste emocional según la antigüedad en el servicio. El análisis post hoc de Dunn ajustado por Bonferroni, mostró que el cansancio emocional fue mayor en el personal con 1 a 5 años (p = .031) y con 6 a 10 años de antigüedad (p = .013), respecto al de 11 a 15 años; en tanto, la despersonalización fue mayor entre los que tenían de 1 a 5 años de antigüedad respecto a los de 11 a 15 años (p <.001) y de 16 a 20 años (p = .020). El personal con 3 meses o menos en el servicio actual presentó desgaste emocional significativamente menor que quienes tenían de 7 a 9 meses (p = .025), de 10 a 12 meses (p = .034) y más de 12 meses (p = .030) (Tabla 2).

Al comparar el cuidado humanizado según el perfil sociodemográfico del personal de enfermería, se identificó que las mujeres presentaron mejor percepción sobre cuidado humanizado y todas sus dimensiones (p < .05). Igualmente, se reportaron diferencias significativas en el cuidado humanizado y todas sus dimensiones según la antigüedad laboral (p ≤ .019). El análisis post hoc mostró que el personal con 1 a 5 años de antigüedad presentó puntajes significativamente menores que el de 11 a 15 años en cuidado humanizado global (p<.001), CHE (p<.001), ACEP (p=.008) y DPA (p=.001); adicionalmente, en CHE, el personal de 6 a 10 años también presentó puntajes significativamente menores

Licencia CC-By-NC-ND

que los de 11 a 15 años (p=.014) y en cuidado global (p = .043). En CHE los que tenían de 1 a 5 años de antigüedad laboral obtuvieron puntajes significativamente menores que quienes tenían de 16 a 20 años (p=.040). Por otro lado, al diferenciar la percepción de los familiares según características personales, se encontró que las mujeres presentaron mejor percepción global y todas sus dimensiones (p ≤ .012). Las diferencias señaladas se mantuvieron tras el ajuste por Holm por comparaciones múltiples.

Al asociar la percepción del personal y sus dimensiones con los síntomas del burnout, se observó relación negativa y significativa con el cansancio emocional y despersonalización, pero no con la realización personal. Mientras que, al correlacionar la valoración de los familiares con los síntomas del burnout del personal, también se observó una correlación negativa y significativa con el cansancio emocional y la despersonalización, así como entre la realización personal y la valoración global del cuidado humanizado (p = .024) y DPA (p = .013). En la percepción global del cuidado humanizado, estas asociaciones se mantuvieron al controlar el sexo, además de la antigüedad laboral y en el servicio (Tabla 3).

Tabla 2. Dimensiones de burnout según la antigüedad laboral y en el servicio del personal de enfermería

Categoría	n	Media	Mdn	DE	H (gl=4)	Valor de p
	Antigüedad laboral → Cansancio emocional					
1 a 5 años	22	16.00	16.00	8.82		
6 a 10 años	24	17.08	16.00	10.71		
11 a 15 años	39	9.13	8.00	5.03	15.30	.004
16 a 20 años	24	12.92	8.00	10.15		
21 años o más	9	14.67	17.00	6.98		
	Antigüedad laboral → Despersonalización					
1 a 5 años	22	8.68	10.00	5.02		
6 a 10 años	24	6.92	6.50	5.89		
11 a 15 años	39	2.92	2.00	3.59	22.19	<.001
16 a 20 años	24	4.04	2.00	4.34		
21 años o más	9	7.33	8.00	5.59		
	Antigüedad en el servicio → Cansancio emocional					
3 meses o menos	18	7.89	5.00	7.28		
4 a 6 meses	24	12.21	10.00	8.36		
7 a 9 meses	47	13.94	13.00	7.88	14.00	.007
10 a 12 meses	23	15.00	10.00	9.86		
Más de 12 meses	6	20.83	19.50	11.99		

Nota: Mdn = mediana; DE = desviación estándar; H = prueba H de Kruskal-Wallis; gl = grados de libertad. Comparaciones post hoc (prueba de Dunn con ajuste de Bonferroni): cansancio emocional, 1 a 5 y 6 a 10 años > 11 a 15 años (p = .031 y p = .013); despersonalización, 1 a 5 años > 11 a 15 años (p < .001) y > 16 a 20 años (p = .020); cansancio emocional según antigüedad en el servicio, 3 meses o menos < 7 a 9 meses (p = .025), 10 a 12 meses (p = .034) y más de 12 meses (p = .030).
Fuente: Elaboración propia.

Licencia CC-By-NC-ND

Tabla 3. Relación entre los síntomas de burnout y el cuidado humanizado percibido

	Cansancio emocional		Despersonalización		Realización personal	
Dimensión del cuidado humanizado	r_s	**p ajustada**	r_s	**p ajustada**	r_s	**p ajustada**
	Valoración del personal de enfermería					
Cuidado humanizado (global)	-.451	<.001	-.540	<.001	.020	.978
CHE	-.449	<.001	-.550	<.001	.064	.978
ACEP	-.408	<.001	-.429	<.001	.154	.456
DPA	-.460	<.001	-.550	<.001	-.092	.966
	Valoración de los familiares					
Cuidado humanizado (global)	-.416	<.001	-.505	<.001	-.268	.024
CHE	-.382	<.001	-.470	<.001	-.156	.456
ACEP	-.390	<.001	-.447	<.001	-.223	.091
DPA	-.432	<.001	-.530	<.001	-.287	.013
	Correlación parcial, cuidado humanizado (global)*					
Valoración del personal	-.450	<.001	-.496	<.001	.034	.714
Valoración de los familiares	-.388	<.001	-.471	<.001	-.272	.003

Nota: r_s = coeficiente de correlación de Spearman. En los dos primeros bloques, los valores de p están ajustados por comparaciones múltiples con el método de Holm (24 correlaciones). *Correlación parcial de Spearman controlando sexo, antigüedad laboral y antigüedad en el servicio; p sin ajuste. Las dimensiones del burnout corresponden siempre al personal de enfermería. CHE = cualidades del hacer de enfermería; ACEP = apertura a la comunicación enfermera(o)-paciente; DPA = disposición para la atención.
Fuente: Elaboración propia.

Finalmente, al aplicar pruebas de Fisher para relacionar el burnout con el cuidado humanizado que percibieron el propio personal y los familiares, la asociación fue significativa ($p < .05$). Entre el personal con el síndrome, el 55.5% consideró nunca o algunas veces brindar cuidado humanizado y solo el 11.1% siempre. En cuanto a los familiares, cuando el personal que atendía a su paciente presentaba burnout, el 27.8% percibió que siempre se brindaba cuidado humanizado, porcentaje menor que cuando el personal no tenía burnout (43.4%) o estaba en riesgo (59.6%), como se muestra en la Tabla 4.

Tabla 4. Nivel de burnout en enfermería y cuidado humanizado percibido

	Sin burnout (n=53)		Riesgo de burnout (n=47)		Con burnout (n=18)		Prueba exacta de Fisher	
Percepción de cuidado humanizado	*f*	**%**	*f*	**%**	*f*	**%**	**Valor**	**Valor de p**
	Valoración del personal de enfermería							
Nunca	1	1.9	1	2.1	4	22.2	17.93	.003
Algunas veces	8	15.1	8	17.0	6	33.3		
Casi siempre	17	32.1	12	25.5	6	33.3		
Siempre	27	50.9	26	55.3	2	11.1		
	Valoración de los familiares							
Nunca	0	0.0	1	2.1	1	5.6	12.74	.027
Algunas veces	17	32.1	14	29.8	5	27.8		
Casi siempre	13	24.5	4	8.5	7	38.9		
Siempre	23	43.4	28	59.6	5	27.8		

Nota: f = frecuencia; % calculado por columna. Prueba exacta de Fisher estimada por el método Monte Carlo.
Fuente: Elaboración propia.

Licencia CC-By-NC-ND

Discusión

Los resultados encontrados evidenciaron que existe un porcentaje considerable de síndrome de burnout y riesgo a padecerlo entre el personal de enfermería, estos hallazgos coinciden con la literatura mexicana previa[12,13,14], donde se señala que el burnout es frecuente en el personal de salud, principalmente en enfermeras y enfermeros que trabajan con pacientes críticos[3,4,5]. Además, sugieren que los profesionales de esta investigación están presentando situaciones que los exponen a una alta carga emocional, posiblemente determinada por la sobrecarga laboral y el sufrimiento moral derivados de la atención a pacientes críticos, ya que estos demandan intervenciones de alta complejidad que requieren mayor atención y tiempo de cuidado.

En cuanto a lo que percibió el personal de enfermería, alrededor de la mitad indicó que siempre brindaba cuidado humanizado en lo global y en cada dimensión. Sin embargo, estos datos son preocupantes porque solo la mitad de la muestra está consciente de brindar un cuidado humanizado caracterizado por responder a las necesidades físicas, emocionales y sociales de quien recibe el cuidado, dentro de un ambiente de respeto y compromiso[18,19]. Por el contrario, otro porcentaje significativo, quizá resultado del riesgo o presencia del síndrome de burnout, genera un riesgo para la integralidad del cuidado brindado, confirmando lo señalado por otros estudios, donde se ha observado que la presencia de diversos factores psicosociales, laborales y personales se asocian de forma negativa con el cuidado humanizado[35,36,37,38,39,40]. Sin dejar de lado que esto se agudiza en las áreas críticas, consideradas un factor determinante para el incremento del estrés y agotamiento del personal[41], o que como se ha señalado en otras investigaciones, esto pudiera sugerir que el personal emplea la deshumanización como un mecanismo de defensa frente al burnout[42,43].

Aunque la mayoría de los familiares percibió que casi siempre o siempre el personal de enfermería brindaba un cuidado humanizado, al comparar los resultados con la valoración del profesional, se encontró que en la mitad de los casos coincidieron, y cuando diferían el personal se calificó con mayor frecuencia por encima del familiar, sobre todo en apertura a la comunicación. Estos resultados se asemejan a reportes de Colombia y Zacatecas, México[27,29] donde los estudios indican que los usuarios percibieron siempre el cuidado humanizado que otorgaba enfermería, así como a lo reportado en enfermeras asistenciales de España, quienes en general percibieron brindar un cuidado humanizado[48]. Esto resalta la importancia de valorar la percepción de los familiares en la evaluación del cuidado y no sólo la del personal.

Destacó que quienes tenían menos años laborando presentaron mayor cansancio emocional y despersonalización que los que tenían de 11 a 15 años de antigüedad, en tanto que el cansancio emocional fue menor en el personal con tres meses o menos en el servicio actual. Esto podría indicar que el desgaste comienza cuando el personal permanece varios meses en el mismo servicio, aunque fueron pocos los participantes con más de 12 meses en el servicio, por lo que este hallazgo debe considerarse con cautela. Aun así, destaca la importancia de la rotación del personal, misma que debe planearse con cuidado, ya que en estudios previos se ha señalado que la rotación constante también puede producir ansiedad y

Licencia CC-By-NC-ND

dificultad para conocer a los pacientes[19]. Por otro lado, el hecho de que dos de los síntomas principales del burnout estén presentes en el personal con menor antigüedad, podría relacionarse con una disociación entre las expectativas con las que egresan los estudiantes de enfermería y a lo que se enfrentan una vez que se insertan al mercado laboral, donde la sobrecarga y condiciones laborales adversas generan desgaste que se acumula y manifiesta en forma de estrés. Este hallazgo coincide con un estudio realizado en Turquía, donde se reportó que la despersonalización fue mayor en las personas de 20 a 29 años y en quienes tenían menos experiencia[35].

La percepción del cuidado humanizado puntuó mayormente en quienes tenían de 11 a 15 años laborando, respecto a quienes tenían menos de diez. Lo que puede asociarse a que a medida que avanza el tiempo en el trabajo, se incrementan la seguridad en los procedimientos y acciones de cuidado, derivado de la experiencia, conocimiento y habilidades adquiridas, lo cual puede hacer que el personal de enfermería infiera que su trabajo es adecuado y se sienta competente para desarrollarlo. Este resultado es concordante con lo reportado en un estudio de España, donde el personal con 0 a 5 años de experiencia, obtuvo los puntajes más bajos de cuidado humanizado[48], además, el propio personal ha reconocido que la experiencia profesional les permite fortalecer sus valores profesionales[19].

Por otra parte, los resultados de esta investigación destacan que las mujeres, tanto enfermeras como familiares, tenían mejor percepción del cuidado humanizado, lo que podría relacionarse con el rol sociocultural en el que las mujeres otorgan acompañamiento y cuidado, que incrementa la sensibilidad hacia las necesidades del otro y podría influir en cómo perciben el cuidado humanizado al observar el hacer de enfermería, la atención y una buena comunicación.

Al analizar la relación entre las variables, se identificó que a mayor cansancio emocional, despersonalización y burnout, menor fue el cuidado humanizado que percibieron tanto el personal como el familiar, asociación que se mantuvo al controlar el sexo y la antigüedad. Asimismo, el nivel de burnout se asoció con la valoración del personal y de los familiares, el personal con burnout fue el que menos consideró brindar un cuidado humanizado y cuando el profesional tenía burnout, también el familiar percibió con menor frecuencia que siempre lo brindaba. Lo anterior resulta especialmente preocupante debido a que el cuidado humanizado constituye un componente primordial de una atención segura y de calidad, particularmente en servicios donde se atienden pacientes en estado crítico. Este hallazgo coincide con una revisión sistemática realizada en UCI, que describe una relación compleja entre ambas variables: el burnout obstaculiza una atención centrada en el paciente, y al mismo tiempo, un ambiente laboral favorable reduce el desgaste por el trabajo[40]; incluso, se ha señalado que un estilo de comunicación no efectivo interviene entre la humanización y el síndrome[49].

Finalmente, un hallazgo que llamó la atención fue que a menor realización personal de los profesionales de enfermería, los familiares percibieron un mejor cuidado, relación que se mantuvo tras ajustar por comparaciones múltiples y controlar el sexo y la antigüedad; dato que difiere con lo reportado previamente en personal de enfermería de cuidados intensivos[35]; diferencia que podría explicarse considerando que en el estudio de comparación el cuidado humanizado fue valorado solo por el propio personal.

Licencia CC-By-NC-ND

Así, este resultado puede sugerir que el personal más involucrado con el paciente y su familia, es también el que más percibe las limitaciones de lo que puede brindarles dentro del contexto hospitalario, lo que los hace sentirse insatisfechos con sus propios logros.

Entre las limitaciones del estudio se destaca el diseño transversal, por lo que las asociaciones encontradas entre el burnout y el cuidado humanizado no implican causalidad. Además, los familiares se seleccionaron por muestreo no probabilístico, lo que limita generalizar sus resultados. La PCHE-III se adaptó en su redacción para el personal y los familiares y aunque se sometió a una prueba piloto y mostró consistencia interna adecuada, no se realizó un proceso formal de validación de estas versiones.

Conclusiones

El burnout y los síntomas de cansancio emocional y despersonalización mostraron una relación inversa con la percepción que tienen tanto el personal de enfermería como el familiar sobre el cuidado humanizado que otorgan estos profesionales. Si bien predominó una valoración favorable del cuidado humanizado de enfermería y en la mitad de los casos la percepción del personal coincidió con la del familiar, cuando difirieron los profesionales se calificaron con mayor frecuencia por encima del familiar, sobre todo en la comunicación. Por ello, existe la necesidad de que se fortalezcan estrategias institucionales dirigidas a la prevención del desgaste laboral y la promoción de habilidades comunicativas y relacionales que favorezcan el desarrollo e implementación de un cuidado integral centrado en el paciente y sus familiares. En este sentido se recomienda realizar estudios longitudinales para evaluar la influencia de una variable sobre otra, incorporando la percepción del cuidado humanizado tanto del personal como del familiar.

Conflicto de interés

Ninguno de los autores tiene conflicto de intereses que declarar.

Consideraciones éticas

La investigación respetó lo estipulado en el Reglamento de la Ley General de Salud en Materia de Investigación para la Salud. Contó con la aprobación de los comités de Investigación (CI-UAE-07-2024) y de Ética en Investigación (04/CEI-UAE-UAZ/2025) de la Universidad Autónoma de Zacatecas, así como del Comité de Investigación de la Institución de Salud en la que se recolectaron los datos (046/2025).

Licencia CC-By-NC-ND

Uso de inteligencia artificial

Se empleó inteligencia artificial como apoyo en la revisión de redacción y coherencia del manuscrito, en la búsqueda y verificación de referencias bibliográficas, en el diseño de tablas y figuras y en la verificación del análisis estadístico solicitado por los revisores; todos los resultados se comprobaron en SPSS versión 27. Los autores revisaron y aprobaron la versión final y asumen total responsabilidad sobre su contenido.

Contribución de los autores

Conceptualización: P.M.T.O.; J.O.G.S.; J.M.L.F.; Curación de datos: P.M.T.O.; E.M.L.G.H.; Análisis formal: P.M.T.O.; J.O.G.S.; J.M.L.F.; Adquisición de fondos: M.L.D.A.; Investigación: E.M.L.G.H.; M.C.R.F.; J.O.G.S.; Metodología: E.M.L.G.H.; M.C.R.F.; J.O.G.S.; J.M.L.F.; Administración de proyecto: P.M.T.O.; Recursos: E.M.L.G.H.; M.C.R.F.; J.O.G.S.; J.M.L.F.; Software: M.C.R.F.; J.O.G.S.; J.M.L.F.; Supervisión: P.M.T.O.; Validación: M.L.D.A.; P.M.T.O.; Visualización: M.L.D.A.; P.M.T.O.; Redacción-borrador original: P.M.T.O.; J.O.G.S.; J.M.L.F.; Redacción- revisión y edición: M.L.D.A.; P.M.T.O.

Financiamiento

Los autores declaran haber desarrollado el estudio con recursos propios.

Agradecimientos

Un agradecimiento sincero a la institución de salud, así como al personal y familiares participantes.

Referencias

1. Pujol-de Castro A, Valerio-Rao G, Vaquero-Cepeda P, Catalá-López F. Prevalencia del síndrome de burnout en médicos que trabajan en España: revisión sistemática y metaanálisis. Gac Sanit. 2024;38:102384. Doi: http://dx.doi.org/10.1016/j.gaceta.2024.102384

2. Edú-Valsania S, Laguía A, Moriano JA. Burnout: a review of theory and measurement. Int J Environ Res Public Health. 2022;19(3):1780. Doi: http://dx.doi.org/10.3390/ijerph19031780

Licencia CC-By-NC-ND

3. Unjai S, Forster EM, Mitchell AE, Creedy DK. Compassion satisfaction, resilience and passion for work among nurses and physicians working in intensive care units: a mixed method systematic review. Intensive Crit Care Nurs. 2022; 71:103248. Doi: http://dx.doi.org/10.1016/j.iccn.2022.103248

4. Salas-Bergüés V, Pereira-Sánchez M, Martín-Martín J, Olano-Lizarraga M. Development of burnout and moral distress in intensive care nurses: An integrative literature review. Enferm Intensiva. 2024;35(4):376-409. Doi: http://dx.doi.org/10.1016/j.enfie.2024.02.002

5. Jiménez Juela N, Vallejo Baquero MJ, Yanchaguano Revelo AI, Andino Guamanzara XP, Díaz Guerrero MC. Síndrome de burnout en profesionales de enfermería en la unidad de cuidados intensivos. Revisión sistemática de la literatura. Cienc Lat Rev Cient Multidiscip. 2025;9(2):754-75. Doi: http://dx.doi.org/10.37811/cl_rcm.v9i2.16877

6. Bruyneel A, Dello S, Dauvergne JE, Kohnen D, Sermeus W. Prevalence and risk factors for burnout, missed nursing care, and intention-to-leave the job among intensive care unit and general ward nurses: a cross-sectional study across six European countries in the COVID-19 era. Intensive Crit Care Nurs. 2025; 86:103885. Doi: http://dx.doi.org/10.1016/j.iccn.2024.103885

7. Galanis P, Moisoglou I, Katsiroumpa A, Vraka I, Siskou O, Konstantakopoulou O, et al. Increased job burnout and reduced job satisfaction for nurses compared to other healthcare workers after the COVID-19 pandemic. Nurs Rep. 2023;13(3):1090-100. Doi: http://dx.doi.org/10.3390/nursrep13030095

8. Martín Rivera BE, Clavero López L, Gudiño Vázquez M, Albalat Rodríguez A, de la Matta Cantó M, Castillo Ayala A. Análisis situacional de los profesionales de enfermería para el desarrollo de un plan estratégico en un hospital de alta complejidad. An Sist Sanit Navar. 2025;48(3):e1116. Doi: http://dx.doi.org/10.23938/ASSN.1116

9. Beltrán-Gómez E, Pujol-de Castro A, Vaquero-Cepeda P, Catalá-López F. Prevalencia de burnout en profesionales de atención primaria del Sistema Nacional de Salud: revisión sistemática y metaanálisis. Gac Sanit. 2025;39:102526. Doi: http://dx.doi.org/10.1016/j.gaceta.2025.102526

10. De las Salas R, Díaz-Agudelo D, Serrano-Merino D, Ortega-Pérez S, Tuesca-Molina R, Gutiérrez-López C. Síndrome de burnout en el personal de enfermería en hospitales del departamento del Atlántico. Rev Salud Pública. 2021;23(6):1-8. Doi: http://dx.doi.org/10.15446/rsap.V23n6.97141

11. Veloso ATS, Silva DS, Silva VA, Santos SD, Estrela FM, Souza ACF. Síndrome de burnout y factores asociados en enfermeras de cuidados intensivos: un estudio transversal. Enferm Glob. 2024;23(2):223-59. Doi: http://dx.doi.org/10.6018/eglobal.577341

Licencia
CC-By-NC-ND

12. Medina-Frausto ML, Sosa-Bustamante GP, González AP, Paque-Bautista C, Cruz-Ruelas GJ, Saldívar-Lara GR. Distrés moral asociado al síndrome de burnout en personal de enfermería que labora en áreas de atención pediátrica. Rev Enferm Inst Mex Seguro Soc. 2025;33(2):e1541. Doi: http://dx.doi.org/10.5281/zenodo.15091716

13. Hernández Mariano JA, Razo-Blanco-Hernández DM, Ricardez-Romero MA, Sarmiento-Cortes P. Síndrome de burnout en personal de enfermería tras la atención de pacientes con COVID-19 en un hospital de tercer nivel en la Ciudad de México. XIKUA Bol Cient Esc Super Tlahuelilpan. 2024;12(23):13-9. Doi: http://dx.doi.org/10.29057/xikua.v12i23.11834

14. Santos-Flores JM, Santos-Flores I, Solorzano-Morales BE, Pacheco-Pérez LA, Collazo-Muñoz IE, Vega-Grimaldo MÁ. Síndrome de burnout en los profesionales de enfermería en atención a pacientes con COVID-19. SANUS. 2023;8:e331. Doi: http://dx.doi.org/10.36789/revsanus.vi1.331

15. Ramírez-Elvira S, Romero-Béjar JL, Suleiman-Martos N, Gómez-Urquiza JL, Monsalve-Reyes C, Cañadas-De la Fuente GA, et al. Prevalence, risk factors and burnout levels in intensive care unit nurses: a systematic review and meta-analysis. Int J Environ Res Public Health. 2021;18(21):11432. Doi: http://dx.doi.org/10.3390/ijerph182111432

16. Gómez García JM, Gálvez Herrer M, García Olivares P, Martín Delgado MC, Moreno Jiménez B, Nin Vaeza N, et al. Prevalence and risk factors associated with professional burnout in Spanish Intensive Care Units. Med Intensiva (Engl Ed). 2026;50:502529. Doi: http://dx.doi.org/10.1016/j.medine.2026.502529

17. Li LZ, Yang P, Singer SJ, Pfeffer J, Mathur MB, Shanafelt T. Nurse burnout and patient safety, satisfaction, and quality of care: a systematic review and meta-analysis. JAMA Netw Open. 2024;7(11):e2443059. Doi: http://dx.doi.org/10.1001/jamanetworkopen.2024.43059

18. Meneses-La-Riva ME, Fernández-Bedoya VH, Suyo-Vega JA, Ocupa-Cabrera HG, Paredes-Díaz SE. Humanized care in nursing practice: a phenomenological study of professional experiences in a public hospital. Int J Environ Res Public Health. 2025;22(8):1223. Doi: http://dx.doi.org/10.3390/ijerph22081223

19. Martin-Ferreres ML, Wennberg-Capellades L, Rodríguez E, Llaurado-Serra M, de Juan Pardo MA. Challenges for hospital management in supporting nurses to deliver humanized care. Nurs Inq. 2025;32(1):e12422. Doi: http://dx.doi.org/10.1111/nin.12422

20. Espinel-Jara VM, Tapia-Paguay MX, Tito-Pineda AP, López-Aguilar EC, Fernández-Cusimamani E. Humanized and community-based nursing for geriatric care: impact, clinical contributions, and implementation barriers. Nurs Rep. 2025;15(8):302. Doi: http://dx.doi.org/10.3390/nursrep15080302

Licencia CC-By-NC-ND

21. Henao Castaño ÁM, Vergara Escobar OJ, Gómez Ramírez OJ. Humanización de la atención en salud: análisis del concepto. Rev Cienc Cuid. 2021;18(3):74-85. Doi: http://dx.doi.org/10.22463/17949831.2791

22. Reyes-Torres SB, Mayorga-Ponce RB, Sánchez-Padilla ML, Roldan-Carpio A. El profesional de enfermería & el cuidado humanizado. Educ Salud Bol Cient Inst Cienc Salud Univ Autón Estado Hidalgo. 2022;10(20):83-5. Doi: http://dx.doi.org/10.29057/icsa.v10i20.9061

23. Duque PA, Quintero Duque S. Open-door ICU model and humanized care: a systematic review. Nurs Rep. 2025;15(11):406. Doi: http://dx.doi.org/10.3390/nursrep15110406

24. Espinoza D, Guerra V, Poblete M. Proyecciones del cuidado disciplinar desde la filosofía de Jean Watson: una revisión sistémica. Enferm Cuid Humaniz. 2024;13(2):7-10. Doi: http://dx.doi.org/10.22235/ech.v13i2.4058

25. Villa L, Chuquimarca M, Egas F, Yazuma J, Carrera L, Quispe M. Cuidado humanizado aplicado en enfermería: una revisión sistemática. Rev Latinoam Cienc Soc Humanid. 2023;4(2):5713. Doi: http://dx.doi.org/10.56712/latam.v4i2.1012

26. Carpio J. El cuidado humanizado de enfermería frente al grado de dependencia según la percepción familiar en pacientes en unidades de cuidados intensivos. Investig Innov. 2022;2(3):12. Doi: http://dx.doi.org/10.33326/27905543.2022.3.1607

27. Flores A, Zorrilla L, Araujo R, Reveles E, Trejo P, Calderón A. Percepción del paciente sobre el cuidado humanizado de enfermería. Cienc Lat Rev Cient Multidiscip. 2023;7(6):8859-69. Doi: http://dx.doi.org/10.37811/cl_rcm.v7i6.9836

28. Holguín M, Encalada P, Bermeo F. Percepción del cuidado humanizado del personal de enfermería en cuidados intermedios. Hospital General de Macas. Cienc Lat Rev Cient Multidiscip. 2023;7(6). Doi: http://dx.doi.org/10.37811/cl_rcm.v7i6.8792

29. Lobo-Osorio D, Oviedo-Córdova H, Cortina-Navarro C. La experiencia del cuidado humanizado en personas hospitalizadas: un estudio transversal. Duazary. 2023;20(2):19-21. Doi: http://dx.doi.org/10.21676/2389783X.5354

30. López Canchola G, Hernández López A, Hernández Barrera AM, Martínez Trujillo AP, López Nolasco B, Siliceo Cantero HH, et al. Percepción del cuidado humanizado de mujeres en puerperio quirúrgico y fisiológico en tres hospitales de Hidalgo. Educ Salud Bol Cient Inst Cienc Salud Univ Autón Estado Hidalgo. 2025;13(26):1-6. Doi: http://dx.doi.org/10.29057/icsa.v13i26.14431

Licencia
CC-By-NC-ND

31. Ayed A, Malak MZ, Abu Ejheisheh M, Batran A, Farajallah M, Handal P. The relationship between emotional intelligence and caring behaviors among Palestinian nurses in neonatal intensive care units: a cross-sectional study. Int Nurs Rev. 2025;72(4): e70116. Doi: http://dx.doi.org/10.1111/inr.70116

32. Liu H, Zhang L, Yan J, Huang H, Yi Q, Peng L. The relationship between social support, empathy, self-efficacy, and humanistic practice ability among clinical nurses in China: a structural equation model. J Nurs Manag. 2023;2023:1378278. Doi: http://dx.doi.org/10.1155/2023/1378278

33. Youn H, Lee M, Jang SJ. Person-centred care among intensive care unit nurses: A cross-sectional study. Intensive Crit Care Nurs. 2022; 73:103293. Doi: http://dx.doi.org/10.1016/j.iccn.2022.103293

34. Urure Velazco IN, Pacheco Villa García LA, Llerena Ururi KL, Berrocal Pacheco PL. Satisfacción percibida y cuidado humanizado de enfermería en pacientes quirúrgicos en un hospital público del Perú. Enferm Clin. 2025;35:102128. Doi: http://dx.doi.org/10.1016/j.enfcli.2024.06.008

35. Efil S, Turen S, Yıldız Ayvaz M, Bulbul E, Yeni T. Burnout levels and care behaviours in intensive care nurses: a cross-sectional, multicentre study. Intensive Crit Care Nurs. 2022; 71:103246. Doi: http://dx.doi.org/10.1016/j.iccn.2022.103246

36. Vargas Pozo CE, Muñoz Villacrez LS, Torres Chils A, Mena Martin F. Impacto de la sobrecarga laboral en la aplicación del cuidado humanizado de enfermería. Polo Conoc. 2024;9(9):1598-615. Disponible en: https://polodelconocimiento.com/ojs/index.php/es/article/view/8011

37. Capozza D, Colledani D, Falvo R. Are job characteristics associated with patient (de)humanization through the mediation of health providers' well-being? J Appl Soc Psychol. 2024;54(10):589-602. Doi: http://dx.doi.org/10.1111/jasp.13060

38. Prieto-de Benito S, Ruíz-Núñez C, Hervás-Pérez JP, Ruíz-Zaldibar C, López-Espuela F, Caballero de la Calle R, et al. Empathy-driven humanization: employment instability, burnout, and work engagement among temporary nurses in a sustainable workforce model. Nurs Rep. 2025;15(7):223. Doi: http://dx.doi.org/10.3390/nursrep15070223

39. Reyes-Téllez Á, González-García A, Martín-Salvador A, Gázquez-López M, Martínez-García E, García-García I. Humanization of nursing care: a systematic review. Front Med. 2024;11:1446701. Doi: http://dx.doi.org/10.3389/fmed.2024.1446701

40. Redondo Marrero A. Burnout y humanización en el personal de enfermería en unidades de cuidados intensivos. Tendencias Enferm. 2025;1(2):33-42. Doi: http://dx.doi.org/10.56533/IISF1835

Licencia CC-By-NC-ND

41. Bravo Saldarriaga GC, Encalada Chacón NN, Herrera Moreno TE, Godoy Hernández JN, Arévalo Fuentes JW, Manoto Guaranda MG, et al. Cuidados humanizados en pacientes críticos: desafíos y oportunidades para el personal de enfermería. Ibero-Am J Health Sci Res. 2026;6(1):834-41. Doi: http://dx.doi.org/10.56183/iberojhr.v6i1.980

42. Pialoglou KK, Farantos G, Koupidis S, Thanasias E, Zagorianakou N, Dounias G. Burnout syndrome and (self-)dehumanization among nurses in intensive care units [ICUs]: a cross-sectional study. Int J Occup Saf Health. 2026;16(1):16-29. Doi: http://dx.doi.org/10.3126/ijosh.v16i1.87241

43. Hoogendoorn CJ, Rodríguez ND. Rethinking dehumanization, empathy, and burnout in healthcare contexts. Curr Opin Behav Sci. 2023; 52:101285. Doi: http://dx.doi.org/10.1016/j.cobeha.2023.101285

44. Jiménez-Padilla E, Ramírez-Orozco M, Jiménez-Flores J, Decat-Bergerot G, Meneses-García A, Galindo-Vázquez O. Validación del Inventario de Burnout de Maslach en personal mexicano de enfermería. Psicol Salud. 2023;33(2):291-8. Doi: http://dx.doi.org/10.25009/pys.v33i2.2811

45. Zambrano-Bohorquez B, Villarín-Castro A, Muñoz-Bodas F, Gómez-Rey I. Síndrome de burnout, resiliencia y miedo a la COVID-19 en personal sanitario durante la pandemia por SARS-CoV-2. Rev Clin Med Fam. 2022;15(3):134-42. Disponible en: https://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=8788954

46. Rivera Alvarez LN, Triana Á. Proceso de construcción y validación del instrumento Percepción de Comportamientos de Cuidado Humanizado de Enfermería (PCHE-III). Index Enferm. 2023;32(1):e14246. Doi: http://dx.doi.org/10.58807/indexenferm20235659

47. Secretaría de Servicios Parlamentarios, Cámara de Diputados. Reglamento de la Ley General de Salud en Materia de Investigación para la Salud [Internet]. México: Diario Oficial de la Federación; 1987 [última reforma 2014; citado 01 sep 2024]. Disponible en: https://www.diputados.gob.mx/LeyesBiblio/regley/Reg_LGS_MIS.pdf

48. Wennberg-Capellades L, Rus-García M, Cruells-Francisco L, Collado-Cabezas RM, Teixidó-Huertas X, Martin-Ferreres ML. Percepción de cuidado humanizado otorgado por las enfermeras: adaptación cultural y validación del cuestionario ECCOE-Es. Enferm Clin. 2025;35(3):502250. Doi: http://dx.doi.org/10.1016/j.enfcli.2025.502250

49. Molero Jurado MM, Herrera-Peco I, Pérez-Fuentes MC, Oropesa Ruiz NF, Martos Martínez Á, Ayuso-Murillo D, et al. Communication and humanization of care: effects over burnout on nurses. PLoS One. 2021;16(6):e0251936. Doi: http://dx.doi.org/10.1371/journal.pone.0251936

Licencia CC-By-NC-ND



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/



Horizonte sanitario

ISSN (en línea): 2007-7459

Espiritualidad como estrategia de afrontamiento ante el estrés en cuidadores familiares de personas mayores: Revisión sistemática

Spirituality as a stress coping strategy in family caregivers of the elderly: Systematic review

Artículo de Revisión DOI: 10.19136/hs.a25sI.6232

Gabriela S. Espinoza Ibarra [1]
María M. Delabra Salinas [2]
Diana B. Cortes Montelongo [3]
Nereyda Hernández Nava [4]

Correspondencia: María Magdalena Delabra Salinas. Dirección postal: Facultad de Enfermería de la Universidad Autónoma de Coahuila. Calzada Madero #1237 Zona Centro. C.P. 25000. Saltillo, Coahuila. México. Correo electrónico: magdalena-delabra-salinas@uadec.edu.mx

Licencia CC-By-NC-ND

[1] *Licenciada en Enfermería. Estudiante de Maestría en Enfermería. Universidad Autónoma de Coahuila. Saltillo, Coahuila. México.*
[2] *Doctora en Ciencias de la Enfermería. Profesor Investigadora de Tiempo Completo. Facultad de Enfermería. Universidad Autónoma de Coahuila. Saltillo, Coahuila. México.*
[3] *Doctora en Ciencias de la Enfermería. Profesora Investigadora de Tiempo Completo. Facultad de Enfermería. Universidad Autónoma de Coahuila. Saltillo, Coahuila. México.*
[4] *Doctora en Salud Mental. Profesora Investigadora de Tiempo Completo. Unidad Académica Multidisciplinaria Región Altiplano. Universidad Autónoma de San Luis Potosí. San Luis Potosí, México.*



Resumen

Objetivo: Identificar la evidencia disponible sobre el efecto de las prácticas espirituales en el afrontamiento del estrés de los cuidadores familiares de personas mayores.

Materiales y Métodos: Se realizó una revisión sistemática de la literatura siguiendo las directrices PRISMA 2020. La búsqueda se efectuó en PubMed, Scopus, MEDLINE, SciELO, CINAHL, LILACS y Google Académico, incluyendo estudios publicados entre 2020 y 2025. Se consideraron investigaciones originales y de métodos mixtos que evaluaran la relación entre espiritualidad y estrés en cuidadores familiares de personas mayores. La calidad metodológica se valoró mediante las herramientas del Joanna Briggs Institute (JBI) y la Mixed Methods Appraisal Tool (MMAT).

Resultados: Se incluyeron seis estudios realizados en México, Brasil, Chile y Estados Unidos, con un total de 1,550 cuidadores familiares, predominando las mujeres. La evidencia mostró que la espiritualidad y las prácticas espirituales se asociaron con un mejor afrontamiento del estrés, mayor autoeficacia, sentido de coherencia, resiliencia y calidad de vida, además de menor sobrecarga y síntomas depresivos. Por el contrario, el estrés se relacionó consistentemente con mayor sobrecarga y deterioro de la calidad de vida, mientras que la espiritualidad emergió como un factor protector.

Conclusiones: Las prácticas espirituales constituyen un recurso relevante para afrontar el estrés en cuidadores familiares de personas mayores. La incorporación de la dimensión espiritual en las intervenciones de enfermería podría favorecer el bienestar integral del cuidador. No obstante, se requieren estudios longitudinales y de intervención que fortalezcan la evidencia disponible.

Palabras Claves: Espiritualidad; Estrés; Cuidadores; Persona Mayor.

Abstract

Objective: To identify available evidence on the effect of spiritual practices on the stress coping of family caregivers of older adults.

Materials and Methods: A systematic literature review was conducted following the PRISMA 2020. guidelines. The search was carried out in PubMed, Scopus, MEDLINE, SciELO, CINAHL, LILACS and Google Academic, including studies published between 2020 and 2025. Original and mixed-methods studies that evaluated the relationship between spirituality and stress among family caregivers of older adults were included. Methodological quality was assessed using the Joanna Briggs Institute (JBI) critical appraisal tools and the Mixed Methods Appraisal Tool (MMAT).

Results: Six studies conducted in Mexico, Brazil, Chile, and the United States were included, comprising a total of 1,550 family caregivers, with women representing most participants. The evidence showed that spirituality and spiritual practices were associated with better stress buster, greater self-efficacy, a stronger sense of coherence, greater resilience, and improved quality of life, as well as lower caregiver burden and fewer depressive symptoms. In contrast, stress was consistently associated with greater caregiver burden and poorer quality of life, whereas spirituality emerged as a protective factor.

Conclusions: Spiritual practices constitute an important resource for coping with stress among family caregivers of older adults. Integrating the spiritual dimension into nursing interventions may enhance caregivers' overall well-being. However, further longitudinal and intervention studies are needed to strengthen the available evidence.

Keywords: Spirituality; Stress; Caregivers; Aged.

• Fecha de recibido: 22 de septiembre de 2026 • Fecha de aceptado: 20 de octubre de 2026
• Fecha de publicación:29 de octubre de 2026

Licencia CC-By-NC-ND

Introducción

A mediados del siglo XX se evidenció el envejecimiento de la población, este cambio demográfico responde principalmente a dos factores: mortalidad y natalidad. La disminución de la mortalidad ha permitido un aumento significativo en la longevidad. El decremento de las estadísticas de natalidad ha generado una menor proporción de población joven[1]. El envejecimiento trae consigo una serie de transformaciones físicas, psicológicas, sociales y espirituales que pueden afectar significativamente la manera en que los adultos mayores experimentan y afrontan su vida cotidiana[2].

El envejecimiento es un proceso natural y heterogéneo del ciclo de vida, cuya evolución está influenciada por factores biológicos, psicológicos, sociales y ambientales. De acuerdo con la Organización Mundial de la Salud, más que considerar la vejez como una etapa de deterioro, se propone comprender los cambios asociados al envejecimiento desde el concepto de capacidad intrínseca, entendida como el conjunto de las capacidades físicas y mentales de una persona. La disminución de la capacidad intrínseca puede incrementar la necesidad de apoyo para realizar actividades de la vida diaria y favorecer la dependencia funcional en algunos adultos mayores, lo que aumenta la demanda de cuidados familiares[3,4]. Cuidar a alguien puede ser gratificante, pero también puede representar un desafío. Una investigación realizada en México por el Instituto Nacional de Geriatría[5] señaló que los cuidadores familiares de adultos mayores son más vulnerables al agotamiento emocional, lo que afecta tanto su salud física como mental.

Según la Encuesta Nacional para el Sistema de Cuidados (ENASIC)[6] en México, para el año 2022, 4.4 millones de adultos mayores recibían cuidados por algún integrante del hogar; más del 50% de la población adulta mayor eran dependientes y requerían atención focalizada. El cuidador suele ser el principal recurso mediante el cual se brindan cuidados específicos e incluso especializados, su función implica facilitar o proporcionar apoyo en las actividades básicas e instrumentales de la vida cotidiana que no puede llevar a cabo el adulto mayor por sí mismo[7]. A partir de la revisión de la literatura sobre el cuidado familiar, se puede señalar que este tipo de cuidado es brindado principalmente por miembros de la familia, carece de regulación formal, no se encuentra sujeto a horarios establecidos ni contempla una retribución económica. Asimismo, quienes asumen este rol suelen hacerlo sin contar con formación específica previa, especialmente en las etapas iniciales de su desempeño. Este cuidado constituye una fuente fundamental de atención para que las personas mayores que se encuentran en condiciones de fragilidad o dependencia puedan seguir viviendo en su hogar, o en la comunidad y no ser institucionalizadas[8].

El cuidado brindado a adultos mayores que presentan dependencia funcional se ha reconocido como una de las experiencias más estresantes dentro del ciclo familiar[9], asociándose con múltiples consecuencias adversas. Dichos efectos se manifiestan en distintos ámbitos, entre los que destacan el emocional, relacional, económico, laboral, así como la disminución del tiempo destinado al descanso y a las actividades personales[10].

Licencia CC-By-NC-ND

El estrés es uno de los desafíos primordiales a los que se enfrentan los cuidadores, que, si no es atendido oportunamente, a largo plazo favorece la aparición de sobrecarga y deterioro en la calidad de vida[11,12]. El estrés se define como el nivel en que los individuos perciben las situaciones de su vida como impredecibles o difíciles de controlar, y por ello las evalúan como estresantes[13]. Las personas que experimentan situaciones estresantes liberan cortisol. La liberación de cortisol se ve aumentada en contextos de activación del eje de respuesta al estrés físico y emocional[14,15]. Este neurotransmisor afecta directamente a la amígdala, al hipocampo y otras estructuras fundamentales para la memoria y la atención. Si se mantiene un exceso de cortisol en la persona, con el tiempo puede generar una atrofia significativa del hipocampo[16] estructura fundamental en la memoria, funciones cognitivas y estados emocionales de los seres humanos[17].

Existen diversas herramientas para afrontar el estrés, como el mindfulness, ejercicio físico, reevaluación positiva[18,19] y las Prácticas Espirituales. Las Prácticas Espirituales, entendidas más allá de la religiosidad, son acciones que contribuyen a la búsqueda de la paz interior, incluyen la meditación, el silencio interno, la oración y la concentración[20]. Son vistas como un recurso que contribuye al desarrollo de capacidades de afrontamiento ante nuevos retos o desafíos, así como a la generación de esperanza. Se practican individuales o en conjunto para que la persona sienta y reaccione según sus convicciones21. Si un individuo se encuentra bien en la dimensión espiritual, por consecuencia está bien consigo mismo, para trascender y actuar de manera consiente[22]. Los cuidadores recurren a las prácticas espirituales como un recurso significativo para afrontar las dificultades del cuidado, aliviar el sufrimiento emocional y favorecer su bienestar[23]. Las prácticas espirituales se asocian con una mejor capacidad de respuesta ante el estrés, así como con procesos adaptativos y de fortalecimiento de la salud[24].

En este sentido, comprender las Prácticas Espirituales como herramientas de afrontamiento en cuidadores familiares de adultos mayores no sólo permite reconocer un recurso humano profundo y frecuentemente invisibilizado, sino que abre la posibilidad de diseñar estrategias de acompañamiento más integrales, sensibles y culturalmente pertinentes. Reconocer la dimensión espiritual significa valorar la capacidad para transformar sus experiencias, dar sentido a su existencia y enfrentar los desafíos propios de esta etapa con mayor fuerza interior, esperanza y conexión[25]. Asimismo, es relevante considerar que la espiritualidad es un fenómeno plural, experimentado de distintas maneras según la historia personal, las creencias familiares, la formación religiosa, la cultura y las condiciones socioeconómicas[26,27]. Por lo anterior, el objetivo fue identificar a través de la revisión de la literatura el efecto que tienen las prácticas espirituales sobre el estrés de los cuidadores familiares de adultos mayores.

Materiales y Métodos

Se realizó una revisión de la literatura para dar respuesta a la pregunta ¿Qué efecto generan las prácticas espirituales sobre el estrés en adultos mayores? Se desarrollo en cinco fases[28]: (1) Estructuración de la pregunta de investigación, (2) identificación de estudios, (3) selección de estudios, (4) trazo de

Licencia CC-By-NC-ND

datos y cotejo, (5) resumen y presentación de resultados. Fase 1: para estructurar la pregunta se utilizó el formato PIO: Población (P), Intervenciones (I), Resultado (0). Quedando estructurada como: P: Cuidadores Familiares de Adultos Mayores, I: Prácticas espirituales, O: Efecto sobre el Estrés. Fase 2: para identificar los estudios, se utilizaron los buscadores de datos PubMed, Scopus, Medline, Google Académico SciELO, CINAHL Y LILACS debido a que constituyen fuentes de información ampliamente reconocidas en el ámbito de las ciencias de la salud e indexan literatura científica publicada en diferentes idiomas. Se emplearon Descriptores en Ciencias de la Salud (DeCS) y Medical Subject Headings (MeSH combinados mediante operadores booleanos para recuperar estudios publicados en español e inglés con la finalidad de minimizar el sesgo de idioma y obtener la mayor cantidad de evidencia disponible sobre el tema. Los descriptores seleccionados se detallan en la Tabla 1.

Tabla 1. Descriptores DeCS y MeSH para Cuidadores Familiares, Adulto Mayor, Prácticas Espirituales y Estrés

DECS	MESH SINONIMOS	INGLÉS
Cuidadores Familiares	(Cuidadores Familiares OR Cuidadores Informales OR Facilitador del Cuidado)	(Family Caregivers OR Informal Caregivers)
Adulto Mayor	(Adulto Mayor OR Persona mayor OR Anciano)	Aged
Prácticas Espirituales	(Espiritualidad OR Terapias Espirituales)	Spirituality
Estrés	(Estrés)	Stress
Final	Cuidadores Familiares OR Cuidadores Informales OR Facilitador del Cuidado AND Adulto Mayor OR Persona Mayor OR Anciano AND Prácticas Espirituales OR Terapias Espirituales AND Estrés	Family Caregivers AND Aged AND Spirituality AND Stress

Nota: DeCS = Descriptores en Ciencias de la Salud. MeSH = Medical Subject Headings.
Fuente: Elaboración Propia.

Los términos se ingresaron a las bases de datos anteriormente mencionadas con el buscador booleano AND. Se incluyeron las palabras clave en el siguiente orden: Family Caregivers AND Aged AND Spirituality AND Stress, con el fin de hacer una búsqueda general. La búsqueda se limitó por los siguientes criterios de inclusión: estudios publicados entre los años 2020 – 2025; investigaciones originales y estudios de salud. Se excluyeron estudios con población pediátrica. El número total de estudios encontrados fue 42 (14 PubMed, 26 Medline, 1 CINAHL, 3 Scopus, 3 SciELO y 5 Google académico).

Fase 3: El proceso de selección de los estudios se realizó conforme a las recomendaciones de la Declaración PRISMA 2020 (*Preferred Reporting Items for Systematic Reviews and Meta-Analyses*). Inicialmente se revisaron los títulos y resúmenes de los registros recuperados, seleccionándose aquellos que cumplían con los criterios de inclusión. Posteriormente, los artículos potencialmente elegibles fueron revisados a texto completo para confirmar su pertinencia metodológica y temática.

Licencia CC-By-NC-ND

Fase 4: Se seleccionaron seis artículos en texto completo. La calidad metodológica de los estudios incluidos se evaluó utilizando herramientas específicas según el diseño de investigación., utilizando la herramienta *Critical Appraisal Checklist for Analytical Cross-Sectional Studies*[29] para estudios observacionales (Tabla 2), mientras que el estudio de métodos mixtos fue evaluado mediante la Mixed Methods Appraisal Tool[30] (Tabla 3).

Fase 5: Se elaboró una matriz de extracción de datos que incluyó autor, año de publicación, país, diseño metodológico, tamaño de muestra, instrumentos utilizados y principales resultados relacionados con las prácticas espirituales y el estrés. Posteriormente, los hallazgos fueron sintetizados de manera narrativa y organizados en tres categorías temáticas: estrés, prácticas espirituales y relación entre las prácticas espirituales y el estrés. En la tabla 4 se presenta el resumen de los estudios incluidos.

Tabla 2. Calidad de los estudios

Criterio JBI	Don Juan Díaz et al.	Parra-Aguirre et al.	Durán-Badillo et al.	Young et al.	Olivera et al.
1. Criterios de inclusión claramente definidos	Sí	Sí	Sí	Sí	Sí
2. Sujetos y contexto descritos adecuadamente	Sí	Sí	Sí	Sí	Sí
3. Exposición medida de forma válida y confiable	Sí	Sí	Sí	Sí	Sí
4. Criterios objetivos para medir la condición	Sí	Sí	Sí	Sí	Sí
5. Identificación de factores de confusión	No	Sí	No	Sí	Sí
6. Estrategias para manejar los factores de confusión	No	Sí	No	Sí	Sí
7. Resultados medidos de forma válida y confiable	Sí	Sí	Sí	Sí	Sí
8. Análisis estadístico apropiado	Sí	Sí	Sí	Sí	Sí
Total	6/8	**8/8**	**6/8**	**8/8**	**8/8**

Nota: JBI Critical Appraisal Checklist for Analytical Cross-Sectional Studies n= 5.
Fuente: Elaboración propia.

Tabla 3. Calidad del estudio mixto

Criterio MMAT	Barreto et al.
Pregunta de investigación claramente formulada	Sí
Datos adecuados para responder la pregunta	Sí
Justificación del diseño mixto	Sí
Integración adecuada de métodos	Sí
Interpretación integrada de resultados	Sí
Total	**5/5**

Nota: Evaluación metodológica del estudio de métodos mixtos mediante MMAT. n= 1.
Fuente: Elaboración propia.

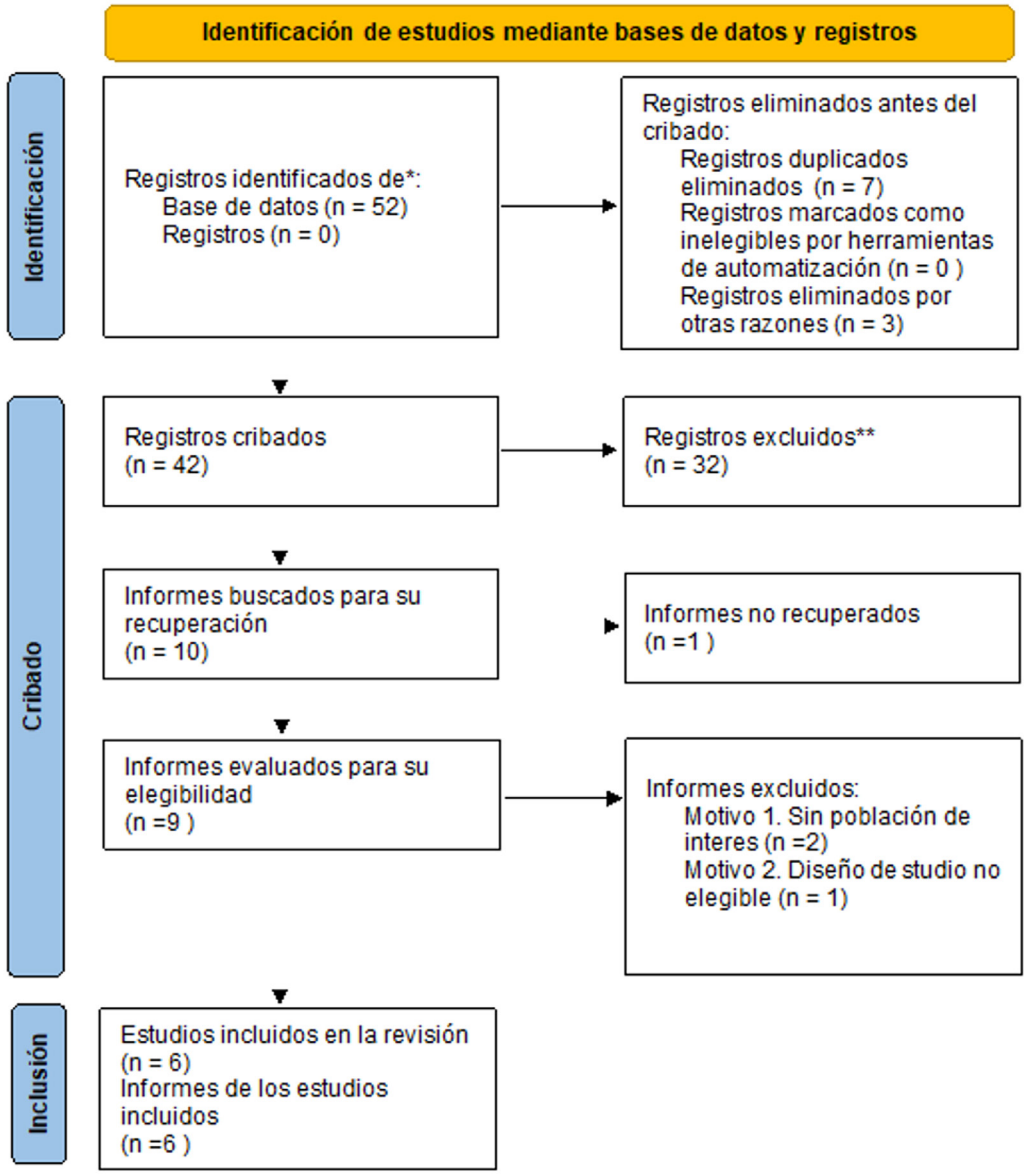
Licencia CC-By-NC-ND

Resultados

Se presentan los resultados de la evaluación de la elegibilidad y de la información de las categorías temáticas: estrés, prácticas espirituales y su relación en los estudios seleccionados.

La evaluación de elegibilidad permitió la inclusión de seis estudios para la síntesis final. El proceso de identificación, cribado, elegibilidad e inclusión de los estudios se presenta en el diagrama de flujo PRISMA (Figura 1).

Figura 1. Diagrama de identificación y selección de estudios incluidos en la revisión PRISMA[37] (2020 – 2025)



Fuente: Adaptado de Page MJ, McKenzie JE, Bossuyt PM, Boutron I, Hoffmann TC, Mulrow CD, et al. The PRISMA 2020 statement: an updated guideline for reporting systematic reviews. BMJ. 2021;372:n71.

Los seis estudios seleccionados fueron publicados entre 2020 y 2024; de acuerdo al lugar de origen, se realizaron en México (*f*=2; 33.3%); Brasil (*f* =2; 33.3%); Chile (*f*=1; 16.7%) y Estados Unidos (*f*=1; 16.7%). Los objetivos de los estudios se enfocaron en analizar la espiritualidad o prácticas espirituales en los cuidadores familiares. Respecto al diseño de los estudios, cada uno presentó un diseño metodológico diferente: un estudio transversal analítico y cuantitativo (16.7%)[31], un estudio mixto con estrategia secuencial exploratoria (16.7%)[32], un estudio descriptivo correlacional (16.7%)[33], un estudio descriptivo y correlacional (16.7%)[34], un estudio transversal descriptivo (16.7%)[35]y un estudio transversal analítico (16.7%)[36]. Se presentan a continuación los resultados por categorías temáticas: estrés, prácticas espirituales y su relación.

Estrés

Tres estudios (50%) evaluaron el estrés del cuidador como variable principal[31,34,35]. En una investigación[31] en una muestra de 97 cuidadores, encontraron que el estrés se asoció significativamente con una menor calidad de vida en las dimensiones psicológica ($p < 0.001$) y social ($p = 0.023$). Además, la sobrecarga afectó la dimensión física de la calidad de vida ($p = 0.002$).

Otro estudio[34] con 75 cuidadores de adultos mayores con dependencia total, reportaron que el 65.3 % presentó sobrecarga intensa y el 34.7 % sobrecarga leve. Asimismo, identificaron una correlación positiva entre el estrés y la sobrecarga del cuidador ($r = 0.462$; $p < 0.001$).

Por su parte, un estudio[36] con 301 cuidadores de adultos mayores, observaron que quienes convivían con niños presentaban una mayor sobrecarga y estrés en comparación con aquellos que no convivían con niños ($p = 0.01$).

Prácticas Espirituales

Las prácticas espirituales se evaluaron como espiritualidad, religiosidad o crecimiento espiritual como variables principales[31,32,33,34,35,36].

En un estudio[32] realizado en 100 cuidadores familiares de personas mayores con demencia, se observó que mayores niveles de espiritualidad se asociaron con una menor presencia de síntomas depresivos. Específicamente, las dimensiones de conexión espiritual ($r = -0.21$; $p = 0.0338$) y sentido y propósito de vida ($r = -0.35$; $p < 0.001$) mostraron correlaciones negativas significativas con la depresión, lo que sugiere que una mayor percepción de conexión espiritual y propósito vital podrían actuar como factores protectores frente al malestar emocional en los cuidadores.

Se realizo una investigación[33] con 223 cuidadoras familiares, reportaron una media de 59.8 ± 8.3 puntos en crecimiento espiritual. Además, identificaron correlaciones positivas entre el crecimiento espiritual y el sentido de coherencia ($r = 0.47$; $p < 0.001$) y entre el crecimiento espiritual y la autoeficacia ($r = 0.30$; $p < 0.001$). En el modelo de regresión, el sentido de coherencia ($\beta = 0.42$; $p < 0.001$)

Licencia CC-By-NC-ND

y la autoeficacia (β = 0.16; p = 0.018) se asociaron significativamente con el crecimiento espiritual. Por otro lado, autores 31 encontraron que la espiritualidad se relacionó con una mejor calidad de vida en las dimensiones psicológica (p < 0.001) y ambiental (p = 0.002).

Los resultados de un estudio[34] reportaron una puntuación media de espiritualidad de 112.8 ± 11.6 puntos; Así mismo, autores[36] encontraron que los cuidadores que no convivían con niños utilizaron con mayor frecuencia estrategias de afrontamiento basadas en la religiosidad (p < 0.01), aunque no observaron diferencias significativas en el optimismo entre ambos grupos (p > 0.05).

En un estudio[35] con 754 cuidadores de adultos mayores un modelo de ecuaciones estructurales mostró que la espiritualidad ejerce un efecto indirecto sobre la calidad de vida al disminuir la carga del cuidador, lo que sugiere que fortalecer la dimensión espiritual podría constituir una estrategia de bajo costo para mejorar el bienestar de esta población.

Relación entre las prácticas y el estrés

Cuatro estudios evaluaron la relación entre las prácticas espirituales y variables relacionadas con el estrés[31,34,35,36]. En una investigación[31] encontraron que la espiritualidad actuó como factor protector de la calidad de vida en las dimensiones psicológica (p < 0.001) y ambiental (p = 0.002), mientras que el estrés mostró asociaciones negativas con las dimensiones psicológica (p < 0.001) y social (p = 0.023).

Se encontró una asociación significativa entre la espiritualidad global y la sobrecarga (r = -0.141; p = 0.228). No obstante, la dimensión fe presentó una correlación negativa con la sobrecarga (r = -0.236; p = 0.042), mientras que el estrés mostró una correlación positiva con la sobrecarga (r = 0.462; p < 0.001)[34].

Por otro lado, autores[35] identificaron que una mayor espiritualidad se relacionó con una menor sobrecarga en cuidadores afroamericanos (p=0.031) y en aquellos con nivel educativo de preparatoria o equivalente (p= 0.021). Además, mediante un modelo de ecuaciones estructurales, demostraron que la sobrecarga medió la relación entre espiritualidad y calidad de vida, presentando un adecuado ajuste del modelo (*NFI*=0.988; *IFI*=0.993; *TLI*=0.983; *RMSEA*=0.043). Asimismo, en una investigación[36] reportaron que los cuidadores con mayor sobrecarga fueron aquellos que convivían con niños (p=0.01). Por otro lado, quienes no convivían con niños utilizaron con mayor frecuencia estrategias de afrontamiento basadas en la religiosidad (p<0.01).

En la tabla 4 se presenta el resumen de los resultados sobre estrés, prácticas espirituales y la relación entre ambas categorías.

Licencia CC-By-NC-ND

Tabla 4. Artículos incluidos en la revisión narrativa posterior a la aplicación de los criterios de inclusión y al proceso de lectura crítica.

Estudio/Lugar/Año	Diseño y muestra	Resultados/Conclusiones
Don Juan Díaz BE, Durán-Badillo T, Guerra Ordóñez JA, Ruiz Cerino JM; 2024 [31].	Estudio transversal, analítico y cuantitativo n= 97 cuidadores de personas mayores.	Las intervenciones dirigidas a mejorar la calidad de vida de los cuidadores deben incluir factores que la afectan negativamente como el estrés y sobrecarga. Asi como, la espiritualidad como un factor de protección de la calidad de vida psicológica y ambiental, por lo que resulta relevante promover y fortalecer su práctica en las personas cuidadoras.
Barreto, M., et al. (2023). [32].	Estudio mixto con estrategia secuencial exploratoria n= 100 participantes cuidadores con un familiar de demencia.	La espiritualidad se estableció como una estrategia importante de afrontamiento en los cuidadores familiares de personas mayores con demencia, además de funcionar como un factor protector ante el riesgo de depresión y favorecer la mejora en la calidad de vida.
Parra-Aguirre A, et al.; 2023 [33].	Estudio descriptivo correlacional n= 223 participantes cuidadores familiares	Los hallazgos evidenciaron una práctica frecuente de acciones orientadas a promover el crecimiento espiritual, destacándose la autoeficacia en el cuidado como un relevante factor protector. Estos resultados pueden constituir una base para el diseño de intervenciones dirigidas a la evaluación y fortalecimiento del crecimiento espiritual, con el objetivo de fomentar hábitos de vida saludables en esta población en condición de vulnerabilidad.
Durán-Badillo T, et al.; 2021 [34].	Estudio descriptivo y correlacional n= 75 cuidadores de adultos mayores	Aunque no se identificó una asociación significativa entre la espiritualidad global y la sobrecarga del cuidador, sí se evidenció una relación del estrés con la sobrecarga en quienes desempeñan este rol.
Young et al., 2024. [35]	Transversal descriptivo n= 754 cuidadores informales de adultos mayores	Una mayor espiritualidad se asoció con menor sobrecarga del cuidador y mejor calidad de vida. La sobrecarga medió la relación entre espiritualidad y calidad de vida, evidenciando que la espiritualidad actúa como un factor protector. Los autores recomiendan integrar la evaluación y el fortalecimiento de la dimensión espiritual en las intervenciones de enfermería dirigidas a cuidadores familiares.
Olivera NA, el al.; 2020. [36]	Estudio transversal analítico n= 301 cuidadores de adultos mayores	Los cuidadores que convivían con niños presentaron mayor sobrecarga. No hubo diferencias en el optimismo entre los grupos. Los cuidadores que no convivían con niños utilizaron con mayor frecuencia estrategias de afrontamiento basadas en la religiosidad y el manejo de las emociones. La religiosidad se identificó como un recurso relevante de afrontamiento frente a las demandas del cuidado

Fuente: Elaboración propia.

Licencia CC-By-NC-ND

Discusión

Los estudios coinciden en señalar que el estrés constituye uno de los principales factores que afectan el bienestar de los cuidadores familiares de personas mayores. Aunque la intensidad de sus efectos varía entre las investigaciones, existe evidencia consistente de que niveles elevados de estrés se relacionan con una mayor sobrecarga y un deterioro en la calidad de vida. Se encontró que, si bien la espiritualidad global no presentó una asociación significativa con la sobrecarga del cuidador, el estrés sí mostró una relación directa con ésta, evidenciando que los cuidadores con mayores niveles de estrés experimentan una mayor carga derivada del cuidado[34].

De manera similar, otros autores[31] identificaron que el estrés es uno de los factores que afectan negativamente la calidad de vida de los cuidadores, por lo que recomiendan que las intervenciones dirigidas a esta población contemplen estrategias específicas para su disminución.

Por su parte, una investigación[35] aporta evidencia de un mecanismo explicativo al demostrar que la sobrecarga media la relación entre espiritualidad y calidad de vida. Este hallazgo sugiere que el estrés y la sobrecarga constituyen procesos estrechamente relacionados que influyen en el bienestar físico, psicológico, espiritual y social de los cuidadores.

En conjunto, estos estudios muestran que el estrés representa un factor de riesgo para la salud del cuidador, favoreciendo la aparición de sobrecarga y una menor percepción de calidad de vida. Por ello, su identificación y manejo deben considerarse componentes prioritarios dentro de las intervenciones dirigidas a cuidadores familiares.

Respecto a las características de los participantes, en esta revisión se encontró que predominan las mujeres como cuidadoras familiares, esto coincide con datos del Instituto Nacional de Estadística y Geografía (INEGI)[7] donde se reporta que, en México, las mujeres concentran la mayor proporción de personas dedicadas al cuidado, al representar el 75,1 % del total, lo que equivale a aproximadamente 23,8 millones de cuidadoras. Esta cantidad supera ampliamente a los 7,9 millones de hombres que desempeñan labores de cuidado[37].

En conjunto, la literatura evidencia que las prácticas espirituales representan un recurso psicosocial que favorece la resiliencia, el afrontamiento adaptativo y el bienestar integral de los cuidadores familiares. La espiritualidad ha sido identificada como una de las estrategias de afrontamiento más utilizadas por los cuidadores de personas con demencia, actuando además como un factor protector frente al riesgo de depresión y favoreciendo una mejor calidad de vida[32]. Asimismo, se ha documentado que los cuidadores realizan con frecuencia prácticas orientadas al crecimiento espiritual, el cual, junto con la autoeficacia para el cuidado, constituye un recurso protector que promueve estilos de vida saludables y fortalece la capacidad de adaptación ante las demandas del cuidado[33]. De igual manera, se ha señalado que la espiritualidad influye positivamente en las dimensiones psicológica y ambiental de la calidad de vida, por lo que se recomienda fortalecerla mediante programas dirigidos a cuidadores familiares[31].

Licencia CC-By-NC-ND

Estos hallazgos coinciden con lo reportado por autores[35] quienes identificaron que los cuidadores que no convivían con niños recurrían con mayor frecuencia a estrategias de afrontamiento basadas en la religiosidad y el manejo emocional, reconociendo la religiosidad como un recurso importante para afrontar las exigencias del cuidado[36]. Finalmente, también se ha demostrado que mayores niveles de espiritualidad se asocian con una mejor calidad de vida y una menor sobrecarga del cuidador, lo que respalda la incorporación de la dimensión espiritual en la práctica de enfermería[35]. Se encontró que las prácticas espirituales y, en general, la dimensión espiritual, representan un recurso de afrontamiento relevante frente al estrés en cuidadores familiares de adultos mayores. La espiritualidad reconocida como una dimensión[39] forma parte de la naturaleza humana[40] y se caracteriza por brindar esperanza, apoyo y consuelo a los cuidadores familiares[42]. La espiritualidad puede constituirse en una fuente significativa de fortaleza, al favorecer la adopción de cambios positivos en el estilo de vida y promover la toma de conciencia sobre la influencia que las creencias, actitudes y comportamientos ejercen en la salud[43].

Anteriormente se mencionó que las prácticas espirituales abarcaban actividades como meditación, la oración, el silencio interno y la concentración. Se ha reportado que la meditación produce cambios significativos en la reducción de los biomarcadores de estrés[44]. Desde 1975 se reportó que durante la relajación el lóbulo temporal y el lóbulo parietal se activan lo que permite un mejor control en la orientación espacial entre la persona y su contexto. Al mismo tiempo el sistema límbico es activado por lo que las emociones se regulan; todo lo anterior permite la relajación del cuerpo y mejor control de la actividad fisiológica[45].

Los resultados de esta revisión coinciden con investigaciones previas que señalan que la espiritualidad funciona como un recurso de afrontamiento que permite a los cuidadores reinterpretar las situaciones de estrés y otorgar significado a la experiencia del cuidado[46]. Diversos estudios han documentado que la participación en prácticas espirituales favorece la regulación emocional, mejora la percepción de apoyo y fortalece la resiliencia ante las demandas del cuidado prolongado[47,48].

La espiritualidad y necesidades espirituales son fenómenos poco exploradas en la práctica de enfermería. Esto se relaciona con la predominancia del modelo biomédico, el cual prioriza intervenciones centradas en el tratamiento físico de la enfermedad, como la cirugía, la farmacología y el uso de tecnologías biomédicas. Como resultado, la atención de enfermería tiende a enfocarse principalmente en la dimensión física, dejando en segundo plano los aspectos espirituales asociados a los procesos de salud y enfermedad[49].

Aunque la mayoría de los estudios identificaron una asociación favorable entre espiritualidad y variables relacionadas con el bienestar del cuidador, no toda la evidencia fue consistente. No se encontró una asociación significativa entre la espiritualidad global y la sobrecarga, lo que sugiere que la influencia de la espiritualidad podría depender de dimensiones específicas, como la fe, o de características propias de la población estudiada, los instrumentos utilizados y el contexto cultural. A pesar de la tendencia

Licencia CC-By-NC-ND

favorable observada, la evidencia disponible continúa siendo limitada debido al reducido número de estudios, la heterogeneidad metodológica y la ausencia de investigaciones longitudinales que permitan establecer relaciones causales.

Los hallazgos de esta revisión tienen implicaciones relevantes para la práctica de enfermería. La identificación de las necesidades espirituales de los cuidadores familiares puede permitir el diseño de intervenciones orientadas al apoyo emocional y espiritual, contribuyendo a reducir el impacto del estrés asociado al cuidado prolongado. En este sentido, el rol del profesional de enfermería es fundamental en la valoración integral del cuidador, promoviendo estrategias de afrontamiento que incluyan la dimensión espiritual[50].

La identificación de una revisión de la literatura evidencia el creciente interés por esta temática; sin embargo, la mayoría de los estudios incluidos en dicha revisión corresponden a investigaciones observacionales y descriptivas, por lo que persisten vacíos en cuanto a estudios de mayor nivel de evidencia que permitan determinar el efecto de las prácticas espirituales sobre el estrés en los cuidadores familiares. Los resultados deben interpretarse con cautela debido a varias limitaciones. En primer lugar, la mayoría de los estudios incluidos fueron observacionales de corte transversal, lo que impide establecer relaciones causales entre espiritualidad y estrés. Además, se identificó heterogeneidad en los instrumentos utilizados para evaluar la espiritualidad, la religiosidad y el estrés, dificultando la comparación directa entre investigaciones. Finalmente, el reducido número de estudios disponibles limita la generalización de los hallazgos.

Conclusiones

La evidencia analizada en esta revisión demuestra que las prácticas y la dimensión espirituales desempeñan un papel significativo en el afrontamiento del estrés en cuidadores familiares de adultos mayores. Los estudios coinciden en que la espiritualidad actúa como un factor protector, al favorecer la regulación emocional, disminuir la vulnerabilidad al estrés y fortalecer aspectos como la autoeficacia, el sentido de coherencia y la capacidad de resiliencia. Estos elementos contribuyen de manera directa a mejorar el bienestar psicológico y la calidad de vida de los cuidadores.

Asimismo, la espiritualidad permite dotar de significado y propósito a la experiencia del cuidado, facilitando la trascendencia personal y la construcción de una percepción más positiva de las demandas cotidianas. Finalmente, aunque la evidencia disponible es consistente, se identifican limitaciones relacionadas con el predominio de diseños transversales y muestreos por conveniencia, lo que restringe la inferencia causal. Por ello, se recomienda el desarrollo de estudios longitudinales y de intervención que permitan profundizar en los mecanismos mediante los cuales la espiritualidad influye en el estrés de los cuidadores familiares de adultos mayores, lo que representa una oportunidad para favorecer el abordaje integral sobre el estrés y permitir el bienestar del cuidador familiar.

Licencia CC-By-NC-ND

Conflicto de interés

Los autores declaran que no existe conflicto de intereses.

Consideraciones éticas

Dado que el presente trabajo corresponde a una revisión sistemática, no fue necesario someterlo a la aprobación de un comité de ética. Se respetó la propiedad intelectual, citando correctamente a los autores de las fuentes consultadas.

Uso de inteligencia artificial

Las autoras 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: G.S.E.I, M.M.D.S; Curación de datos: G.S.E.I, M.M.D.S; Análisis formal: G.S.E.I, M.M.S.S, D.B.C.M, N.H.N; Adquisición de fondos: G.S.E.I, M.M.D.S; Investigación: G.S.E.I, M.M.D.S; D.B.C.M; Metodología: G.S.E.I, M.M.D.S, N.H.N; Administración de proyecto: G.S.E.I, M.M.D.S; Recursos: G.S.E.I, M.M.S.S, D.B.C.M, N.H.N; Software: G.S.E.I, M.M.D.S; Supervisión: M.M.D.S; Validación: M.M.D.S; Visualización: M.M.S.S, D.B.C.M, N.H.N; Redacción- borrador original: G.S.E.I, M.M.D.S; Redacción, revisión y edición: G.S.E.I, M.M.S.S, D.B.C.M, N.H.N.

Financiamiento

Los autores agradecen el apoyo otorgado por la Secretaria de Ciencia, Humanidades, Tecnología e Innovación (SEHITI) a través de la beca de apoyos nacionales para posgrado 2024-2026.

Referencias

1. Consejo Nacional de Población (CONAPO). La situación demográfica de México 2024 [Internet]. México: Gobierno de México; 2024 sep 1 [citado 2026 ene 19]. Disponible en: https://www.gob.mx/conapo/documentos/la-situacion-demografica-de-mexico-2024

Licencia CC-By-NC-ND

2. Instituto Nacional de las Personas Adultas Mayores (INAPAM). Cuidadores y cuidadoras de personas mayores [Internet]. México: Gobierno de México; 2020 abr [citado 2026 ene 19]. Disponible en: https://www.gob.mx/inapam/articulos/cuidadores-y-cuidadoras-de-personas-mayores

3. World Health Organization. Integrated care for older people (ICOPE) implementation framework: guidance for systems and organisations. Geneva: World Health Organization; 2019. Disponible en: https://iris.who.int/server/api/core/bitstreams/2f8222a2-f473-4d1d-9396-dd55b11d14f0/content

4. Beard, J. R., Officer, A., de Carvalho, I. A., Sadana, R., Pot, A. M., Michel, J. P., Lloyd-Sherlock, P., Epping-Jordan, J. E., Peeters, G., Mahanani, W. R., Thiyagarajan, J. A., & Chatterji, S. (2016). The World report on ageing and health: a policy framework for healthy ageing. The Lancet, 387(10018), 2145–2154. Doi: https://doi.org/10.1016/S0140-6736(15)00516-4 Cited by: 2571

5. Secretaría de Salud. Instituto Nacional de Geriatría. INGER presenta estándar de competencia para personas cuidadoras de adultos mayores con dependencia [Internet]. Ciudad de México: Gobierno de México; 2024 dic 2 [citado 2026 ene 7]. Disponible en: https://www.gob.mx/salud/es/articulos/instituto-nacional-de-geriatria-inger-presenta-estandar-de-competencia-para-el-cuidado-de-adultos-mayores-con-dependencia

6. Instituto Nacional de Estadística y Geografía (INEGI). Encuesta Nacional para el Sistema de Cuidados (ENASIC) 2022 [Internet]. México: INEGI; 2023 oct 3 [citado 2026 ene 19]. Disponible en: https://www.inegi.org.mx/contenidos/saladeprensa/boletines/2023/ENASIC/ENASIC_23.pdf

7. Instituto Nacional de Estadística y Geografía (INEGI). Encuesta Nacional sobre Salud y Envejecimiento en México (ENASEM) 2021: resultados oportunos [Internet]. México: INEGI; 2023 nov 8 [citado 2026 ene 19]. Disponible en: https://www.inegi.org.mx/contenidos/saladeprensa/boletines/2023/ENASEM/ENASEM_21.pdf

8. Cejalvo E, Martí-Vilar M, Gisbert-Pérez J, Badenes-Ribera L. Stress as a risk factor for informal caregiver burden. Healthcare (Basel). 2025;13(7):731. Doi: https://doi.org/10.3390/healthcare13070731

9. Schimmenti A, Starcevic V, Gervasi AM, Deleuze J, Billieux J. Interference with processing negative stimuli in problematic Internet users: preliminary evidence from an emotional Stroop task. J Clin Med. 2018;7(7):177. Doi: https://doi.org/10.3390/jcm7070177

10. Turtós Carbonell LB, Monier Rodríguez JL, Omar Martínez E. Consecuencias del cuidado y prevalencia de carga en cuidadores informales. Rev Cubana Salud Pública [Internet]. 2025;51:e29901. Disponible en: https://revsaludpublica.sld.cu/index.php/spu/article/view/29901

11. Shefeek SK, Joy TM, Olickal JJ, Nezrin MA, George A, Thankappan KR. Caregiver burden and quality of life in palliative care: cross-sectional study. BMJ Support Palliat Care. 2024. Doi: https://doi.org/10.1136/spcare-2024-005220

Licencia CC-By-NC-ND

12. Santana-García Y, Díaz-Camellón DJ, de Armas-Mestre J, et al. Caracterización de cuidadores de adultos mayores con demencia. Cárdenas, 2019. Rev Méd Electrón. 2022;44(5):822-833. Disponible en: https://www.redalyc.org/journal/3782/378277411006/html/

13. Casanova MMC, González CW, Machado RF, et al. Hans Hugo Bruno Selye y el estrés, hito en la historia de la Medicina moderna. Gac Med Espirit. 2023;25(2):1-12. Disponible en: https://revgmespirituana.sld.cu/index.php/gme/article/view/2492

14. Agorastos A, Chrousos GP. The neuroendocrinology of stress: the stress-related continuum of chronic disease development. Mol Psychiatry. 2022 Jan;27(1):502-513. Doi: https://doi.org/10.1038/s41380-021-01224-9

15. Lu W, Canário AVM. Editorial: the endocrinology and behavior of stress. Gen Comp Endocrinol. 2023 Aug 1;339:114296. Doi: https://doi.org/10.1016/j.ygcen.2023.114296

16. Souza LW, Bieger A, Borelli WV, De Bastiani MA, Bauer-Negrini G, DuBois JM, et al. High CSF cortisol levels are associated with frontal lobe and hippocampal atrophy across patients on the Alzheimer's disease spectrum. Alzheimers Dement. 2023;19(S3). Doi: https://doi.org/10.1002/alz.065940

17. Alvarado-Antepara FA, Barberán-Jiménez FC, Cassanello-Junco NS. Funciones cognitivas y el papel del hipocampo en la memoria. Rev E-IDEA 4.0. 2023;5(15):52-64. Disponible en: https://revista.estudioidea.org/ojs/index.php/mj/article/view/273

18. Ibáñez Guerra SA. Estrategias de afrontamiento y recursos de apoyo frente al estrés en cuidadores primarios de personas con discapacidad de la ciudad de Quito [Trabajo de titulación]. Quito: Universidad Politécnica Salesiana; 2025 [citado 2026 ene 11]. Disponible en: https://dspace.ups.edu.ec/bitstream/123456789/29579/1/TTQ1892.pdf

19. Velázquez-Paniagua M, Gómez-Chavarín BM, Sampieri-Cabrera R. Influencia del mindfulness en la regulación del estrés crónico para un desarrollo integral del ser humano. Rev Fac Med (Méx). 2025;68(1):8-19. Doi: https://doi.org/10.22201/fm.24484865e.2025.68.1.02

20. Severino-González P, Mendivelso-Carrillo H, Lobos-Cisternas J, Calderón-Morales W, Guerrero Miranda M, Villar-Olaeta J, et al. Inteligencia espiritual y educación superior: autoconocimiento, necesidades y prácticas en estudiantes universitarios de Chile. Interciencia. 2025;50(2):100-107. Disponible en: https://www.interciencia.net/wp-content/uploads/2025/03/05_7305_Com_Severino_v50n2_8.pdf

21. Puchalski C, Vitillo R, Hull MG, Reller N. Improving the spiritual dimension of whole person care: reaching national and international consensus. J Palliat Med. 2014;17(6):642-656. doi: https://doi.org/10.1089/jpm.2014.9427

Licencia CC-By-NC-ND

22. Christofoli CS, Goes MGO, Unicovsky MR, Karl IS, Crossetti MGO. Significados da espiritualidade para cuidadores familiares de pacientes em cuidados paliativos. Enferm Bras. 2025;24(2):2189-2204. Doi: https://doi.org/10.62827/eb.v24i2.4049

23. Durán-Badillo T, Donjuán-Díaz BE, Herrera-Herrera J, Guerra-Ordóñez JA. Estrés y espiritualidad relacionado con la sobrecarga en cuidadores de adultos mayores con dependencia total. Rev Cubana Enfermería [Internet]. 2023 [citado 2026 Ene 11];39. Disponible en: https://revenfermeria.sld.cu/index.php/enf/article/view/5590

24. Sena MAB, Damiano RF, Lucchetti G, Peres MFP. Defining spirituality in healthcare: a systematic review and conceptual framework. Front Psychol. 2021;12:756080. Doi: https://doi.org/10.3389/fpsyg.2021.756080

25. Casaleiro T, Martins H, Caldeira S. Promoción del afrontamiento espiritual de cuidadores familiares de un familiar adulto con enfermedad mental grave: desarrollo y prueba de una intervención de enfermería. Healthcare (Basel). 2024;12(13):1247. Doi: https://doi.org/10.3390/healthcare12131247

26. Urbanos CC, Elvira TR. Espiritualidad y resiliencia en cuidadores principales de pacientes oncológicos. Psicooncología. 2025;22(1):157. Disponible en: https://revistas.ucm.es/index.php/PSIC/article/view/90733

27. Ghasemisarukola M, Lacrouts KP, López AA, Rofrano MDP, Ibañez E. La religiosidad, la espiritualidad, y el bienestar subjetivo de los estudiantes universitarios. Rev Cient Arbitr Fund MenteClara. 2025;10:385.Doi: https://doi.org/10.32351/rca.v10.385

28. Chocobar Reyes EJ, Barreda Medina RF. Estructuras metodológicas PICO y PRISMA 2020 en la elaboración de artículos de revisión sistemática: lo que todo investigador debe conocer y dominar. Ciencia Latina Rev Cient Multidiscip. 2025;9(1):8525-8543. doi:10.37811/cl_rcm.v9i1.16491. Doi: https://doi.org/10.37811/cl_rcm.v9i1.16491

29. S Moola S, Munn Z, Tufanaru C, Aromataris E, Sears K, Sfetcu R, et al. Chapter 7: Systematic reviews of etiology and risk. In: Aromataris E, Munn Z, editors. JBI Manual for Evidence Synthesis. Adelaide (AU): JBI; 2020. Available from: https://synthesismanual.jbi.global. doi:10.46658/JBIMES-20-08.

30. Hong QN, Fàbregues S, Bartlett G, Boardman F, Cargo M, Dagenais P, et al. The Mixed Methods Appraisal Tool (MMAT) version 2018 for information professionals and researchers. Educ Inf. 2018;34(4):285-291. Doi: https://doi.org/10.3233/EFI-180221

31. Donjuan Díaz BE, Durán-Badillo T, Guerra Ordóñez JA, Ruiz Cerino JM. Stress, overload and spiritual related to the quality of life of caregivers of older adults. Salud Cienc Tecnol. 2024;4:646. Doi: https://doi.org/10.56294/saludcyt2024646

Licencia
CC-By-NC-ND

32. Barreto LV, Cruz MGS, Okuno MFP, Horta ALM. Association of spirituality, quality of life and depression in family members of older adults with dementia. Acta Paul Enferm. 2023;36:eAPE03061. Disponible en: https://www.scielo.br/j/ape/a/h4h5wxcPYpcCGXYkVpRJwgL/?format=pdf&lang=en

33. Parra-Aguirre MA, Cid Henriquez PR, Casanova Laudien MP. Crecimiento espiritual, sentido de coherencia y autoeficacia de las cuidadoras familiares de personas con discapacidad. Rev Gaúcha Enferm. 2023;44:e20220269es. Doi: https://doi.org/10.1590/1983-1447.2023.20220269.es

34. Duran-Badillo T, Donjuan-Díaz BE, Herrera Herrera JL, Llorente Pérez YJ, Cortes Montelongo DB, Guerra-Ordoñez JA. Estrés y espiritualidad relacionado con la sobrecarga en cuidadores de adultos mayores con dependencia total. Rev Cuba Enferm. 2023;39:e5590. Disponible en: https://revenfermeria.sld.cu/index.php/enf/article/view/5590

35. Young S, Walter S, Wang K, Piamjariyakul U, Lewis F. The influence of spirituality on caregiver burden and quality of life in older adult informal caregivers. Geriatr Nurs. 2024 Jul-Aug;58:127-134. Doi: https://doi.org/10.1016/j.gerinurse.2024.05.013

36. Oliveira NA, Souza EN, Luchesi BM, Alexandre TS, Inouye K, Pavarini SCI. Elderly caregivers of other elderly living with and without children: burden, optimism and coping strategies. Cien Saude Colet. 2020;25(2):473-481. Doi: https://doi.org/10.1590/1413-81232020252.02222018

37. Urrútia G, Bonfill X. Declaración PRISMA: una propuesta para mejorar la publicación de revisiones sistemáticas y metaanálisis. Med Clin (Barc). 2010;135(11):507-511. Doi: https://doi.org/10.1016/j.medcli.2010.01.015

38. Instituto Nacional de Estadística y Geografía (INEGI). Estadísticas a propósito del Día Internacional de la Mujer (8 de marzo) [Internet]. Aguascalientes: INEGI; 2025 [citado 2026 mar 9]. Disponible en: https://www.inegi.org.mx/contenidos/saladeprensa/aproposito/2025/EAP_DiaIntMujer.pdf

39. do Carmo KB. Espiritualidade aplicada à medicina. Rev Bioét. 2022;30(4):870-882. Doi: https://doi.org/10.1590/1983-80422022304577EN

40. del Río-Lozano M, Mora DJ, Maroto-Navarro G, Ocaña-Riola R, García-Calvente MM. Gender inequalities of caregiver mental health and burden in the three years post COVID-19 (CUIDAR-SE Study). Int J Equity Health. 2025;24:282. Doi: https://doi.org/10.1186/s12939-025-02565-5

41. Silva AR, Melo AJB. Expresión de la espiritualidad en los cuidados paliativos: una revisión narrativa. Rev Bioét. 2023;31:e3506ES. Disponible en: https://www.scielo.br/j/bioet/a/xCMQ4Dn3TCkq3K6XVP9gxfp/?format=pdf&lang=es

Licencia CC-By-NC-ND

42. Navas C, Villegas H, Hurtado R, Zapata D. La conexión mente-cuerpo-espíritu y su efecto en la promoción de la salud en pacientes oncológicos. Rev Venez Oncol. 2006;18(1):35-44. Disponible en: https://ve.scielo.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0798-05822006000100006

43. Torres Angarita A. Rol de la espiritualidad como factor protector de la salud mental, revisión documental [Internet]. [Monografía]. Universidad Nacional Abierta y a Distancia (UNAD); 2024 Jun 04 [cited 2026 Jan 21]. Available from: https://repository.unad.edu.co/handle/10596/62223

44. Joss D, Sevinc G, Denninger JW, Khalsa SB, Hoge EA, Bhasin M, et al. PCC-hippocampal functional connectivity associated with stress biomarker changes after meditation training for healthy adults. Neurosci Lett. 2025;864:138272. Doi: https://doi.org/10.1016/j.neulet.2025.138272

45. Vargas-Uricoechea H, Castellanos-Pinedo A, Urrego-Noguera K, Vargas-Sierra HD, Pinzón-Fernández MV, Barceló-Martínez E, et al. Mindfulness-Based Interventions and the Hypothalamic–Pituitary–Adrenal Axis: A Systematic Review. Neurol Int. 2024;16(6):1552-1584. Doi: https://doi.org/10.3390/neurolint16060115

46. Lazar SW, Bush G, Gollub RL, Fricchione GL, Khalsa G, Benson H. Functional brain mapping of the relaxation response and meditation. Neuroreport. 2000 May 15;11(7):1581-1585. Disponible en: https://www.ovid.com/jnls/neuroreport/abstract/00001756-200005150-00042~functional-brain-mapping-of-the-relaxation-response-and?redirectionsource=fulltextview

47. Christofoli CS, Goes MGO, Unicovsky MR, Karl IS, Crossetti MGO. Significados da espiritualidade para cuidadores familiares de pacientes em cuidados paliativos. Enferm Bras. 2025;24(2):2189-2204. Doi: https://doi.org/10.62827/eb.v24i2.4049

48. Kubitza J, Bovermann J, Kröger C, Schulz H. Exploring the role of spirituality and meaning in life among family caregivers: a qualitative study in Germany. BMC Palliat Care. 2025;24:44. Disponible en: https://doi.org/10.1186/s12912-025-03398-x?urlappend=%3Futm_source%3Dresearchgate.net%26utm_medium%3Darticle

49. Kurtgöz A, Edis EK. Spiritual care from the perspective of family caregivers and nurses in palliative care: a qualitative study. J Relig Health. 2023;62(6):4680-4695. Disponible en: https://doi.org/10.1186/s12904-023-01286-2

50. Barberán Solórzano JM, Morillas Bulnes AM. Cuidado espiritual de enfermería: una aproximación sistemática al estado del arte. LATAM Rev Latinoam Cienc Soc Humanid. 2023;4(2):1-13. Doi: https://doi.org/10.56712/latam.v4i2.588

Licencia
CC-By-NC-ND



Horizonte sanitario

ISSN (en línea): 2007-7459

Cuidado humanizado y síndrome de burnout en profesionales de enfermería: Revisión de alcance sobre su relación

Humanized care and burnout syndrome in nurses: A scoping review of their relationship

Artículo de Revisión DOI: 10.19136/hs.a25sI.6399

Paula Salinas Lainez [1]
Jhon Alex Zeladita Huaman [2]
Roberto Zegarra Chapoñan [3]

Correspondencia: Paula Salinas Lainez. Dirección postal: Universidad Santo Tomás. Avenida Ejército Libertador 146. C.P: 8370003. Santiago Centro, Región Metropolitana. Chile.
Correo electrónico: paulasalinasla@santotomas.cl

Licencia CC-By-NC-ND

[1] *Magíster en Educación. Facultad de Salud, Escuela de Enfermería, Universidad Santo Tomás, Santiago, Chile.*
[2] *Doctor en Enfermería. Facultad de Medicina, Universidad Nacional Mayor de San Marcos, Lima, Perú.*
[3] *Estudiante de doctorado, Programa de Doctorado en Enfermería, Universidad Nacional Mayor de San Marcos, Lima, Perú.*



Resumen

Objetivo: Mapear la evidencia científica disponible sobre la relación entre el cuidado humanizado y el síndrome de burnout en profesionales de enfermería de distintos contextos asistenciales.

Materiales y Métodos: Revisión de alcance desarrollada conforme a las directrices del *Joanna Briggs Institute* y reportada según PRISMA-ScR. Se realizaron búsquedas en PubMed, Scopus y Web of Science en septiembre de 2025, complementadas con revisión manual de referencias. La selección fue realizada por dos revisores. Se incluyeron 27 estudios primarios y los hallazgos se sintetizaron mediante análisis descriptivo y narrativo.

Resultados: Se identificaron 160 asociaciones entre dimensiones del cuidado humanizado y del burnout. El agotamiento emocional concentró el mayor número de asociaciones. Los componentes relacionales, especialmente comunicación, empatía y presencia, fueron los más vinculados al burnout. Se identificaron tres tendencias: asociación inversa predominante (15 estudios), asociaciones compatibles con una posible función protectora del cuidado humanizado (9 estudios) y relaciones heterogéneas dependientes del contexto (3 estudios).

Conclusiones: La relación entre cuidado humanizado y burnout es compleja y dependiente del contexto. Determinadas dimensiones del cuidado humanizado se asociaron con menores niveles de burnout, aunque estas relaciones estuvieron condicionadas por factores individuales y organizacionales. Se requieren estrategias institucionales que favorezcan el bienestar profesional y el cuidado centrado en la persona.

Palabras Claves: Enfermeros; Agotamiento Psicológico; Estrés Laboral; Atención Dirigida al Paciente; Humanización de la Atención.

Abstract

Objective: To map the available scientific evidence on the relationship between humanized care and burnout syndrome among nursing professionals across different healthcare settings.

Materials and Methods: A scoping review was conducted according to the Joanna Briggs Institute guidelines and reported following PRISMA-ScR. Searches were performed in PubMed, Scopus, and Web of Science in September 2025 and supplemented by manual reference-list searching. Study selection was conducted by two reviewers. Twenty-seven primary studies were included, and the findings were synthesized using descriptive and narrative analyses.

Results: A total of 160 associations between dimensions of humanized care and burnout were identified. Emotional exhaustion accounted for the largest number of associations. Relational components, particularly communication, empathy, and presence, were most frequently linked to burnout. Three patterns were identified: a predominant inverse association (15 studies), associations compatible with a possible protective role of humanized care (9 studies), and heterogeneous context-dependent relationships (3 studies).

Conclusions: The relationship between humanized care and burnout is complex and context-dependent. Certain dimensions of humanized care were associated with lower burnout levels, although these relationships were influenced by individual and organizational factors. Institutional strategies that promote professional well-being and person-centered care are required.

Keywords: Nurses; Burnout Psychological; Occupational Stress; Patient-Centered Care; Humanization of Assistance.

• Fecha de recibido: 08 de septiembre de 2026 • Fecha de aceptado: 20 de octubre de 2026
• Fecha de publicación: 29 de octubre de 2026

Licencia CC-By-NC-ND

Introducción

El síndrome de burnout (SB) constituye un problema de creciente relevancia para los sistemas de salud a nivel global, con repercusiones significativas en el personal sanitario y, particularmente, en los profesionales de enfermería. Evidencia reciente ha estimado que entre un 20% y un 40% de estos profesionales presenta niveles elevados de agotamiento emocional, una de las dimensiones centrales del síndrome, lo que refleja la magnitud y persistencia del problema en diversos contextos asistenciales[1]. Este fenómeno se desarrolla en escenarios caracterizados por la sobrecarga asistencial, el déficit de personal y la exposición continua al sufrimiento humano, condiciones consistentemente asociadas con el desgaste profesional[2,3].

Además de los efectos individuales señalados, el SB tiene implicancias sobre la calidad y la seguridad del cuidado que brinda enfermería. La evidencia disponible señala que mayores niveles de SB se relacionan con una mayor incidencia de eventos adversos, errores de medicación y omisión de cuidados, así como con una menor satisfacción de los pacientes, lo que puede repercutir negativamente en los resultados clínicos y organizacionales[4,5]. Por otra parte, el agotamiento emocional, como una de las dimensiones del SB, podría comprometer el desempeño de los enfermeros, específicamente su capacidad para establecer interacciones terapéuticas eficaces y mantener una comunicación efectiva con el paciente[4].

Por ello, el SB se considera como un fenómeno multidimensional, en el que interactúan factores individuales y organizacionales. En este sentido, la carga de trabajo, el entorno de práctica, el liderazgo y la cultura organizacional podrían ser considerados factores asociados a su desarrollo[3,4,5,6,7]. Esta concepción contribuye a sustentar que el SB no está condicionado únicamente por características individuales sino también por factores profesionales, específicamente, aquellos relacionados con su entorno laboral.

En cuanto al cuidado humanizado, este constituye un componente fundamental de la práctica de enfermería, porque considera aspectos relacionales y emocionales durante la atención. Incluye elementos como la empatía, la comunicación terapéutica y la presencia profesional, necesarios para establecer una relación de cuidado centrada en las necesidades de la persona[8,9,10]. La literatura disponible señala que estas formas de cuidado se relacionan con resultados favorables tanto para el enfermero como para el paciente, entre ellos, menor estrés, mayor compromiso laboral y una mejor experiencia en la relación enfermero-paciente[10,11].

No obstante, la relación entre el cuidado humanizado y el SB parece ser compleja y estar condicionada por el contexto. Mientras algunos estudios sugieren que la empatía y la comunicación terapéutica pueden actuar como factores protectores de este síndrome, otros evidencian que una mayor implicación emocional en el cuidado, especialmente en entornos organizacionales adversos, puede contribuir al incremento del agotamiento emocional[11]. En este sentido, la empatía ha sido descrita como un constructo ambivalente, cuyo efecto podría variar en función de las condiciones del entorno laboral y los recursos disponibles.

Licencia
CC-By-NC-ND

Asimismo, esta relación puede estar condicionada por factores organizacionales, tales como el liderazgo, el empoderamiento profesional y las condiciones estructurales del entorno de trabajo, los cuales influyen en la capacidad de los profesionales para sostener prácticas de cuidado centradas en la persona[12,13]. Sin embargo, la evidencia disponible se encuentra fragmentada y está constituida predominantemente por estudios que abordan estos constructos de manera aislada, lo que limita una comprensión integrada de su interacción. A ello se suma la predominancia de estudios realizados en países de ingresos altos, lo que restringe el conocimiento del fenómeno en otros escenarios, incluidos los contextos latinoamericanos.

En este contexto, resulta necesario avanzar hacia una síntesis amplia de la evidencia disponible que permita identificar cómo se ha estudiado esta relación, sus principales características y las brechas de conocimiento existentes. Con base en el marco Población, Concepto y Contexto (PCC), la pregunta de revisión fue: ¿qué evidencia científica está disponible sobre la relación entre el cuidado humanizado y el SB en profesionales de enfermería de contextos asistenciales.? En coherencia con esta pregunta, el objetivo fue mapear la evidencia científica disponible sobre la relación entre el cuidado humanizado y el síndrome de burnout en profesionales de enfermería de distintos contextos asistenciales

Materiales y Métodos

Se realizó una revisión de alcance (scoping review) de acuerdo con las recomendaciones metodológicas del Joanna Briggs Institute (JBI)[14] y su reporte siguió la guía Preferred Reporting Items for Systematic Reviews and Meta-Analyses for Scoping Reviews (PRISMA-ScR)[15].

Inicialmente, se elaboró un protocolo de la revisión con el fin de favorecer la transparencia y reproducibilidad del proceso metodológico, formulando la pregunta de investigación con base en el marco Población, Concepto y Contexto (PCC)[14]. La población correspondió a profesionales de enfermería en ejercicio asistencial; el concepto comprendió la relación entre el cuidado humanizado y el SB; y el contexto, establecimientos sanitarios. Se estableció como criterio de inclusión a investigaciones empíricas con diseños cuantitativos, cualitativos y de métodos mixtos que abordaran la relación entre los constructos de interés, sin restricción por año de publicación y publicadas en español, inglés o portugués. Se excluyeron revisiones sistemáticas, revisiones de alcance, editoriales y otros documentos sin base empírica; estudios centrados en estudiantes de enfermería; investigaciones realizadas en otros profesionales de la salud cuando los resultados correspondientes al personal de enfermería no podían identificarse de manera independiente; estudios cuyo texto completo no se pudo recuperar; y aquellos que no aportaban información pertinente para responder la pregunta de revisión.

Posteriormente, se realizó la revisión de la literatura en PubMed, Scopus y Web of Science. Además, se revisaron las referencias de los artículos incluidos para localizar estudios que no fueron identificados en estas bases de datos.

Licencia
CC-By-NC-ND

Para la búsqueda bibliográfica se construyeron ecuaciones de búsqueda de manera iterativa siguiendo las recomendaciones del JBI[14], a partir de tres bloques conceptuales: enfermería, SB y cuidado humanizado. Se utilizaron términos controlados y términos libres, combinados mediante los operadores de búsqueda (AND y OR) y adaptados a la sintaxis y los campos específicos de cada fuente de información. Esta búsqueda fue realizada durante agosto y septiembre de 2025. Las estrategias de búsqueda completas utilizadas en cada fuente consultada se detallan en la Tabla 1.

Tabla 1. Estrategias de búsqueda utilizadas en las fuentes de información

Fuente	Estrategia completa	Registros recuperados
PubMed/MEDLINE	((“nurses”[MeSH Major Topic] OR “nurses*”[Title] OR “Nursing Staff”[Title] OR “Nurse Practitioners”[Title] OR “nursing*”[Title] OR “Advanced Practice Nursing”[-Title] OR “Registered Nurses”[Title]) AND (“burnout, psychological”[MeSH Major Topic] OR “burnout psychological”[Title] OR “burnout professional”[Title] OR “Occupational Stress”[Title] OR “Job burnout”[Title] OR “Professional burnout”[-Title] OR “burnout*”[Title] OR “Burnout Syndrome”[Title] OR “burn out*”[Title]) AND (“Humanization of Assistance”[All Fields] OR “Patient-Centered Care”[All Fields] OR “Nurse-Patient Relations”[All Fields] OR “Humanized care”[All Fields] OR “Person-centered care”[All Fields] OR “humanized*”[All Fields] OR “humanised*”[All Fields] OR “Holistic Nursing”[All Fields]))	163
Scopus	(TITLE (Nurses* OR “Nursing Staff” OR “Nurse Practitioners” OR nursing* OR “Advanced Practice Nursing” OR “Registered Nurses”) AND TITLE (“Burnout, Psychological” OR “Burnout, Professional” OR “Occupational Stress” OR “Job burnout” OR “Professional burnout” OR burnout* OR maslash* OR “Burnout Syndrome” OR Burn-out*) AND ALL (“Humanization of Assistance” OR “Patient-Centered Care” OR “Nurse-Patient Relations” OR “Humanized care” OR “Person-centered care” OR humanized* OR humanised* OR “Holistic Nursing”))	268
Web of Science	TI=(Nurses* OR “Nursing Staff” OR “Nurse Practitioners” OR nursing* OR “Advanced Practice Nursing” OR “Registered Nurses”) AND TI=(“Burnout, Psychological” OR “Burnout, Professional” OR “Occupational Stress” OR “Job burnout” OR “Professional burnout” OR burnout* OR maslash* OR “Burnout Syndrome” OR Burn-out*) AND ALL=(“Humanization of Assistance” OR “Patient-Centered Care” OR “Nurse-Patient Relations” OR “Humanized care” OR “Person-centered care” OR humanized* OR humanised* OR “Holistic Nursing”)	26

Nota. Las ecuaciones corresponden a las estrategias consignadas en el protocolo original de la revisión.
Fuente: Elaboración propia.

Los registros recuperados se gestionaron mediante la plataforma Rayyan. Tras la identificación y eliminación de duplicados, dos revisores llevaron a cabo de forma independiente el proceso de selección en dos etapas: primero, mediante la lectura de títulos y resúmenes y, posteriormente, mediante la evaluación del texto completo de los registros potencialmente elegibles. Las discrepancias entre los revisores fueron resueltas mediante consenso. Los motivos para la exclusión correspondientes a los registros evaluados a texto completo fueron registrados.

Para la extracción de los datos se emplearon matrices estructuradas diseñadas en Microsoft Excel, basadas en las recomendaciones del JBI[14]. Los datos fueron extraídos por un revisor y revisados en su totalidad por un segundo revisor. Las discrepancias identificadas durante la verificación fueron resueltas por consenso.

Licencia CC-By-NC-ND

El análisis se realizó mediante un enfoque descriptivo y temático. Primero se caracterizaron los estudios mediante estadística descriptiva simple; posteriormente, se efectuó una síntesis narrativa y un mapeo de los hallazgos para identificar patrones en la relación entre cuidado humanizado y burnout.

Las dimensiones relacionadas con el cuidado humanizado identificadas en los estudios fueron agrupadas conceptualmente según su proximidad temática en seis categorías analíticas: comunicación, empatía y presencia; apoyo emocional y compasión; cuidado centrado en la persona; humanización del entorno organizacional; respeto, dignidad y ética del cuidado; y dimensión espiritual del cuidado. Esta agrupación se utilizó con fines de mapeo y síntesis, considerando la diversidad conceptual y terminológica observada entre los estudios.

Para el mapeo se consideró como unidad de análisis cada relación reportada entre una dimensión del cuidado humanizado y una dimensión del burnout. Un mismo estudio pudo aportar más de una relación cuando evaluó múltiples dimensiones de ambos constructos; por tanto, estas unidades se utilizaron con fines descriptivos y no fueron consideradas observaciones estadísticamente independientes.

Para el análisis de resultados, se consideraron 27 estudios primarios. Los hallazgos se organizaron en tablas y matrices analíticas, permitiendo identificar tres tendencias: relación inversa, asociaciones compatibles con una posible función protectora y asociaciones dependientes del contexto.

No se realizó evaluación del riesgo de sesgo ni metaanálisis, en coherencia con la naturaleza de las revisiones de alcance, cuyo objetivo es mapear la evidencia disponible más que evaluar la calidad metodológica de los estudios[14].

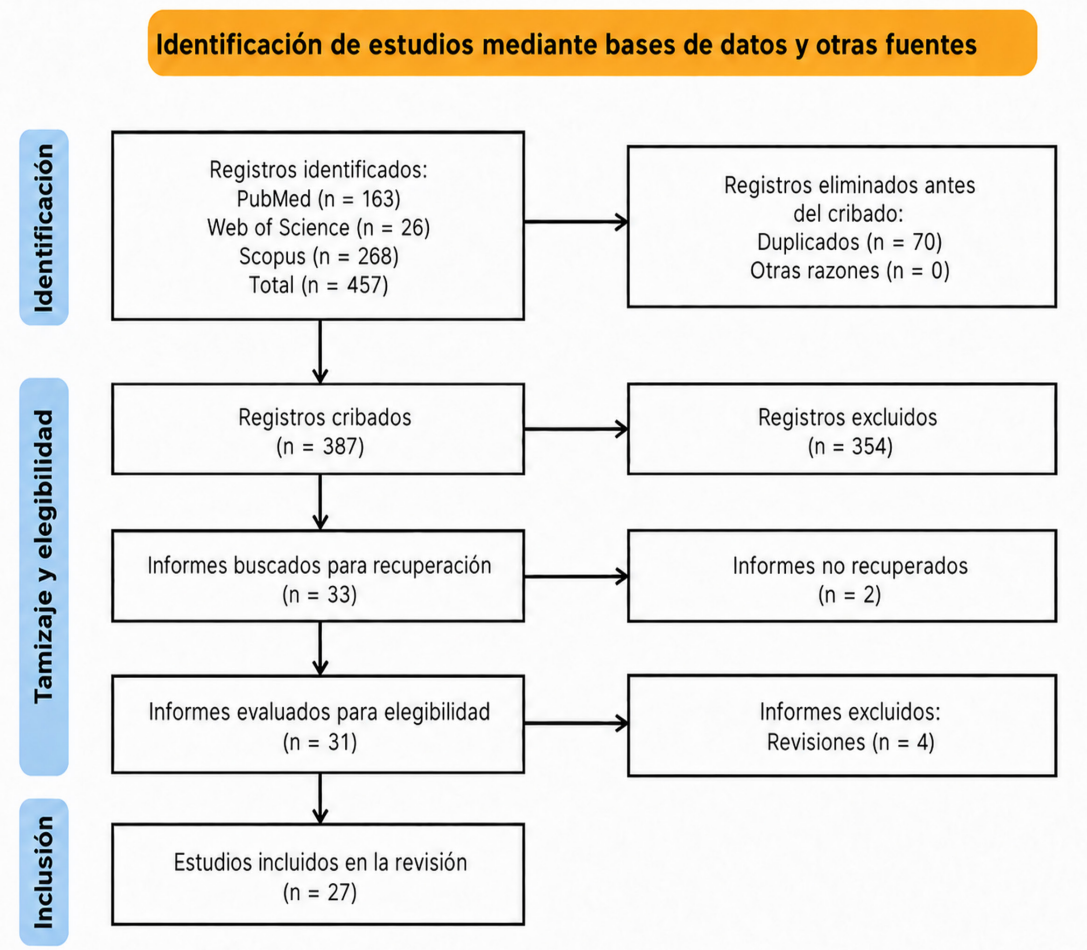
Resultados

El proceso de identificación, cribado, elegibilidad e inclusión de las fuentes de evidencia se presenta en la Figura 1. La búsqueda en PubMed, Web of Science y Scopus identificó 457 registros (PubMed = 163; Web of Science = 26; Scopus = 268). Tras eliminar 70 duplicados, 387 registros fueron sometidos al cribado por título y resumen, de los cuales 354 fueron excluidos. Se intentó recuperar el texto completo de 33 documentos potencialmente elegibles; 2 no pudieron ser recuperados. Finalmente, de los 31 documentos evaluados a texto completo, se seleccionaron 27 artículos científicos.

Los artículos científicos incluidos fueron publicados entre 1994 y 2025, mostrando una mayor concentración en años recientes, en particular a partir de 2018. Por países, el Reino Unido y Estados Unidos concentraron el mayor número de estudios, con cuatro cada uno, seguidos de Turquía, con tres. Suecia, Corea del Sur, China y España aportaron dos estudios cada uno; Finlandia, Alemania, Tailandia, Arabia Saudita, Polonia, Omán, Irán y Países Bajos aportaron uno cada uno. No se identificaron estudios desarrollados en países de América Latina.

Licencia
CC-By-NC-ND

Figura 1. Diagrama de flujo PRISMA-ScR del proceso de selección de estudios



Fuente: Elaboración propia.

Respecto al diseño metodológico, 18 estudios fueron cuantitativos transversales. También se identificaron tres estudios cuasiexperimentales, desarrollados en servicios de psiquiatría, salud mental y residencias geriátricas[16,19,23], y un estudio experimental realizado en un contexto hospitalario[22]. Además, se incluyeron tres estudios cualitativos, uno cuantitativo descriptivo y uno de métodos mixtos. En cuanto a los contextos clínicos, 14 estudios se desarrollaron en entornos hospitalarios. Los restantes abarcaron psiquiatría, salud mental, urgencias, atención primaria, oncología, oncología pediátrica, cuidados intensivos, cuidados paliativos, servicios perioperatorios, atención comunitaria y residencias geriátricas. En conjunto, las fuentes incluidas representaron distintos escenarios y niveles de atención (Tabla 2).

El tamaño muestral varió entre 11 y 3014 participantes. Los estudios cuantitativos tendieron a incluir muestras de mayor tamaño, mientras que los estudios cualitativos presentaron muestras más reducidas, acordes con las características de estos diseños (Tabla 2).

Licencia
CC-By-NC-ND

Tabla 2. Características metodológicas y contextuales de los estudios incluidos

Autor/Año	País	Diseño del estudio	Contexto clínico	Tamaño de muestra
Hallberg, 1994[16]	Suecia	Cuasi-experimental	Psiquiatría	n=11
Hayter, 1999[17]	Reino Unido	Cuantitativo transversal	VIH comunitario	n=55
Walsh & Dolan, 1999[18]	Reino Unido	Cuantitativo descriptivo	Urgencia	n=156
Ewers et al., 2002[19]	Reino Unido	Cuasi-experimental	Salud mental	n=20
Billeter-Koponen & Fridén, 2005[20]	Finlandia	Cualitativo	Hospitalario	n=12
Sundin et al., 2007[21]	Suecia	Cuantitativo transversal	Hospitalario/ APS	n=1561
Yong et al., 2012[22]	Corea del Sur	Experimental	Hospitalario	n=60
Dichter et al., 2017[23]	Alemania	Cuasi-experimental	Residencias geriátricas	n=201
Karadag Arli et al., 2017[24]	Turquía	Cuantitativo transversal	Hospitalario	n=118
Shen et al., 2018[25]	China	Cuantitativo transversal	Oncología	n=3014
Liu & Aungsuroch, 2018[26]	Tailandia	Cuantitativo transversal	Hospitalario	n=510
Cherven et al., 2019[27]	EE.UU.	Métodos mixtos	Oncología pediátrica	n=144
Clayton et al., 2019[28]	EE.UU.	Cuantitativo transversal	Cuidados paliativos	n=181
Danacı & Koç, 2019[29]	Turquía	Cuantitativo transversal	Hospitalario	n=280
Alhalal et al., 2020[30]	Arabia Saudita	Cuantitativo transversal	Hospitalario	n=255
Smythe et al., 2020[31]	Reino Unido	Cualitativo	Residencias (demencia)	n=12
Uchmanowicz et al., 2020[32]	Polonia	Cuantitativo transversal	Hospitalario	n=547
Kaplan Serin et al., 2020[33]	Turquía	Cuantitativo transversal	Hospitalario	n=227
Al Ma'mari et al., 2020[34]	Omán	Cuantitativo transversal	UCI	n=202
Abraham et al., 2021[35]	EE.UU.	Cuantitativo transversal	Atención primaria	n=125
Heidari et al., 2021[36]	Irán	Cuantitativo transversal	Hospitalario	n=180
Molero Jurado et al., 2021[37]	España	Cuantitativo transversal	Hospitalario	n=330
Ahn & Eun, 2021[38]	Corea del Sur	Cuantitativo transversal	Hospitalario	n=170
Brooks Carthon et al., 2023[39]	EE.UU.	Cualitativo	Hospitalario	n=22
Scheepers & Vollmann, 2024[40]	Países Bajos	Cuantitativo transversal	Hospitalario	n=256
Shen et al., 2024[41]	China	Cuantitativo transversal	Perioperatorio	n=437
Prieto-de Benito et al., 2025[9]	España	Cuantitativo transversal	Hospitalario	n=400

Fuente: Elaboración propia a partir de los estudios incluidos en la revisión

La distribución de las 160 relaciones identificadas entre las categorías del cuidado humanizado y las dimensiones del SB se presenta mediante un mapa de calor (Figura 2), que permite visualizar la concentración de las relaciones reportadas en los estudios incluidos. Respecto a las dimensiones del

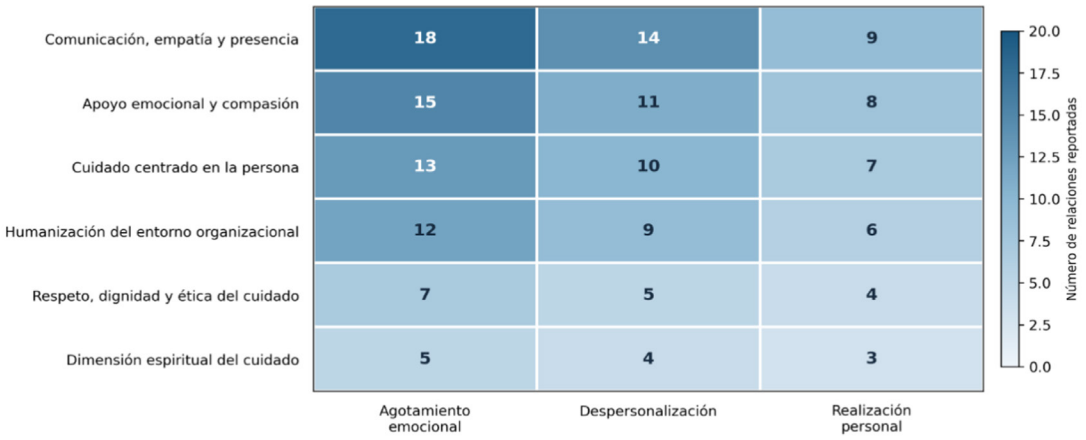
Licencia CC-By-NC-ND
Horizonte sanitario
Suplemento I. Humanización de los Cuidados: Avances desde la Investigación Científica. Vol. 25 (2026)
ISSN (en línea): 2007-7459
https://revistahorizonte.ujat.mx/

SB, el agotamiento emocional concentró el mayor número de asociaciones, con 70 (43,8%). En cuanto a las dimensiones del cuidado humanizado, la categoría comunicación, empatía y presencia concentró 41 asociaciones (25,6%), seguida de apoyo emocional y compasión (34 asociaciones) y del cuidado centrado en la persona (PCC), con 30 (18,8%).

En la distribución cruzada de las categorías, comunicación, empatía y presencia presentó el mayor número de asociaciones con agotamiento emocional (n = 18), seguida de apoyo emocional y compasión (n = 15) y cuidado centrado en la persona (n = 13). Estas categorías también concentraron las mayores frecuencias de asociaciones con la despersonalización, aunque en menor proporción que con el agotamiento emocional.

En términos descriptivos, las asociaciones identificadas se concentraron principalmente en componentes relacionales del cuidado y en el agotamiento emocional. Dado que un mismo estudio pudo aportar múltiples asociaciones, estas frecuencias representan relaciones reportadas y no el número de estudios independientes.

Tabla 2. Relaciones entre categorías del cuidado humanizado y dimensiones del síndrome de burnout



Nota: Frecuencias descriptivas; un estudio puede aportar más de una relación (n = 160)
Fuente: Elaboración propia.

A partir de la síntesis de los 27 estudios incluidos, se identificaron tres patrones generales en los hallazgos relativos a la relación entre el cuidado humanizado y el SB (Tabla 3).

La tendencia más frecuente correspondió a una relación inversa, identificada en 15 de los 27 estudios, en los cuales mayores niveles de SB se asociaron con una menor expresión de dimensiones del cuidado humanizado. Esta tendencia se observó principalmente en estudios que reportaron asociaciones entre agotamiento emocional, despersonalización y menores niveles de comunicación, la empatía, la presencia profesional y otras expresiones relacionales del cuidado.

Licencia CC-By-NC-ND

En 9 de los 27 estudios se identificó un patrón en el que mayores niveles de dimensiones relacionadas con el cuidado humanizado se asociaron con menores niveles de burnout. En estos estudios, dimensiones como la compasión, el cuidado centrado en la persona, el cuidado individualizado y la comunicación terapéutica se relacionaron con menores niveles de desgaste profesional o con indicadores más favorables de bienestar profesional.

Finalmente, 3 de los 27 estudios presentaron asociaciones heterogéneas o dependientes del contexto, en las cuales la relación entre cuidado humanizado y burnout varió según factores individuales, relacionales u organizacionales, o mostró hallazgos no consistentes entre las dimensiones analizadas. Entre los factores descritos se encontraron el entorno laboral, los estilos de comunicación, la competencia profesional y la sobrecarga asistencial.

Tabla 3. Mapa narrativo de tendencias en la relación entre cuidado humanizado y síndrome de burnout

Tendencia identificada	Descripción de la relación	Número de estudios
Relación inversa	Mayores niveles de burnout se asocian con menor expresión de cuidado humanizado	15
Asociación compatible con posible función protectora	Mayores niveles de dimensiones del cuidado humanizado se asocian con menores niveles de burnout, sin asumir causalidad	9
Relación compleja o no lineal	La relación entre cuidado humanizado y burnout se encuentra mediada por factores individuales u organizacionales, o presenta resultados no consistentes	3

Nota: A partir de los estudios incluidos en la revisión. Las categorías corresponden a la síntesis de patrones identificados en la relación entre cuidado humanizado y burnout en los estudios analizados.
Fuente: Elaboración propia.

Discusión

Los hallazgos de este estudio evidencian que la relación entre el cuidado humanizado y el SB en enfermeros es compleja y dependiente del contexto. Predominaron las asociaciones inversas entre ambos fenómenos, siendo el agotamiento emocional la dimensión del burnout con mayor número de relaciones identificadas. A su vez, la comunicación, la empatía y la presencia fueron los componentes del cuidado humanizado más frecuentemente vinculados con el burnout. También se identificaron asociaciones compatibles con una posible función protectora de determinadas dimensiones del cuidado humanizado y relaciones heterogéneas condicionadas por factores individuales y organizacionales.

El predominio del agotamiento emocional resulta consistente con la evidencia disponible, que lo reconoce como uno de los componentes más frecuentes del SB y particularmente sensible a las necesidades asistenciales y laborales[1]. Esta situación adquiere especial relevancia porque varias de las dimensiones del cuidado humanizado más relacionadas con el burnout, como la comunicación, la empatía, la escucha y la presencia, constituyen elementos centrales del cuidado compasivo y de la relación terapéutica[42].

Licencia CC-By-NC-ND

La relación entre SB y dimensiones relacionales del cuidado también puede tener implicancias sobre la calidad asistencial. Se ha evidenciado que mayores niveles de burnout se asocian con menor calidad y seguridad del cuidado, mayor frecuencia de errores, eventos adversos, cuidados omitidos y menor satisfacción de los pacientes[4]. En este sentido, se identificó que el desgaste profesional no solo afecta el bienestar del enfermero, sino que también puede relacionarse con una menor expresión de componentes relacionales fundamentales para el cuidado humanizado.

No obstante, esta relación debe interpretarse con cautela, pues un estudio destacó que la empatía y el SB mantienen generalmente una relación inversa, aunque esta puede variar según las dimensiones evaluadas y la presencia de factores mediadores individuales y laborales[11]. Por ello, la empatía y otras expresiones del cuidado humanizado no pueden asumirse como factores protectores universales, sino como recursos cuya expresión depende, en parte, del contexto sanitario.

Los elementos organizacionales parecen desempeñar un papel importante en esta relación. Un entorno de práctica favorable se ha asociado con menor burnout y mayor satisfacción por compasión, mientras que la participación profesional, el liderazgo, la dotación adecuada de recursos y las relaciones interprofesionales se relacionan con mejores experiencias laborales[43]. De forma similar, la sobrecarga laboral y las necesidades emocionales se asocian con incremento del SB, mientras que la autonomía, el apoyo social y las oportunidades de aprendizaje se asocian con menor desgaste y mayor compromiso laboral[44]. Estos hallazgos son consistentes con el modelo teórico de Demandas y Recursos Laborales, según en el cual el el SB puede desarrollarse cuando las demandas sostenidas del trabajo exceden los recursos disponibles para afrontarlas[45].

Desde esta perspectiva, el cuidado humanizado no depende exclusivamente de las características individuales del enfermero. La atención centrada en la persona requiere la interacción entre competencias profesionales, relaciones interpersonales y entornos de trabajo que permitan desarrollar una práctica humanizada[46]. Asimismo, se han identificado como barreras para la humanización las condiciones laborales desfavorables, la falta de formación y la escasa implicación institucional, mientras que la comunicación y el fortalecimiento de la relación enfermero-paciente actúan como facilitadores[8]. Cuando estas condiciones dificultan proporcionar el cuidado que el profesional considera adecuado, pueden generarse situaciones de malestar moral, fenómeno que también se ha relacionado con el burnout en enfermería[47].

La exposición continuada al sufrimiento también puede contribuir al desgaste emocional. La fatiga por compasión se asocia con menor empatía, pero con mayor agotamiento emocional. Asimismo, las intervenciones diseñadas para promover la resiliencia, el afrontamiento y el bienestar emocional redujeron significativamente tanto la fatiga por compasión como el SB[48]. Por ello, el cuidado humanizado requiere también recursos que favorezcan el bienestar emocional del enfermero.

En línea con la evidencia de que los diferentes contextos laborales pueden influir en la incidencia del SB. En esta revisión se han identificado variaciones en sus dimensiones según país, categoría

Licencia
CC-By-NC-ND

profesional, lugar de trabajo, jornada y percepción de estrés laboral[49]. Esto cobra relevancia porque no se identificaron estudios desarrollados en América Latina, por lo que se requieren investigaciones que analicen la relación entre burnout y cuidado humanizado en este contexto.

Los hallazgos de esta revisión de alcance tienen implicancias para la práctica de enfermería y la gestión de los servicios de salud. La evidencia indica que la prevención del SB no debería centrarse únicamente en fortalecer habilidades como la empatía, la comunicación o la compasión, sino también se deben mejorarse las condiciones en las que los enfermeros trabajan. Por otra parte, aspectos como el liderazgo, la carga laboral, el apoyo social y la autonomía requieren ser considerados al promover un cuidado más humanizado[43,44]. La evidencia disponible muestra que diferentes intervenciones dirigidas al SB pueden reducir especialmente el agotamiento emocional y la despersonalización, aunque los efectos sobre la realización personal son menos consistentes[50].

Entre las limitaciones de esta revisión, debido al predominio de estudios transversales, no se puede establecer temporalidad o causalidad entre los constructos de interés. Por ello, las asociaciones que sugieren una posible función protectora deben interpretarse con cautela. Asimismo, la heterogeneidad conceptual y metodológica en el abordaje del cuidado humanizado reportada en los artículos científicos revisados dificulta la comparación entre ellos y la interpretación de los resultados relacionados con este constructo. En tercer lugar, las 160 asociaciones corresponden a relaciones entre dimensiones y no a observaciones independientes, por lo que sus frecuencias no representan la magnitud o fuerza de asociación. Además, la búsqueda se limitó a PubMed, Scopus y Web of Science sin incluir literatura gris ni otras bases especializadas en enfermería, lo que pudo limitar la identificación de estudios pertinentes. Asimismo, la inclusión exclusiva de publicaciones en español, inglés y portugués pudo generar sesgo de idioma. La ausencia de estudios desarrollados en América Latina también restringe la posibilidad de extrapolar los hallazgos a contextos con condiciones laborales, organizacionales y socioculturales diferentes.

Finalmente, en concordancia con el propósito de esta revisión, los resultados permiten describir y mapear la evidencia disponible, pero no establecer el grado de certeza de las asociaciones identificadas. Por tanto, los hallazgos deben ser considerados como una aproximación al estado actual del conocimiento y como base para orientar investigaciones posteriores con diseños que permitan evaluar con mayor precisión la dirección y magnitud de la relación entre el cuidado humanizado y el SB.

Conclusiones

La evidencia mapeada muestra que la relación entre el cuidado humanizado y el síndrome de burnout en enfermeros es multidimensional y está condicionada por el contexto en el que se desarrolla la práctica. El agotamiento emocional presentó el mayor número de asociaciones, mientras que la comunicación, la empatía y la auténtica presencia fueron las dimensiones del cuidado humanizado más relacionadas con el SB.

Licencia
CC-By-NC-ND

La síntesis de los estudios muestra que el SB y el cuidado humanizado no se presentan como fenómenos independientes. La dimensión relacional del cuidado constituye un punto de encuentro entre ambos, donde el desgaste profesional se relaciona con una menor expresión de prácticas humanizadas en el cuidado de la salud. A su vez, esta relación puede variar según las condiciones individuales y de la institución de salud en la que se brinda el cuidado.

De manera específica, los estudios revisados mostraron que los niveles más altos de burnout se relacionaron con una menor expresión de conductas de cuidado, cuidado individualizado y comunicación humanizada. Asimismo, la compasión, la participación del paciente en la construcción del cuidado y otros enfoques centrados en la persona se asociaron con menores niveles de desgaste profesional o con indicadores más favorables de bienestar. Estos hallazgos deben interpretarse con cautela debido a las diferencias de diseño, medición y contexto entre los estudios.

Estos resultados sugieren que promover un cuidado humanizado requiere considerar tanto las competencias individuales como las condiciones laborales. En este sentido, la prevención del SB y la promoción del cuidado humanizado deberían ser consideradas de manera conjunta tanto en el desarrollo de habilidades y capacidades personales como en la gestión de enfermería. De manera que fortalecer las relaciones terapéuticas sin atender las condiciones en las que trabajan los enfermeros puede resultar insuficiente; del mismo modo, reducir el burnout puede contribuir no solo al bienestar ocupacional, sino también a preservar las condiciones relacionales necesarias para una atención centrada en la persona. Como desafío para esta línea de investigación, se requieren estudios longitudinales y de intervención, con medidas comparables y una mayor representación de los contextos latinoamericanos.

Conflicto de interés

Los autores declaran que no existe conflicto de intereses.

Consideraciones éticas

Dado que el presente trabajo corresponde a una revisión de alcance, no se requirió la aprobación de un comité de ética en investigación.

Uso de inteligencia artificial

Los autores declaran que, conforme a lo descrito en el diseño metodológico, se utilizó el software Rayyan, plataforma con funcionalidades basadas en inteligencia artificial, exclusivamente para apoyar el proceso de selección y cribado de los registros recuperados mediante las búsquedas realizadas

Licencia
CC-By-NC-ND

en las bases de datos. Esta herramienta fue empleada como apoyo en el desarrollo de la revisión de alcance y en el proceso colaborativo entre los investigadores. Asimismo, se empleó una herramienta de inteligencia artificial generativa (ChatGPT) como apoyo editorial para revisar la claridad, la coherencia y el estilo del manuscrito. Todas las modificaciones fueron verificadas por los autores, quienes mantienen la responsabilidad íntegra sobre el contenido, el análisis y la interpretación de los resultados.

Contribución de los autores

Conceptualización: P.S., J.A.Z.H.; Curación de datos: P.S., J.A.Z.H.; Análisis formal: P.S., J.A.Z.H.; Adquisición de fondos: P.S., J.A.Z.H., R.Z.C.; Investigación: P.S., J.A.Z.H.; Metodología: P.S., J.A.Z.H., R.Z.C.; Administración de proyecto: P.S.; Recursos: P.S.; Software: P.S., J.A.Z.H.; Supervisión: P.S., R.Z.C.; Validación: P.S., J.A.Z.H.; Visualización: P.S., J.A.Z.H.; Redacción del borrador original: P.S.; Redacción, revisión y edición: J.A.Z.H., R.Z.C.

Financiamiento

El presente trabajo no recibió financiamiento externo.

Referencias

1. Getie A, Ayenew T, Amlak BT, Gedfew M, Edmealem A, Kebede WM. Global prevalence and contributing factors of nurse burnout: an umbrella review of systematic reviews and meta-analyses. BMC Nurs. 2025; 24:596. Doi: https://doi.org/10.1186/s12912-025-03266-8

2. Bell T, Sprajcer M, Flenady T, Sahay A. Fatigue in nurses and medication administration errors: a scoping review. J Clin Nurs. 2023;32(17-18):5445-5460. Doi: https://doi.org/10.1111/jocn.16620

3. Kiptulon EK, Elmadani M, Limungi GM, Simon K, Tóth L, Horvath E, et al. Transforming nursing work environments: the impact of organizational culture on work-related stress among nurses: a systematic review. BMC Health Serv Res. 2024; 24:1526. Doi: https://doi.org/10.1186/s12913-024-12003-x

4. Li LZ, Yang P, Singer SJ, Pfeffer J, Mathur MB, Shanafelt T. Nurse burnout and patient safety, satisfaction, and quality of care: a systematic review and meta-analysis. JAMA Netw Open. 2024;7(11):e2443059. Doi: https://doi.org/10.1001/jamanetworkopen.2024.43059

Licencia
CC-By-NC-ND

5. Nantsupawat A, Wichaikhum OA, Abhicharttibutra K, Sadarangani T, Poghosyan L. The relationship between nurse burnout, missed nursing care, and care quality following COVID-19 pandemic. J Clin Nurs. 2023;32(15-16):5076-5083. Doi: https://doi.org/10.1111/jocn.16761

6. Chiminelli-Tomás V, Tutte-Vallarino V, Ferreira-Umpiérrez A, Hernández-Morante JJ, Reche-García C. Impact of nursing practice environments in work engagement and burnout risk among registered nurses: a systematic review. Healthcare (Basel). 2025;13(7):779. Doi: https://doi.org/10.3390/healthcare13070779

7. Şenol Çelik S, Sarıköse S, Çelik Y. Structural and psychological empowerment and burnout among nurses: a systematic review and meta-analysis. Int Nurs Rev. 2024;71(1):189-201. Doi: https://doi.org/10.1111/inr.12878

8. Reyes-Téllez Á, González-García A, Martín-Salvador A, Gázquez-López M, Martínez-García E, García-García I. Humanization of nursing care: a systematic review. Front Med (Lausanne). 2024;11:1446701. Doi: https://doi.org/10.3389/fmed.2024.1446701

9. Prieto-de Benito S, Ruíz-Núñez C, Hervás-Pérez JP, Ruíz-Zaldibar C, López-Espuela F, Caballero de la Calle R, et al. Empathy-driven humanization: employment instability, burnout, and work engagement among temporary nurses. Nurs Rep. 2025;15(7):223. Doi: https://doi.org/10.3390/nursrep15070223

10. Gustavsson K, Fors A, van Diepen C, Axelsson M, Bertilsson M, Bångsbo A, et al. Higher levels of person-centred care are associated with lower levels of stress of conscience in hospital and municipal care. BMC Health Serv Res. 2025; 25:937. Doi: https://doi.org/10.1186/s12913-025-13077-x

11. Zhou H, Li X, Li J, et al. Relationship between empathy and burnout among clinical nurses: a systematic review. BMC Nurs. 2025; 24:38. Doi: https://doi.org/10.1186/s12912-025-02701-0

12. Gebreheat G, Teame H, Costa EI. The impact of transformational leadership style on nurses' job satisfaction: an integrative review. SAGE Open Nurs. 2023; 9:23779608231197428. Doi: https://doi.org/10.1177/23779608231197428

13. Drennan J, Murphy A, McCarthy VJC, Ball J, Duffield C, Crouch R, et al. The association between nurse staffing and quality of care in emergency departments: a systematic review. Int J Nurs Stud. 2024; 153:104706. Doi: https://doi.org/10.1016/j.ijnurstu.2024.104706.

14. Joanna Briggs Institute. JBI manual for evidence synthesis. Adelaide: JBI; 2020. Disponible en: https://jbi-global-wiki.refined.site/space/MANUAL

Licencia
CC-By-NC-ND

15. Tricco AC, Lillie E, Zarin W, O'Brien KK, Colquhoun H, Levac D, et al. PRISMA extension for scoping reviews (PRISMA-ScR): checklist and explanation. Ann Intern Med. 2018;169(7):467-473. Disponible en: https://www.acpjournals.org/doi/10.7326/M18-0850

16. Hallberg IR. Systematic clinical supervision in a child psychiatric ward: satisfaction with nursing care, tedium, burnout, and the nurses' own report on the effects of it. Arch Psychiatr Nurs. 1994;8(1):44-52. Doi: https://doi.org/10.1016/0883-9417(94)90020-5

17. Hayter M. Burnout and AIDS care-related factors in HIV community clinical nurse specialists in the North of England. J Adv Nurs. 1999;29(4):984-993. Doi: https://doi.org/10.1046/j.1365-2648.1999.00973.x

18. Walsh M, Dolan B. Emergency nurses and their perceptions of caring. Nurs Crit Care. 1999;4(4):182-188. Doi: https://doi.org/10.7748/en1999.07.7.4.24.c1285

19. Ewers P, Bradshaw T, McGovern J, Ewers B. Does training in psychosocial interventions reduce burnout rates in forensic nurses? J Adv Nurs. 2002;37(5):470-476. Doi: https://doi.org/10.1046/j.1365-2648.2002.02115.x

20. Billeter-Koponen S, Fridén L. Long-term stress, burnout and patient–nurse relations: qualitative interview study about nurses' experiences. Scand J Caring Sci. 2005;19(1):20-27. Doi: https://doi.org/10.1111/j.1471-6712.2005.00318.x

21. Sundin L, Hochwälder J, Bildt C, Lisspers J. The relationship between different work-related sources of social support and burnout among registered and assistant nurses in Sweden. Int J Nurs Stud. 2007;44(5):758-769. Doi: https://doi.org/10.1016/j.ijnurstu.2006.01.006

22. Yong JS, Kim JH, Park YS. Effects of a compassion-focused program on burnout and caring behavior among nurses. J Korean Acad Nurs. 2012;42(6):870–878. Doi: https://doi.org/10.4040/jkan.2012.42.6.870

23. Dichter MN, Trutschel D, Schwab CGG, Haastert B, Quasdorf T, Halek M. Dementia care mapping in nursing homes: effects on caregiver attitudes, job satisfaction, and burnout. Int Psychogeriatr. 2017. Doi: https://doi.org/10.1017/S104161021700148X

24. Karadag Arli S, Bakan AB, Erisik E. An investigation of the relationship between nurses' views on spirituality and spiritual care and their level of burnout. J Holist Nurs. 2017;35(3):214-220. Doi: https://doi.org/10.1177/0898010116652974

Licencia
CC-By-NC-ND

25. Shen A, Wang Y, Qiang W. A multicenter investigation of caring behaviors and burnout among oncology nurses in China. Cancer Nurs. 2018;41(6): E1-E8. Doi: https://doi.org/10.1097/NCC.0000000000000680

26. Liu Y, Aungsuroch Y. Factors influencing nurse-assessed quality nursing care: a cross-sectional study in hospitals. J Adv Nurs. 2018;74(4):935-945. Doi: https://doi.org/10.1111/jan.13483

27. Cherven B, Jordan D, Hale S, Wetzel M, Travers C, Smith K. Nurse–patient connectedness and nurses' professional quality of life: experiences of volunteering at a pediatric oncology camp. J Pediatr Oncol Nurs. 2019;36(6):1-12. Doi: https://doi.org/10.1177/1043454219887671

28. Clayton MF, Iacob E, Reblin M, Ellington L. Hospice nurse identification of comfortable and difficult discussion topics: associations among self-perceived communication effectiveness, nursing stress, life events, and burnout. Patient Educ Couns. 2019;102(10):1873–1880. Doi: https://doi.org/10.1016/j.pec.2019.06.013

29. Danacı E, Koç Z. The association of job satisfaction and burnout with individualized care perceptions in nurses. Nurs Ethics. 2019;26(7-8):2141-2155. Doi: https://doi.org/10.1177/0969733019836151

30. Alhalal E, Alrashidi LM, Alanazi AN. Burnout and caring behaviors among nurses in Saudi Arabia: a cross-sectional study. J Nurs Manag. 2020;28(5):1033–1040. Doi: https://doi.org/10.1111/jonm.13012

31. Smythe A, Jenkins C, Galant-Miecznikowska M, Dyer J, Downs M, Bentham P, Oyebode J. A qualitative study exploring nursing home nurses' experiences of training in person-centred dementia care on burnout. Nurse Educ Pract. 2020;102745. Doi: https://doi.org/10.1016/j.nepr.2020.102745

32. Uchmanowicz I, Karniej P, Lisiak M, Chudiak A, Lomper K, Wiśnicka A, et al. The relationship between burnout, job satisfaction and the rationing of nursing care—A cross-sectional study. J Nurs Manag. 2020;28(8):2188-2198. Doi: https://doi.org/10.1111/jonm.13142

33. Kaplan Serin E, Özdemir A, Işik K. The effect of nurses' compassion on burnout: a cross-sectional study. Perspect Psychiatr Care. 2020;56(1):1-9. Doi: https://doi.org/10.1111/ppc.12607

34. Al Ma'mari QA, Abu Sharour L, Al Omari O. Fatigue, burnout, work environment, workload and perceived patient safety culture among critical care nurses. Br J Nurs. 2020;29(1):28-34. Doi: https://doi.org/10.12968/bjon.2020.29.1.28:

35. Abraham CM, Zheng K, Norful AA, Ghaffari A, Liu J, Poghosyan L. Primary care nurse practitioner burnout and perceptions of quality of care. Nurs Forum. 2021;56(3):1-10. Doi: https://doi.org/10.1111/nuf.12584

Licencia
CC-By-NC-ND

36. Heidari T, Azimilolaty H, Khorram M, Rezaei S, Mousavinasab SN, Nikbakht R. Association between moral intelligence, burnout and quality of nursing care. Clin Ethics. 2021;16(4):1-8. Doi: https://doi.org/10.1177/14777509211033726

37. Molero Jurado MM, Herrera-Peco I, Pérez-Fuentes MC, Oropesa Ruiz NF, Martos Martínez Á, Ayuso-Murillo D, et al. Communication and humanization of care: effects over burnout on nurses. PLoS One. 2021;16(6):e0251936. Doi: https://doi.org/10.1371/journal.pone.0251936

38. Ahn S, Eun Y. The relationship between caring behaviors and burnout among nurses: a cross-sectional study. Int J Environ Res Public Health. 2021;18(16):8577. Doi: https://doi.org/10.3390/ijerph18168577

39. Brooks Carthon JM, Aponte R, Mason A, Nikpour J. "I had become fed up": A qualitative study of Black nurse practitioners' Experiences fighting against health inequity, racism and burnout. J Am Assoc Nurse Pract. 2023;35(11):708-716. Doi: https://doi.org/10.1097/JXX.0000000000000936

40. Scheepers RA, Vollmann M. Nurses who co-create care with clients experience lower levels of burnout through the perception of fewer emotional demands: an observational study. BMC Nurs. 2024;23:902. Doi: https://doi.org/10.1186/s12912-024-02022-7

41. Shen L, Xu D, Zhang X. What factors influence surgical nurses' competence in implementing person-centered care in the perioperative period? Medicine (Baltimore). 2024;103(41):e40035. Doi: https://doi.org/10.1097/MD.0000000000040035

42. Varghese A, Khakha DC. Attributes of compassionate care in clinical nursing practice from the perspectives of patients and nurses—a systematic review. J Educ Health Promot. 2025;14:110. Doi: https://doi.org/10.4103/jehp.jehp_1872_23

43. Ayed A, Abu Ejheisheh M, Aqtam I, Batran A, Farajallah M. The relationship between professional quality of life and work environment among nurses in intensive care units. Inquiry. 2024; 61:00469580241297974. Doi: https://doi.org/10.1177/00469580241297974

44. Vander Elst T, Cavents C, Daneels K, Johannik K, Baillien E, Van den Broeck A, et al. Job demands-resources predicting burnout and work engagement among Belgian home healthcare nurses: a cross-sectional study. Nurs Outlook. 2016;64(6):542-556. Doi: https://doi.org/10.1016/j.outlook.2016.06.004

45. Bakker AB, Demerouti E. Job demands–resources theory: taking stock and looking forward. J Occup Health Psychol. 2023;28(3):273-285. Doi: https://doi.org/10.1037/ocp0000356

Licencia
CC-By-NC-ND

46. McCance T, McCormack B. The Person-centred Nursing Framework: a mid-range theory for nursing practice. J Res Nurs. 2025;30(1):47-60. Doi: https://doi.org/10.1177/17449871241281428

47. Oh Y, Gastmans C. Moral distress experienced by nurses: a systematic review. Nurs Ethics. 2023;30(1):14-29. Doi: https://doi.org/10.1177/09697330221104610

48. Manzanedo-Moreno M, Salcedo-Sampedro C, Abajas-Bustillo R, Martin-Melón R, Fernández Peña R, Ortego-Maté C. Interventions to reduce compassion fatigue in nursing: a systematic review and meta-analysis of controlled studies. Int Nurs Rev. 2025;72(2): e70023. Doi: https://doi.org/10.1111/inr.70023

49. Baldonedo-Mosteiro M, Almeida MCS, Baptista PCP, Sánchez-Zaballos M, Rodriguez-Diaz FJ, Mosteiro-Diaz MP. Burnout syndrome in Brazilian and Spanish nursing workers. Rev Lat Am Enfermagem. 2019;27: e3192. Doi: https://doi.org/10.1590/1518-8345.2818.3192

50. Lee M, Cha C. Interventions to reduce burnout among clinical nurses: systematic review and meta-analysis. Sci Rep. 2023;13:10971. Doi: https://doi.org/10.1038/s41598-023-38169-8

Licencia
CC-By-NC-ND



Horizonte sanitario

ISSN (en línea): 2007-7459

Intervenciones comunitarias para reducir el sentimiento de soledad en personas mayores: una revisión sistemática

Community interventions to reduce feelings of loneliness in the elderly: a systematic review

Artículo de Revisión DOI: 10.19136/hs.a25sI.6441

Reyna Felipe López [1]
Francisca Velázquez Domínguez [2]
José Juan Rodríguez Hernández [3]
Juana Edith Cruz Quevedo [4]

Correspondencia: Reyna Felipe López. Dirección postal: Universidad del Istmo, campus Juchitán. Carretera Transísmica Juchitán - La Ventosa Km. 14, Universidad del istmo, campus Juchitán, la Ventosa, Oaxaca, México. C.P. 70102.
Correo electrónico: felipe_rfl@hotmail.com

Licencia CC-By-NC-ND

[1] *Maestra en Salud Pública. Profesora investigadora de tiempo completo. Universidad del Istmo. campus Juchitán, Oaxaca. México.*
[2] *Doctora en Educación. Académico de Tiempo Completo. Facultad de Enfermería. Región Veracruz. Universidad Veracruzana. Veracruz. México.*
[3] *Maestro en Gerontología. Profesor de asignatura del Centro Universitario de los Altos. Universidad de Guadalajara, Tepatitlán, Jalisco. México.*
[4] *Doctora en Ciencias de Enfermería. Académico de Tiempo Completo. Facultad de Enfermería. Región Veracruz. Universidad Veracruzana. Veracruz. México.*



Resumen

Objetivo: Evaluar la efectividad de las intervenciones comunitarias para disminuir el sentimiento de soledad en personas mayores de 60 años y más.

Materiales y Métodos: La revisión sistemática se realizó siguiendo las directrices del PRISMA 2020 y Cochrane, se utilizó la pregunta PICOT, los criterios de inclusión fueron estudios de intervenciones con diseños de Ensayos Clínicos Aleatorizados (ECA) realizados en personas mayores de 60 años y más que presentaran soledad, publicados en idioma español, inglés y portugués, realizados en Latinoamérica, Europa y Asia en los últimos 11 años, para ello, se consultaron las bases de datos BVS, MEDLINE/ PudMed, Dialnet, LILACS y SciELO y mediante otros métodos: Sitios web (Google académico) y búsqueda manual por citaciones de los estudios. Los términos y estructura de búsqueda se desarrollaron a partir de los descriptores en inglés MeSH y en español, inglés y portugués de los DeCS utilizando los operadores booleanos AND y OR, se realizó una evaluación critica de los estudios de acuerdo CONSORT, 2010 y la evaluación de sesgo.

Resultados: Se identificaron 7810 estudios y 13 cumplieron los criterios de elegibilidad, Los resultados demostraron que las intervenciones comunitarias efectivas fueron las multidisciplinaria enfocados en la actividad física, apoyo entre pares, meditación, Uso de la TIC y apoyo social.

Conclusiones: Las intervenciones comunitarias son efectivas, por ello, es importante implementar intervenciones multidisciplinaria considerando las dimensiones físicas, sociales y psicológicas para el diseño, implementación y seguimiento de las intervenciones.

Palabras Claves: Soledad; Anciano; Revisión sistemática, Salud mental.

Abstract

Objective: To evaluate the effectiveness of community interventions in reducing loneliness among older adults aged 60 years and older.

Materials and Methods: The systematic review was conducted following the PRISMA 2020 and Cochrane guidelines, using the PICOT framework. Eligibility criteria included intervention studies with Randomized Controlled Trial (RCT) designs conducted in individuals aged 60 and older experiencing loneliness, published in Spanish, English, and Portuguese, and carried out in Latin America, Europe, and Asia over the last 11 years. Database searches were performed in VHL, MEDLINE/PubMed, Dialnet, LILACS, and SciELO, supplemented by websites (Google Scholar) and manual citation searching. Search terms and structure were developed based on MeSH terms in English and DeCS terms in Spanish, English, and Portuguese, using the Boolean operators AND and OR. Methodological quality and risk of bias were assessed according to the CONSORT 2010 statement.

Results: A total of 7,810 studies were identified, of which 13 met the eligibility criteria. The findings demonstrated that effective community interventions were multidisciplinary approaches focused on physical activity, peer support, meditation, the use of ICTs, and social support.

Conclusions: Community interventions are effective. Therefore, it is important to implement multidisciplinary interventions that consider physical, social, and psychological dimensions in the design, implementation, and follow-up of these interventions.

Keywords: Loneliness; Elderly; Systematic review, Mental health.

• Fecha de recibido: 30 de septiembre de 2026 • Fecha de aceptado: 05 de noviembre de 2026
• Fecha de publicación: 05 de noviembre de 2026

Licencia CC-By-NC-ND

Introducción

El envejecimiento se ha consolidado como una de las transformaciones demográficas más importante del siglo XXI debido al incremento acelerado de personas mayores de 60 años y más. De acuerdo con el comportamiento demográfico, en 1900 se registró 500 millones de personas mayores y en 1990 la cifra aumentó a 900 millones, se estima que para el 2030 alcanzará los 1,400 millones, es decir; una de cada seis personas tendrá 60 años y más y para el año 2050 existirán 2,100 millones[1].

En países con ingresos bajos y medianos aumenta de forma más significativa el envejecimiento. Principalmente en América latina y el Caribe, la región ha experimentado un incremento con respecto a otras regiones a nivel mundial. En México, de acuerdo con las últimas cifras publicadas en 2026, el 13.24% está conformado por personas mayores de 60 años y más y se estima que para 2034 la proporción será de 16.8% lo que implica una serie de preocupaciones económicas, sociales y sanitarias[2,3,4].

El sentimiento de soledad representa un problema de salud pública en el ámbito del envejecimiento poblacional. La Organización Mundial de la Salud, (OMS), señala que entre el 25% y el 32% de la población en América Latina experimentan soledad y este fenómeno no solo afecta su bienestar emocional y física sino también enfrentan transformaciones en sus relaciones sociales, haciéndolas más vulnerables. En México, cada vez más las personas mayores se sienten sola, la Encuesta Nacional sobre Salud y Envejecimiento en México (ENASEM) evidencio un incremento de 35.4% a 39.8% en los últimos años[5].

Para abordar esta problemática, es indispensables conceptualizar el sentimiento de soledad como una experiencia subjetiva, negativa y angustiosa por la falta de satisfacción en las relaciones sociales y tiene consecuencias en la salud y la calidad de vida de quienes la padecen y se manifiesta a través de una compleja interacción entre comportamientos, sentimientos y cogniciones[6,7]. Así mismo, la soledad debe comprenderse desde la dimensión social, emocional y existencial para comprender bajo que mecanismos actúan los programas e intervenciones de salud de las personas mayores. Es preciso diferenciar el aislamiento social como aquellas carencias cuantitativas de redes sociales y soledad elegida de forma intencional, y autónoma de aislamiento y de la condición física de estar solo.

La soledad es un fenómeno multifactorial, entre ellos, el género, siendo las mujeres quienes presentan mayor riesgo de soledad, el nivel educativo bajo, situación laboral, discapacidades físicas, salud mental, los recursos económicos y el lugar donde habitan, así mismo, la defunción de la pareja, abandono de los hijos y el deterioro de la salud pueden desencadenar el riesgo de suicidio en las personas mayores[8,9,10]. La Organización Mundial de la Salud (OMS) menciona que la soledad a nivel comunitario y social están relacionados con la falta de recursos socioeconómicos, educación limitada, falta de acceso a la tecnología, discriminación, marginación y poca participación en las actividades comunitarias.

Las intervenciones son una herramienta fundamental para prevenir la soledad, En los últimos años diferentes países han desarrollado una amplia variedad de intervenciones orientadas a mitigar la soledad en personas mayores, abarcando intervenciones como el acompañamiento, la actividad

Licencia CC-By-NC-ND

física, el contacto con la naturaleza o con animales y muchas de estas iniciativas han sido impulsadas por profesionales sanitarios[11].Sin embargo, existe escasa evidencia científica sobre los programas o intervenciones con enfoque comunitarios para la detección precoz de la soledad. Por lo que, las intervenciones comunitarias no solamente abarca la residencia, más bien, el espacio geográfico de interacción donde habita la persona mayores, es decir; la movilización de actores sociales, redes de apoyos y los cambios psicosociales individuales y colectivos que promueven la reciprocidad, el apoyo mutuo y la cohesión, por lo que el envejecimiento requiere la articulación multidisciplinaria y así como de las ciencias sociales para responder de manera integral las necesidades sociosanitarias de esta población.

Por lo anterior, el objetivo de la presente revisión sistemática es evaluar la efectividad de las intervenciones comunitarias para disminuir el sentimiento de soledad en personas mayores de 60 años y más.

Materiales y Métodos

La revisión sistemática se sustenta en una estrategia metodológica integrada y complementaria, orientada a garantizar la transparencia de la síntesis de la evidencia científica. Para la formulación de la pregunta de investigación, los criterios de elegibilidad, estrategias de búsqueda y la valoración del riesgo de sesgo se rige por las directrices del Manual Cochrane para revisiones sistemáticas de intervenciones[12] Por su parte, la estandarización del reporte, la estructura de manuscrito y la elaboración del diagrama de flujo de selección se apegaron estrictamente a la declaración del PRISMA 2020[13] y las pautas CONSORT 2010 se aplicó para la evaluación de la calidad metodológica de los Ensayos Clínicos Aleatorizado (ECA).

La delimitación del estudió se fundamentó mediante la estructuración de la pregunta PICOT (Población, Intervención, Comparación, Outcome/ Resutado y tiempo), En concordancia con las intervenciones comunitarias, también se consideraron la participación de los actores sociales, el fortalecimiento de redes de apoyo, el aprovechamiento de entornos comunitarios y los mecanismos de cambios para disminuir la soledad. De acuerdo con la tabla 1, se desarrolló la siguiente pregunta: ¿Cuál es la efectividad de las intervenciones comunitarias en comparación con un grupo control para reducir el sentimiento de soledad al finalizar la intervención en personas mayores de 60 años y más que residen en la comunidad?

Tabla 1. Estructuración de la pregunta PICOT

P: Población	Personas mayores de 65 años y más que viven en comunidad y presentan sentimiento de soledad.
I: Intervención	Intervenciones con enfoque comunitario que promuevan las interacción social o psicosocial
C: Comparación	Grupo control sin intervención.
O: Outcome	Reducción significativa de sentimiento de soledad mediante escalas validadas, considerando los hallazgos estadísticamente significativos como resultados nulos o desfavorables.
T: tiempo	Medición al finalizar la intervención y en sus periodos de seguimiento

Fuente: Elaborado de acuerdo la pregunta PICOT.

Licencia CC-By-NC-ND

Se incluyeron Ensayos Clínicos Aleatorizados (ECA) publicados en idioma español, inglés y portugués, desarrollados en Latinoamérica, Europa y Asia durante los últimos 11 años (enero de 2015 a mayo de 2026). Los estudios se enfocaron en personas mayores de 60 años y más que residen en comunidad y se evaluara cuantitativamente el sentimiento de soledad mediante una escala validada. Se seleccionaron artículos originales a texto completo indexados en bases de datos con arbitraje por pares y otras fuentes académicas como Google Académico.

Se excluyeron reseñas de libros, editoriales y comunicaciones en congresos. Así como estudios que no especificarán con claridad en la técnica estadística empleada. En cuanto a las características particulares de la población, se descartaron intervenciones realizadas con personas mayores institucionalizados en centros de larga estancias o con diagnostico formal de enfermedad neurodegenerativa o trastorno mental severo.

La recolección de la evidencia se efectuó en mayo de 2026 mediante consulta automatizada en bases de datos, MEDLINE/PudMed, Biblioteca Virtual de Salud (BVS), Dialnet, LILACS y SciELO, complementada con búsquedas manuales en las listas de citaciones de los artículos incluidos y Google Académico. Los términos y estructura para la estrategia de búsqueda se desarrollaron a partir de los descriptores en inglés del MeSH (Medical Subject Headings) y en español, inglés y portugués de los Descriptores en Ciencias de la Salud (DeCS) utilizando los operadores booleanos AND y OR, aplicando los filtros disponibles de acuerdo con las diferentes plataformas. Además, se consideraron las intervenciones interdisciplinarias de salud comunitaria (Tabla 2).

Tabla 2. Estrategia de búsqueda en bases de datos

Bases de datos	Descriptores MeSH/DeCS y operadores boleanos
MEDLINE/PudMed	(((elderly)) AND (loneliness)) AND (intervention), (((loneliness) OR (social loneliness)) OR (emotional loneliness)) AND ((community-dwelling older adult), (((loneliness) AND (elderly)) AND (multicomponent intervention)) AND (community dwelling older people).
BVS	(Soledad OR aislamiento social), AND (anciano OR persona mayor OR adulto mayor) AND (intervenciones comunitarias OR apoyo social, redes sociales OR TIC) AND (Ensayo clínico aleatorizado.
Scielo	Soledad AND ancianos OR personas mayores AND intervenciones comunitarias OR apoyo social
Dianet	Soledad AND personas mayores AND intervenciones comunitarias AND ensayos clínicos
Google académicos/búsqueda manual	Intervenciones comunitarias, AND soledad ANND adultos mayores AND ensayo clínico aleatorizado.

Fuente: Fuente: Elaboración propia.

Para la selección de los Ensayos clínicos Aleatorizados, realizó en dos etapas consecutivas. En la primera, se efectuó un cribado de títulos y resúmenes de los registros identificados con respecto a la lista de criterios de exclusión e inclusión. En la segunda etapa, se evaluaron a textos completos y se aplicó la lista de verificación de evaluación critica de CONSORT 2010[14].

Licencia CC-By-NC-ND

Para la evaluación del riesgo de sesgo de los estudios incluidos, se utilizó mediante la herramienta Cochrane RoB 2, Se examinaron cinco dominios metodológicos fundamentales, sesgo derivado del proceso de aleatorización (D1), desviaciones de las intervenciones prevista (D2), falta de datos de resultados (D3), medición de resultados (D4) y sesgo en la sección del resultado comunicado (D5). Cada dominio fue clasificado como sesgo alto, algunas preocupaciones, sesgo bajo y no hay información. Se utilizó la aplicación web RobviS donde se elaboró la matriz de datos en Excel RoB2.0 datase para el diseño de gráficos de semáforo y gráficos de barras[15].

Resultados

Se identificaron un total de 7810 estudios en las bases de datos de PudMed/Medline, Dialnet, Lilas y Scielo, sitios web y búsqueda por citaciones. Para esta revisión se consideraron 14 intervenciones de Ensayos Clínicos Aleatorizado que disminuyeron el sentimiento de soledad, 5 estudios fueron identificados a través de bases de datos y registros y 1 articulo identificado mediante otros métodos (Figura 1). Los estudios incluidos se realizaron en España Japón, Canadá, Corea, Países bajos, Israel, China, Turquía y Francia.

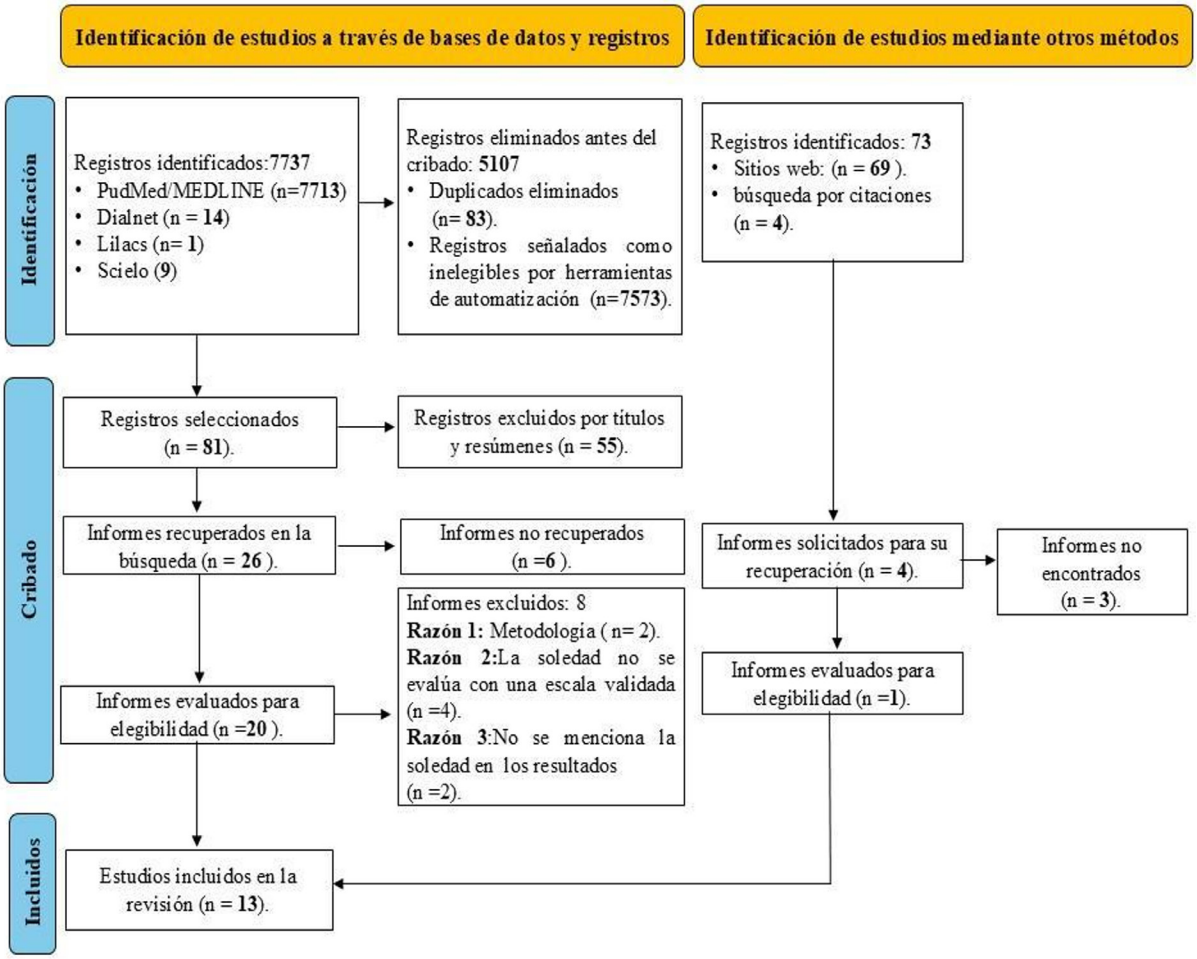
Entre las intervenciones efectivas para disminuir el sentimiento de soledad, se encontró un programa multicomponente centrados en la comunicación, contacto social, educación sanitaria, ejercicio y participación en las actividades sociales[16]. Asimismo, seis intervenciones utilizaron Tecnologías de la información y comunicación (TIC) aplicadas a actividad física, psicológica e interpersonal a través de espacios de aprendizajes virtuales, terapias cognitivo-conductual y el uso de robots sociales como soporte de acompañamiento y comunicación remota[18,20,21,22,24,26].

Por otra parte, dos estudios abordaron la actividad física, danza y participación social[19,27], mientras que un artículo evaluó el apoyo entre pares mediante visitas domiciliarias orientadas a ofrecer apoyo emocional y resolución de problemas[17]. Finalmente, tres estudios se enfocaron en intervenciones basadas en mindfulness para adultos mayores, entrenamiento en meditación y aprendizajes en lenguas no nativas y terapia de reminiscencia con estimulo olfativo[23,25,28]. A pesar de que las intervenciones se desarrollaron a corto plazo, mostraron resultados significativos para disminuir el sentimiento de soledad. Esto evidencia que un programa bien estructurado puede generar un impacto positivo en las comunidades desde las primeras etapas de su aplicación.

En la siguiente tabla 3 se presentan la clasificación de los artículos incluidos, por autores, intervenciones, duración de la intervención, número de participantes, escalas de soledad, pruebas estadísticas y efectos de la intervención.

Licencia CC-By-NC-ND

Figura 1. Diagrama del flujo PRISMA 2020



Fuente: Elaboración propia.

Tabla 3: Intervenciones seleccionadas

N.	Autores/ Países/ año	/Intervención	Duración	Muestra	Escala de soledad	Pruebas estadísticas	Efectos de la intervención
1	Gen A. et al. Japón, 2025.[16]	Programa multicomponente. *Educación sanitaria *Ejercicio *Autocontrol	8 semanas	N=64 GC:30 GI: 34	UCLA	Mann–Whitney	Disminución de la soledad (p =.005)
2	Lai DWL. et al.Canada, 2020 [17].	Programa de intervención entre pares. *Visitas domiciliarias	8 semanas	N=60 GC:30 GI: 30	Jong-Gierveld	ANOVA	Disminución de la soledad (p =.018)
3	Ae-Ri J, Kowoon L, Eun-A P. Corea, 2023 [18].	Programa de Alivio de la Soledad (LAP) basado en TIC de acuerdo con el modelo ADDIE. **Soledad, física, psicológica e interpersonal*	6 semanas	N= 40 GC:20 GI: 20	UCLA	MANCOVA	Disminución de la soledad (p =0.0001)

Continuará...

Licencia CC-By-NC-ND

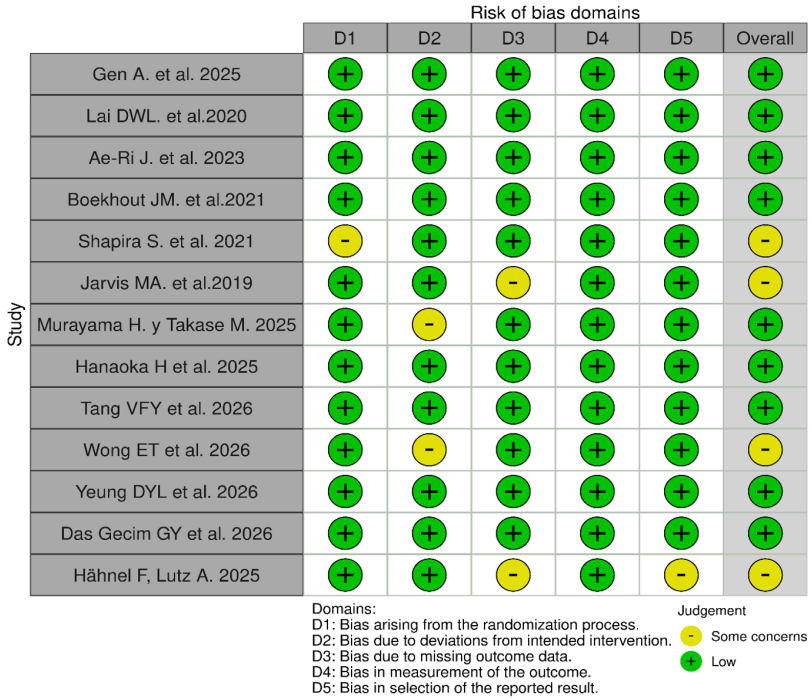
4	Boekhout JM. et al. Países Bajos 2021[19].	Active Plus *Actividad física y participación social*	12 meses	N=585 GC= 325 GI=260	Jong-Gierveld	Regresión lineal multinivel	Disminución de la soledad total p=0.01 y soledad social (*p* =0.02)
5	Shapira S. et al. Israel, 2021[20].	Interacción social Espacio de aprendizaje virtual	12 semanas	N=86 GC= 18 GI=68	UCLA	ANOVA	Cambio positivo de la soledad P=0.02
6	Jarvis et al. Sudáfrica, 2019 [21].	Intervención de Terapia Cognitivo-Conductual de baja intensidad (TCC-BI) con apoyo de salud móvil.	12 semanas	N=32 GI:15 GC:17	Gierveld de De Jong	Mann-Whitney U, Wilcoxon	Reducción significativa (*p*=0.001)
7	Murayama y Takase (2025) Japón, 2025[22] .	Robot social digital Soporte de comunicación remota.	4 semanas	N=68 GI:34 GC:34	UCLA	Modelo lineal de efectos mixtos (DID)	Disminución de la soledad (*p* =0.03)
8	Hanaoka H et al. Japón, 2025[23].	Terapia de reminiscencia con estimulo olfativo.	8 semanas	N=51 GI:30 GC:31	UCLA	ANCOVA	Disminución de la soledad (*p* =0.006)
9	Tang VFY, Hong Kong, 2026 [24].	Activación conductual telefónica (Tele-BA). **Mindfulness telefónico (Tele-MF)* **Befriends Tele-BF*	12 meses	N=1151 GI:Tele-BA:335 GI:Tele-MF: 460 GC:Tele-BF: 356	UCLA	Modelos lineales de efectos mixtos (LMM) y análisis por intención de tratar	El Tele-BA y Tele-MF disminuyeron la soledad a los 12 meses (*p* =0.01 y 0.0003)
10	Wong ET et al. Hong Kong, 2026[25].	Intervenciones basadas en mindfulness para adultos mayores (MBOA)	12 meses	N= 245 GI: 123 GC:122	Gierveld de De Jong	ANCOVA, Modelo lineales mixtos.	MBOA (*p* =0.001) SCC (*p* =0.01)
11	Yeung DYL et al, Hong Kong 2026 [26].	Intervenciones psicosociales telefónicas por voluntariados (HEAL-HOA) **Mindfulness* **Activación conductual* **Acompañamiento social*	6 meses	N=375 GI: 185 GC:190	UCLA y Jong Gierveld	Modelo lineal Mixto	UCLA: (*p* =0.00058) Soledad total, Soledad emocional y Soledad social (*p*: 0.0001)
12	Das Gecim GY, Turquía 2026[27].	Terapia de movimiento por danza (DMT) e intervenciones de caminar	6 semanas	N=48 DMT: 16 Caminando:16 GC: 16	Escala de soledad para Ancianos (LSE)	ANOVA, ANCOVA	Disminución de la soledad emocional y social. p=0.001
13	Hähnel F, Lutz A. Francia, 2025[28].	Entrenamiento en meditación y el entrenamiento en lenguas no nativas	18 meses	N= 137 GI(meditación): 45 GI (idioma):46 GC: 46	Escala de soledad	Modelos lineales multinivel	Disminución de la soledad (*p* =0.012)

Nota: N= Tamaño de la población, GC: Grupo control, GE: Grupo intervención.
Fuente: Elaboración propia.

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/

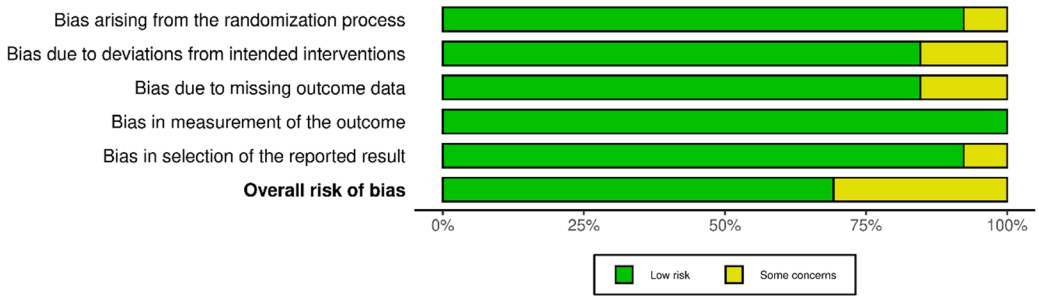
En cuanto a la evaluación del riesgo de sesgo mediante la herramienta Cochrane RoB 2 para ensayos clínicos aleatorizados, se observaron algunas preocupaciones, principalmente en el proceso de aleatorización, desviaciones de las intervenciones previstas y falta de datos en los resultados, la herramienta evaluó 5 dominios y la evaluación en general: sesgo alto, algunas preocupaciones, bajo y no hay información, los dominios evaluados fueron los siguientes: D1: sesgo derivado del proceso de aleatorización, D2: Sesgo debido a desviaciones de la intervención previstas, D3: Sesgo debido a la falta de datos de resultados, D4: sesgo en la medición de resultados, D5: sesgo en la selección del resultado comunicado. Los resultados de los estudios se resumen en la figura 2 y 3 mediante el grafico de semáforo y la gráfica de barra, elaborados con la aplicación web robvis.

Tabla 3. Grafico de semáforo de la evaluación del riesgo de sesgo



Fuente: Elaboración propia a partir de la aplicación web robvis.

Tabla 4. Grafico de barras de la evaluación del riesgo de sesgo



Fuente: Elaboración propia a partir de la aplicación web robvis.

Licencia
CC-By-NC-ND

Discusión

El objetivo principal de la revisión sistemática permitió evaluar la efectividad de las intervenciones comunitarias para reducir el sentimiento de soledad en personas mayores de 60 años y más. Los hallazgos derivados de los 13 Ensayos Clínicos Aleatorizados (ECA) respaldan los programas que permitieron disminuir significativamente la soledad.

Se observaron que la efectividad de las intervenciones no depende de la duración del programa, sino de la pertinencia en el cual es diseñada la intervención de acuerdo con las necesidades específicas de cada adulto mayor que viven en comunidad. Por lo que, las intervenciones de corta duración (4 a 12 semanas) como las de largo plazo (6 a 18 meses) lograron disminuir el fenómeno de la soledad, además, se evidencio mejora en las conexiones sociales y facilito los cambios conductuales, motivando a las personas mayores a participar en actividades, lo que demuestra la importancia de desarrollar intervenciones adaptativas y personalizadas. En otras revisiones sistemáticas demuestran que es fundamental realizar estrategias para mejorar la capacidad física, promover el apoyo social y mitigar la soledad con la finalidad de garantizar la satisfacción en personas mayores[28,30].

Para poder comprender a profundidad la variabilidad de los efectos observados en la disminución de la soledad en personas mayores, fue importante tomar en cuenta en primer lugar, el ámbito comunitario, centrado principalmente en el fortalecimiento de redes de apoyo informales y el aprovechamiento del entorno cotidiano a través de programas de apoyo entre pares y el voluntariado psicosocial. En segundo lugar, en los mecanismos de nivel grupal e interpersonal basados en la facilitación social, sentido de pertenencia y la cohesión grupal mediante la actividad física, dinámicas artísticas e interacciones virtuales, lo que implica consolidar la red de contactos. En tercer lugar, a nivel individual y tecnológico, permitió a los participantes la restructuración cognitiva, el afrontamiento y el procesamiento de emociones y facilitando la estimulación efectiva a través de las Tecnologías de la Información y Comunicación (TIC).

Además, resulta indispensable conceptualizar la soledad con una experiencia subjetiva ante la insatisfacción de las relaciones sociales y diferenciar del aislamiento social, soledad elegida o del estar solo. Por lo que, los Ensayos Clínicos Aleatorizados (ECA) abordaron a la soledad como emocional y social. En diversos estudios se ha evaluado la soledad social mediante la escala de Jong Gierveld y la Escala de Soledad para Ancianos (LSE), demostrando que las intervenciones basadas en actividad física y danza impactan y amplían la red de contactos de la persona mayor[19,26,27]. Por otra parte, otros estudios han empleado la escala UCLA y realizaron evaluaciones en la percepción general de desconexión[16,20,24].

La comparación entre los estudios seleccionados revela variaciones de suma importancia en la persistencia de los efectos, entre ellas, las intervenciones de 4 a 8 semanas, el soporte robótico o la reminiscencia olfativa mostraron reducciones significativas (p:0.03 y p=0.006), sin embargo, sus evaluaciones únicamente se limitaron al término de intervención. Otras intervenciones realizadas de 12 a 18 meses

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/

demostraron que la combinación de la actividad conductual, atención pena y el aprendizaje continuo disminuye significativamente la soledad[19,24,25,28]. Por lo que, estas intervenciones confirman que, para lograr un impacto, es necesario tomar en cuenta los hábitos conductuales y la interacción social de manera continua.

Por otra parte, otras intervenciones se hicieron a través del uso de la Tecnología de la Información y Comunicación (TIC) y demostraron ser una herramienta eficaz para aliviar la soledad, la depresión y aumentar el índice de risa en personas mayores, ya que mejoraron significativamente su bienestar y cogniciones sociales desadaptativas a través de intervención de Terapia Cognitivo-Conductual[20,21,24]. Por otra parte, unas investigaciones demostraron que el uso de la TIC son elementos claves para mejorar la satisfacción con la vida, aumenta el apoyo social y mejora la calidad de vida de las personas mayores[31,32].

En Japón se efectuó una intervención a través del uso de un robot personalizado que permitió compartir experiencias, pensamiento o preocupaciones y recibir una respuesta de apoyo y recordatorios para ayudar a gestionar las actividades de las personas mayores, generar independencias y la adhesión a sus rutinas[22]. Diversos estudios realizados justifican la importancia de realizar intervenciones con robots sociales con la finalidad de promover el bienestar psicosocial, rutina diaria, ya que tiene efectos significativos para quienes viven solos o se encuentran en un centro de cuidados[33, 34,35,36,37].

Por otro lado, la intervención centrada en actividad física a través de un programa multicomponente reduce la soledad en adultos mayores a través de la educación sanitaria, ejercicio y autocontrol, permitiendo mejorar las relaciones sociales, la salud física y salud mental y es viable para aquellos que tienen algún enfermedad crónico-degenerativas y apoya al envejecimiento activo, y puede aplicarse principalmente en países con ingresos bajos y medianos, debido a que no utilizan equipos especializados, lo que ayudaría a fomentar conductas de autocuidado entre las personas mayores. En otros estudios realizados mencionan que las intervenciones multicomponente tiene efectos duraderos[38,39,40,41,42].

Los hallazgos del estudio actual demuestran que la intervención basada en pares permite una mejora en el apoyo emocional, social y tecnológico debido a sus grandes beneficios a corto plazo para disminuir la soledad, exponiendo que es una estrategia viable y efectivo tanto para los voluntariados como para la persona mayor y esta puede empoderar a la comunidad para apoyarse mutuamente y enfrentar los retos del cuidado de las personas mayores. De igual manera se ha demostrado que reduce la soledad en las personas mayores con ingresos bajos y existe una mayor socialización porque implica actividades sociales, aumenta el contacto social y existe mayor confianza en sí mismo[43,44,45].

Como se ha mencionado, sentirse conectado es fundamental para un envejecimiento saludable y la meditación es una de las prácticas que permite una conexión plena de una manera particular ya que tiene un efecto positivo que disminuye la soledad, por lo anterior, diferentes autores han justificado la eficacia que produce cambios en la memoria, la empatía y mejora el estrés principalmente en personas mayores con depresión, soledad, ansiedad [46,47,48,49,50].

Licencia CC-By-NC-ND

Esta revisión presenta limitaciones que deben ser consideradas al interpretar los hallazgos. En primer lugar, la restricción idiomática únicamente se realizó en español, inglés y portugués lo que pudo haber excluidos estudios relevantes que fueron publicados en otros idiomas. En segundo lugar, las diferencias socioculturales en los países de Japón, Canadá, Corea, Países Bajos, Israel, Sudáfrica, Hong Kong, Turquía y Francia introducen variabilidad en la interpretación del sentimiento de soledad. Asimismo, la definición de soledad varía de acuerdo con el contexto cultural y dificulta la extrapolación de los resultados debido a que lo interpreta de acuerdo con sus costumbre y creencia. Es importante que futuras investigaciones consideren las diferentes conceptualizaciones de la persona mayor, debido a que estos varían según los países y su contexto sociocultural. Finalmente, en la evaluación del riesgo de sesgo se presentó que 4 estudios mostraron algunas preocupaciones en dominios del proceso de aleatorización, ya que tenían ligeras debilidades metodológicas y refuerza la necesidad de diseñar estudios con mayor rigor técnico.

En México la evidencia sobre intervenciones comunitaria en personas mayores es aún limitada, sin embargo, los hallazgos de esta revisión destacan la importancia de que el equipo multidisciplinario de salud diseñe e implemente estrategias integrales a corto y a largo plazo para disminuir la soledad e incorporar las Tecnologías de la Información y Comunicación (TIC) como herramienta complementaria para poder satisfacer las necesidades sociales de salud.

Conclusiones

El sentimiento de soledad en personas mayores es un fenómeno complejo que se manifiesta por la falta de satisfacción en las relaciones sociales y tiene graves implicaciones en la salud y calidad de vida y vivir solo cada vez es más frecuente en la población envejecida por lo que es fundamental abordar de manera integral la soledad, considerando las dimensiones físicas, sociales y psicológicas para el diseño, implementación y seguimiento de las intervenciones en esta población vulnerable.

Se necesita más intervenciones para evaluar la efectividad a largo plazo, además; es importante realizar intervenciones multidisciplinaria que permitan abordar de manera integral la soledad y contar con profesionales capacitado para realizar intervenciones comunitarias, así como evaluar al adulto mayor desde el enfoque cualitativa para conocer desde su propia vivencia y perspectiva el éxito de las intervenciones

Conflicto de interés

Los autores declaran no tener conflictos de intereses.

Consideraciones éticas

Dado que el articulo es una revisión sistemática basados en estudios publicados no se solicitó aprobación por un comité de ética.

Licencia
CC-By-NC-ND

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: R.F.L., F.V.D., J.J.R.H.,J.E.C.Q.; Curación de datos: R.F.L., F.V.D., J.J.R.H., J.E.C.Q.; Análisis formal: R.F.L., F.V.D., J.J.R.H., J.E.C.Q.; Obtención de financiación: R.F.L., F. V.D., J.J.R.H., J.E.C.Q.; Investigación: R.F.L., F.V.D., J.J.R.H., J.E.C.Q.; Metodología: R.F.L., F. V.D., J.J.R.H., J.E.C.Q.; Administración del proyecto: R.F.L., F.V.D., J.J.R.H., J.E.C.Q.; Recursos: R.F.L., F.V.D., J.J.R.H., J.E.C.Q.; Software: R.F.L., J.J.R.H.; Supervisión: F.V.D., J.E.C.Q.; Validación: F.V.D., J.E.C.Q.; Visualización: R.F.L., F.V.D., J.J.R.H., J.E.C.Q.; Redacción-borrador original: R.F.L., F.V.D., J.J.R.H., J.E.C.Q.; Redacción, revisión y edición: R.F.L., F.V.D., J.J.R.H., J.E.C.Q.

Financiamiento

El presente trabajo no recibió financiamiento externo.

Referencias

1. Organización Mundial de la Salud. Envejecimiento: población mundial. [internet]. Ginebra: OMS; 2025 [Citado 2 de agosto de 2026]. Disponible en: https://www.who.int/es/news-room/questions-and-answers/item/population-ageing

2. Morera Núñez, S, Becerra Díaz, Y, Núñez González, M R. Consideraciones acerca del envejecimiento humano y el cuidado de la salud de los adultos mayores. Revi Univ y Soc, [Internet]. 2023[Citado 22 de septiembre de 2026]. 15(5), 462-469. Disponible en: https://rus.ucf.edu.cu/index.php/rus/article/view/4092

3. Comisión económica para América Latina y el Caribe (CEPAL). Envejecimiento en América Latina y el Caribe [Internet]. Santiago:CEPAL;s.f. [Citado 22 de septiembre de 2026]. Disponible en: https://repositorio.cepal.org/server/api/core/bitstreams/e345daf3-2e35-4569-a2f8-4e22db139a02/content

4. Secretaria de gobernación. Programa Nacional de población 2026-2030 [internet]. Ciudad de México. Diario Oficial de la Federación 2026 [Citado 23 de agosto de 2026]. Disponible en: https://dof.gob.mx/nota_detalle.php?codigo=5787678&fecha=18/05/2026#gsc.tab=0

Licencia
CC-By-NC-ND

5. Instituto Nacial de Estadistica y Geografía (INEGI). Encuesta Nacional Sobre Salud y Envejecimiento en México (ENASEM) y Encuesta de evaluación cognitiva. [Internet]. 2021 [Citado 23 de agosto de 2026]. Disponible en: https://www.inegi.org.mx/programas/enasem/2021/

6. Perlman D, Peplau LA. Toward a social psychology of loneliness. In: Duck S, Gilmour R, editors. Personal relationships 3: personal relationship in disorder.London: Academic Press; 1981. 31-56.

7. Gené-Badia J, Ruiz-Sánchez M, Obiols-Masó N, Oliveras Puig L, Lagarda Jiménez E. Aislamiento social y soledad: ¿qué podemos hacer los equipos de atención primaria? Aten Primaria.[Internet]. 2016[Consultado 22 de agosto 2026]; 48:6049. Doi: http://dx.doi.org/10.1016/j.aprim.2016.03.008

8. López Doblas J, Díaz Conde MDP. Viudedad, soledad y salud en la vejez. Rev Esp Geriatr Gerontol. .[Internet]. 2018 [Consultado 20 agosto 2026];53(3):128-33. Doi: https://doi.org/10.1016/j.regg.2017.09.005

9. Palma Ayllón E, Escarabajal Arrieta MD. Efectos de la soledad en la salud de las personas mayores. Gerokomos. .[Internet]. 2021[Consultado 20 de agosto 2026];32(1):22-25. Doi: https://dx.doi.org/10.4321/s1134-928x2021000100006

10. Hernández Gómez MA, Fernández Domínguez MJ, Sánchez Sánchez NJ, Blanco Ramos MÁ, Perdiz Álvarez MC, Castro Fernández P. Soledad y envejecimiento. Rev Clin Med Fam [Internet]. 2021 [Consultado 25 de agosto 2026]; 14(3): 146-153. Disponible en: https://www.redalyc.org/journal/1696/169674822005/html/

11. Organización Mundial de la Salud (OMS). Soledad y aislamiento: la amenaza oculta para la salud mundial que ya no podemos desoír [Internet]. Ginebra: OMS; s.f. 2021 [Consultado 25 de agosto 2026]. Disponible en:https://www.who.int/es/news-room/commentaries/detail/loneliness-and-isolation-the-hidden-threat-to-global-health-we-can-no-longer-ignore

12. Higgins JPT, Thomas J, Chandler J, Cumpston M, Li T, Page MJ. Manual Cochrane para revisiones sistemáticas de intervenciones. versión 6.5 [Internet]. Cochrane; 2024 [Consultado 25 de agosto 2026]. Disponible en: https://www.cochrane.org/handbook

13. Page MJ, McKenzie JE, Bossuyt PM, Boutron I, Hoffmann TC, Mulrow CD, Shamseer L, Tetzlaff JM, Akl EA, Brennan SE, Chou R, Glanville J, Grimshaw JM, Hróbjartsson A, Lalu MM, Li T, Loder EW, Mayo-Wilson E, McDonald S, McGuinness LA, Stewart LA, Thomas J, Tricco AC, Welch VA, Whiting P, Moher D. The PRISMA 2020 statement: an updated guideline for reporting systematic reviews. BMJ. 202I,29;372:n71. Doi: https://doi.org/10.1136/bmj.n71

14. Schulz KF, Altman DG, Moher D, CONSORT Group. CONSORT 2010 statement: updated guidelines for reporting parallel group randomized trials. Ann Intern Med. 2010;152: 726–32. Doi: https://doi.org/10.7326/0003-4819-152-11-201006010-00232

Licencia CC-By-NC-ND

15. McGuinness, LA, Higgins, JPT. Visualización del riesgo de sesgo (robvis): Un paquete de R y una aplicación web Shiny para visualizar evaluaciones del riesgo de sesgo. Res Syn Meth. 2020; 1-7. Doi: https://doi.org/10.1002/jrsm.1411

16. Gen A, Higuchi Y, Ueda T, Hashimoto T, Kozuki W, Murakami T, Ishigami M. Intervention for Social Frailty Focusing on Physical Activity and Reducing Loneliness: A Randomized Controlled Trial. Clin Interv Aging.2025;20:43-53. Doi: https://doi.org/10.2147/CIA.S491979

17. Lai, D.W.L., Li, J., Ou, X. et al. Effectiveness of a peer-based intervention on loneliness and social isolation of older Chinese immigrants in Canada: a randomized controlled trial. BMC Geriatr 20, 356 (2020). Doi: https://doi.org/10.1186/s12877-020-01756-9

18. Ae-Ri J, Kowoon L, Eun-A P. Development and evaluation of the information and communication technology-based Loneliness Alleviation Program for community-dwelling older adults: A pilot study and randomized controlled trial. Geriatr Nurs. . [Internet]. 2023 [Consultado 22 agosto 2026]; 53:204-211. Doi: https://doi.org/10.1016/j.gerinurse.2023.07.011

19. Boekhout JM, Volders E, Bolman CAW, de Groot RHM, Lechner L. Long-Term Effects on Loneliness of a Computer-Tailored Intervention for Older Adults With Chronic Diseases: A Randomized Controlled Trial. J Aging Health. 2021;33(10):865-876. Doi: https://doi.org/10.1177/08982643211015027

20. Shapira S, Yeshua-Katz D, Cohn-Schwartz E, Aharonson-Daniel L, Sarid O, Clarfield AM. A pilot randomized controlled trial of a group intervention via Zoom to relieve loneliness and depressive symptoms among older persons during the COVID-19 outbreak. Internet Interv. [Internet]. 2021[Consultado 28 de agosto 2025]; 24:100368. Doi: https://doi.org/10.1016/j.invent.2021.100368

21. Jarvis MA, Padmanabhanunni A, Chipps J. An Evaluation of a Low-Intensity Cognitive Behavioral Therapy mHealth-Supported Intervention to Reduce Loneliness in Older People. Int J Environ Res Public Health. 2019,16(7):1305. Doi: https://doi.org/10.3390/ijerph16071305

22. Murayama H, Takase M. Evaluating the Effectiveness of Digital Social Robots in Reducing Loneliness Among Community-Dwelling Older Adults in Japan: Randomized Controlled Trial and Qualitative AnalysisJMIR Aging 2025;8:e74422. Doi: https://doi.org/10.2196/74422

23. Hanaoka H, Yamamoto M, Tsubouchi Y, Yorozuya K, Tsuda K, Kumota K, Kubo Y, Nakashima D, Muraki T, Tsunematsu M, Kaneko F, Wada M, Okamura H. Investigating the effects of reminiscence using smells on loneliness and depressive symptoms in community-dwelling older adults: a randomised controlled trial. Psychogeriatrics. 2025;25(4):e70037. Doi: https://doi.org/10.1111/psyg.70037

24. Tang VFY, Jiang D, Kwok JYY, et al. Behavioral Activation and Mindfulness Interventions in Reducing Loneliness and Improving Well-Being in Older Adults: The HEAL-HOA Randomized Clinical Trial. JAMA Netw Open. 2026;9(2):e2557170. Doi: https://doi.org/10.1001/jamanetworkopen.2025.57170

Licencia CC-By-NC-ND

25. Wong ET, Lee EK, Mo PK, Xu Z, Zhang D, Woo J, et al. Effects of a mindfulness-based intervention versus a social contact control in alleviating loneliness among older adults: a randomised controlled trial. BMJ Mental Health. 2026;29:e302197. Doi: https://doi.org/ 10.1136/bmjment-2025-302197

26. Yeung DYL, Jiang D, Warner LM, Ho RTH, Choi NG, Kwok JYY, Choi KL, The effects of volunteering on loneliness among lonely older adults: the HEAL-HOA dual randomised controlled trial. The Lancet Healthy Longevity, 2025; 6 (1). Doi: https://doi.org/10.1016/j.lanhl.2024.100664

27. Das Gecim GY, Ustun G. The effect of dance movement therapy and walking interventions on loneliness and self-neglect in older people aged 65 and over: a randomized controlled trial. BMC Geriatr. 2026; 24;26(1):228. Doi: https://doi.org/10.1186/s12877-026-07014-8

28. Hähnel F, Lutz A, Chetelat G, Gonneaud J, Kanske P, Klimecki O. Meditation training and non-native language training both reduce older adults loneliness in the age-well randomized controlled trial. Sci Rep. 2025 Sep 29;15(1):33332. Doi: https://doi.org/10.1038/s41598-025-21058-7

29. Sulandari, S., Coats, R. O., Miller, A., Hodkinson, A., & Johnson, J. (2024). A Systematic Review and Meta-Analysis of the Association Between Physical Capability, Social Support, Loneliness, Depression, Anxiety, and Life Satisfaction in Older Adults. The Gerontologist, 64(11), gnae128. Doi: https://doi.org/https://doi.org/10.1093/geront/gnae128

30. Yu DS, Li PW, Lin RS, Kee F, Chiu A, Wu W. Effects of non-pharmacological interventions on loneliness among community-dwelling older adults: A systematic review, network meta-analysis, and meta-regression. Int J Nurs Stud. 2023;144:104524. Doi: https://doi.org/10.1016/j.ijnurstu.2023.104524

31. Choi HK, Lee SH. Trends and Effectiveness of ICT Interventions for the Elderly to Reduce Loneliness: A Systematic Review. Healthcare (Basel). 2021,7;9(3):293. Doi: https://doi.org/10.3390/healthcare9030293

32. Nieto Fernández F, Laitinen A, Oksanen A. Older Adults' Loneliness, Social Isolation, and Physical Information and Communication Technology in the Era of Ambient Assisted Living: A Systematic Literature Review. J Med Internet Res. 2021; 30,23(12):e28022. Doi: https://doi.org/10.2196/28022

33. Yen HY, Huang CW, Chiu HL, Jin G. The Effect of Social Robots on Depression and Loneliness for Older Residents in Long-Term Care Facilities: A Meta-Analysis of Randomized Controlled Trials. J Am Med Dir Assoc. 2024,25(6):104979. Doi: https://doi.org/10.1016/j.jamda.2024.02.017

34. Satake, Y., Costello, H., Naran, N., Ishimaru, D., Ikeda, M., & Howard, R. (2026). Autonomous conversational agents for loneliness, social isolation, depression, and anxiety in older people without cognitive impairment: Systematic review and meta-analysis. Psychological medicine, 56, e27. Doi: https://doi.org/10.1017/S0033291725103073

Licencia CC-By-NC-ND

35. Macdonald M, Gallant A, Weeks L, Delahunty-Pike A, Moody E, Iduye D, Rothfus M, States C, Martin-Misener R, Ignaczak M, Caruso J, Simm J, Mayo A. Long-term care home residents' experiences with socially assistive technologies and the effectiveness of these technologies: a mixed methods systematic review. JBI Evid Synth. 2024 , 1;22(8):1410-1459. Doi: https://doi.org/10.11124/JBIES-23-00021

36. Jaana M, Lévesque Ryan M, Tamim H, Riachy E, Paré G. Perspectives of Older Adults on Assistive Technology: Qualitative Study. JMIR Hum Factors. 2025;12: e74214. Doi: https://doi.org/https://doi.org/10.2196/74214

37. Elsheikh A, Othman A, Al-Thani D. Systematic analysis of cutting-edge technology for the wellbeing and safety of older persons. Disabil Rehabil Assist Technol. 2025;20(8):2691-2724. Doi: https://doi.org/10.1080/17483107.2025.2559185

38. Zaharia G, Ibáñez-Del Valle V, Cauli O, Corchón S. The Long-Lasting Effect of Multidisciplinary Interventions for Emotional and Social Loneliness in Older Community-Dwelling Individuals: A Systematic Review. Nurs Rep. 2024, 6;14(4):3847-3863. Doi: https://doi.org/10.3390/nursrep14040281

39. Hoang P, King JA, Moore S, Moore K, Reich K, Sidhu H, Tan CV, Whaley C, McMillan J. Interventions Associated With Reduced Loneliness and Social Isolation in Older Adults: A Systematic Review and Meta-analysis. JAMA Netw Open. 2022 Oct 3;5(10):e2236676. Doi: https://doi.org/10.1001/jamanetworkopen.2022.36676

40. Snowden MB, Steinman LE, Carlson WL, et al. Effect of physical activity, social support, and skills training on late-life emotional health: a systematic literature review and implications for public health research. Front Public Health. 2015; 2:213. Doi: https://doi.org/10.3389/fpubh.2014.00213

41. Nazari M., Jokar F., Fararooei M., Kaveh M. H. La efectividad de un programa educativo de participación social en la reducción del sentimiento de soledad en personas mayores de zonas rurales de la ciudad de Baiza (sur de la provincia de Fars). JHSSS. 2021;9(3):155–161. Doi: https://doi.org/10.30476/jhsss.2020.88190.1136

42. Bartholomaeus, JD; Van Agteren, JEM; Iasiello, MP; Jarden, A.; Kelly, D. Envejecimiento positivo: El impacto de un programa comunitario de bienestar y resiliencia. Clin. Gerontol. 2019, 42, 377–386. Doi: https://doi.org/10.1080/07317115.2018.1561582

43. Fuller, S. M., Kotwal, A. A., Tha, S. H., Hill, D., Perissinotto, C., Myers, J. J. Key Elements and Mechanisms of a Peer-Support Intervention to Reduce Loneliness and Isolation among Low-Income Older Adults: A Qualitative Implementation Science Study. Journal of Applied Gerontology, 2022, 41(12), 2574-2582. Doi: https://doi.org/10.1177/07334648221120458https://doi.org/10.1177/07334648221120458

Licencia
CC-By-NC-ND

44. Siira E, Olaya-Contreras P, Yndigegn S, Wijk H, Rolandsson B, Wolf A. Older adults' provision of informal care and support to their peers - A cornerstone of swedish society: Demographic characteristics and experiences of social isolation. Scand J Caring Sci. 2022;36(2):468-481. doi: https://doi.org/10.1111/scs.13063

45. Sorrell JM. Meditation for older adults: a new look at an ancient intervention for mental health. J Psychosoc Nurs Ment Health Serv. 2015 May;53(5):15-9. doi: 10.3928/02793695-20150330-01

46. Robinson E, Dickins M, Lad L, et al. Adaptation and Implementation of a Volunteer-Delivered, Telephone-Based, Social Support Program HOW-R-U? During the COVID-19 Pandemic: A Pragmatic Study. Gerontologist. 2024;64(6):gnae034. Doi: https://doi.org/10.1093/geront/gnae034

47. Ye J, Pan Y, Wu C, Hu Z, Wu S, Wang W, Guo J, Xiao A. Effects of Mindfulness-Based Cognitive Therapy on Depression and Anxiety in Late Life: A Meta-Analysis. Alpha Psychiatry. 2024 Jan 1;25(1):1-8. doi: 10.5152/alphapsychiatry.2024.231379.

48. Snigdha A, Majumdar V, Manjunath NK, Jose A. Yoga-based lifestyle intervention for healthy ageing in older adults: a two-armed, waitlist randomized controlled trial with multiple primary outcomes. Geroscience. 2024;46(6):6039-6054. doi:https://doi.org/10.1007/s11357-024-01149-5

49. Da Silva MS, da Silva ALG, da Silva FHAF, da Luz MCNP, Nunes VMA, Torres GV. Key pillars of active aging in the context of the Decade of Healthy Ageing (2021-2030): an integrative literature review. Dement Neuropsychol. 2026;20:e20250439. Doi: https://doi.org/10.1590/1980-5764-dn-2025-0439

50. Schlosser M, Klimecki OM, Collette F, et al. An 18-month meditation training selectively improves psychological well-being in older adults: A secondary analysis of a randomised controlled trial. PLoS One. 2023;18(12):e0294753. Doi: https://doi.org/10.1371/journal.pone.0294753

Licencia CC-By-NC-ND



Horizonte sanitario

ISSN (en línea): 2007-7459

Gobernanza clínica para humanizar sin revictimizar el embarazo en niñas y adolescentes: revisión de alcance

Clinical governance for humanized, non-revictimizing pregnancy care among girls and adolescents: a scoping review

Artículo de Revisión DOI: 10.19136/hs.a25sI.6423

Luis Miguel Álvarez Luna [1]

Jehiel Abiezer Jimenez Coba [2]

Correspondencia: Luis Miguel Álvarez Luna. Dirección postal: División de Ciencias de la Salud. Universidad Autónoma del Estado de Quintana Roo. Avenida Erick Paolo Martínez. S/N. esquina con Avenida 4 de Marzo, Colonia Magisterial. C.P. 77039. Chetumal, Quintana Roo, México.
Correo electrónico: luis.alvarez@uqroo.edu.mx

Licencia CC-By-NC-ND

[1] *Médico especialista en Pediatría y Bioética. Profesor de Tiempo Completo. División de Ciencias de la Salud. Universidad Autónoma del Estado de Quintana Roo. Chetumal, Quintana Roo, México.*

[2] *Estudiante de la Licenciatura en Medicina. División de Ciencias de la Salud. Universidad Autónoma del Estado de Quintana Roo. Chetumal, Quintana Roo. México.*



Resumen

Objetivo: Identificar componentes clínicos, relacionales, protectores y organizacionales de la atención humanizada y no revictimizante durante el embarazo, parto y posparto de niñas y adolescentes, y traducirlos en responsabilidades de gobernanza clínica.

Materiales y Métodos: Se realizó una revisión de alcance conforme a JBI y PRISMA-ScR. Se buscaron estudios primarios sobre atención perinatal de personas de 10–19 años en PubMed, SciELO y Academic Search Ultimate, con verificación regional en BVS/LILACS y SciELO. Las decisiones de elegibilidad se documentaron por ruta.

Resultados: Se cribaron 3,567 registros. De 130 informes buscados en las bases principales, 16 no se recuperaron; de 114 evaluados, 22 se excluyeron y 92 correspondieron a 90 estudios únicos. La verificación regional añadió cinco estudios no duplicados tras excluir tres de ocho informes. El corpus final reunió 97 informes de 95 estudios únicos. La evidencia se agrupó en cuatro dominios: seguridad clínica; relación, información y autonomía; privacidad y protección; continuidad, coordinación y redes.

Conclusiones: La atención humanizada depende del encuentro clínico y de la capacidad del servicio para sostener privacidad, participación, protección y continuidad. HUM-ENA organiza estas responsabilidades en un marco conceptual-operativo derivado de la revisión, pendiente de adaptación y validación antes de usarse como guía o instrumento de evaluación.

Palabras Claves: Embarazo en Adolescencia; Servicios de Salud del Adolescente; Atención Prenatal; Atención Dirigida al Paciente; Humanización de la Atención.

Abstract

Objective: To identify the clinical, relational, protective, and organizational components of humanized, non-revictimizing care during pregnancy, childbirth, and postpartum among girls and adolescents, and translate them into clinical-governance responsibilities.

Materials and Methods: A scoping review followed JBI and PRISMA-ScR. Primary studies on perinatal care for people aged 10–19 years were searched in PubMed, SciELO, and Academic Search Ultimate, with regional verification in BVS/LILACS and SciELO. Eligibility decisions were documented by pathway.

Results: A total of 3,567 records were screened. Of 130 reports sought in the main databases, 16 were not retrieved; of 114 assessed, 22 were excluded and 92 corresponded to 90 unique studies. Regional verification added five non-duplicate studies after excluding three of eight reports. The final corpus comprised 97 reports from 95 unique studies. Evidence was grouped into four domains: clinical safety; relationships, information, and autonomy; privacy and protection; continuity, coordination, and networks.

Conclusions: Humanized care depends on the clinical encounter and the service capacity to sustain privacy, participation, protection, and continuity. HUM-ENA organizes these responsibilities into a review-derived conceptual-operational framework requiring adaptation and validation before use as a guideline or assessment instrument.

Keywords: Pregnancy in Adolescence; Adolescent Health Services; Prenatal Care; Patient-Centered Care; Humanization of Assistance.

• Fecha de recibido: 28 de septiembre de 2026 • Fecha de aceptado: 28 de octubre de 2026
• Fecha de publicación: 06 de noviembre de 2026

Licencia CC-By-NC-ND

Introducción

La atención de una niña o adolescente embarazada comienza cuando solicita ayuda y continúa después del parto. En ese recorrido, una consulta puede ofrecer seguridad, información y apoyo para decidir, pero también puede añadir barreras cuando el trato es moralizante, la confidencialidad es insuficiente o el seguimiento se fragmenta. El embarazo en la adolescencia mantiene relevancia sanitaria y social, también en México[1–3]. La calidad de la atención exige, por tanto, condiciones clínicas y organizacionales que acompañen toda la trayectoria perinatal[4–6].

En esta revisión, la gobernanza clínica se entiende como las responsabilidades, reglas de coordinación, capacidades, información y mecanismos de seguimiento con los que una organización sostiene la seguridad, los derechos y la continuidad asistencial. Esta definición operativa orientó el análisis conjunto del encuentro clínico y de los procesos institucionales relacionados con demoras, referencias inconclusas o repeticiones innecesarias del relato.

Las revisiones sobre atención respetuosa, intervenciones dirigidas a adolescentes y medición de la experiencia han descrito problemas y respuestas relevantes, aunque en general los analizan por separado[7–16]. En las fuentes consultadas no se identificó una síntesis que integrara estos componentes a lo largo del embarazo, parto y posparto y que, además, los tradujera en responsabilidades observables de los servicios. La amplitud de la pregunta y la heterogeneidad de los diseños hicieron pertinente una revisión de alcance.

La evidencia directa del corpus se concentró en experiencias, barreras, prácticas asistenciales, resultados clínicos y formas de organización descritas o evaluadas por los estudios. La denominación HUM-ENA, el cruce sistemático entre dominios y momentos y la asignación de responsabilidades e indicadores no fueron evaluados como un modelo integral en los estudios primarios; constituyen una síntesis interpretativa de los autores. Esta distinción permite reconocer el respaldo empírico de cada componente sin atribuir al marco una eficacia todavía no estudiada.

La inclusión conjunta de niñas y adolescentes responde a una trayectoria asistencial compartida, pero no supone necesidades homogéneas. La edad, el desarrollo, la autonomía progresiva y el marco jurídico modifican las obligaciones de participación y protección del servicio.

El objetivo fue mapear los componentes clínicos, relacionales, protectores y organizacionales de una atención humanizada y no revictimizante durante el embarazo, el parto y el posparto de niñas y adolescentes, e identificar cómo pueden traducirse en responsabilidades de gobernanza clínica para los servicios de salud.

Materiales y Métodos

Se realizó una revisión de alcance conforme a la metodología del Joanna Briggs Institute (JBI), reportada mediante PRISMA-ScR y PRISMA-S[17–19]. El protocolo se cerró el 15 de agosto de 2026 y sus modificaciones quedaron registradas. La pregunta siguió la estrategia población, concepto y

Licencia CC-By-NC-ND

contexto (PCC): personas de 10 a 19 años; atención humanizada y no revictimizante; y servicios vinculados con embarazo, parto o posparto. Se incluyeron estudios primarios revisados por pares que examinaran componentes clínicos, relacionales, protectores u organizacionales. Los intervalos etarios más amplios se aceptaron cuando los datos elegibles eran separables. Se excluyeron estudios sin interfaz asistencial, investigaciones exclusivamente biomédicas, revisiones, editoriales, protocolos y resúmenes sin información suficiente.

El intervalo de 10 a 19 años siguió la definición epidemiológica de adolescencia[1]. Para la interpretación jurídica mexicana se distinguieron niñas de 10 a 14 años, adolescentes de 15 a 17 y personas de 18 y 19 años, jurídicamente adultas, aunque permanezcan en el intervalo epidemiológico[20,21]. Se conservaron las denominaciones utilizadas por los estudios originales cuando describían poblaciones de composición diferente.

Las fuentes principales fueron PubMed/MEDLINE, SciELO y Academic Search Ultimate (EBSCO), elegidas por su cobertura biomédica, iberoamericana y multidisciplinaria. PubMed se consultó el 15 de agosto de 2026 mediante cuatro estrategias (A: 948; B: 1,597; C: 1,355; D: 238); SciELO se consultó el 29 de agosto mediante cuatro estrategias (A: 51; B: 54; C: 41; D: 26); y EBSCO se consultó el 6 de septiembre (537). Las estrategias combinaron descriptores y términos libres en español, inglés y portugués, sin restricción de fecha. BVS/LILACS y búsquedas dirigidas en SciELO se emplearon el 18 de agosto como verificación regional. Las ecuaciones literales, campos, límites, fechas y recuentos se presentan en el Anexo 1.

Se identificaron 4,847 apariciones: 4,138 en PubMed, 172 en SciELO y 537 en EBSCO. Antes del cribado se retiraron 1,280. La deduplicación utilizó coincidencias exactas de PMID o DOI y, en ausencia de estos identificadores, títulos normalizados; los casos dudosos se cotejaron por autores, año y revista. EBSCO y la verificación regional se compararon contra el corpus previamente reunido. El primer autor cribó los 3,567 registros restantes y realizó la extracción inicial. El segundo colaboró en la recuperación y auditó independientemente 100 exclusiones por título y resumen (40 de PubMed, 30 de SciELO y 30 de EBSCO) y las 22 exclusiones de texto completo de las bases principales (13 de PubMed y nueve de SciELO). Ambos autores ratificaron además las tres exclusiones regionales, los dos pares de informes vinculados y los cinco estudios regionales no duplicados. La auditoría fue muestral y no equivalió a un doble cribado completo.

La matriz registró país, diseño, población, edades, etapa perinatal, contexto asistencial, perspectiva, barreras, facilitadores, prácticas, intervenciones y resultados. El autor 2 verificó los informes que aportó y ambos autores revisaron la correspondencia entre evidencia y síntesis. Los datos ausentes se consignaron como no informados. No se realizó una evaluación crítica porque el propósito fue cartografiar conceptos, modelos y vacíos, no estimar efectos ni certeza. Por esta razón, se distinguieron las prácticas descritas de las intervenciones evaluadas y no se interpretó la presencia de un componente como prueba de eficacia.

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/

La selección finalizó el 6 de septiembre de 2026 y la extracción y conciliación del corpus, el 7 de septiembre. La síntesis inicial se cerró el 9 de septiembre, y la actualización final para responder al dictamen concluyó el 30 de octubre, sin repetir búsquedas ni modificar los criterios de elegibilidad. Cada hallazgo se vinculó con su estudio y con el informe del que procedía. Primero se codificaron barreras, facilitadores, prácticas, resultados y capacidades del servicio. Después se compararon los códigos según el aspecto de la atención comprometido y el punto de la trayectoria en que aparecían. Los códigos afines se agruparon en cuatro dimensiones (clínica, relacional, protectora y organizacional) y se ubicaron en seis momentos: acceso, encuentro seguro, decisión informada, respuesta protectora, coordinación y seguimiento. Ambos autores contrastaron la interpretación y resolvieron las diferencias por consenso documentado.

El cruce entre dominios y momentos proporcionó la estructura de HUM-ENA (Humanización y gobernanza del Embarazo en Niñas y Adolescentes). Cada estudio pudo contribuir a más de un dominio o momento. El Anexo 1 presenta, para los 95 estudios únicos, los informes asociados, el hallazgo extraído, el código o criterio analítico, el dominio, el momento y el nivel de inferencia. Los hallazgos y códigos proceden directamente del corpus; su organización integrada como HUM-ENA, así como las responsabilidades e indicadores propuestos, constituyen una elaboración de los autores pendiente de validación externa y no demuestran efectividad.

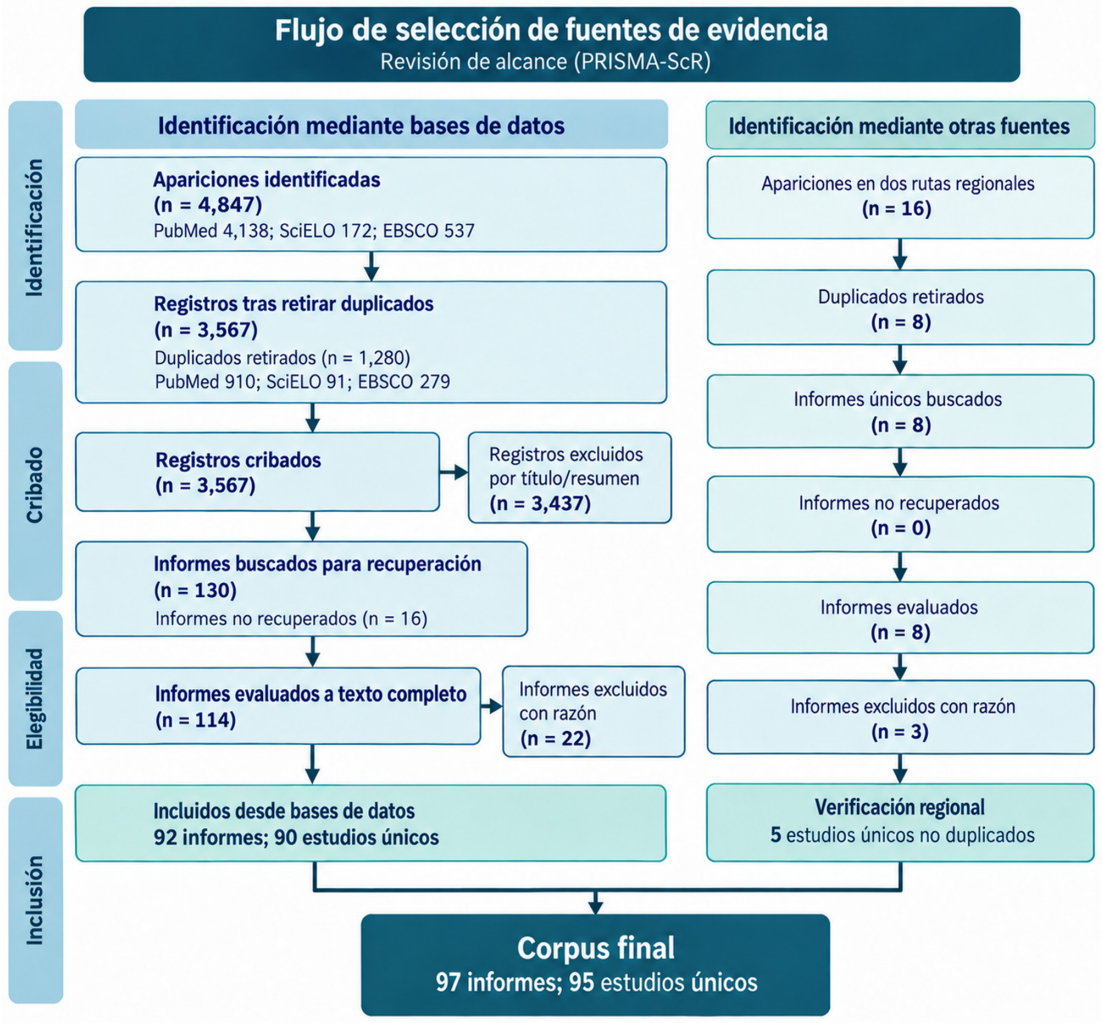
Resultados

Se cribaron 3,567 registros y se excluyeron 3,437 por título y resumen. En las bases principales se buscaron 130 informes; 16 no pudieron recuperarse y 114 se evaluaron a texto completo. Se excluyeron 22 con causa documentada: 13 de PubMed y nueve de SciELO. Las bases principales aportaron 92 informes correspondientes a 90 estudios únicos. Dos pares de publicaciones PubMed informaban resultados de un mismo estudio y se vincularon antes del conteo. En la verificación regional se evaluaron ocho informes únicos; tres se excluyeron y cinco estudios no duplicados se incorporaron. El corpus final reunió 97 informes correspondientes a 95 estudios únicos (Figura 1).

Los 16 informes no recuperados (11 de PubMed y cinco de EBSCO) conservaron sus metadatos y rutas de búsqueda, pero no aportaron datos. Los 95 estudios incluidos se publicaron entre 1973 y 2026, procedieron de África, América, Asia y Europa y emplearon diseños cualitativos, observacionales, comparativos, económicos y experimentales. La tabla 1 resume el corpus y el Anexo 1 presenta la relación nominal entre estudios, informes, hallazgos, criterios analíticos, dominios y momentos. La conciliación restituyó al conteo tres estudios PubMed que ya formaban parte del expediente de elegibilidad y no modificó las búsquedas ni los criterios[22–24]. Solo dos estudios ofrecieron resultados diferenciados para participantes menores de 15 años[25,26].

Licencia CC-By-NC-ND

Figura 1. Diagrama PRISMA-ScR del proceso de selección de informes y estudios



Fuente: Elaboración propia a partir del expediente de búsqueda y selección.

Tabla 1. Características generales del corpus integrado

Característica	Síntesis del corpus
Unidad de inclusión	97 informes correspondientes a 95 estudios únicos: 92 informes de bases principales, que representaron 90 estudios, y cinco estudios regionales no duplicados.
Procedencia	53 estudios únicos identificados en PubMed, 20 en SciELO, 17 en EBSCO y cinco mediante verificación regional.
Ámbito geográfico	África, América, Asia y Europa, con aportes específicos de América Latina y el Caribe.
Diseños	Cualitativos, observacionales, comparativos, económicos y experimentales.
Población y edades	Personas de 10 a 19 años; algunos estudios incluyeron profesionales o redes vinculadas con la atención. Dos estudios desagregaron resultados para menores de 15 años.
Etapa asistencial	Embarazo y atención prenatal, parto, posparto y continuidad entre etapas.

Fuente: Elaboración propia a partir de los 95 estudios únicos incluidos. La matriz nominal de características y trazabilidad se presenta en el Anexo 1.

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/

La información comprensible, la escucha, la privacidad, el trato digno, el alivio oportuno y la participación en las decisiones aparecieron de manera reiterada en las experiencias favorables. El lenguaje técnico, el paternalismo, el temor al juicio, la confidencialidad insuficiente, los costos y los horarios restrictivos dificultaron el acceso o la relación clínica. La recurrencia de estos hallazgos varió entre contextos y no se interpretó como estimación de prevalencia.

La no revictimización rara vez se nombró como desenlace. Sin embargo, los estudios sobre violencia, estigma, trauma, migración y búsqueda de ayuda describieron la entrevista privada, las preguntas no culpabilizantes, la explicación de los límites de la confidencialidad y la reducción de relatos repetidos. Fueron menos frecuentes las evaluaciones de estas prácticas como intervenciones con resultados propios.

Los modelos adaptados, la gestión de casos, las visitas domiciliarias, la articulación escolar y las referencias acompañadas se asociaron con mejoras en acceso o continuidad en algunos estudios, pero no en todos. Reunir varias profesiones tampoco aseguró coordinación. Los programas con mejores descripciones operativas especificaron responsabilidades, intercambio de información y seguimiento.

La tabla 2 muestra la correspondencia entre resultados y dominios. Un mismo estudio pudo contribuir a más de un dominio. Las experiencias y preferencias se mantuvieron separadas de las intervenciones evaluadas, de modo que una práctica informada por participantes no se presentó como prueba de efectividad.

La síntesis identificó seis momentos recurrentes: acceso, encuentro seguro, decisión informada, respuesta protectora, coordinación y seguimiento. No son etapas rígidas. Señalan puntos de la trayectoria donde los cuatro dominios pueden observarse y donde una interrupción requiere una respuesta del servicio. Esta organización sustentó la formulación de HUM-ENA (Figura 2).

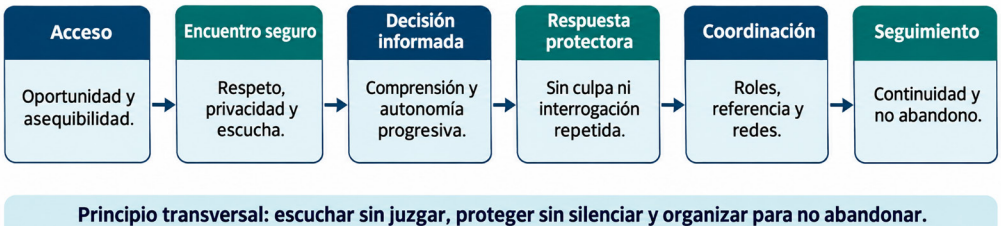
Tabla 2. Correspondencia entre dominios y resultados de la síntesis

Dominio	Resultados recurrentes	Barreras o variaciones observadas	Estudios que contribuyeron
Seguridad clínica	Atención prenatal oportuna, alivio del dolor, salud mental, educación clínica y seguimiento de resultados maternos o neonatales.	El contacto asistencial no garantizó calidad ni resultados uniformes; varias intervenciones mostraron efectos parciales.	Referencias [25–61]
Relación, información y autonomía	Información comprensible, escucha, respeto, acompañamiento elegido y participación en decisiones.	Lenguaje técnico, paternalismo, juicio moral y escasa participación limitaron la confianza y el uso de servicios.	Referencias [42–45, 53, 62–105]
Privacidad y protección	Entrevista privada, confidencialidad explicada, detección cuidadosa de violencia y respuesta informada por trauma.	Pocas investigaciones midieron revictimización; la violencia, el estigma y la repetición del relato se documentaron sobre todo como experiencias.	Referencias [31, 33, 57, 64–66, 69, 71, 77, 78, 83–85, 89, 94, 96, 97, 103, 106]
Continuidad, coordinación y redes	Servicios adaptados, gestión de casos, visitas domiciliarias, articulación escolar, referencia y seguimiento.	Los resultados variaron; la multidisciplina sin funciones definidas no aseguró coordinación ni cierre de referencias.	Referencias [25, 26, 28–30, 32, 34–56, 58–61, 67, 72–81, 85–88, 90–95, 98–102, 105, 107–116]

Fuente: Elaboración propia a partir de los estudios incluidos en la revisión.

Licencia CC-By-NC-ND

Figura 2. Marco HUM-ENA y momentos de la trayectoria asistencial



Nota: Marco pendiente de validación.
Fuente: Elaboración propia a partir de la síntesis de los estudios incluidos.

Los estudios latinoamericanos mostraron barreras relacionadas con información incompleta, trato moralizante, restricciones al acompañamiento y redes asistenciales débiles. También describieron consejería, apoyo, alivio del dolor y participación. Las diferencias entre países y servicios impiden asumir un patrón regional único[25,38–45,75_89,97,101,104,112].

Discusión

Los hallazgos responden a la pregunta de investigación al mostrar que la atención humanizada y no revictimizante durante el embarazo, parto y posparto de niñas y adolescentes reúne seguridad clínica, relación respetuosa, participación, privacidad, protección y continuidad. El corpus también mostró que el encuentro con cada niña o adolescente es decisivo, pero sus efectos pueden debilitarse cuando el servicio carece de responsables identificables, información disponible o mecanismos de seguimiento. Esta relación entre experiencia de atención y capacidad organizacional constituye el núcleo interpretativo de la síntesis.

Las revisiones sobre atención respetuosa se han concentrado en el trato, el maltrato y las intervenciones dirigidas a profesionales, mientras que las evaluaciones de servicios amigables han destacado acceso, disponibilidad y calidad[7–16]. El corpus coincidió con esos ejes, pero sugirió además que una consulta respetuosa puede perder parte de su efecto cuando la referencia no se concreta o el seguimiento queda inconcluso. En ese sentido, HUM-ENA aporta una lectura longitudinal de la trayectoria asistencial, al vincular cada momento con una responsabilidad organizacional. Esta formulación amplía la interpretación disponible, pero no demuestra por sí misma efectividad y aún requiere validación.

Las decisiones relacionadas con niñas y adolescentes embarazadas deben considerar autonomía progresiva, protección, confidencialidad, participación familiar, continuidad obstétrica y apoyo psicosocial. Estas condiciones cambian entre personas y contextos; por ello, cada situación requiere valoración individual, explicación comprensible, documentación prudente y, cuando existan dudas relevantes, consulta ética o jurídica[20,21].

Como elaboración conceptual derivada de la revisión, HUM-ENA relaciona cada momento asistencial con capacidades del servicio y con responsabilidades de coordinación, información y seguimiento. En esta etapa, el marco puede entenderse como una hipótesis organizacional útil para examinar dónde

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/

se interrumpe una trayectoria, qué responsabilidades institucionales están implicadas y qué recursos o procesos podrían requerir revisión. La figura 3 presenta una propuesta conceptual derivada de la síntesis; no corresponde a una guía ni a un instrumento validado.

Figura 3. Propuesta conceptual para examinar responsabilidades de gobernanza mediante HUM-ENA

Momento	Práctica mínima	Responsable operativo	Evidencia verificable	Indicador trazador
Acceso	Informar requisitos, costos, horarios; confidencialidad y vías de atención; priorizar necesidades urgentes.	Admisión y coordinación de primer nivel.	Registro del primer contacto, barrera detectada y cita efectiva.	Tiempo hasta valoración efectiva y contactos fallidos.
Encuentro seguro	Ofrecer privacidad, acompañante elegido, comunicación respetuosa y permiso antes de preguntas o exploraciones sensibles.	Profesional que realiza el primer encuentro.	Preferencias, entrevista privada y necesidades documentadas prudentemente.	Proporción con privacidad ofrecida y experiencia de respeto.
Decisión informada	Explicar opciones en lenguaje claro, comprobar comprensión y documentar preferencias y consentimiento.	Profesional responsable de la decisión clínica.	Opciones explicadas, comprensión comprobada y decisión acordada.	Comprensión y participación reportadas.
Respuesta protectora	Valorar seguridad sin interrogatorio repetido; explicar límites de confidencialidad y activar la ruta correspondiente.	Referente clínico y enlace de protección o trabajo social.	Valoración, plan de seguridad, comunicaciones y derivación trazables.	Tiempo hasta respuesta segura y número de relatos repetidos.
Coordinación	Asignar responsable nominal, integrar el plan y cerrar el circuito de cada referencia.	Gestión de caso o coordinación clínica.	Plan compartido, recepción confirmada y devolución de información.	Referencias completadas y plan disponible en transiciones.
Seguimiento	Acordar el contacto posterior antes del egreso e integrar salud física, mental, continuidad educativa y apoyo social.	Equipo de continuidad perinatal.	Plan, canal de contacto, cita y resultado del seguimiento.	Contacto efectivo y continuidad posparto.

Nota: Propuesta derivada de la síntesis temática de la presente revisión. No constituye una guía, instrumento o procedimiento validado.
Fuente: Elaboración propia a partir de los estudios incluidos en la revisión.

Los estudios de programas mostraron resultados variables. Esta heterogeneidad impide suponer que estrategias como la gestión de casos, las visitas domiciliarias, la articulación escolar o las referencias acompañadas produzcan efectos uniformes en todos los contextos. Del mismo modo, el cumplimiento administrativo no acredita por sí mismo una experiencia humanizada: registrar privacidad no demuestra confianza; emitir una referencia no confirma que la atención se completó, y una firma no asegura comprensión. Por ello, la evaluación futura de procesos debería considerar de manera conjunta indicadores verificables, experiencia comunicada por las personas atendidas y continuidad efectiva de la trayectoria[6,14–16].

La correspondencia entre los 95 estudios únicos, sus 97 informes, los hallazgos extraídos, los criterios analíticos, los cuatro dominios y los seis momentos se presenta en el Anexo 1. Esta matriz permite revisar el origen de cada agrupación. Los hallazgos codificados corresponden a evidencia primaria; la articulación conjunta de dominios y momentos, y su traducción en responsabilidades e indicadores, corresponde a una propuesta interpretativa.

Licencia CC-By-NC-ND

La participación de familiares o parejas debe acordarse según las preferencias y la seguridad de cada niña o adolescente. Estas personas pueden facilitar acompañamiento y continuidad, pero también limitar la autonomía. La edad orienta el apoyo y las obligaciones del servicio, aunque no determina por sí sola la capacidad de participar ni permite presumir violencia; la valoración debe considerar desarrollo, comprensión, voluntad, seguridad, relaciones de dependencia y marco jurídico[20,21]. En niñas y adolescentes de 10 a 14 años, la evidencia disponible respalda la prioridad de una atención clínica inmediata, entrevista privada, comunicación adaptada y valoración cuidadosa de violencia, coerción o desigualdad de poder. Entre los 15 y 17 años cobra particular importancia reforzar la participación conforme a la autonomía progresiva, explicar la confidencialidad y sus límites y ofrecer alternativas reales. Las personas de 18 y 19 años son jurídicamente adultas en México, aunque permanecen en el intervalo epidemiológico de adolescencia y también pueden beneficiarse de servicios sensibles a su etapa vital[20,21].

Los estudios latinoamericanos respaldan la pertinencia potencial del marco, pero no autorizan generalizaciones nacionales. El sureste mexicano se plantea como un contexto para estudiar la transferibilidad de HUM-ENA, no como un territorio donde el marco haya demostrado ya su validez. La adaptación deberá considerar condiciones normativas, culturales, rurales, indígenas y fronterizas[2,3,20,86].

Los 17 estudios incorporados mediante EBSCO ampliaron la evidencia sobre experiencia, derechos, salud mental, acceso, decisiones y continuidad[57–61,96–105,115,116]. No modificaron los cuatro dominios ni los seis momentos, pero aportaron ejemplos adicionales para contrastarlos. Entre las fortalezas de la revisión se encuentran la búsqueda multilingüe, la distinción entre informes y estudios y el registro de las decisiones. Sus limitaciones incluyen auditoría muestral en lugar de doble cribado, 16 informes no recuperados, búsqueda regional complementaria, heterogeneidad de diseños y evidencia desagregada para 10 a 14 años ya que pocas investigaciones midieron revictimización como desenlace. Estas limitaciones reducen la transferibilidad, impiden inferir eficacia, pero orientan la validación futura del marco.

En consecuencia, HUM-ENA debe evaluarse como una hipótesis organizacional derivada de esta síntesis. La siguiente etapa requiere validación de contenido con niñas, adolescentes y profesionales; adaptación jurídica y cultural; que incluyan indicadores de proceso, experiencia y continuidad antes de recomendar su empleo como guía o instrumento de evaluación.

Conclusiones

A partir de la síntesis de 95 estudios únicos, se formuló HUM-ENA como una propuesta conceptual que articula cuatro dominios (seguridad clínica; relación, información y autonomía; privacidad y protección; y continuidad, coordinación y redes) en seis momentos de la trayectoria asistencial.

Su principal aporte es ofrecer una lectura longitudinal de la atención durante el embarazo, el parto y el posparto, al vincular experiencias y necesidades de las niñas y adolescentes con responsabilidades organizacionales observables de los servicios. De este modo, HUM-ENA permite visibilizar que la

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/

calidad de la atención no depende solo del encuentro clínico, sino también de la capacidad institucional para sostener información comprensible, privacidad, participación, protección, referencias efectivas y seguimiento.

La propuesta se deriva de una síntesis temática con trazabilidad explícita entre los estudios incluidos, los dominios y los momentos asistenciales; sin embargo, debe interpretarse a la luz de la heterogeneidad de los diseños, la auditoría muestral del cribado, los informes no recuperados y la limitada evidencia específica para niñas de 10 a 14 años y para la revictimización como desenlace. Estas condiciones delimitan la transferibilidad de los hallazgos y no permiten atribuir eficacia al marco ni a cada una de las estrategias descritas.

HUM-ENA no constituye aún una guía clínica ni un instrumento de evaluación validado. Su valor actual reside en proporcionar una estructura analítica para identificar discontinuidades de la atención y responsabilidades institucionales potencialmente implicadas, sin trasladar a las usuarias la carga de coordinar su propio cuidado. Su adaptación contextual y su validación participativa con niñas, adolescentes, familias cuando corresponda, profesionales y servicios de salud permitirán examinar su factibilidad, aceptabilidad y utilidad para orientar mejoras en la continuidad, la experiencia de atención y la prevención de la revictimización.

Conflicto de interés

Los autores declaran que no existe conflicto de interés.

Consideraciones éticas

La revisión utilizó información procedente de publicaciones y fuentes documentales; no incluyó intervención ni acceso directo a datos personales, por lo que no requirió consentimiento informado ni evaluación de un comité de ética. Los autores mantuvieron la trazabilidad de las fuentes y una interpretación respetuosa de los derechos de niñas y adolescentes.

Uso de inteligencia artificial

Se utilizaron herramientas de inteligencia artificial generativa como apoyo para la organización documental, la revisión de consistencia y la edición lingüística. No se utilizaron como fuentes de evidencia ni sustituyeron el juicio científico. Los autores verificaron las fuentes, revisaron críticamente el contenido y aprobaron íntegramente la versión final.

Licencia CC-By-NC-ND

Contribución de los autores

Conceptualización: L.M.Á.L.; Metodología: L.M.Á.L.; Investigación: L.M.Á.L. y J.A.J.C.; Curación de datos: L.M.Á.L. y J.A.J.C.; Análisis formal: L.M.Á.L. y J.A.J.C.; Adquisición de fondos: J.A.J.C.; Recursos: L.M.Á.L. y J.A.J.C.; Software: L.M.Á.L. y J.A.J.C.; Validación: L.M.Á.L. y J.A.J.C.; Administración del proyecto: L.M.Á.L.; Supervisión: L.M.Á.L.; Visualización: L.M.Á.L.; Redacción del borrador original: L.M.Á.L.; Redacción, revisión y edición: L.M.Á.-L. y J.A.J.C.

Financiamiento

La investigación no recibió financiamiento externo.

Agradecimientos

Los autores agradecen al personal del Sistema Bibliotecario de la Universidad Autónoma del Estado de Quintana Roo por las gestiones realizadas para localizar informes de difícil acceso.

Referencias

1. World Health Organization. Adolescent pregnancy. Geneva: World Health Organization; 2024. Available from: https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/adolescent-pregnancy

2. Instituto Nacional de Estadística y Geografía. Estadísticas a propósito del Día Mundial para la Prevención del Embarazo no Planificado en Adolescentes. Aguascalientes: INEGI; 2025. Disponible en: https://www.inegi.org.mx/contenidos/saladeprensa/aproposito/2025/EAP_EmbAdolesnt25.pdf

3. Consejo Nacional de Población. Informe Ejecutivo del Grupo Interinstitucional para la Prevención del Embarazo en Adolescentes 2024. Ciudad de México: CONAPO; 2024. Disponible en: https://www.gob.mx/conapo/documentos/informe-ejecutivo-del-grupo-interinstitucional-para-la-prevencion-del-embarazo-en-adolescentes-gipea-2024

4. World Health Organization, UNAIDS. Global standards for quality health-care services for adolescents: a guide to implement a standards-driven approach to improve the quality of health care services for adolescents. Volume 1: Standards and criteria. Geneva: World Health Organization; 2015. Available from: https://iris.who.int/bitstream/handle/10665/183935/9789241549332_vol1_eng.pdf?sequence=1

Licencia CC-By-NC-ND

5. World Health Organization. WHO recommendations on antenatal care for a positive pregnancy experience. Geneva: World Health Organization; 2016. Available from: https://iris.who.int/bitstream/handle/10665/250800/WHO-RHR-16.12-eng.pdf?sequence=1

6. World Health Organization. WHO recommendations on maternal and newborn care for a positive postnatal experience. Geneva: World Health Organization; 2022. Available from: https://www.who.int/publications/i/item/9789240045989

7. Jolivet RR, Gausman J, Kapoor N, Langer A, Sharma J, Semrau KEA. Operationalizing respectful maternity care at the healthcare provider level: a systematic scoping review. Reprod Health. 2021;18(1):194. Doi: https://doi.org/10.1186/s12978-021-01241-5

8. Dhakal P, Creedy DK, Gamble J, Newnham E, McInnes R. Educational interventions to promote respectful maternity care: A mixed-methods systematic review. Nurse Educ Pract. 2022; 60:103317. Doi: https://doi.org/10.1016/j.nepr.2022.103317

9. Habib HH, Mwaisaka J, Torpey K, Maya ET, Ankomah A. Are respectful maternity care (RMC) interventions effective in reducing intrapartum mistreatment against adolescents? A systematic review. Front Glob Womens Health. 2023;4:1048441. doi: https://doi.org/10.3389/fgwh.2023.1048441

10. Kasaye H, Sheehy A, Scarf V, Baird K. The roles of multi-component interventions in reducing mistreatment of women and enhancing respectful maternity care: a systematic review. BMC Pregnancy Childbirth. 2023;23(1):305. Doi: https://doi.org/10.1186/s12884-023-05640-3

11. Sabet F, Prost A, Rahmanian S, Al Qudah H, Cardoso MN, Carlin JB, et al. The forgotten girls: the state of evidence for health interventions for pregnant adolescents and their newborns in low-income and middle-income countries. Lancet. 2023;402(10412):1580-1596. Doi: https://doi.org/10.1016/s0140-6736(23)01682-3

12. Cantor AG, Jungbauer RM, Skelly AC, Hart EL, Jorda K, Davis-O'Reilly C, et al. Respectful Maternity Care : A Systematic Review. Ann Intern Med. 2024;177(1):50-64. Doi: https://doi.org/10.7326/m23-2676

13. Lunda P, Minnie CS, Lubbe W. Factors influencing respectful perinatal care among healthcare professionals in low-and middle-resource countries: a systematic review. BMC Pregnancy Childbirth. 2024;24(1):442. Doi: https://doi.org/10.1186/s12884-024-06625-6

14. Ellis C, Larson CP, Bicaba F, Bicaba A, Nguyen A, Ramdé J, et al. Measurement of self-reported, facility-based labour and birth experiences: The Perinatal Experience Assessment Tool (PEAT). J Glob Health. 2022; 12:04103. Doi: https://doi.org/10.7189/jogh.12.04103

Licencia CC-By-NC-ND

15. Bahl D, Bassi S, Manna S, Arora M. Adolescent Friendly Health Clinics (AFHCS) in India and their compliance with government benchmarks: A scoping review. F1000Res. 2023;12:517. Doi: https://doi.org/10.12688/f1000research.131112.2

16. Gebrie M, Asrade G, Tsehay CT, Yazachew L, Dellie E. Quality of adolescent and youth-friendly health services in Dehana district public health facilities, northeast Ethiopia: Using the Donabedian quality framework. PLoS One. 2021;16(10): e0258718. Doi: https://doi.org/10.1371/journal.pone.0258718

17. Peters MDJ, Godfrey C, McInerney P, Munn Z, Tricco AC, Khalil H. Scoping reviews. In: Aromataris E, Lockwood C, Porritt K, Pilla B, Jordan Z, editors. JBI Manual for Evidence Synthesis. Adelaide: JBI; 2024. Doi: https://doi.org/10.46658/JBIMES-24-09

18. Tricco AC, Lillie E, Zarin W, O'Brien KK, Colquhoun H, Levac D, et al. PRISMA Extension for Scoping Reviews (PRISMA-ScR): Checklist and Explanation. Ann Intern Med. 2018;169(7):467-473. Doi: https://doi.org/10.7326/m18-0850

19. Rethlefsen ML, Kirtley S, Waffenschmidt S, Ayala AP, Moher D, Page MJ, et al. PRISMA-S: an extension to the PRISMA Statement for Reporting Literature Searches in Systematic Reviews. Syst Rev. 2021;10(1):39. Doi: https://doi.org/10.1186/s13643-020-01542-z

20. Cámara de Diputados del H. Congreso de la Unión. Ley General de los Derechos de Niñas, Niños y Adolescentes. Última reforma publicada en el Diario Oficial de la Federación el 15 de enero de 2026. Ciudad de México: Cámara de Diputados; 2026. Disponible en: https://www.diputados.gob.mx/LeyesBiblio/pdf/LGDNNA.pdf

21. Comité de los Derechos del Niño. Observación general núm. 12: El derecho del niño a ser escuchado. Ginebra: Naciones Unidas; 2009 . Documento CRC/C/GC/12. Disponible en: https://docstore.ohchr.org/SelfServices/FilesHandler.ashx?enc=YDah9tP9EQ4yJGUbd1XDmaOoMVuVv2KW4ANWL9tpK079%2BonDsRJ0Ml%2FiNhKKcf4S8cVgG4Sb3HsKSs9SKqy5zA%3D%3D

22. Fairchild E, Kyle S, Marion S, Cheatham A, Lecky T, Harris S, et al. Prenatal considerations and outcomes for girls aged 14 and under: development of a multidisciplinary team in a large tertiary care facility. J Midwifery Womens Health. 2022;67(4):504-509. Doi: https://doi.org/10.1111/jmwh.13378

23. Okaga SK, Momah-Haruna AP, Iwayemi VV, Balogun TK, Odeseye A, Ayanbadejo JO, et al. Expanding access to maternal health services for pregnant adolescent girls. Afr J Reprod Health. 2021;25(6). Doi: https://doi.org/10.29063/ajrh2021/v25i6.2

24. Pizzol D, Di Gennaro F, Boscardin C, Putoto G, Cuppini E, Pita G, et al. Teenage pregnancies in Mozambique: the experience of "Servicios Amigos dos Adolescentes" clinics in Beira. Afr J AIDS Res. 2018;17(1):32-36. Doi: https://doi.org/10.2989/16085906.2017.1405825

Licencia CC-By-NC-ND

25. Goldenberg P, Figueiredo MDCT, Silva RDSE. Gravidez na adolescência, pré-natal e resultados perinatais em Montes Claros, Minas Gerais, Brasil. Cadernos de Saúde Pública. 2005; 21(4). Disponible en: https://cadernos.ensp.fiocruz.br/ojs/index.php/csp/article/view/2500

26. Piechnik SL, Corbett MA. Reducing low birth weight among socioeconomically high-risk adolescent pregnancies. Successful intervention with certified nurse-midwife-managed care and a multidisciplinary team. J Nurse Midwifery. 1985;30(2):88-98. Doi: https://doi.org/10.1016/0091-2182(85)90115-6

27. Chemutai V, Nteziyaremye J, Wandabwa GJ. Live Experiences of Adolescent Mothers Attending Mbale Regional Referral Hospital: A Phenomenological Study. Obstet Gynecol Int. 2020; 2020:8897709. Doi: https://doi.org/10.1155/2020/8897709

28. Del Risco-Sánchez O, Zambrano-Tanaka E, Guerrero-Borrego N, Surita F. Good prenatal care practices in teenage pregnancy from the perspective of healthcare professionals. Rev Colomb Obstet Ginecol. 2021;72(3):244-257. Doi: https://doi.org/10.18597/rcog.3695

29. Khojasteh F, Afrashte M, Khayat S, Navidian A. Effect of cognitive-behavioral training on fear of childbirth and sleep quality of pregnant adolescent slum dwellers. J Educ Health Promot. 2022; 11:311. Doi: https://doi.org/10.4103/jehp.jehp_133_22

30. Dutta K, Naskar S, Das DK, Banerjee N. Exploring challenges of teenage pregnancy and motherhood from beneficiaries and providers' perspectives: A qualitative study in a rural area of Purba Bardhaman District, West Bengal. J Family Med Prim Care. 2022;11(11):7272-7279. Doi: https://doi.org/10.4103/jfmpc.jfmpc_689_22

31. Cevik A, Aksut Akcay E, Gozuyesil E, Avcibay Vurgec B, Gokyildiz Surucu S. Impact of trauma, support, and control perceptions during childbirth on post-traumatic stress disorder among Syrian immigrant adolescent pregnant women. Midwifery. 2023; 127:103870. Doi: https://doi.org/10.1016/j.midw.2023.103870

32. Kartal SA, Uçar T. The effects of breastfeeding education given to pregnant adolescents on postnatal breastfeeding self-efficacy and breastfeeding success. Afr J Reprod Health. 2025;29(10):167-175. Doi: https://doi.org/10.29063/ajrh2025/v29i10.17

33. Yousefi S, Montazeri S, Javadifar N, Ghanbari S, Ahmadi A. Midwife-led psychoeducational life skills training reduces anxiety, stress, and depression in pregnant adolescents: a randomized trial. Sci Rep. 2025;15(1):45081. Doi: https://doi.org/10.1038/s41598-025-32021-x

34. Barbastefano PS, Girianelli VR, Vargens OM. [Accessibility to childbirth attendance for pregnant adolescents in health system's maternities]. Rev Gaucha Enferm. 2010;31(4):708-14. Doi: https://doi.org/10.1590/s1983-14472010000400014

Licencia CC-By-NC-ND

35. Madkour AS, Xie Y, Harville EW. Availability of Reproductive Health Care Services at Schools and Subsequent Birth Outcomes Among Adolescent Mothers. J Sch Health. 2016;86(7):488-94. Doi: https://doi.org/10.1111/josh.12399

36. Rahman A, Begum T, Austin A, Hasan M, Alam N, Anwar I, et al. Can programmatic inputs improve adolescent mothers' access to maternal care in rural Bangladesh? Nine years of evidence from a cohort study. J Health Popul Nutr. 2022;41(1):12. Doi: https://doi.org/10.1186/s41043-022-00289-8

37. Kayemba V, Kabagenyi A, Ndugga P, Wasswa R, Waiswa P. Timing and Quality of Antenatal Care Among Adolescent Mothers in a Rural Community, Uganda. Adolesc Health Med Ther. 2023; 14:45-61. Doi: https://doi.org/10.2147/ahmt.s374296

38. Bettiol H, Barbieri MA, Gomes UA, Wen LY, Reis PM. dos; Chiaratti, Telma M.; Vasconcellos, Valéria; Yamawaki, Rosalina M.. Atenção médica à gestação e ao parto de mães adolescentes. Cadernos de Saúde Pública. 1992; 8(4). Doi: https://doi.org/10.1590/S0102-311X1992000400006

39. Fernandes RFM, Meincke SMKN, Thumé E, Soares MC, Collet N, Carraro TE. Characteristics of antenatal care for adolescents from state capitals in Southern and Northeastern Brazil. Texto & Contexto - Enfermagem. 2015; 24(1). Doi: https://doi.org/10.1590/0104-07072015001230012

40. Pugin P E, Kopplin I E, Larraín C C, Gallego J V, Aramayo R M, Ortiz C J. Una experiencia de acompañamiento con doula a adolescentes en trabajo de parto. Revista chilena de obstetricia y ginecología. 2008; 73(4). Disponible en: https://www.scielo.cl/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0717-75262008000400006&lang=es

41. von Hoveling Schindler A, Larrea Schindler E, Norambuena Narváez C, Carrasco Leal L. Prevención del Embarazo Reiterado en Adolescentes: una Experiencia Clínica Exitosa. Revista chilena de obstetricia y ginecología. 2020; 85(6). Doi: http://dx.doi.org/10.4067/S0717-75262020000600631

42. Rocha DCDS, Bezerra MGA, Campos ADCS. Cuidados com os bebês: o conhecimento das primíparas adolescentes. Escola Anna Nery. 2005; 9(3). Doi: https://doi.org/10.1590/S1414-81452005000300005

43. Marques TM, Marski BDSL, Souza BFD, Bonelli MA, Fabbro MRC, Wernet M. Pregnant adolescents who experienced premature birth: perceptions about prenatal care. Escola Anna Nery. 2022. 26, e20210253. Doi: https://doi.org/10.1590/2177-9465-ean-2021-0253

44. Núñez Barnales M, Quintana Romero V, Micol M, Torrado Roca MJ, Bouchaucourt Manta JP, Álvarez Solari CE. Analgesia del parto en adolescentes: resultados de nuestra experiencia desarrollada en el Hospital de la Mujer - Centro Hospitalario Pereira Rossell. Revista Médica del Uruguay. 2014; 30(3):164-7. Disponible en: https://revista.rmu.org.uy/index.php/rmu/article/view/240

Licencia CC-By-NC-ND

45. Caminha NDO, Freitas LV, Lima TM, Gomes LFDS, Herculano MMS, Damasceno AKDC. Gestação na adolescência: descrição e análise da assistência recebida. Revista Gaúcha de Enfermagem. 2012 ;33(3):81-8. Disponible en: https://seer.ufrgs.br/index.php/rgenf/article/view/20105

46. Dickens HO, Mudd EH, Garcia CR, Tomar K, Wright D. One hundred pregnant adolescents, treatment approaches in a university hospital. Am J Public Health. 1973;63(9):794-800. Doi: https://doi.org/10.2105/ajph.63.9.794

47. Smith PB, Weinman M, Johnson TC, Wait RB, Mumford DM. A curriculum for adolescent mothers: an evaluation. J Adolesc Health Care. 1985;6(3):216-9. Doi: https://doi.org/10.1016/s0197-0070(85)80021-8

48. Isberner F, Wright WR. Comprehensive prenatal care for pregnant teens. J Sch Health. 1987;57(7):288-92. Doi: https://doi.org/10.1111/j.1746-1561.1987.tb03205.x

49. Jones ME, Mondy LW. Prenatal education outcomes for pregnant adolescents and their infants using trained volunteers. J Adolesc Health Care. 1990;11(5):437-44. Doi: https://doi.org/10.1016/0197-0070(90)90092-g

50. Seitz V, Apfel NH. Adolescent mothers and repeated childbearing: effects of a school-based intervention program. Am J Orthopsychiatry. 1993;63(4):572-81. Doi: https://doi.org/10.1037/h0079483

51. Jones ME, Mondy LW. Lessons for prevention and intervention in adolescent pregnancy: a five-year comparison of outcomes of two programs for school-aged pregnant adolescents. J Pediatr Health Care. 1994;8(4):152-9. Doi: https://doi.org/10.1016/0891-5245(94)90027-2

52. Brabin L, Verhoeff FH, Kazembe P, Brabin BJ, Chimsuku L, Broadhead R. Improving antenatal care for pregnant adolescents in southern Malawi. Acta Obstet Gynecol Scand. 1998;77(4):402-409. Disponible en: https://obgyn.onlinelibrary.wiley.com/doi/pdf/10.1034/j.1600-0412.1998.770408.x

53. Bensussen-Walls W, Saewyc EM. Teen-focused care versus adult-focused care for the high-risk pregnant adolescent: an outcomes evaluation. Public Health Nurs. 2001;18(6):424-35. Doi: https://doi.org/10.1046/j.1525-1446.2001.00424.x

54. Sangalang BB, Barth RP, Painter JS. First-birth outcomes and timing of second births: a statewide case management program for adolescent mothers. Health Soc Work. 2006;31(1):54-63. Doi: https://doi.org/10.1093/hsw/31.1.54

55. Flynn L, Budd M, Modelski J. Enhancing resource utilization among pregnant adolescents. Public Health Nurs. 2008;25(2):140-148. Doi: https://doi.org/10.1111/j.1525-1446.2008.00690.x

Licencia CC-By-NC-ND

56. Samankasikorn W, Pierce B, St Ivany A, Gwon SH, Schminkey D, Bullock L. Effect of home visiting with pregnant teens on maternal health. MCN Am J Matern Child Nurs. 2016;41(3):162-7. Doi: https://doi.org/10.1097/nmc.0000000000000235

57. Vahidi F, Mirghafourvand M, Naseri E, Ghanbari-Homaie S. Birth-related posttraumatic stress disorder and negative childbirth experience related to maternal functioning among adolescent mothers: a cross-sectional study. BMC Pregnancy Childbirth. 2023;23(1):371. Doi: https://doi.org/10.1186/s12884-023-05717-z

58. Govender T, Reddy P, Ghuman S. Obstetric outcomes and antenatal access among adolescent pregnancies in KwaZulu-Natal, South Africa. South African Family Practice. 2018;60(1):1-7. Doi: https://doi.org/10.4102/safp.v60i1.4614

59. Felder JN, Epel E, Lewis JB, et al. Depressive symptoms and gestational length among pregnant adolescents: cluster randomized control trial of CenteringPregnancy Plus group prenatal care. J Consult Clin Psychol. 2017;85(6):574-584. Doi: https://doi.org/10.1037/ccp0000191

60. Kleebpan S, Apartsakun P, Chaiyanusak P, Kitson-Reynolds E. The effect of parental enhancing program with mobile application on parental stress and competence among Thai adolescent postpartum women: A quasi-experimental matched control design. PLoS One. 2025;20(10): e0324318. Doi: https://doi.org/10.1371/journal.pone.0324318

61. Sianturi H, Yusrizal F, Basir F, Andrina H. The Relationship between the Implementation of Integrated Antenatal Care and the Quality of Services for Adolescent Pregnancy. Journal of South Asian Federation of Obstetrics & Gynecology. 2025;17(1):69-76. Doi: https://doi.org/10.5005/jp-journals-10006-2567

62. Bwalya BC, Sitali D, Baboo KS, Zulu JM. Experiences of antenatal care among pregnant adolescents at Kanyama and Matero clinics in Lusaka district, Zambia. Reprod Health. 2018;15(1):124. Doi: https://doi.org/10.1186/s12978-018-0565-9

63. Quosdorf A, Peterson WE, Rashotte J, Davies B. Connecting With Adolescent Mothers: Perspectives of Hospital-Based Perinatal Nurses. Glob Qual Nurs Res. 2020; 7:2333393619900891. Doi: https://doi.org/10.1177/2333393619900891

64. Erasmus MO, Knight L, Dutton J. Barriers to accessing maternal health care amongst pregnant adolescents in South Africa: a qualitative study. Int J Public Health. 2020;65(4):469-476. Doi: https://doi.org/10.1007/s00038-020-01374-7

65. Mweteni W, Kabirigi J, Matovelo D, Laisser R, Yohani V, Shabani G, et al. Implications of power imbalance in antenatal care seeking among pregnant adolescents in rural Tanzania: A qualitative study. PLoS One. 2021;16(6): e0250646. Doi: https://doi.org/10.1371/journal.pone.0250646

Licencia CC-By-NC-ND

66. Sewpaul R, Crutzen R, Dukhi N, Sekgala D, Reddy P. A mixed reception: perceptions of pregnant adolescents' experiences with health care workers in Cape Town, South Africa. Reprod Health. 2021;18(1):167. Doi: https://doi.org/10.1186/s12978-021-01211-x

67. Nambile Cumber S, Atuhaire C, Namuli V, Bogren M, Elden H. Barriers and strategies needed to improve maternal health services among pregnant adolescents in Uganda: a qualitative study. Glob Health Action. 2022;15(1):2067397. Doi: https://doi.org/10.1080/16549716.2022.2067397

68. Alex-Ojei CA, Odimegwu CO, Ntoimo LFC. A qualitative investigation into pregnancy experiences and maternal healthcare utilisation among adolescent mothers in Nigeria. Reprod Health. 2023;20(1):77. Doi: https://doi.org/10.1186/s12978-023-01613-z

69. Nkurunziza A, Smye VL, Jackson KT, Wathen CN, Cechetto DF, Tryphonopoulos P, et al. "… I carry their stories home …": experiences of nurses and midwives caring for perinatal adolescent mothers in primary health care settings in Rwanda. BMC Nurs. 2024;23(1):609. Doi: https://doi.org/10.1186/s12912-024-02247-7

70. Muchemwa G, Khozah MY. Exploring the experiences and perceptions of adolescent mothers regarding maternal health services in Chiredzi district, Zimbabwe: a qualitative inquiry. Ther Adv Reprod Health. 2025; 19:26334941251387213. Doi: https://doi.org/10.1177/26334941251387213

71. Nkurunziza A, Smye VL, Wathen CN, Tryphonopoulos P, Cechetto DF, Jackson KT, et al. A qualitative study exploring the experiences of adolescent mothers accessing perinatal services in Rwanda to inform the delivery of trauma- and violence-informed care: a double-edged sword. BMC Pregnancy Childbirth. 2025;25(1):1131. Doi: https://doi.org/10.1186/s12884-025-08230-7

72. Shatilwe JT, Hlongwana K, Mashamba-Thompson TP. Pregnant adolescents and nurses perspectives on accessibility and utilization of maternal and child health information in Ohangwena Region, Namibia. BMC Pregnancy Childbirth. 2022;22(1):284. Doi: https://doi.org/10.1186/s12884-022-04619-w

73. Stevens J, Rausch J, Osuagwu N, Lutz R. Efficacy of Behavioral Economic Nudges to Assist Teen Mothers: the Healthy Adolescent Transitions Randomized Controlled Trial. Prev Sci. 2024;25(3):509-520. Doi: https://doi.org/10.1007/s11121-024-01660-3

74. Tremblay D, Lechasseur H, Desmeules M, Guilbert E, Lepage MC. [Hard-to-reach young mothers: study of the implementation of a pre and postnatal intervention for a clientele at risk]. Can J Public Health. 1998;89(6):376-9. Doi: https://doi.org/10.1007/bf03404077

75. Sena Filha VLM, Castanha AR. Profissionais de unidades de saúde e a gravidez na adolescência. Psicol Soc. 2014;26(spe):79-88. Doi: https://doi.org/10.1590/S0102-71822014000500009

Licencia CC-By-NC-ND

76. Schwartz T, Vieira R, Geib LT. Apoio social a gestantes adolescentes: desvelando percepções. Cien Saude Colet. 2011;16(5):2575-85. Doi: https://doi.org/10.1590/s1413-81232011000500028

77. Mendes D, Finkler I, Guedes T, Gonçalves MDS. Profissionais e usuárias(os) adolescentes de quatro programas públicos de atendimento pré-natal: onde está o pai? Estud Psicol (Natal). 2002;7(1). Doi: https://doi.org/10.1590/S1413-294X2002000100008

78. Carvalho VF, Kerber NPC, Azambuja EP, Bueno FF, Silveira RS, Barros AM. Direitos das parturientes: conhecimento da adolescente e acompanhante. Saude Soc. 2014;23(2):572-581. Doi: https://doi.org/10.1590/S0104-12902014000200017

79. Del Toro Rubio M, Barrios Puerta Z, Vega Junco Y, Gonzales Ruiz G, Medina González I. Experiencias de madres adolescentes en un programa de maternidad segura de Cartagena, Colombia. Rev Cubana Enferm. 2022;38(1): e4253. Disponible en: https://www.medigraphic.com/cgi-bin/new/resumenI.cgi?IDARTICULO=116960

80. Costa MCOO, Formigli VLA. Avaliação da qualidade de serviço de saúde para adolescentes. Revista de Saúde Pública. 2001. Disponible en: https://doi.org/10.1590/S0102-311X2000000300031

81. Barbaro MC, Lettiere A, Nakano AM. Prenatal care for adolescents and attributes of primary health care. Rev Lat Am Enfermagem. 2014;22(1):108-14. Doi: https://doi.org/10.1590/0104-1169.3035.2390

82. Cruz Naranjo MC, Lastra Lamby NI, Expósito Concepción MY. Estados afectivos de adolescentes gestantes al asistir al control prenatal en una institución de primer nivel de atención. Revista Cubana de Medicina General Integral. 2022; 38(2). Doi: https://revmgi.sld.cu/index.php/mgi/article/view/1579

83. Santos MMADS, Saunders C, Baião MR. A relação interpessoal entre profissionais de saúde e adolescente gestante: distanciamentos e aproximações de uma prática integral e humanizada. Ciência & Saúde Coletiva. 2012; 17(3). Doi: https://doi.org/10.1590/S1413-81232012000300025

84. Gomes VLDO, Fonseca ADD, Roballo EDC. Representações sociais de adolescentes mães acerca do momento do parto. Escola Anna Nery. 2011; 15(2). Doi: en: https://doi.org/10.1590/S1414-81452011000200012

85. Melo JSD, Kerber NPDC, Oliveira AMND, Busanello J, Silveira TSD, Pohlmann FCO. Inserção do acompanhante no cuidado da adolescente em um centro obstétrico do sul do país. Ciência, Cuidado & Saúde. 2011; 10(4):781-8Disponible en: https://periodicos.uem.br/ojs/index.php/CiencCuidSaude/article/view/18323

Licencia CC-By-NC-ND

86. Hartmann AE, Nazar-Beutelspacher DA, Salvatierra-Izabá EB. Desventaja social y utilización de servicios de salud para recibir atención prenatal en niñas y adolescentes de barrios pobres de Chiapas. Entreciencias: diálogos en la sociedad del conocimiento. 2020; 8(22). Doi: https://doi.org/10.22201/enesl.20078064e.2020.22.75589

87. Akar A, Farias C. Derechos y Experiencias de Adolescentes Gestantes en la Atención Prenatal en Uruguay. Anales de la Facultad de Medicina. 2026;13(2):e205. Doi: https://doi.org/10.25184/anfamed2026v13n2a9

88. Morales Álvarez CT, Sáenz Soto NE, Álvarez Aguirre A, Barrera de León JC. Representación social de la consejería anticonceptiva prenatal para la prevención del embarazo subsecuente en adolescentes. Sanus. 2024; 9(20): e448. Doi: https://doi.org/10.36789/rev.sanus.vi1.448

89. Mori-Quispe E, Contreras-Pulache H, Hinostroza Camposano WD, Lam-Figueroa N, Huapaya-Huertas O, Chacon Torrico H, et al. Evaluación de un instrumento para cuantificar la estigmatización de la adolescente embarazada en el Perú. An Fac Med. 2015;76(2):141-146. Doi: https://doi.org/10.15381/anales.v76i2.11140

90. Lee SH, Grubbs LM. Pregnant teenagers' reasons for seeking or delaying prenatal care. Clin Nurs Res. 1995;4(1):38-49. Doi: https://doi.org/10.1177/105477389500400105

91. Mollart L. Pregnant teenagers: antenatal education research. Aust Coll Midwives Inc J. 1995;8(4):26-8. Doi: https://doi.org/10.1016/s1031-170x(05)80054-6

92. Smith PB, Gingiss PL. Characteristics of pregnant adolescents receiving prenatal care at school-based or hospital-based clinics. J Health Educ. 1996;27(1):30-7. Doi: https://doi.org/10.1080/10556699.1996.10603161

93. Galbraith AA, Stevens J, Klein JD. Health care access and utilization among pregnant adolescents. J Adolesc Health. 1997;21(4):253-8. Doi: https://doi.org/10.1016/s1054-139x(97)00124-9

94. Covington DL, Dalton VK, Diehl SJ, Wright BD, Piner MH. Improving detection of violence among pregnant adolescents. J Adolesc Health. 1997;21(1):18-24. Doi: https://doi.org/10.1016/s1054-139x(97)00007-4

95. Humphries ML, Korfmacher J. The good, the bad, and the ambivalent: Quality of alliance in a support program for young mothers. Infant Ment Health J. 2012;33(1):22-33. Doi: https://doi.org/10.1002/imhj.20334

96. Aguilar Martínez MR, Mena Peralta MR, Eras Díaz JA, Rojas Molina JO. Indeterminate Likert scales for the perception of rights violation in pregnant adolescents in Tulcán. Investigación Operacional. 2025;46(2):231-239. Disponible en: https://rev-inv-ope.pantheonsorbonne.fr/sites/default/files/inline-files/46225-13.pdf

97. Vargas Escamilla BF, Muñoz García GB, Campos-Navarro R. Atención del proceso reproductivo durante la adolescencia en un hospital materno-infantil de la Ciudad de México: una aproximación desde la etnografía hospitalaria. Scripta Ethnologica. 2023; 45:91-112. Disponible en: https://caea.ar/scriptaethnologica/index.php/scripta/article/view/29

98. Smith A, Leach G, Rossouw L. The timing of antenatal care access for adolescent pregnancies in Cape Town, South Africa. Afr J Prim Health Care Fam Med. 2024;16(1): e1-e10. Doi: https://doi.org/10.4102/phcfm.v16i1.4192

99. Nuampa S, Sirithepmontree S, Sudphet M, Patil CL. 'The way to obtain freedom and equality': Experiences and needs of Thai adolescent mothers in terms of the use smartphone applications for breastfeeding support. PLoS One. 2024;19(4): e0300041. Doi: https://doi.org/10.1371/journal.pone.0300041

100. Mushy SE, Shishido E, Leshabari S, Horiuchi S. Postpartum Green Star family planning decision aid for pregnant adolescents in Tanzania: a qualitative feasibility study. Reprod Health. 2021;18(1):170. Doi: https://doi.org/10.1186/s12978-021-01216-6

101. Reyes Bravo DM, Muñoz de Rodríguez L. Valoración del cuidado de enfermería por parte de adolescentes gestantes antes de una intervención en atención prenatal y después de esta. Investigación en Enfermería: Imagen y Desarrollo. 2019;21(1):1-22. Doi: https://doi.org/10.11144/Javeriana.ie21-1.vsea

102. Levandowski DC, Da Silva ML, Wendland J. Experiências de gestantes adolescentes gaúchas com o acompanhamento pré-natal. Psicologia: Teoria e Prática. 2010;12(3):3-21. Disponible en: https://editorarevistas.mackenzie.br/ptp/article/view/2082

103. Kirkpatrick L, Bell L, Tyler CP, et al. Health care and adoption service experiences of people who placed children for adoption during adolescence: a qualitative study. J Pediatr Adolesc Gynecol. 2023;36(1):41-47. Doi: https://doi.org/10.1016/j.jpag.2022.08.006

104. Montes M, Argote LÁ, Álvarez GC, Osorio A, Osorio O. Aplicación de un modelo fundamentado en el amor con adolescentes grávidas en el Centro de Salud Cristóbal Colón, Cali, Colombia. Colombia Medica. 2005; 36:83-92. Doi: https://doi.org/10.25100/cm.v36i3.Supl.2.380

105. Smith DM, Roberts R. Young parents' perceptions of barriers to antenatal and postnatal care. British Journal of Midwifery. 2009;17(10):620-627. Doi: https://doi.org/10.12968/bjom.2009.17.10.4446

Licencia CC-By-NC-ND

106. Kaye DK, Ekström AM, Johansson A, Bantebya G, Mirembe FM. Escaping the triple trap: coping strategies of pregnant adolescent survivors of domestic violence in Mulago hospital, Uganda. Scand J Public Health. 2007;35(2):180-6. Doi: https://doi.org/10.1080/14034940600858490

107. Jonas K, Reddy P, van den Borne B, Sewpaul R, Nyembezi A, Naidoo P, et al. Predictors of nurses' and midwives' intentions to provide maternal and child healthcare services to adolescents in South Africa. BMC Health Serv Res. 2016;16(1):658. Doi: https://doi.org/10.1186/s12913-016-1901-9

108. Govender D, Naidoo S, Taylor M. Nurses' perception of the multidisciplinary team approach of care for adolescent mothers and their children in Ugu, KwaZulu-Natal. Afr J Prim Health Care Fam Med. 2019;11(1):e1-e11. Doi: https://doi.org/10.4102/phcfm.v11i1.1936

109. Toda M, Patil C, Mbakaya BC, Mwakawanga DL, Zhou J, Shimpuku Y. Midwives' perspectives and care practices for pregnant adolescents: a qualitative study in Northern Malawi. Reprod Health. 2026;23(1). Doi: https://doi.org/10.1186/s12978-026-02377-y

110. Susanti D, Dasman H, Yusrawati Y, Mudjiran M, Yuda RA. A Qualitative Exploratory Study of the Continuity of Midwifery Care for the Adolescent Pregnancy in Indonesia. Iran J Nurs Midwifery Res. 2026;31(3):401-407. Doi: https://doi.org/10.4103/ijnmr.ijnmr_135_23

111. Badger E, Burns D, Rhoads B. Education for adolescent mothers in a hospital setting. Am J Public Health. 1976;66(5):469-72. Doi: https://doi.org/10.2105/ajph.66.5.469

112. Peretto M, Lopes MJM, Soares JDSF, Swarowsky GE. Gravidez na adolescência em oito municípios do RS: perfil de ocorrência e rede de serviços. Revista Eletrônica de Enfermagem. 2011. DOI: https://doi.org/10.5216/ree.v13i4.11259

113. Cartoof VG. Postpartum services for adolescent mothers. Child Welfare. 1978;57(10):660-666. Disponible en: https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/738141/

114. Elster AB, Roberts D. The financial impact of a comprehensive adolescent pregnancy program on a university hospital. J Adolesc Health Care. 1985;6(1):17-20. Doi: https://doi.org/10.1016/s0197-0070(85)80098-x

115. Smith P, Buzi R, Kozinetz C, Peskin M, Wiemann C. Impact of a Group Prenatal Program for Pregnant Adolescents on Perceived Partner Support. Child & Adolescent Social Work Journal. 2016;33(5):417-428. Doi: https://doi.org/10.1007/s10560-016-0441-9

116. Kumar NR, Raker CA, Ware CF, Phipps MG. Characterizing Social Determinants of Health for Adolescent Mothers during the Prenatal and Postpartum Periods. Womens Health Issues. 2017;27(5):565-572. Doi: https://doi.org/10.1016/j.whi.2017.03.009

Licencia CC-By-NC-ND

Anexo 1. Estrategias de búsqueda, parámetros y recuentos por fuente

Fuente y estrategia	Fecha de búsqueda	Campos y límites	Ecuación de búsqueda literal	Apariciones
PubMed A. Humanización	15 de agosto de 2026	MeSH y título/resumen; sin límites de fecha, idioma ni tipo de publicación	(“Pregnancy in Adolescence”[Mesh] OR “pregnant adolescent*”[tiab] OR “pregnant teen*”[tiab] OR “teenage pregnan*”[tiab] OR “adolescent pregnan*”[tiab] OR “very young adolescent*”[tiab] OR “child pregnancy”[tiab] OR “pregnant child*”[tiab] OR ((“adolescent mother*”[tiab] OR “teen mother*”[tiab] OR “young mother*”[tiab]) AND (pregnan*[tiab] OR antenatal[tiab] OR prenatal[tiab] OR maternity[tiab] OR childbirth[tiab] OR intrapartum[tiab] OR postpartum[tiab] OR postnatal[tiab] OR perinatal[tiab]))) AND (“respectful maternity care”[tiab] OR “respectful care”[tiab] OR “person-centered care”[tiab] OR “person-centred care”[tiab] OR “patient-centered care”[tiab] OR “patient-centred care”[tiab] OR “youth-centred care”[tiab] OR “adolescent-friendly”[tiab] OR “youth-friendly”[tiab] OR humaniz*[tiab] OR humanis*[tiab] OR dignity[tiab] OR compassion*[tiab] OR respectful[tiab] OR “shared decision*”[tiab] OR participation[tiab] OR consent[tiab])	948
PubMed B. Protección	15 de agosto de 2026	MeSH y título/resumen; sin límites de fecha, idioma ni tipo de publicación	(“Pregnancy in Adolescence”[Mesh] OR “pregnant adolescent*”[tiab] OR “pregnant teen*”[tiab] OR “teenage pregnan*”[tiab] OR “adolescent pregnan*”[tiab] OR “very young adolescent*”[tiab] OR “child pregnancy”[tiab] OR “pregnant child*”[tiab]) AND (mistreat*[tiab] OR disrespect*[tiab] OR abuse[tiab] OR violence[tiab] OR coerc*[tiab] OR stigma*[tiab] OR discriminat*[tiab] OR privacy[tiab] OR confidential*[tiab] OR autonomy[tiab] OR consent[tiab] OR trauma*[tiab] OR safeguard*[tiab] OR protect*[tiab] OR revictimiz*[tiab] OR revictimis*[tiab] OR retraumati*[tiab]) AND (“health service*”[tiab] OR “health care”[tiab] OR healthcare[tiab] OR hospital*[tiab] OR clinic*[tiab] OR provider*[tiab] OR midwi*[tiab] OR nurs*[tiab] OR antenatal[tiab] OR prenatal[tiab] OR maternity[tiab] OR childbirth[tiab] OR intrapartum[tiab] OR postpartum[tiab] OR postnatal[tiab] OR perinatal[tiab])	1,597
PubMed C. Organización	15 de agosto de 2026	MeSH y título/resumen; sin límites de fecha, idioma ni tipo de publicación	(“Pregnancy in Adolescence”[Mesh] OR “pregnant adolescent*”[tiab] OR “pregnant teen*”[tiab] OR “teenage pregnan*”[tiab] OR “adolescent pregnan*”[tiab]) AND (“Adolescent Health Services”[Mesh] OR “health service*”[tiab] OR “health system*”[tiab] OR organiz*[tiab] OR organis*[tiab] OR multidisciplinary[tiab] OR interdisciplinary[tiab] OR interprofessional[tiab] OR intersectoral[tiab] OR “integrated care”[tiab] OR “continuity of care”[tiab] OR referral[tiab] OR “care pathway*”[tiab] OR coordination[tiab] OR “case management”[tiab] OR protocol*[tiab] OR training[tiab] OR workforce[tiab]) AND (“Maternal Health Services”[Mesh] OR “Prenatal Care”[Mesh] OR “Postnatal Care”[Mesh] OR “Delivery, Obstetric”[Mesh] OR antenatal[tiab] OR prenatal[tiab] OR childbirth[tiab] OR intrapartum[tiab] OR postpartum[tiab] OR postnatal[tiab] OR perinatal[tiab])	1,355
PubMed D. Personas de 10–14 años	15 de agosto de 2026	Título/resumen; sin límites de fecha, idioma ni tipo de publicación	(“very young adolescent*”[tiab] OR “young adolescent*”[tiab] OR “child pregnancy”[tiab] OR “pregnant child*”[tiab] OR “10-14 year*”[tiab] OR “10 to 14 year*”[tiab] OR (pregnan*[tiab] AND (“under 15”[tiab] OR “younger than 15”[tiab]))) AND (pregnan*[tiab] OR maternity[tiab] OR childbirth[tiab] OR antenatal[tiab] OR prenatal[tiab] OR postpartum[tiab] OR postnatal[tiab]) AND (“health service*”[tiab] OR provider*[tiab] OR midwi*[tiab] OR nurs*[tiab] OR clinic*[tiab] OR organiz*[tiab] OR referral[tiab] OR continuity[tiab] OR respectful[tiab] OR privacy[tiab] OR confidential*[tiab] OR consent[tiab] OR stigma*[tiab] OR violence[tiab] OR protect*[tiab])	238
SciELO A. Humanización, dignidad y experiencia	29 de agosto de 2026	Todos los índices; sin límites de fecha, idioma, país o colección	(“embarazo adolescente” OR “embarazo infantil” OR “gestante adolescente” OR “gravidez na adolescência” OR “gravidez infantil” OR “adolescent pregnancy” OR “teenage pregnancy” OR “pregnant adolescent”) AND (prenatal OR “pré-natal” OR parto OR childbirth OR posparto OR postpartum OR “pós-parto” OR “servicios de salud” OR “serviços de saúde” OR healthcare) AND (humanización OR humanização OR dignidad OR dignidade OR respeto OR respeito OR experiencia OR experiência OR “respectful care” OR “respectful maternity care”)	51
SciELO B. Violencia, estigma, derechos y protección	29 de agosto de 2026	Todos los índices; sin límites de fecha, idioma, país o colección	(“embarazo adolescente” OR “embarazo infantil” OR “gestante adolescente” OR “gravidez na adolescência” OR “gravidez infantil” OR “adolescent pregnancy” OR “teenage pregnancy” OR “pregnant adolescent”) AND (prenatal OR “pré-natal” OR parto OR childbirth OR posparto OR postpartum OR “pós-parto” OR “servicios de salud” OR “serviços de saúde” OR healthcare) AND (violencia OR violência OR violence OR estigma OR stigma OR discriminación OR discriminação OR discrimination OR revictimización OR revitimização OR revictimization OR confidencialidad OR confidencialidade OR confidentiality OR protección OR proteção OR protection OR derechos OR direitos OR rights)	54
SciELO C. Gobernanza, organización y continuidad	29 de agosto de 2026	Todos los índices; sin límites de fecha, idioma, país o colección	(“embarazo adolescente” OR “embarazo infantil” OR “gestante adolescente” OR “gravidez na adolescência” OR “gravidez infantil” OR “adolescent pregnancy” OR “teenage pregnancy” OR “pregnant adolescent”) AND (prenatal OR “pré-natal” OR parto OR childbirth OR posparto OR postpartum OR “pós-parto” OR “servicios de salud” OR “serviços de saúde” OR healthcare) AND (gobernanza OR governança OR governance OR organización OR organização OR organization OR continuidad OR continuidade OR continuity OR coordinación OR coordenação OR coordination OR referencia OR referência OR referral OR contrarreferencia OR contrarreferência OR intersectorial OR intersetorial OR intersectoral OR multidisciplinario OR multidisciplinar OR multidisciplinary OR “gestión de casos” OR “gestão de casos” OR “case management” OR “servicios amigables” OR “serviços amigáveis” OR “adolescent-friendly services” OR “youth-friendly services”)	41

Continuará...

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/

SciELO D. Personas menores de 15 años	29 de agosto de 2026	Todos los índices; sin límites de fecha, idioma, país o colección	(“embarazo infantil” OR “gravidez infantil” OR “child pregnancy” OR “very young adolescent pregnancy” OR “early adolescent pregnancy” OR “embarazo en menores de 15 años” OR “gravidez em menores de 15 anos” OR “pregnancy under 15” OR “pregnancy in girls” OR ((“embarazo adolescente” OR “gravidez na adolescência” OR “adolescent pregnancy”) AND (“10-14” OR “10 a 14” OR “10–14” OR “menor de 15” OR “menores de 15” OR “under 15” OR “younger than 15”))) AND (prenatal OR “pré-natal” OR parto OR childbirth OR posparto OR postpartum OR “pós-parto” OR “servicios de salud” OR “serviços de saúde” OR healthcare)	26
Academic Search Ultimate (EBSCO)	6 de septiembre de 2026	Campo XB; publicaciones académicas arbitradas; todas las fechas	XB ((“adolescent pregnan*” OR “teenage pregnan*” OR “pregnant teen*” OR “pregnant adolescen*” OR “embarazo adolescente” OR “embarazo infantil” OR “gestante adolescente” OR “gestantes adolescentes” OR “gravidez na adolescência” OR “gravidez infantil”)) AND XB ((prenatal OR antenatal OR childbirth OR delivery OR postpartum OR maternity OR healthcare OR “health care” OR “health service*” OR “servicios de salud” OR “atención prenatal” OR “serviços de saúde” OR “assistência pré-natal”)) AND XB ((humaniz* OR dignit* OR respectful OR “respectful maternity care” OR “person-centered care” OR “patient-centered care” OR experience* OR stigma* OR violence OR abuse OR coercion OR revictimiz* OR confidential* OR protection OR rights OR governance OR coordination OR referral OR “case management” OR “adolescent-friendly service*” OR “youth-friendly service*”))	537
Verificación regional: BVS/LILACS y búsqueda dirigida en SciELO	18 de agosto de 2026	Título, resumen y texto completo; búsqueda complementaria regional	(embarazo adolescente OR gestação na adolescência) AND (atención prenatal OR cuidado pré-natal) AND (experiencia OR serviços); y (adolescente embarazada OR gestante adolescente) AND (trato OR derechos OR experiencia OR humanização OR serviços de saúde)	16 apariciones; 8 informes únicos

Notas: 1. Las cuatro estrategias de PubMed produjeron 4,138 apariciones: 948 + 1,597 + 1,355 + 238. 2. Las cuatro estrategias de SciELO produjeron 172 apariciones: 51 + 54 + 41 + 26. Debido a la superposición entre rutas, estas apariciones correspondieron a 98 registros únicos después de retirar 74 duplicados internos. Diecisiete coincidían con PubMed, por lo que 81 registros nuevos pasaron al cribado. 3. EBSCO produjo 537 apariciones. En consecuencia, las tres bases principales produjeron 4,847 apariciones: PubMed 4,138; SciELO 172; EBSCO 537. 4. Antes del cribado se retiraron 1,280 registros: 910 de PubMed, 91 de SciELO y 279 de EBSCO. Se cribaron 3,567 registros únicos. 5. La verificación regional fue complementaria y no se sumó a las 4,847 apariciones de las bases principales. Produjo 16 apariciones, equivalentes a ocho informes únicos; tres se excluyeron con causa documentada y cinco estudios no duplicados se incorporaron al corpus. 6. Los recuentos por estrategia representan apariciones y pueden superponerse. No deben interpretarse como registros únicos hasta completar la deduplicación.
Fuente: Elaboración propia.

Licencia CC-By-NC-ND