UNIVERSIDAD
NACIONAL
DE COLOMBIA

Atención centrada en el paciente y la dimensión de cuidado humanizado en la práctica profesional de enfermería (revisión integrativa)

Karen Mileth Truco Baldovino

Universidad Nacional de Colombia convenio Universidad de Sucre
Facultad de Enfermería, Maestría en Enfermería
Bogotá, Colombia
2023

UNIVERSIDAD
NACIONAL
DE COLOMBIA

Atención centrada en el paciente y la dimensión de cuidado humanizado en la práctica profesional de enfermería (revisión integrativa)

Karen Mileth Truco Baldovino

Tesis o trabajo de investigación presentada(o) como requisito parcial para optar al título de:
Magister en enfermería

Grupo de Investigación: Gerencia en salud y enfermería

Director:
PhD. Juan Carlos Díaz Álvarez
Doctor en educación, Doctor en bioética
Profesor facultad de Enfermería
Universidad Nacional de Colombia
2023

Dedicatoria

A mis padres por siempre creer en mí y apoyarme,
A mis hijas a quienes amo y quienes me han impulsado a ser mejor cada día,
A mi director de tesis, profesor Juan Carlos Díaz por siempre motivarme y ayudarme a culminar este proyecto

Pero los que esperan al SEÑOR tendrán nuevas fuerzas; levantarán las alas, como las águilas; correrán, y no se cansarán; caminarán, y no se fatigarán.

Isaías 40:31

Resumen

Atención centrada en el paciente y la dimensión de cuidado humanizado en la práctica profesional de enfermería (revisión integrativa)

A través de la presente investigación se realiza un análisis crítico de las características que debe asumir el profesional de enfermería para brindar cuidado humanizado, teniendo en cuenta el modelo de atención centrado en el paciente, mediante de una revisión integrativa de la literatura, cuyo principal objetivo fue describir las características que debe asumir el profesional de enfermería para desarrollar un cuidado humanizado desde el enfoque de la dignidad en el modelo de atención centrado en el paciente. La necesidad de realizar esta investigación surge de la percepción negativa de la calidad y la insatisfacción de los usuarios acerca del cuidado que reciben por parte del profesional de enfermería. Por ello se requirió la búsqueda de evidencia en la literatura científica sobre el cuidado humanizado ejercido por el profesional de enfermería para tratar con dignidad al usuario en el modelo de atención centrado en el paciente.

Palabras clave; cuidado humanizado, profesional de enfermería, paciente, modelo de atención centrado en el paciente.

Abstract

Patient centered care and the dimension of humanized care in professional nursing practice (integrative review)

This research proposal aims to carry out a critical analysis of the characteristics that the nursing professional must assume to provide humanized care, taking into account the patient-centered care model, through an integrative review of the literature, whose main objective is to describe the characteristics that the nursing professional must assume to develop humanized care from the dignity approach in the patient-centered care model. The need to carry out this research arises from the negative perception of the quality and the dissatisfaction of the users about the care they receive from the nursing professional. For this reason, it is necessary to search for evidence in the scientific literature on the humanized care exercised by the nursing professional to treat the user with dignity in the patient-centered care model.

Keywords; humanized care, nursing professional, patient, patient-centered care model.

CONTENIDO

INTRODUCCIÓN 10
1. MARCO REFERENCIAL 12
1.1 PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA 12
1.1.1 Descripción y delimitación del problema 12
1.2 Justificación del Estudio 18
1.3 Objetivos 24
1.3.1 Objetivo General 24
1.3.2 1.3.2 Objetivos Específicos 25
2. MARCO NORMATIVO 26
2.1 Los Derechos Humanos 26
2.2 Constitución Política de Colombia 1991 28
2.3 Ley 100 de 1993 28
2.4 Ley 911 de 2004 29
2.5 Ley 1438 de 2011 29
2.6 Política de Atención Integral en Salud (PAIS): 30
3. MARCO TEÓRICO 31
3.1 Modelo de atención centrado en el paciente 31
3.2 Cuidado humanizado 33
3.3 Dignidad humana 36
4. MARCO METODOLÓGICO 38
4.1 TIPO DE ESTUDIO Y DISEÑO 38
4.2 SELECCIÓN DE LA MUESTRA: 39
4.3 ETAPAS DE DESARROLLO 39
4.3.1 Etapa 1. Identificación del problema 40
4.3.2 Etapa 2. Búsqueda y categorización de los estudios 40
4.3.3 Etapas 3 y 4. Evaluación y Análisis de datos 42
4.4 ASPECTOS ETICOS DE LA INVESTIGACION 43
5. RESULTADOS 45
+5.1 Caracterización de la producción científica relacionada con el cuidado humanizado y el modelo de atención centrado en el paciente. 55

5.2. Características que deben asumir los profesionales de enfermería para desarrollar cuidado humanizado según la literatura científica..... 56

5.3. El cuidado humanizado y el modelo de atención centrado en el paciente..... 63

5.4 Vacíos en el conocimiento sobre el cuidado humanizado y el modelo de atención centrada en el paciente..... 69

6. DISCUSIÓN DE LOS RESULTADOS 72

CONCLUSIONES 75

RECOMENDACIONES 77

BIBLIOGRÁFIA..... 79

LISTA DE FIGURAS

Figura 1. Identificación del problema 46
Figura 2. Artículos incluidos en la revisión integrativa..... 48
Figura 3. Etapa 2. Búsqueda y categorización de los estudios 49
Figura 4. Evaluación de datos. 50
Figura 5. Análisis de datos..... 51
Figura 6. Presentación de resultados 51

Lista de tablas

Tabla 1. Distribución de los artículos por base de datos y filtro ejecutado 48
Tabla 2. Estudios de diseño cualitativo o cuantitativo de tipo descriptivo encontradas de acuerdo con base de datos consultadas. 52
Tabla 3. Estudios de diseño cualitativo o cuantitativo de tipo descriptivo encontradas de acuerdo con el idioma 52
Tabla 4. Estudios de diseño cualitativo o cuantitativo de tipo descriptivo encontradas de acuerdo con la metodología de investigación 52
Tabla 5. Estudios de diseño cualitativo o cuantitativo de tipo descriptivo encontradas de acuerdo con el tipo de publicación 52
Tabla 6. Estudios por base de datos 53
Tabla 7. Publicaciones por año 56
Tabla 8. Consolidado de las características del profesional de enfermería para desarrollar el cuidado humanizado 62
Tabla 9. Relación entre el cuidado humanizado y el modelo de atención centrado en el paciente 68

INTRODUCCIÓN

Cuidar es una actividad humana que se define como una relación y un proceso cuyo objetivo va más allá de la enfermedad, según Watson, el cuidado se manifiesta en la práctica interpersonal, que tiene como finalidad promover la salud y el crecimiento de la persona (De La Cuesta Benjumea, 2007). El profesional de enfermería necesita una reforma humanista que le permita formarse un correcto y elaborado juicio de lo que significa cuidar al paciente y centrar su función en la atención y apoyo, para brindar un servicio humanizado. Sin embargo, existen factores como los problemas a nivel administrativo y organizacional en la prestación de los servicios de salud, el uso de la tecnología, la sobrecarga laboral, que influyen en el quehacer enfermero, olvidando, que la esencia de dicha disciplina es el respeto a la vida y el cuidado profesional del ser humano; por tal motivo, surge la necesidad de reflexionar acerca de la importancia del cuidado, ya que este forma parte de la salud de las personas; teniendo en cuenta que la atención centrada en la persona es un elemento importante contemplado en el sistema obligatorio de la calidad que repercute directamente en una atención de salud más humana, considerándose imprescindible para conseguir resultados finales como el alta, la satisfacción y menor estancia hospitalaria del paciente, eficiencia y eficacia del profesional de enfermería (Watson J. , 2008); sin dejar de lado la detección de factores de riesgo existentes en la población.

El enfoque de Atención centrado en el paciente es un concepto introducido por el psiquiatra inglés Michael Balint en 1969, quien instaló la idea de que cada paciente debe ser entendido como un ser único y que centrar la atención en la persona significa ir mucho más allá de la mera asistencia terapéutica (Stewart, et al., 2003). El modelo de atención centrado en el paciente se define como un enfoque para planificar, entregar y evaluar el cuidado, que se aplica a pacientes de todas las edades y que puede ser practicado en cualquier entorno de atención en salud (The Joint Commission, 2010).

Enfermería tiene permanente interés por la humanización, manteniendo un claro deseo de buscar nuevas fuentes que amplíen las posibilidades de satisfacer

necesidades, mostrando alto sentido de compromiso, lealtad, valores y humanismo del cuidado a todo ser humano que así lo requiera (Collado Martínez , 2010). Cuidar implica analizar la situación del paciente; es una relación cuyo objetivo va más allá de la enfermedad (De La Cuesta Benjumea, 2007), donde se valora al paciente como un ser integral, con buen desarrollo intelectual, emocional, espiritual y social. Es importante denotar que el cuidado de la salud humana involucra a la persona, a la familia, a la sociedad y a las instituciones en general.

Esta tesis tiene como principal objetivo describir las características que debe asumir el profesional de enfermería para desarrollar un cuidado humanizado desde el enfoque de la dignidad en el modelo de atención centrado en el paciente; dicho objetivo demanda realizar una búsqueda exhaustiva a través de fuentes primarias en bases de datos como: LILACS, SCIELO, MEDLINE, EMBASE, SCIENCEDIRECT, COCHRANE, SCOPUS, CUIDEN, PUBMED Y REPOSITORIOS INSTITUCIONALES, utilizando como método de investigación la revisión integrativa de la literatura y posteriormente analizar esas características que debe tener el profesional de enfermería, debido a que son imprescindibles para la prestación de los servicios de salud.

MARCO REFERENCIAL

1.1 PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

1.1.1 Descripción y delimitación del problema

En las instituciones de salud, a nivel nacional e internacional, independiente del nivel de complejidad, existe la necesidad de brindar cuidados de salud humanizados; ese cuidado humanizado Guillen lo define como:

> "Aquellas cosas que son más que cosas que se pueden usar, valores que se pueden apreciar; pues, cuidar significa implicarse con las personas, darles atención, colocarse junto a ellas, sentirlas dentro del corazón, entrar en comunión con ellas, valorizarlas y comprenderlas en su interioridad. Todo lo que se cuida es lo que se ama; y todo lo que se ama se cuida, por el hecho de ligarse afectivamente con las personas y las cosas se siente la responsabilidad por ellas" (Guillen Velasco, 2003).

El valor central de la profesión de enfermería es el cuidado de la vida humana (Restrepo, 1994); según Watson, el cuidado adquiere una dimensión profunda que va más allá de una simple técnica, de planificar una atención o de recibir un turno; es estar ahí con el otro, compartir sus sentimientos y sus emociones (Watson, 2008).

Unir a la práctica de cuidado enfermero el concepto de humanismo, es encontrar las potencialidades del paciente, pues en el plano de lo sensible, habitan las diferencias del ser humano (Restrepo, 1994), es decir, a través de la relación en la atención brindada se establece ese intercambio integral con las necesidades del otro, comprendiendo y estableciendo acciones para ayudarle. Comprender esta sensibilidad como algo propio de enfermería, permite interpretar el respeto a la dignidad como un aspecto intrínseco de la disciplina, tomando como fin del quehacer brindarle a alguien un cuidado integro, calificado y continuo, dándole importancia al individuo de cuidado y a su familia; logrando un elemento de unión y no un factor de distanciamiento, pues en el plano de lo sensible es donde habitan nuestras más radicales diferencias (Zea, Bustamante 2003).

Pereira et al., (2012), afirman que en la práctica de enfermería se cumplen con estándares, pero aún no existe una norma o protocolo que indiquen cómo actuar en la dimensión del cuidado humanizado (pág. 353). El profesional de enfermería realiza múltiples funciones en su actividad diaria, lo que reduce la posibilidad de establecer en el cuidado de la salud, un tiempo para el encuentro, dialogo y retroalimentación con el paciente, que fortalezca el cuidado brindado.

En Chile, hay reportes de situaciones negativas respecto a la deshumanización del personal de enfermería, relacionados con deficiencia en el acto de cuidar (Barrios & Paravic, 2009); entendiéndose que el acto de enfermería, como acto de cuidado, incluye tanto aspectos psicosociales como aspectos profesionales y técnicos; incluye, además, el reconocimiento de valores intrínsecos al ser humano, como el respeto a la vida o la dignidad humana, así como un esfuerzo del profesional por hacer de su trabajo una vía para el logro de la excelencia moral (Watson et al, 1998). En Colombia existe una situación similar.

Waldow (2001) afirmó que el cuidado humanizado puede ser interpretado como una forma ética de vivir integrada por elementos como: el compromiso, la protección y la responsabilidad, en la cual los individuos perciben y reconocen los derechos de los demás. De este modo, es mediante el acto de cuidado que el ser se humaniza favoreciendo el crecimiento, el empoderamiento y la realización del sujeto de cuidado (el paciente y su familia). Por su parte, autores como Delgado & Naranjo (2015) afirman que Waldow identificó el acto de cuidado como un movimiento hacia algo o alguien que es de interés y preocupación y se dirige a desarrollar acciones que impulsan hacer algo; por lo que estima que es una acción moral cuyo objetivo es el alivio, satisfacción, protección confort y apoyo humano. Durante este proceso, se tiene en cuenta la vulnerabilidad del individuo frente al proceso de su enfermedad.

Contreras (2013) concuerda con las afirmaciones de Delgado & Naranjo, señalando que el acto de cuidado es un trabajo que incluye la posesión de conocimientos técnicos, formales de capacidad de comunicación, complicidad emocional, entre otros, por lo que

es considerado como un proceso complejo de pensamiento que lleva del conocimiento a la técnica; de la percepción a la acción; de la decisión al tacto y de la observación al diagnóstico. En general representa un juicio clínico sobre la respuesta de un individuo a sus problemas de salud (Contreras, 2013, p. 252)

El código deontológico de enfermería colombiano (Ley 911 de 2004), dicta las disposiciones para el ejercicio de la profesión de enfermería en el territorio nacional, estableciendo un régimen disciplinario. En el título I “Declaración de principios y valores éticos.”, capítulo II “del acto de cuidado de enfermería” en su artículo 3, describe que, el acto de cuidado de enfermería es el ser y esencia de la profesión; el cual se fundamenta en sus propias teorías y tecnologías desarrolladas a partir de conocimientos actualizados de las ciencias biológicas sociales y humanísticas. El acto de cuidado se establece como una relación interpersonal humanizada entre el profesional de enfermería y el ser humano sujeto de cuidado, el cual incluye a su familia y a los grupos sociales. El acto de cuidado implica que el profesional de enfermería identifique en su accionar aquellos juicios de valor para identificar y priorizar las necesidades humanas que permiten decidir sobre los planes de cuidado con el propósito de promover la vida, prevenir la enfermedad intervenir en el tratamiento, la rehabilitación y ofrecimiento especializado en cuidado paliativo con la finalidad de desarrollar las potencialidades individuales y colectivas.

Igualmente, en su artículo 9, señala que el profesional de enfermería tiene el deber de respetar y proteger el derecho a la vida humana en todo el ciclo vital desde la concepción hasta la muerte, respetando permanentemente la dignidad e integridad tanto genética, como psíquica, espiritual y física (Ley 911 de 2004).

El Ministerio de Salud y Protección Social Colombiano, incorporó en el sistema de salud el Modelo Integral de Atención en Salud, con el fín de reducir las estancias hospitalarias, brindar cuidado humanizado y mejorar la situación de salud del país; de igual manera estableció la Política Nacional de Humanización en Salud, en la cual se definieron siete ejes:

- El fortalecimiento del relacionamiento interpersonal humanizado en salud
- La consolidación de escenarios que favorezcan la participación colaborativa y sistémica de los agentes del sector salud, sectores relacionados como la academia, así como de la ciudadanía
- El empoderamiento colectivo de los agentes del sector, sectores relacionados como la academia, así como de la ciudadanía
- La formación y organización de escenarios de opinión que contribuyan a fortalecer las capacidades y habilidades en humanización en salud
- El fomento de la creatividad, innovación e investigación en el desarrollo colaborativo de la Humanización en salud.
- La formalización y dignificación de las condiciones laborales del talento humano en salud
- La reorientación hacia modelos de gestión centrado en las personas, familias y comunidad (Minsalud, 2020).

En el marco de esta política, la Alcaldía Mayor de Bogotá (2021) expidió una cartilla denominada “Humanicemos la atención en salud” en la que se describe el concepto de humanización; el cual implica minimizar la tendencia de tratar al paciente como un objeto, por lo que el cuidado humanizado requiere tratar al ser humano en condición de vulnerabilidad por estar enfermo como una persona que intrínsecamente tiene dignidad; esto permite inferir que aunque las instituciones de salud están tratando de organizar sus servicios hacia el paciente como centro de atención, también, podría extenderse por definición hacia el personal de la salud, a la familia y acompañantes del paciente, debido a que no se puede separar la dimensión humana de ninguno de estos actores, implicando que la dignidad es inherente al ser humano en cualquier condición sea de salud o de enfermedad.

Para el año 2021, el Ministerio de Salud y Protección social describió la humanización como un asunto ético relacionado con la conducta en el ámbito de la salud, especialmente cuando los valores llevan al diseño de políticas y programas para la realización de cuidados profesionales con los que resulta importante respetar las

relaciones asociadas a la dignidad de todo ser humano (Ministerio de salud y proteccion social, 2021).

De acuerdo con lo anterior, la humanización de los servicios de salud requiere de un trabajo en donde el interés no está centrado solamente en el paciente, sino que debe estar relacionado entre todos los sujetos intervinientes en el acto de cuidado como son los profesionales, los sujetos de cuidado, los familiares y el ámbito donde se desenvuelve con el fin de ayudar al mejoramiento del estado de salud de la persona.

La ley 100 de 1993, creó el Sistema de Seguridad Social Integral en Colombia, en el artículo 1, estableció la importancia de garantizar los derechos irrenunciables de la persona y la comunidad para obtener la calidad de vida acorde con la dignidad humana, protegiendo las contingencias que la afecten (Ley 100 de 1993).

Por otra parte, la Ley 266 de 1996, reglamentó la profesión de enfermería en Colombia y estableció los principios para el desarrollo de la práctica, los cuales tiene en cuenta características socioculturales, y valores de la persona, de su familia y la comunidad. Estos principios son: integralidad, individualidad, dialogicidad, calidad y continuidad en la atención de enfermería (Ley 266, 1996). Por consiguiente, la esencia de la profesión de enfermería, desde su complejidad lleva implícita la humanización, la cual se manifiesta en la relación que establece el enfermero con el paciente, para lograr su bienestar. El cuidado humanizado es un término que proviene de las ciencias sociales y humanísticas que, al ser aplicado al sistema de salud, requiere contextualizarse a partir de una reconstrucción del concepto que le permita al profesional de enfermería incluir aspectos en la práctica, donde se tengan en cuenta las preferencias del usuario; tomando como referencia el modelo de atención centrado en el paciente (Herrera et al., 2003)

Guillen (2003), plantea que la salud necesita de comportamientos sensibles, con los cuales se debe adquirir el compromiso de lucha no violenta contra la deshumanización y no pretender imponer un modelo de cómo deben ser las cosas oponiéndose a los

cambios; una de las preocupaciones centrales del humanismo es el tipo de actitud que muestra el profesional de enfermería al brindar cuidado.

Jiménez et al., (2003) señalan que, en México en las Instituciones de salud, la calidad de la atención en gran parte se evalúa en la medida que el profesional de enfermería es capaz de brindar cuidado humanizado, donde es respetada la dignidad del paciente, para obtener mejores resultados.

Guarín & Castrillón (2009), determinan que:

> "No es fácil humanizar la asistencia sanitaria, pues no basta con la voluntad de prestar un servicio de calidad, sino que es necesario un replanteamiento conceptual, porque la enfermera se enfrenta con un gran desafío; el de ejercer su actividad en un entorno marcado por numerosas exigencias y diversos obstáculos para un enfoque de gestión dirigido a ofrecer cuidados científicamente válidos, culturalmente competentes, con calidez y seguridad, a personas que viven diversas experiencias" (Guarín & Castrillón, 2009).

Walter et al., citado por Torres et al., (2016), señalan que la atención centrada en el paciente permite al profesional de enfermería, brindar el cuidado de manera integral involucrando al paciente y su familia. Esta atención centrada en el paciente es un componente deseable de la calidad para los servicios de salud, puesto que propone ir más allá del modelo biomédico, incorporando la exploración de la enfermedad del paciente y su vivencia personal. Este modelo, también plantea la necesidad de comprender al paciente como una persona completa e integra, vinculada con emociones e inquietudes en múltiples aspectos de su vida (Suarez, 2012).

El fenómeno del Modelo de Atención Centrado en el Paciente es fundamental tanto para la disciplina de enfermería como para las otras disciplinas y profesiones en ciencias de la salud, porque exige brindar un cuidado integral, donde exista la posibilidad de valorar al ser humano en su desarrollo intelectual, emocional, espiritual y social, a partir de la identificación de sus necesidades en salud, con la cual se ofrece un plan de cuidado especifico donde se incluye el respeto a la vida y a la dignidad humana.

Para enfermería su naturaleza es el acto de cuidar, ese acto representa la aplicación de un juicio técnico sobre la planificación, organización, motivación y control de la provisión de los tratamientos más oportunos, seguros y eficaces para la recuperación del enfermo; ahora bien, el cuidado no solo le compete al profesional de enfermería, sino también a todo el equipo sanitario. Por tanto, el acto de cuidar no solamente nos permite saber "y hacer lo que se debe en el momento indicado, en el lugar que debe ser y con las personas indicadas"; sino hacerlo con miras a la excelencia, resaltando la dignidad hacia el individuo objeto de cuidado.

Lo expuesto denota que esta investigación tiene origen en el ejercicio profesional de enfermería, en un modelo administrativo centrado en la persona; por lo cual es posible concretar la pregunta de investigación en los siguientes términos:

1.1.2 Pregunta de Investigación

De acuerdo con lo anterior y teniendo en cuenta que es necesario generar un cuidado humanizado en el sistema de salud colombiano, se requiere incorporar a la atención un modelo centrado en el paciente, teniendo en cuenta el recurso humano en salud con algunas características que dinamicen tal modelo, elementos que podrían estar escritos y relacionados en la literatura científica pero que aún no se ha sistematizado, esta investigación inmersa en una maestría en enfermería pretende responder a tal vacío en el conocimiento desde la óptica profesional de enfermería, con la siguiente pregunta de investigación: ***¿Cuáles características debe asumir el profesional de enfermería para desarrollar un cuidado humanizado desde el enfoque de la dignidad en el modelo de atención centrado en el paciente?***

1.2 Justificación del Estudio

Actualmente las organizaciones del sistema de salud colombiano deben reorientar sus procesos internos para lograr mejorar la calidad de la atención en salud y garantizar la prestación adecuada de sus servicios (SanGiovanni, 2006). Sin embargo, existen

situaciones como: la desigualdad de derechos, la discriminación en los pacientes y el ejercicio de la violencia física o psicológica (Bourdieu, 1999), que influyen negativamente en el cuidado que brinda el profesional de enfermería, afectando la esencia de enfermería, derivado del respeto por la vida y el cuidado del ser humano.

Ante esta situación de desigualdad y discriminación de los pacientes, Watson citado en Ceballos (2010) afirma la necesidad de rescatar el aspecto humano, espiritual y transpersonal, en la práctica clínica, administrativa, educativa y de investigación por parte de los profesionales de enfermería. La presente investigación aporta a enfermería, algunas bases que explican desde el modelo de atención centrado en el paciente, cómo debe orientarse el cuidado y cuáles características debe asumir el profesional de enfermería para participar en el modelo de atención que ya se ha explicado con antecedencia. A continuación, se presentan las diferentes significancias del estudio.

1.2.1 Significancia Social: Johnston (2017) describe la significancia social como un compromiso continuo, cotidiano e inconsciente entre los seres humanos y el ambiente en donde las personas, el espacio y la memoria juegan un papel preponderante. De acuerdo con ello, la humanización del cuidado de la salud humana, requiere incorporar algunos conceptos del proceso de atención centrado en el ser humano, donde no sólo se incluya al profesional de enfermería, sino también al sujeto de cuidado y a su familia; es por ello que, el paciente no puede ser considerado como un objeto pasivo, sino como aquel sujeto primordial sobre quien se ejecutan acciones del equipo de salud, el cual debe estar motivado, convencido e inmerso en una cultura de la mejora continua de la calidad de atención (Rodríguez et al, 2014).

Los resultados de la presente investigación aportan tanto al profesional de enfermería, como a la sociedad en general, las bases para mejorar la atención en la prestación de los servicios de salud, teniendo en cuenta el modelo de atención centrado en el paciente, el cual tiene como objetivo, lograr una mayor satisfacción en los servicios de salud.

Torres & Buitrago (2011), consideran que lo primordial en el cuidado de enfermería es valorar las necesidades de los pacientes para satisfacerlas; siendo prioritaria la participación del usuario en la evaluación y mejoramiento de la calidad. Por ello, la satisfacción percibida por el paciente es un producto de la atención hospitalaria y un elemento fundamental como indicador válido de la calidad de los cuidados que se prestan bajo el concepto de cuidado humanizado.

El Ministerio de Salud y Protección Social en Colombia, realizó un Plan Nacional de Mejoramiento de la Calidad en Salud (PNMCS) 2016- 2021, el cuál planteó un enfoque donde la humanización y la calidad ubican a la persona objeto de cuidado, como el eje central, convirtiendo la dignidad humana en el propósito central de la atención en salud; además, expone la importancia del desarrollo de habilidades y capacidades para el talento humano en salud, especialmente en temas de humanización, para fomentar la excelencia en el sistema (pág. 12).

Concordante con lo anterior, (Beltrán Salazar, 2016) describe la relevancia social de la profesión de enfermería; por lo que afirma que esta se promueve a partir de dar respuesta a las necesidades de los pacientes enmarcada en sus condiciones sociales o culturales, creencias, entornos; así como asumir la contradicción de las ideas y las normas que guían la acción y estar abiertos a una constante reflexión y revisión. En este sentido, la significancia social de la profesión de enfermería se basa en la conservación de la vida del individuo, el alivio del sufrimiento, el fomento de la salud y la dignificación del cuidado.

La significancia social para enfermería está en mantener la posición y el reconocimiento de la profesión ante la sociedad, al describir la forma en que el profesional de enfermería ejecuta prácticas de cuidado dirigidas al cuidado humanizado. De acuerdo con lo anterior, el objetivo del modelo de atención centrado en el paciente desde el ámbito social busca el mejoramiento de los procesos y de la calidad de atención desde y hacia las personas; en este sentido, el beneficio es para todos los actores que

intervienen en el acto de cuidado como son pacientes, familia, cuidadores, personal de salud y administrativo.

1.2.2 Significancia Disciplinar: El profesional de enfermería durante la atención del cuidado de la salud humana, debe sentirse involucrado en la gestión del proceso del mejoramiento de la calidad de los servicios de salud, teniendo en cuenta las dificultades y los cambios que ofrece el sistema de salud con el paso del tiempo (Lundberg, Balingit , Wali, & Cope, 2010). Por ello se requiere, que los profesionales de enfermería retomen el cuidado a la salud y los conceptos de calidad de vida como elementos considerados como elementos de la más alta manifestación del espíritu humano (Guillen, 2003).

La profesión y disciplina de Enfermería, presenta interés permanente por temas como la humanización, lo que explica el claro deseo de buscar estrategias que posibiliten la satisfacción de las necesidades de los usuarios, con lo cual se demuestra un alto sentido de compromiso, lealtad, valor profesional y humanismo aplicado al cuidado (Collado, 2010). Reflexionar sobre las características que debe asumir el profesional de enfermería para desarrollar cuidado humanizado desde el enfoque de la dignidad en el modelo de atención centrado en el paciente, puede incidir en la explicación de aquellos elementos que podrían permitir una práctica profesional de enfermería más significativa y enriquecedora (De La Cuesta, 2007).

La presente investigación, apunta a dar congruencia a las acciones del trabajo cotidiano y a los valores que sustentan la práctica de enfermería, teniendo en cuenta el cuidado humanizado y la dignidad humana. Estos elementos pueden analizarse e interpretarse desde varios contextos de desarrollo, los cuales están escritas y publicadas en revistas científicas y en documentos que develen la probable relación entre el cuidado humanizado, la práctica profesional y los modelos de atención centrados en el paciente. Esto significa que, se debe considerar la coherencia entre el pensar y el hacer, debido a que cuidar exige al profesional de enfermería utilizar sus cualidades humanas entre las que se cuentan: la capacidad de razonar, sentir y demostrar empatía hacia el paciente, lo cual podría verificarse en publicaciones científicas en el área de salud.

De acuerdo con Baldini et al., (2014), la revisión integrativa de la literatura busca analizar estudios publicados en bases de datos, que permiten indagar diversos fenómenos, en este caso, la dimensión de cuidado humanizado en la práctica profesional de enfermería, desde el enfoque de dignidad en el modelo de atención centrado en el paciente (MACP); con el fin de identificar ¿que se conoce? y ¿que se ha estudiado? para inferir y concluir aspectos que orienten a la conceptualización del tema.

12.3. Significancia Teórica: Watson señala que la enfermería es un arte cuando la enfermera comprende los sentimientos del otro, es capaz de detectar y sentir estos sentimientos y expresarlos como la experiencia de la otra persona; y es esta precisamente una de las características más importante que debe tener en cuenta el profesional de enfermería para brindar cuidado humanizado desde el enfoque de dignidad, debido a que cuidar no es un procedimiento o una acción, cuidar es un proceso intersubjetivo, de sensaciones compartidas entre la enfermera y el paciente; que debe basarse en la reciprocidad y en tener una calidad única y auténtica.

Para enfermería, brindar cuidado humanizado, es hacer una práctica digna con la persona, es respetar la parte más vulnerable y contingente y reivindicar su pertenencia afectiva a la comunidad en la que se desenvuelve, tratando de crear las condiciones para que, de su precariedad en salud, pueda surgir su grandeza y para que desde la relación terapéutica pueda reconocerse como un ser de derecho humano (Guillen, 2003, p. 8).

Actualmente, en la práctica de enfermería se observa que el cuidado es identificado en el quehacer monótono, lineal y sin sentido, dentro de la racionalidad técnica y el enfoque biomédico (Medina, 2017), entendido como una ayuda o un complemento en las ciencias de la salud, situación que propicia la negación de la enfermería como ciencia y como arte.

La presente investigación buscó identificar el concepto de cuidado humanizado y comprenderlo desde el enfoque de dignidad y con la óptica de enfermería, donde se pueda definir como algo trascendente, convertida en una acción holísticamente humana,

concebida a partir de un proceso dialéctico de comprensión (Marriner & Raile, 200, p.105). A partir de aportes encontrados en la literatura científica; se evaluó y analizó como la enfermera establece el cuidado en el modelo de atención centrado en el paciente (MACP) teniendo como fenómeno central la dignidad.

La significancia teórica de la presente investigación buscó aportar a las características que debe asumir el profesional de enfermería; conducentes a incorporar en los procesos de humanización, teniendo en cuenta el enfoque de la dignidad en la atención dirigida a la familia, esto exige valorar la literatura que al respecto se ha escrito para inferir aquellas pautas de comportamiento que deben ser asumidas por el profesional de enfermería y así llenar el vacío de conocimiento existente sobre la humanización y el quehacer del profesional de enfermería en el sistema de salud con el fin de garantizar la dignidad y una prestación de servicios optima a las necesidades de los usuarios.

1.2.4. Significancia científica: La significancia científica del modelo de atención centrado en el paciente se refiere a su impacto en la generación de conocimiento científico y su contribución al avance de la práctica de enfermería. Este enfoque promueve una atención individualizada y holística, basada en la evidencia y centrada en las necesidades y preferencias del paciente. (Benner, 1984)

Según Benner, el cuidado centrado en el paciente promueve una relación terapéutica sólida y mejora los resultados del cuidado. De acuerdo con lo anterior, la significancia científica en el cuidado del paciente debe estar respaldada por una base sólida de conocimiento científico para asegurar una atención de calidad y mejores resultados para el paciente.

Benner sostiene que esta significancia científica, se logra a través de la integración de la teoría y la evidencia científica en la toma de decisiones clínicas. Los profesionales de enfermería deben utilizar la investigación y la evidencia científica actualizada para guiar sus acciones y proporcionar un cuidado efectivo y seguro. Además, destaca que la

significancia científica también implica la capacidad de los profesionales de enfermería para evaluar críticamente la investigación y aplicarla en el contexto del cuidado individualizado. Esto es que debe tener un enfoque reflexivo y utilizar la evidencia científica de manera adecuada para responder a las necesidades específicas de cada paciente.

A este respecto, Watson (2010) sostiene que el cuidado de enfermería se basa en el conocimiento científico-técnico, y en la conexión humana y respeto por la dignidad y los valores del paciente. Su teoría enfatiza la importancia de considerar la dimensión humana en la atención de enfermería y aboga por un enfoque holístico y centrado en el paciente; por ello la significancia científica en el cuidado del paciente radica en utilizar la evidencia científica y la investigación actualizada para informar la práctica de enfermería. Esto implica integrar la teoría, la evidencia y las mejores prácticas en la toma de decisiones clínicas y el diseño de intervenciones de cuidado. Watson destaca además la importancia de la reflexión y la autoevaluación en la práctica de enfermería para mejorar la calidad del cuidado; pues la significancia científica se logra al aplicar la evidencia y la investigación de manera crítica y reflexiva en la atención individualizada del paciente.

Las autoras mencionadas tienen un enfoque común hacia el cuidado centrado en el paciente y la importancia de basar la práctica de enfermería en la evidencia científica. Ambas teóricas reconocen la necesidad de considerar la dimensión humana en la atención de enfermería y abogan por un enfoque holístico y centrado en el paciente.

1.3 Objetivos

1.3.1 Objetivo General

Describir las características del profesional de enfermería para desarrollar un cuidado humanizado en el modelo de atención centrado en el paciente, sintetizado en los hallazgos de investigaciones y publicaciones científicas a partir de una revisión integrativa de la literatura.

1.3.2 Objetivos Específicos

1. Caracterizar la producción científica disponible relacionada con el cuidado humanizado y el modelo de atención centrado en el paciente.

2. Definir desde el enfoque de la dignidad las características que debe asumir el profesional de enfermería para brindar cuidado humanizado en el modelo de atención centrado en el paciente.

3. Interpretar el cuidado humanizado del profesional de enfermería en el modelo de atención centrado en el paciente, de acuerdo con lo registrado en la literatura científica.

4. Identificar los vacíos en el conocimiento respecto al cuidado humanizado en el profesional de enfermería y el modelo de atención centrado en el paciente.

MARCO NORMATIVO

En el presente capítulo se encuentra el marco normativo, el cual está construido por tópicos como los derechos humanos y las leyes que existen en Colombia, en torno a la salud, teniendo en cuenta el concepto de dignidad en el sistema de salud.

1.4 Los Derechos Humanos

Los derechos humanos, según Ruiz “son exigencias básicas del ser humano, en todos los tiempos, lugares y culturas que se van concretando en el curso histórico en derechos públicos subjetivos tanto individuales como sociales, que tiene la necesidad de respetar la dignidad de las personas” (Ruíz, 1984, pág. 7).

Por su parte Faúndez, afirma que:

> “Los derechos humanos pueden definirse como las prerrogativas que, conforme al Derecho Internacional, tiene todo individuo frente a los órganos del poder para preservar su dignidad como ser humano, y cuya función es excluir la interferencia del Estado en áreas específicas de la vida individual, o asegurar la prestación de determinados servicios por parte del Estado, para satisfacer sus necesidades básicas, y que reflejan las exigencias fundamentales que cada ser humano puede formular a la sociedad de que forma parte (Faundez, 2014).

Actualmente en Colombia, abordar el tema de la humanización en los hospitales es primordial, puesto que es un tema que demandan y exigen los usuarios como parte constitutiva del derecho a la salud, el cual exige reconocer la dignidad del paciente a la hora de recibir atención de calidad, de tal manera que éste se sienta valorado como persona, teniendo en cuenta sus dimensiones humanas y la relación con la satisfacción de sus necesidades en salud.

Bobbio señala:

> "No se trata de saber cuáles y cuántos son los derechos humanos, ni cuál es su naturaleza y fundamento, o si son derechos naturales o históricos, absolutos o

relativos, sino cuál es el modo más seguro para garantizarlos, y para impedir que, a pesar de las declaraciones solemnes, sean violados constantemente (Bobbio, 1982)"

El tema de los derechos humanos, tomo gran importancia a nivel mundial en la segunda mitad del siglo XX, con la aprobación en 1948 de la Declaración Universal de los Derechos Humanos, y el uso de instrumentos internacionales para su protección. En occidente, la tradición liberal acogió los Derechos Humanos como base para el orden jurídico de muchos Estados, independientemente de sus tradiciones relacionadas con la forma como se manejaban los derechos de sus propios ciudadanos. El acuerdo de muchos estados para acoger y respetar los Derechos Humanos se constituyó en la caída de algunos gobiernos socialistas, que defendían una interpretación diferente de los derechos humanos.

Colombia se incorporó fácilmente a este nuevo orden mundial, en la medida en que coincidía con sus normas y tradiciones, asumiéndolo a pesar de la confrontación armada interna, así, mientras el país ratificaba acuerdos y convenciones internacionales, algunos nacionales, señalaban que, en la lucha contra la subversión, se presentaban violaciones a normas propias e internacionales.

La defensa de los derechos humanos es un tema político central. En su momento el Estado legisló y creó instituciones para defender los derechos humanos; ejemplo de esto fue la Constitución Política Colombiana de 1991, que incorporó los derechos humanos como eje central y reconoció derechos a las poblaciones indígenas, creó mecanismos jurídicos como la tutela y organizaciones específicas como la Defensoría del Pueblo, además de otros mecanismos de protección.

En la Constitución Política Colombiana de 1991 se incorporaron derechos económicos y sociales (empleo, vivienda, salud, cultura, etc.) e incluso objetivos básicos de orden constitucional, como la paz, de este modo, se señaló derechos exigibles para buscar metas sociales y generar ambiente de desarrollo social, económico y cultural

logrados no solo por la política sino con la participación democrática de la ciudadanía (Melo, 1942).

2.2 Constitución Política de Colombia 1991

Colombia como Estado Social de Derecho, debe garantizar la aplicación de principios, derechos y deberes consagrados en la Constitución Política de Colombia (CPN) a todos los residentes del país, sin distinción o discriminación por razones de procedencia, raza, u origen. El Artículo 49º de la CPN, informa que la atención de la salud y el saneamiento ambiental son servicios públicos a cargo del Estado, responsabilizándose de garantizar el acceso a servicios de: promoción, protección y recuperación de la salud, organizar, dirigir y reglamentar la prestación de servicios de salud, ejerciendo el respectivo control y vigilancia.

Es importante tener en cuenta que la Constitución Política de Colombia está fundamentada en el respeto de la dignidad humana, en el trabajo y la solidaridad, prevaleciendo el interés general sobre el particular. El servicio de salud se organizó en forma descentralizada, por niveles de atención y con la participación comunitaria, la atención básica a los colombianos es una obligación estatal y un derecho civil (Constitución Política de Colombia, 1991).

2.3 Ley 100 de 1993

La ley 100 de 1993, crea el sistema de seguridad social integral en Colombia, en el artículo 1, establece la importancia de garantizar los derechos individuales para obtener calidad de vida que apoye la dignidad humana, esto se logra, protegiendo aquellas contingencias que puedan afectar la salud y la vida.

El artículo 199 de la ley 100 de 1993, señala como responsable al Ministerio de salud de definir las normas de calidad para alcanzar la satisfacción del usuario. Esta entidad también es la responsable de medir tiempos máximos de espera por servicios y métodos

de registro en listas de espera, de acuerdo con las patologías y necesidades de atención del paciente (Ley 100, 1993). Es importante resaltar, que esta ley, no le exige al sistema de salud en Colombia tener en cuenta un enfoque que le permita poner en práctica un modelo que sea centrado en el paciente y su familia, para ofrecer cuidado humanizado.

2.4 Ley 911 de 2004

La ley 911 de 2004, dicta disposiciones respecto a la responsabilidad deontológica del ejercicio de la Profesión de enfermería en Colombia. El artículo 1, incorpora la importancia del respeto a la vida, a partir de reconocer dignidad y los derechos humanos sin diferenciar la edad, el credo, el sexo, la raza, nacionalidad, lengua, cultura, o cualquier otra condición.

Así mismo en el artículo 9, señala como deber del profesional de enfermería, el respetar y proteger el derecho a la vida de los seres humanos, desde la concepción hasta la muerte, y en este se resalta la importancia de respetar la dignidad, integridad física, espiritual y psíquica. Por su parte, en el artículo 12, en concordancia con los principios de respeto a la dignidad de los seres humanos y a su derecho a la integridad genética, física, espiritual y psíquica, el profesional de enfermería no debe participar directa o indirectamente en tratos crueles, inhumanos o discriminatorios (Ley 911, 2004).

1.5 Ley 1438 de 2011

Esta ley tiene como objeto fortalecer el sistema general de seguridad social en salud, mediante un modelo de prestación de servicio público, enmarcado en la atención primaria que permita la acción coordinada del estado, las instituciones de salud y la sociedad para la prestación de los servicios; este se encuentra estructurado sobre la revisión del sistema, el aseguramiento preservando la orientación conceptual y el fortalecimiento del sistema.

Según Ladrón (2012) a los usuarios les falta una cultura de salud y concientizarse hacia el que le está sirviendo; de acuerdo con ello, la ley 1438 llega a llenar ese vacío con normas que obligan a todos los integrantes del sistema incluyendo el gobierno nacional, los órganos adscritos al sector salud, los usuarios, los profesionales y la sociedad en general. En esta se incluyó el principio de corresponsabilidad con el autocuidado que infiere el deber da las personas de propender por su autocuidado, por el cuidado de su familia y el de la comunidad.

1.6 Política de Atención Integral en Salud (PAIS):

El Ministerio de Salud y Protección Social (2016) a través de la Política de atención integral en salud planteó como fin mejorar las condiciones de la atención en salud de la promoción mediante de la garantía de la promoción en salud, la prevención de la enfermedad, el diagnóstico, tratamiento, rehabilitación y cuidados paliativos accesibles para todos. De acuerdo con lo anterior, el Ministerio de Salud y Protección Social (2016) afirma que el objetivo de esta política es que se centre la atención en salud en las personas a nivel individual, familiar y colectivo. La política comprende un componente estratégico que determina las prioridades en el sector salud y un componente operativo consistente en un modelo de atención integral en salud (MIAS) que constituyen el marco para organizar y coordinar actores e instituciones para la garantía de acceso a servicios seguros y humanizados.

Teniendo en cuenta el marco normativo colombiano se puede vislumbrar la inquietud del gobierno Nacional de la humanización del sistema de salud mediante la expedición de normas vinculantes y obligatorias en donde el sistema se centra en la interrelación entre todos los actores para poder dar garantía de acceso a todos y cada uno de los colombianos; además establece directrices a través de las cuales se pretende centrar la atención no solo en el paciente y su relación con los profesionales de cuidado; sino también en los profesionales, las familias y los cuidadores. En este sistema de salud se prioriza la capacitación del talento humano para brindar una atención en salud basada en el respeto y preservación de la dignidad humana.

MARCO TEÓRICO

En el presente capítulo se encuentra el marco teórico, el cual está construido determinando los elementos que constituyen el modelo de atención centrado en el paciente, seguidamente muestra como a través de los años el cuidado humanizado ha tomado mayor importancia en los servicios de salud, teniendo en cuenta la dignidad humana como principal eje de atención.

1.7 Modelo de atención centrado en el paciente

El modelo de atención centrado en el paciente (MACP), es un enfoque que sirve para planificar, entregar y evaluar el cuidado, realizado a todo tipo de pacientes y es practicado en cualquier entorno de atención en salud, este modelo cuenta con diversas dimensiones, dentro de las cuales se encuentran: la comunicación afectiva, la cultura, la satisfacción del paciente, el cuidado humanizado, la perspectiva biopsicosocial y las responsabilidades.

El Modelo de Atención centrado en el paciente, es un concepto introducido por el psiquiatra inglés Michael Balint en el año 1969, quien instaló la idea de que cada paciente debe ser entendido como un ser único y que centrar la atención en la persona significaba ir mucho más allá de la asistencia terapéutica.

Fue con Angela Coulter, quien estuvo al frente del Picker Institute, que se avanzó conceptualmente hacia un enfoque científico, estableciéndolos siguientes principios: respeto por los valores, preferencias y necesidades expresadas por los pacientes; coordinación e integración de la atención, información, comunicación y educación, confort físico, apoyo emocional y alivio de la ansiedad, implicación de familiares y amigos en la toma de decisiones, transición y continuidad y acceso a la asistencia (Saura, 2012).

Harvey Picker, promotor y líder del enfoque de atención centrada en el paciente expresa que “el sistema de salud está roto, pues mientras la ciencia y la tecnología

médicas prosperan, la humanización y empatía en la atención, no lo hacen" (Organizacion para la excelencia de la salud, 2020). Este modelo supone un cambio en los parámetros de los enfermeros, debido a que se le debe ceder al paciente y a sus familiares la autonomía y autoridad para tomar decisiones acerca de su estado de salud (Stewart et al; 2003, pág. 9); permite, además, entender las necesidades y expectativas de las personas, para dirigir de mejor manera la atención en salud.

Parra (2018) realizó una revisión sobre el modelo de atención centrado en el paciente, proporcionando diversas definiciones y perspectivas de distintos autores y organizaciones de salud. Según las definiciones citadas, el modelo de atención centrado en el paciente se basa en una colaboración entre médicos, pacientes y en algunos casos sus familias. El objetivo principal es asegurar que las decisiones de atención médica respeten los deseos, necesidades y preferencias de los pacientes.

El modelo centrado en el paciente implica un cambio en las relaciones médico-paciente, promoviendo una mayor colaboración y simetría de poder; se enfoca en aspectos como la comunicación efectiva, la importancia de la cultura y el contexto del paciente, resalta la importancia de ampliar la comprensión de la comunicación en el contexto del modelo centrado en el paciente, donde la enfermera no solo brinda información, sino que también recibe información del paciente para involucrarlo en su propio cuidado.

Martínez (2016) afirma que la Atención Centrada en el paciente ha sido reconocida como un enfoque que facilita la personalización de los cuidados y tiene la capacidad de orientar el diseño de los servicios y la práctica profesional; entiende la calidad asistencial desde la perspectiva de la calidad de vida de las personas, poniendo la atención personalizada como objetivo principal para que las personas puedan tener control sobre su vida cotidiana y vivir de acuerdo con sus valores y preferencias.

La ACP se diferencia de otros enfoques más clásicos en el papel activo que otorga a las personas usuarias, generando cambios en la relación asistencial y en la forma de

intervenir; mientras que la atención individual clásica, puede centrarse en cubrir las necesidades de la persona sin considerar su participación, los modelos de ACP enfatizan la autonomía personal y la gestión de la vida cotidiana, colocando a la persona en el centro de la intervención.

La ACP busca la personalización de la atención reconociendo que cada individuo se construye en relación con los demás, busca empoderar a la persona y permitirle tomar un papel central y activo en su atención, brindándole el apoyo necesario para que pueda seguir tomando decisiones, incluso cuando su autonomía esté disminuida.

1.8 Cuidado humanizado

La evolución del cuidado enfermero está estrechamente ligada a la consideración del concepto de salud- enfermedad. Por este motivo, es necesario resaltar los hechos que han determinado los distintos estilos de cuidar desde el inicio de la civilización hasta nuestros días.

La historia del cuidado cuenta con cuatro etapas: doméstica, vocacional, técnica y profesional. La «etapa doméstica del cuidado» comprendida desde las primeras civilizaciones hasta la caída del imperio Romano, se caracterizó por que era la mujer quien se encargó del mantenimiento de la vida en cada núcleo familiar, frente a condiciones adversas del medio. La «etapa vocacional del cuidado», inicia con el origen del pensamiento cristiano (momento en el cual el concepto de salud – enfermedad tiene un valor religioso), hasta el final de la edad moderna. La «etapa técnica del cuidado», se desarrolla a lo largo de los siglos XIX, XX y se extiende hasta nuestros días; esta surge de la atención en salud predominante en la época, caracterizada por luchar contra la enfermedad, donde el saber médico se enfocó en el enfermo y las personas encargadas de prestar estos cuidados tenían como rol auxiliar al médico. Finalmente, la «etapa profesional del cuidado», la enfermería se consolida como disciplina y profesión, cuya responsabilidad estaba definida como el cuidado de la salud de la población (Marriner & Raile, 2007).

Watson, refiere que el cuidado es para la enfermería su razón moral, no es un procedimiento o una acción, sino un proceso interconectado, intersubjetivo, de sensaciones compartidas entre la enfermera y paciente. El cuidado humano se basa en la reciprocidad y debe tener calidad y es auténtica; la enfermera debe ayudar al paciente a incrementar la armonía de la mente, el cuerpo y el alma, para generar procesos de autoconocimiento. El cuidado de la salud del paciente, requiere que la enfermera tenga conocimiento científico, clínico y académico, siendo un agente moral y humanitario, que actúa como copartícipe en las transacciones de cuidados humanos (Watson, 2008, pág. 10).

Por su parte Leininger, a través de estudios transculturales realiza los primeros intentos para clarificar y conceptualizar la noción del cuidado, donde lo define como el dominio central del cuerpo de conocimiento y las prácticas de enfermería; Afirma que, el constructo cuidado se ha manifestado durante millones de años como fundamental en el crecimiento y supervivencia de los seres humanos (Marriner & Raile, 2007). El cuidado humanizado debe basarse en la reciprocidad, donde el paciente aumente su armonía de la mente, del cuerpo y del alma (Watson, 2008), logrando empatía con el paciente y centrando la atención en las preferencias de éste.

Según el filósofo Emmanuel Levinas, “humanizar el cuidado es satisfacer completamente las necesidades del ser humano”; la palabra humanización, valoriza la atención en sus dimensiones técnicas y científicas, reconoce los derechos del paciente relacionados con el respeto por su individualidad, su dignidad y su autonomía (Levinas, 1984).

El quehacer de enfermería desde la óptica de la humanización puede basarse en la filosofía que señala al ser humano como valor central y reconoce dos dimensiones humanas primordiales: la fragilidad y la condición relacional – social. Humanizar es reconocer la dignidad de la persona mediante el respeto a lo más vulnerable y contingente del ser humano, con lo que se reivindica su pertenencia afectiva con una

comunidad humana en la que pertenece y se desenvuelve. Se trata de crear condiciones para que pueda surgir la grandeza humana y para que, desde una relación terapéutica y emancipadora, se vincule de nuevo el ciudadano a la sociedad (Guillen, 2003, pág. 5).

La Organización Mundial de la Salud (2015) define la humanización como "el proceso de mantener o mejorar los derechos humanos en el ámbito de la salud y el bienestar, tanto para los profesionales de la salud como para los pacientes"; se centra en la importancia de tratar a las personas con respeto, dignidad y empatía durante la atención médica. La humanización es fundamental para garantizar una atención de calidad y centrada en el paciente; esto infiere reconocer y respetar los derechos y necesidades de los pacientes, así como involucrarlos en la toma de decisiones relacionadas con su salud, estableciendo una comunicación efectiva y comprensible entre los profesionales de la salud y los pacientes, promoviendo la confianza y el entendimiento mutuo. La humanización implica crear entornos de atención que sean acogedores, seguros y respetuosos, donde se fomente la confianza, la privacidad y la confidencialidad, con el fín de garantizar servicios de salud equitativos, accesibles y culturalmente sensibles, teniendo en cuenta las necesidades y contextos individuales de cada persona.

Elío (2016), define el concepto de deshumanización en el campo de la medicina y se refiere a la pérdida de los valores que caracterizan a los profesionales de la salud y a la sociedad en general, involucrando diversos conflictos de intereses que solo pueden ser resueltos mediante una reflexión tanto individual como colectiva, con el objetivo de direccionar esos intereses hacia el bienestar humano adoptando una visión global e integradora que abarque todos los aspectos de la vida y que promueva cambios transformadores.

Paz y Miño (2017) por su parte afirman que la deshumanización puede entenderse como una manifestación de alienación y dominación, que distorsiona nuestra vocación de ser humanos, puesto que humanización se presenta como un proyecto liberador que requiere procesos de transformación y modificación de la realidad, permitiéndonos

experimentar plenamente lo que significa ser personas, promoviendo valores y practicando una ética verdadera, tanto a nivel profesional como personal.

Frank (1995) en su obra "The Wounded Storyteller: Body, Illness, and Ethics" analiza la importancia de la narración de experiencias en la restauración de la humanidad en la atención médica; explora cómo la deshumanización puede surgir en los encuentros entre pacientes y profesionales de la salud, y cómo el acto de contar historias personales puede promover una mayor empatía y comprensión mutua. Frank enfatiza la importancia de reconocer la singularidad de cada individuo y la necesidad de una atención médica que aborde no solo los aspectos biológicos, sino también los emocionales y éticos de la experiencia del paciente.

1.9 Dignidad humana

La dignidad humana es un concepto ético, que aparece inmerso en diversas constituciones políticas en Latinoamérica, ejemplo de ello son, la colombiana, brasileña y chilena, la cual está relacionada como el respeto absoluto que se le debe a una persona humana.

En el “Preámbulo” de la Declaración Universal de los Derechos Humanos (1948), en su artículo 1, se afirma que: “todos los seres humanos nacen libres e iguales en dignidad y derechos”. El concepto de dignidad humana se constituye en un valor único, insustituible e intransferible de todo ser humano, que se disfruta independiente de la condición económica y social, ni por edad, sexo, religión o cualquier otra condición (Michelini, 2010).

Taylor define la dignidad humana como aquel valor inherente al ser humano, el cual consiste en un valor interno e insustituible que le corresponde al hombre por su condición de <<ser>> (Taylor, 1996).

Por su parte Kant (1989) señala: “La dignidad como un valor intrínseco de la persona moral, la cual no admite equivalentes. La dignidad no debe ser confundida con ninguna cosa o mercancía, dado que no se trata de nada útil, intercambiable o provechoso. Lo que puede ser reemplazado y sustituido no posee dignidad, sino precio”

Habermas, (2004) determina:

> “Quizás no es incorrecto señalar que la dignidad humana sólo puede predicarse de seres morales; la capacidad moral, en la que se funda la noción de dignidad humana, es inherente a la constitución lingüístico-comunicativa de los seres humanos, la cual posibilita un entendimiento sobre lo que es bueno no sólo para mí y para nosotros, sino también para todos por igual”

La dignidad es una atribución de todo ser humano, es una instancia moral que lo ennoblece y lo distingue de los animales y demás seres de la naturaleza. Nuestra obligación como seres humanos para con otros y nosotros mismos es, reconocer la dignidad de la humanidad, y más cuando se es profesional de la salud, puesto que, en la medida que se niega la dignidad del otro se afecta también la dignidad propia.

MARCO METODOLÓGICO

1.10 TIPO DE ESTUDIO Y DISEÑO

Para responder la pregunta de investigación, se utilizó la revisión integrativa de la literatura, para asegurar la interpretación objetiva y precisa del fenómeno de estudio. La presente Investigación tiene alcance descriptivo y retrospectivo; puesto que buscó en la literatura científica las características que debe asumir el profesional de enfermería para desarrollar un cuidado humanizado, desde el enfoque de la dignidad en el modelo de atención centrado en el paciente.

La revisión integrativa de la literatura, se utilizó para sintetizar el estado del conocimiento e identificar posibles vacíos que exigen realizar nuevos estudios sobre el tema en particular (Denise, 2018), Cooper, citado por Coughlan, Cronin & Ryan, identifican a la revisión integrativa como una metodología que sirve para generar evidencias de todo tipo de investigación, con las que se validan los conocimientos y con ello se arrojan cuestiones por resolver del tópico investigado (Coughlan, Cronin & Cronin, 2013).

De acuerdo con Ganong (1987) las revisiones integrativas ayudan a organizar el conocimiento del fenómeno de estudio y su rigor es igual al de las investigaciones primarias, con la que se recopilan estudios publicados que al ser analizados muestran el panorama de la literatura (Baldini et al; 2014). Whittemore & Knafl, afirman que, este método se centra en resultados de estudios empíricos que posee como ventaja combinar datos de diversos diseños investigativos incluidas teorías y literatura empírica lo que permite generar conclusiones más amplias, profundas y generales (Whittemore & Knafl, 2005).

Para la presente investigación, con la revisión integrativa se realizó inferencia de las evidencias obtenidas en la literatura científica de documentos originales como textos de libros, monografías, testimonios de expertos, revisiones documentales y literatura

registrada en revistas indexadas y repositorios de instituciones educativas en el área de la salud. Igualmente, se tuvo en cuenta, fuentes secundarias porque ofrecen una descripción de documentos primarios que también se ubican en bases de datos, revisiones sistemáticas o resúmenes.

1.11 SELECCIÓN DE LA MUESTRA:

4.2.1. Criterios de inclusión: Se tuvo en cuenta para incorporar al estudio los siguientes criterios

a) Artículos científicos de diseño cualitativo o cuantitativo de tipo descriptivo donde se evidencien los tópicos de: dignidad humana, cuidado humanizado de enfermería y Modelo de Atención centrado en el paciente (o su equivalente idiomático).

b) Artículos científicos de fuentes primarias publicados en repositorios y bases de datos de universidades acreditadas o sitios web como LILACS, SCIELO, MEDLINE, EMBASE, SCIENCEDIRECT, COCHRANE, SCOPUS, CUIDEN, PUBMED Y REPOSITORIOS INSTITUCIONALES.

c) Artículos publicados entre 2008 a 2022, en inglés, español y portugués, que cumplieron los criterios de búsqueda DECS y MESH.

4.2.2 Criterios de exclusión: Se tuvo en cuenta para eliminar o rechazar la incorporación al estudio, el siguiente criterio: Artículos científicos publicados en las bases de datos revisadas que correspondan a fuentes terciarias o a literatura gris y otros artículos científicos publicados antes del 2007.

1.12 ETAPAS DE DESARROLLO

La presente investigación utilizó la propuesta de (Whittemore & Knafl, 2005, p. 546), para la revisión integrativa, quienes refieren cinco etapas a saber: a) identificación del

problema, b) búsqueda de literatura, c) evaluación de los datos, d) análisis de los datos y e) presentación de los resultados.

1.12.1 Etapa 1. Identificación del problema

El presente informe, se formuló teniendo en cuenta la siguiente pregunta de investigación: ***¿Cuáles características debe asumir el profesional de enfermería para desarrollar un cuidado humanizado desde el enfoque de la dignidad en el modelo de atención centrado en el paciente?***

Se plantearon las siguientes variables de interés:

Unidad de Observación: La unidad de observación está constituida por aquella literatura que proviene de fuentes editadas en base de datos como LILACS, SCIELO, MEDLINE, EMBASE, SCIENCEDIRECT, COCHRANE, SCOPUS, CUIDEN, PUBMED Y REPOSITORIOS INSTITUCIONALES publicadas en el periodo de estudio.

Unidad de Análisis: La unidad de análisis la constituyen los conceptos de Cuidado humanizado en enfermería, la dignidad humana y el modelo de atención centrado en el paciente.

1.12.2 Etapa 2. Búsqueda y categorización de los estudios

Para el desarrollo de esta etapa, se determinaron los siguientes parámetros:

Tema: Cuidado humanizado desde el enfoque de la dignidad en el modelo de atención centrado en el paciente.

Referencial teórico: Estudios primarios relacionados con el cuidado humanizado teniendo en cuenta el enfoque de la dignidad en el modelo de atención centrado en el paciente.

De acuerdo con los criterios de inclusión, se revisaron las bases de datos: LILACS, SCIELO, MEDLINE, EMBASE, SCIENCEDIRECT, COCHRANE, SCOPUS, CUIDEN, PUBMED Y REPOSITORIOS INSTITUCIONALES. Para recolectar la información se estableció un protocolo de búsqueda y revisión de documentación según los descriptores MeSH y DeCS, en bases de datos que cumplieron con dar respuesta a la pregunta de investigación y a los objetivos del estudio. Se tuvo en cuenta palabras claves que se incluyeron en motores de búsqueda en idioma español, inglés y portugués, los cuales fueron:

- Dignidad / dignity / dignidad
- Enfermería / nursing / enfermagen
- Atención centrada / Centered attention / atencao centrada
- Cuidado humanizado / humanized care / cuidado humanizado

De la literatura encontrada, se revisó la pertinencia para incorporar el estudio, iniciando por la lectura previa del resumen con la cual inicialmente se verifico la presencia de los términos relacionados para ofrecer alguna respuesta a la pregunta de investigación y a los objetivos señalados. Así mismo, los artículos y literatura encontrada, fue verificada según los criterios de inclusión, con lo que se organizaron y resumieron en una base personal de datos establecida en el programa Excel que incluyó, el cumplimiento valorativo de los criterios de inclusión observados por el investigador. Se tuvo en cuenta los instrumentos de lectura crítica propuestos por el programa CASPe, específicamente las herramientas para análisis de revisiones sistemáticas y el análisis de estudios cualitativos, la cual se encuentra de manera abierta al público en la página web https://redcaspe.org/materiales/ igualmente, se usó las plantillas de acuerdo con el tipo de artículo seleccionado en la revisión integrativa.

Los estudios incluidos se evaluaron con el protocolo de análisis de datos y para interpretar los resultados se valoró y discutió en forma crítica para establecer interpretaciones y generar conclusiones que aportaran a comprender las características que debe asumir el profesional de enfermería para desarrollar un cuidado humanizado, teniendo en cuenta el modelo de atención centrado en el paciente. Para realizar una

interpretación exhaustiva e imparcial de los datos de fuentes primarias, en las revisiones integrativas, se requiere que estén plenamente ordenados, codificados y clasificados (Whittemore, Combinando evidencia en investigación de enfermería: métodos e implicaciones, 2005), para ello se utilizó una matriz en el programa Microsoft Excel.

1.12.3 Etapas 3 y 4. Evaluación y Análisis de datos

En esta etapa los datos se redujeron, visualizaron, compararon y con ello, se extrajeron algunas conclusiones.

La reducción de los datos consistió en clasificar la literatura encontrada en grupos y subgrupos de acuerdo con los tópicos de humanización y modelo de atención centrado en el paciente, para garantizar que las mismas no se repitan en virtud que una publicación puede estar ubicada en más de una base de datos.

La visualización de datos se implementó con la matriz en el programa Microsoft Excel. La matriz contiene los siguientes elementos: título del estudio, año de publicación, nombre del autor, base de dato consultada, país de origen, idioma, editorial, objetivo, metodología, resumen, conclusiones, aporte para la investigación; con estos elementos se pudo realizar la caracterización mediante tablas y gráficos.

La comparación de los datos consistió en que, una vez examinados a profundidad en cada categoría establecida, se construyó un esquema de análisis.

Las conclusiones se basaron en la clasificación ejecutada donde se identificó el fenómeno de estudio y con ello se interpretó los datos recolectados teniendo como horizonte de análisis los objetivos propuestos en el estudio.

4.3.4 Etapa 5. Presentación de resultados

En esta etapa se visualizaron las conclusiones de la revisión integrativa y se compararon con algunos elementos de la literatura científica, con lo que se pretendió explicar con fuentes, lo que soporta la lógica que detalla los resultados. Específicamente se intentó analizar cuáles son las características que debe tener el profesional de enfermería para brindar cuidado humanizado teniendo en cuenta el enfoque de la dignidad en el modelo de atención centrado en el paciente.

1.13 ASPECTOS ETICOS DE LA INVESTIGACION

En la realización del presente informe derivado de la propuesta investigativa en la Maestría en Enfermería, de la Facultad de Enfermería, de la Universidad Nacional de Colombia, prevaleció el criterio del respeto a la dignidad del ser humano y la protección de sus derechos y su bienestar; se tuvo en cuenta principios éticos como la confidencialidad y la protección del manejo de la información.

Igualmente, se tuvo presente los elementos relacionados en la resolución 8430 de 1993, específicamente lo consagrado en el artículo 11, que señala que la investigación propuesta es catalogada <sin riesgo>, puesto que, por el método empleado relacionado con la revisión documental, esta no afecta ninguna variable humana.

Debido al método utilizado en la presente investigación, se desarrollaron los principios de manejo apropiado de la información y el uso debido de referenciación con lo que se protegió la buena fe, la veracidad y la reciprocidad, lo cual está consagrado en el Acuerdo 035 de 2003 (acta 8 de diciembre 3), por el cual se reglamentó el manejo de la Propiedad Intelectual en la Universidad Nacional de Colombia (Universidad Nacional de Colombia, 2018). Además, al ser una investigación realizada en el ámbito de una maestría en enfermería en el área de gerencia de los servicios de salud, el conocimiento generado será de la Universidad, y la autora tendrá sobre ellos derecho moral de

producción, además al estar la producción intelectual en bases de datos de dominio académico público, estos fueron citados según la norma técnica correspondiente.

El sesgo de publicación ocurre cuando los datos que aparecen en la literatura publicada son sistemáticamente no representativos del conjunto de datos recopilados en los estudios realizados (Dwan et al, 2013). Este sesgo se controló con la incorporación en el estudio de literatura primaria y secundaria registrada únicamente en bases de datos como LILACS, SCIELO, MEDLINE, EMBASE, SCIENCEDIRECT, COCHRANE, SCOPUS, CUIDEN, PUBMED Y REPOSITORIOS INSTITUCIONALES.

El Sesgo de selección se controló aplicando los criterios de inclusión y exclusión para evitar variabilidad y para ejecutar los pasos establecidos. La representación de la muestra se logró con los artículos seleccionados por las palabras claves o descriptores que dieron información a los objetivos propuestos, no se tuvo en cuenta datos irrelevantes.

La pérdida de datos se controló con la categorización de los artículos y la aplicación de filtros para el título, autores, palabras claves, idioma, año de publicación, editorial, bases de datos, objetivos, metodología, resumen, conclusiones, recomendaciones y el aporte para análisis de la investigación de interés, al evidenciar que son los datos relevantes para el análisis de los datos.

Por último, para controlar el sesgo de clasificación el investigador mantuvo el rigor metodológico de la revisión integrativa.

RESULTADOS

En este capítulo se presentan los resultados de la revisión integrativa, teniendo en cuenta las etapas propuestas por Whittemore y Knafl (2005).

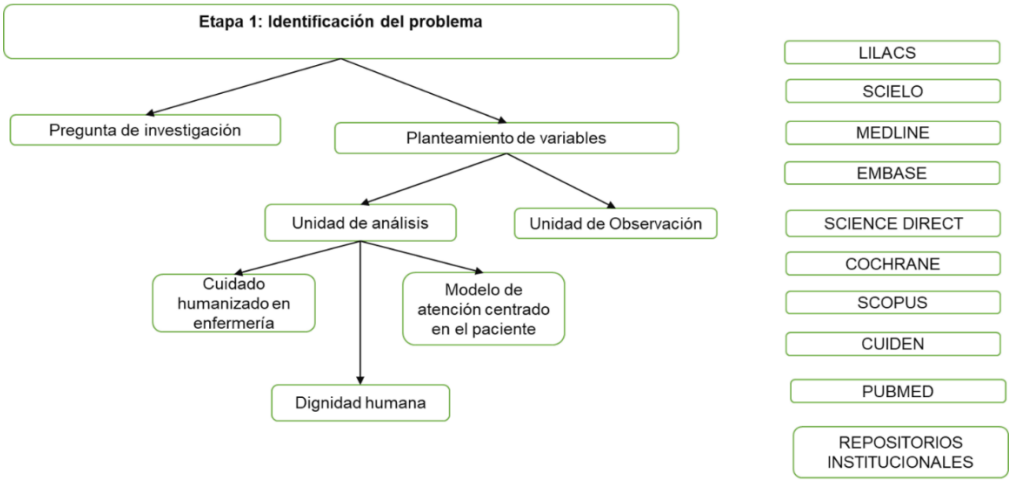
Etapa 1. Identificación del problema.

Como se informó en la parte metodológica, la presente investigación se formuló siguiente la pregunta: **¿Cuáles características debe asumir el profesional de enfermería para desarrollar un cuidado humanizado desde el enfoque de la dignidad en el modelo de atención centrado en el paciente?**

Teniendo en cuenta la unidad de observación se realizó protocolo de búsqueda y revisión de documentación según los descriptores MeSH y DeCS, (unidad de análisis), en bases de datos como: LILACS, SCIELO, MEDLINE, EMBASE, SCIENCEDIRECT, COCHRANE, SCOPUS, CUIDEN, PUBMED Y REPOSITORIOS INSTITUCIONALES de universidades nacionales e internacionales; publicados en el periodo comprendido entre el año 2008 al 2022

A continuación, se presenta elaboración de esquema con los principales aspectos de la etapa de identificación del problema descrita en el capítulo 4.3.1, teniendo en cuenta las etapas del desarrollo propuestas por *Whittemore y Knafl.*

Figura 1. *Identificación del problema*



Nota: Elaboración propia

Etapa 2. Búsqueda y categorización de los estudios.

En esta etapa se estableció protocolo de búsqueda y revisión de documentación, según los descriptores MeSH y DECS, en bases de datos LILACS, SCIELO, MEDLINE, EMBASE, SCIENCEDIRECT, COCHRANE, SCOPUS, CUIDEN, PUBMED Y REPOSITORIOS INSTITUCIONALES, donde se seleccionaron estudios que cumplieron con criterios para dar respuesta a la pregunta de investigación y a los objetivos del estudio. Se tuvieron en cuenta palabras claves o tópicos que se incluyeron en motores de búsqueda en idioma español, inglés y portugués las cuales fueron:

- Dignidad / dignity / dignidad
- Enfermería / nursing / enfermagen
- Atención centrada / Centered attention / atencao centrada
- Cuidado humanizado / humanized care / cuidado humanizado

La búsqueda fue realizada de acuerdo a los siguientes criterios de inclusión: Artículos científicos de diseño cualitativo o cuantitativo de tipo descriptivo donde se evidencian los tópicos de: dignidad humana, cuidado humanizado de enfermería y Modelo de Atención centrado en el paciente (o su equivalente idiomático); se realizó filtro en las bases de datos LILACS, SCIELO, MEDLINE, EMBASE, SCIENCEDIRECT, COCHRANE,

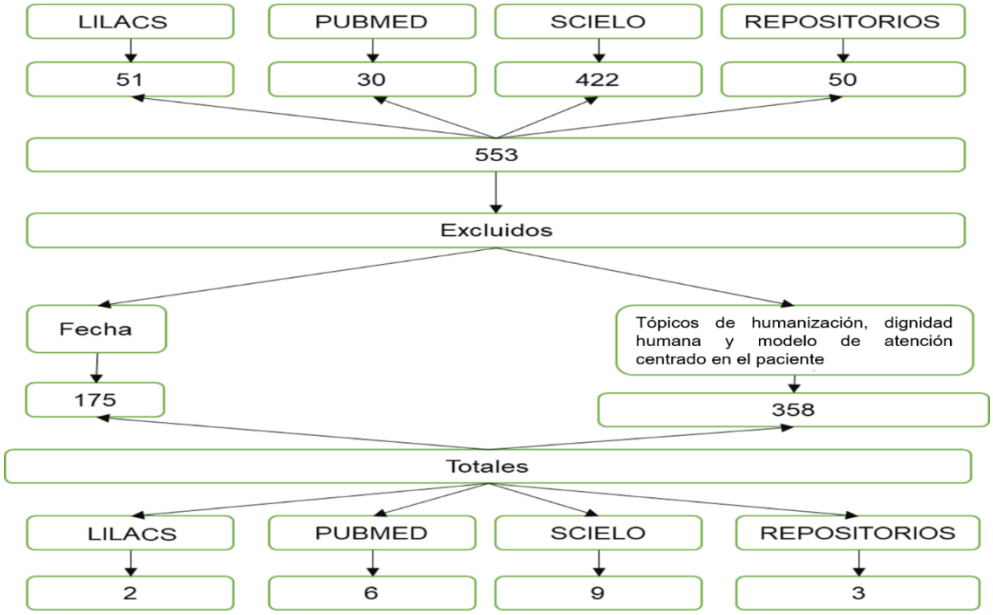
SCOPUS, CUIDEN, PUBMED Y REPOSITORIOS INSTITUCIONALES, por idioma, publicados en el periodo comprendido entre el año 2008 al 2022, teniendo en cuenta los criterios de inclusión establecidos en la investigación para asegurar el rigor metodológico de la revisión integrativa.

Se identifico un número total de 553 publicaciones, distribuidos de la siguiente manera:

- LILACS: 51
- SCIELO: 422
- PUBMED: 30
- REPOSITORIOS INSTITUCIONALES: 50.

Luego se descartaron aquellas publicaciones que se encontraban repetidas o que no cumplieron con los criterios de inclusión. Es importante mencionar que al realizar revisión en las bases de datos LILACS, SCIELO, MEDLINE, EMBASE, SCIENCEDIRECT, COCHRANE, SCOPUS, CUIDEN, PUBMED Y REPOSITORIOS INSTITUCIONALES no se encontraron artículos científicos de diseño cualitativo o cuantitativo de tipo descriptivo donde se evidencien los tópicos de: dignidad humana, cuidado humanizado de enfermería y Modelo de Atención centrado en el paciente.

Figura 2. *Artículos incluidos en la revisión integrativa.*



Nota: elaboración propia.

A continuación, se presenta esquema, teniendo en cuenta la distribución de artículos por base de datos y filtro.

Tabla 1. *Distribución de los artículos por base de datos y filtro ejecutado*

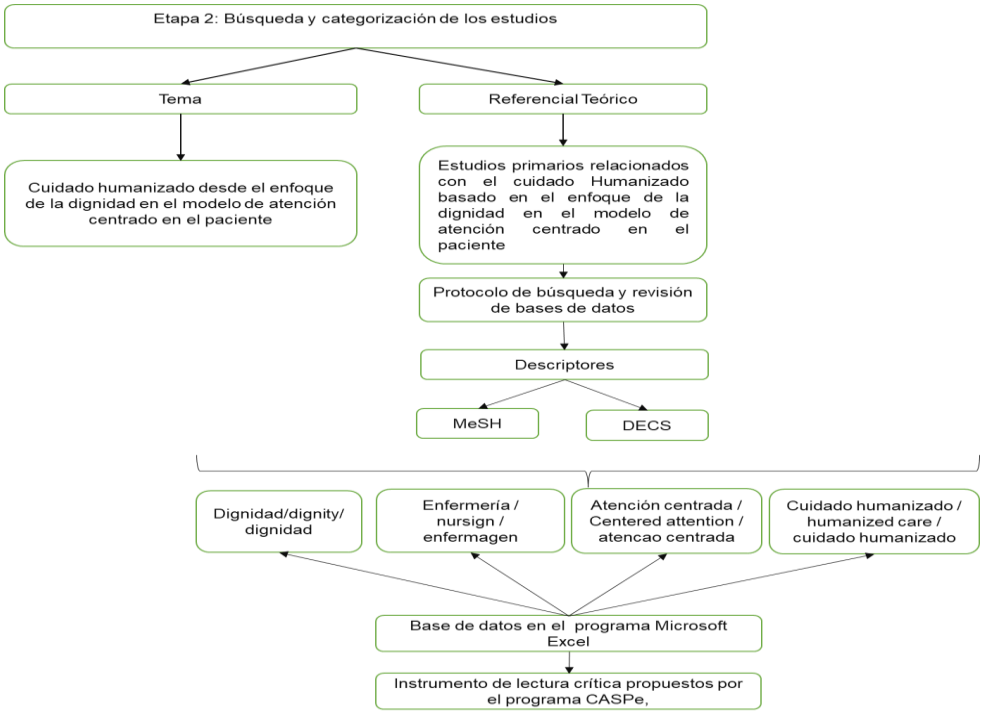
Base de datos	Numero de artículos que responden a la ecuación	Numero de artículos filtrados por tópico	Numero de artículos seleccionados
LILACS	51	18	2
PUBMED	30	12	6
SCIELO	442	323	9
Repositorios	50	25	3

Nota: elaboración propia

En cada uno de los artículos o estudios seleccionados se verificaron criterios de inclusión, se realizó base personal de datos en el programa Microsoft Excel, con el fin de organizar de manera resumida las publicaciones seleccionadas para la revisión integrativa, la cual contiene los siguientes ítems: base de datos consultada, criterios de

búsquedas, sitio de publicación, tipo de publicación, año de publicación, autores, título del estudio, palabras claves del estudio, abstract (ingles), resumen (español), comentarios acerca del articulo o estudio, elemento disponible e ideas claves del estudio o artículo. Luego de la selección se realizó evaluación de los artículos o estudios seleccionados, utilizando instrumentos de lectura crítica propuestos por el programa CASPe, específicamente para el análisis de revisiones sistemáticas y análisis de estudios cualitativos. A continuación, se presenta la elaboración de esquema con los principales aspectos de la búsqueda y categorización de estudios, descrita en el capítulo 4.3.2, teniendo en cuenta las etapas del desarrollo propuestas por Whittemore y Knafl.

Figura 3. *Etapa 2. Búsqueda y categorización de los estudios*



Nota: *Elaboración propia*

Etapa 3. Evaluación de datos

En esta etapa se utilizó un protocolo de análisis de datos para interpretar y evaluar los estudios o artículos seleccionados, teniendo en cuenta la pregunta de investigación y los objetivos planteados, generando conclusiones que aporten a comprender las

características que debe asumir el profesional de enfermería para desarrollar un cuidado humanizado, en el modelo de atención centrado en el paciente. Se utilizó la base de datos elaborada en el programa Microsoft Excel y se seleccionaron artículos científicos de diseño cualitativo o cuantitativo de tipo descriptivo y documentos de repositorios institucionales donde se evidenciaron los tópicos de: dignidad humana, cuidado humanizado de enfermería y Modelo de Atención centrado en el paciente (o su equivalente idiomático) que cumplieron con el objetivo de estudio, teniendo en cuenta los elementos propuestos por el programa CASPe.

A continuación, se presenta esquema con los principales aspectos de la evaluación de datos, teniendo en cuenta las etapas del desarrollo propuestas por Whittemore y Knafl.

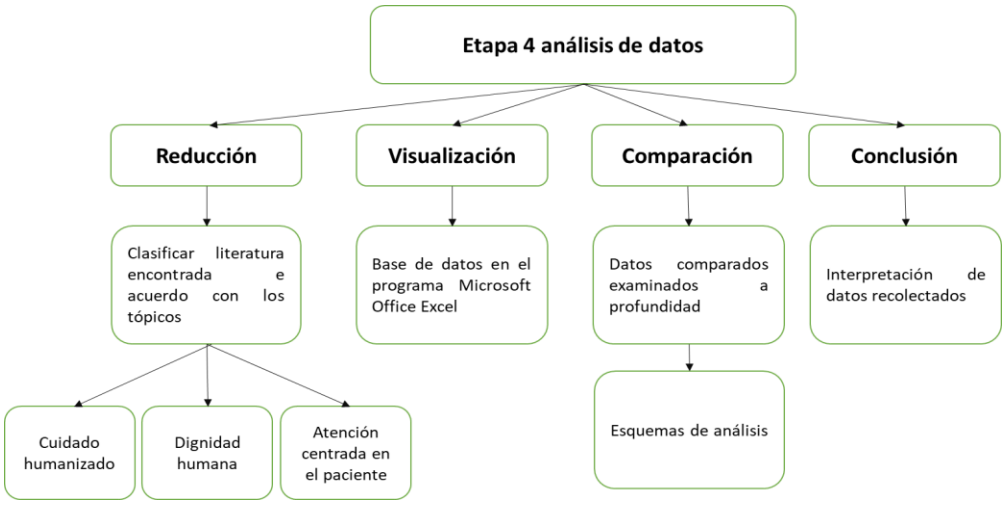
Figura 4. *Evaluación de datos.*

Nota: Elaboración propia

Etapa 4. Análisis e interpretación de datos

En esta etapa se realizó reducción de datos, se organizó la literatura encontrada por base de datos, se clasificaron las publicaciones teniendo en cuenta los criterios de inclusión y los tópicos de dignidad humana, enfermería, atención centrada y cuidado humanizado; seguidamente se realizó visualización de datos con la base de datos realizada en el programa de Microsoft Excel, con la cual se realiza la siguiente caracterización:

Figura 5. *Análisis de datos*

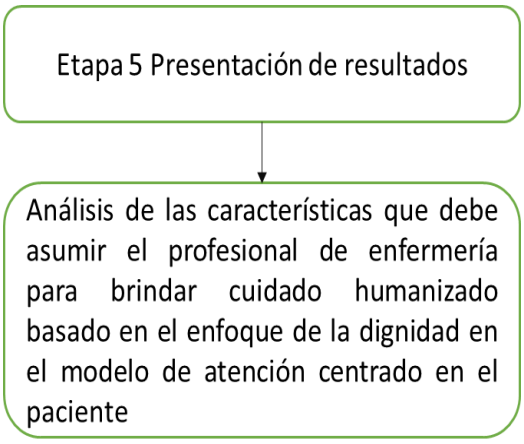


Nota: Elaboración propia

Etapa 5. Presentación de resultados

En esta etapa se visualizan las conclusiones de la revisión integrativa de la literatura y se explican las fuentes y los soportes que detallan los resultados.

Figura 6. *Presentación de resultados*



Nota: Elaboración propiA

Tabla 2. *Estudios de diseño cualitativo o cuantitativo de tipo descriptivo encontradas de acuerdo con base de datos consultadas.*

Base de datos	N°	%
LILACS	2	10%
PUBMED	6	30%
Repositorios Institucionales	3	15%
SCIELO	9	45%
MEDLINE	0	0%
EMBASE	0	0%
COCHRANE	0	0%
SCOPUS	0	0%
CUIDEN	0	0%
PUBMED	0	0%
SCIENCEDIRECT	0	0%

Nota: elaboración propia

Tabla 3. *Estudios de diseño cualitativo o cuantitativo de tipo descriptivo encontradas de acuerdo con el idioma*

Idioma	N°	%
Español	10	50%
Inglés	5	25%
Portugués	5	25%

Nota: elaboración propia

Tabla 4. *Estudios de diseño cualitativo o cuantitativo de tipo descriptivo encontradas de acuerdo con la metodología de investigación*

Metodología investigativa	N°	%
Cualitativo	14	70%
Cuantitativo	4	20%
Revisión documental	1	5%
Revisión integrativa	1	5%

Nota: elaboración propia

Tabla 5. *Estudios de diseño cualitativo o cuantitativo de tipo descriptivo encontradas de acuerdo con el tipo de publicación*

Tipo de publicación	N°	%
Artículos científicos	12	60%
Artículos de revisión bibliográfica	5	25%
Artículos de reflexión	1	5%
Tesis de grado	2	10%

Fuente: elaboración propia

A continuación, se presentan relacionados los estudios y documentos encontrados en la revisión integrativa con su correspondiente base de datos, autores y titulo.

Tabla 6. *Estudios por base de datos*

No.	Base de Datos	Autores	Título
1	LILACS	Simone Alves da Fonseca, Aline Oliveira Silveira, Mariana, André Honorato Franzoi y Elainne Motta	Cuidado centrado en la familia en la unidad de terapia intensiva neonatal (UTIN): experiencias de enfermeras
2	LILACS	Gloria Lucía Arango Bayer y Yolanda Vega Elaine	Modelo de atención centrado en el paciente en Colombia: La necesidad de un salto desde lo disciplinar hacia lo organizacional
3	PUBMED	Gunilla Holopainen, Lisbet Nystrom y Anne Kasén	El encuentro asistencial en enfermería
4	PUBMED	Frederico Guanais; Svetlana Doubova; Hannah Leslie; Ricardo Pérez; Ezequiel García y Margaret Kruk	La atención primaria centrada en el paciente y la salud autocalificada en 6 países de América Latina y el Caribe: Análisis de una encuesta transversal de opinión pública
5	PUBMED	Svetlana Doubova; Federico Guanais; Ricardo Pérez; David Canning; James Macinko y Michael Reich	Atributos de la atención primaria centrada en el paciente asociados a la percepción pública de la buena calidad de la atención sanitaria en Brasil, Colombia, México y El Salvador
6	PUBMED	Nurfika Asmaningrum, Dini Kurniawati y Yun-Fang Tsai	Amenazas a la dignidad del paciente en los entornos de atención clínica: Una comparación cualitativa de enfermeras y pacientes indonesios
7	PUBMED	Rita de Cássia Calegari, María Cristina Komatsu Braga Massarollo, Marcelo José Dos Santos	Humanización de la atención sanitaria en la percepción de enfermeras y médicos de un hospital privado
8	PUBMED	Eliete Genovez Spir Alda Valéria Neves SoaresChang Yi WeiIlva Marico Mizumoto AragakiPaulina Kurcgant	La percepción del acompañante respecto de la humanización de la atención en una unidad neonatal

9	SCIELO	Liliana Ruiz Saavedra y Liliana Molina	Cuidado humanizado del profesional de enfermería
10	SCIELO	Ángela Espinosa Aranzales; Carolina Enríquez Guerrero; Felipe Leiva Aranzales; Martha López Arévalo y Luz Castañeda Rodríguez	Construcción colectiva de un concepto de cuidado humanizado en enfermería
11	SCIELO	Consuelo Cruz Riveros	La naturaleza del cuidado humanizado
12	SCIELO	Carlos Alberto Fernández Silva, Edmundo Joao Mansilla-Cordeiro, Andrea Aravena Flores, Betty Antiñirre Mansilla y María Isabel Garcés Saavedra	Percepción de los pacientes hospitalizados respecto del cuidado de enfermería
13	SCIELO	Sandra Ramos Guajardo y Paula Ceballos Vásquez	Cuidado humanizado y riesgos psicosociales: una relación percibida por profesionales de enfermería en Chile
14	SCIELO	Julián Darío Santacruz Bravo	Humanización de la calidad en la atención clínica en salud desde la perspectiva centrada en el paciente a partir de la Resolución 13437 de 1991
15	SCIELO	Silvana Castillo Parra, Juan Francisco Bacigalupo Araya, Gloria García Vallejos, Carla Ramírez Lazcano, Claudia Collado Quezada, Alfredo Lorca Nachar	Voces docentes que buscan una enseñanza Humanizada en enfermería experiencias virtuales durante la pandemia.
16	SCIELO	Kátia Lilian Sedrez Celich, Rosa Cândida Carvalho Pereira de Melo, Mara Ambrosina de Oliveira, Vargas Francielly Zilli, Liliana Vanessa Lúcio, Henriques Jeane Barros de Souza	Desafíos experimentados por los profesionales portugueses en el cuidado Humanizado a los ancianos institucionalizados durante la pandemia
17	SCIELO	Bárbara Aniceto Tatiana Barbieri Bombarda	Atención humanizada y prácticas de terapeuta ocupacional en el hospital: una revisión integradora de la literatura
18	Repositorio Institucional	Elizbeth María Ayala Salinas e Indira Karina Miranda Carrillo	Humanizar el cuidado en enfermería desde la dignidad humana. Una consideración fenomenológica

19	Repositorio Institucional	Romero-Massa Elizabeth; Contreras-Méndez Inelda; Pérez-Pájaro Yanileth; Moncada Anny Jiménez-Zamora Verónica	Cuidado Humanizado de enfermería en pacientes hospitalizados. Cartagena - Colombia.
20	Repositorio Institucional	María del Rosario Inca Serna	Percepción del paciente sobre el cuidado humanizado del equipo de enfermería de centro quirúrgico de la Clínica Internacional Sede San Borja 2017.

Nota: elaboración propia, en los repositorios institucionales se encontraron 3 estudios de los cuales 2 son trabajos de grado (Humanizar el cuidado en enfermería desde la dignidad humana. Una consideración fenomenológica y Percepción del paciente sobre el cuidado humanizado del equipo de enfermería de centro quirúrgico de la Clínica Internacional Sede San Borja 2017) y 1 articulo científico (Cuidado Humanizado de enfermería en pacientes hospitalizados. Cartagena - Colombia).

5.1 Caracterización de la producción científica relacionada con el cuidado humanizado y el modelo de atención centrado en el paciente.

Caracterización de las publicaciones incluidas

Las publicaciones fueron caracterizadas y analizadas a profundidad de acuerdo con cada categoría establecida, con la que se construyó un esquema de análisis.

Distribución de publicaciones por fecha

Con relación a las publicaciones por fecha, en la siguiente tabla se puede observar la distribución desde el año 2011 hasta el año 2022, exceptuando los años 2014 y 2012 en los cuales no se encontraron publicaciones que estuvieran relacionadas con los tópicos de estudio.

Tabla 7. *Publicaciones por año*

Año	N°	%
2011	1	5%
2013	1	5%
2015	2	10%
2016	3	15%
2017	1	5%
2018	4	20%
2019	2	10%
2020	3	15%
2021	1	5%
2022	2	10%

Nota: Elaboración propia

5.2. Características que deben asumir los profesionales de enfermería para desarrollar cuidado humanizado según la literatura científica

Luego de la búsqueda, selección y revisión detallada de cada estudio incluido, se determinó que en 9 estudios se logró identificar las características que debe asumir el profesional de enfermería para brindar cuidado humanizado. A continuación, se describen las características de cada estudio:

Revisión 1 En el estudio realizado por Holopainen et al., (2019), titulado “el encuentro asistencial en enfermería”, plantean que en el modo de ser del enfermero se encuentran ciertas características del encuentro del cuidado: un modo de ser reflexivo, apertura, sensibilidad, empatía, capacidad de comunicación, confianza y profesionalismo. (Holopainen et al, 2019, pág. 9).

Revisión 2 En el estudio titulado “construcción colectiva de un concepto de cuidado humanizado en enfermería” de Espinosa et al., (2015), los autores señalan que el cuidado humanizado es:

> “La expresión del acto de cuidado donde se concibe integralmente al individuo, la familia y la colectividad; en la que se reconoce la dignidad y condición

humana del otro, se respetan los principios éticos, se reflexiona acerca de sus necesidades de cuidado en salud y se brindan respuestas para asistirlo en aquellas demandas en las que se encuentre deficitario, promoviendo dentro de las posibilidades la recuperación pronta de su autocuidado a través de una comunicación asertiva y efectiva" (Espinosa et al, 2015, p. 45).

El cuidado humanizado efectivamente se da durante la interacción entre el profesional de enfermería y el paciente, allí se tiene en cuenta la humanidad del sujeto de cuidado y se reconoce sus dimensiones psicológica, espiritual, social, política y cultural (Espinosa et al., 2015, p.41). En esa construcción del cuidado humanizado se denota implícitamente que para brindar cuidado humanizado el profesional de enfermería debe tener capacidades para "conocer a quien se cuida desde lo humano", comunicarse asertiva y afectivamente (p.45), lo cual se acompaña de la capacidad de reconocer las necesidades del paciente durante la atención hospitalaria (p.41).

La importancia de la sensibilidad para el cuidado humanizado se resalta en cultivarla hacia sí mismo y hacia los demás como un componente estructural del fundamento filosófico para la ciencia del cuidado y la sensibilidad que tiene hacia el cuidado con el paciente o el amor con el que realiza sus funciones (Espinoza et al., 2015; p.44).

Revisión 3 Por su parte Santacruz (2016), en un estudio titulado "humanización de la calidad en la atención clínica en salud desde la perspectiva centrada en el paciente a partir de la Resolución 13437 de 1991", en el cual relaciona la humanización con la ética, la jurídica y la filosofía, señala que una característica relevante en el profesional de enfermería es la capacidad para relacionarse; puesto que la comunicación debe ser cercana y enfática de acuerdo con las necesidades de los pacientes (Santacruz, 2016, pág. 378).

Revisión 4 Inca (2017), en su tesis de grado, titulada “percepción del paciente sobre el cuidado humanizado del equipo de enfermería en el centro quirúrgico de la Clínica Internacional Sede San Borja 2017”, expresa que el cuidado de enfermería se caracteriza por la visión holística de la humanidad en el que la atención de enfermería es dirigida a las necesidades fundamentales de los pacientes, así como los valores y experiencias del paciente. Es importante mencionar que quien cuida debe poseer conocimientos integrales y capacidades que la hagan única como la autenticidad, la serenidad, el compromiso, el conocimiento, la ética, la aceptación y la seguridad, que pueda generar en el paciente la confianza en el profesional (Inca, 2017, p.31).

Inca (2017) señala además que el profesional de enfermería deberá tener capacidad para cumplir con exactitud las órdenes e instrucciones de sus superiores, estar dispuesto a ayudar y trabajar con los demás de forma práctica y ordenada, tener por bandera la puntualidad y la seriedad a la hora de cumplir con sus obligaciones, tener en cuenta que el enfermo es una persona digna y humana como cualquier otra, por lo que se debe tratar con amabilidad y con un trato agradable controlando sus sensaciones, no perdiéndole respeto y poniéndose en el lugar de él; la delicadeza, la paciencia y la discreción son cualidades personales muy valiosas en el ejercicio de esta profesión, así como el ser respetuoso en sus juicios, poseer un carácter abierto y agradable teniendo en cuenta los sentimientos y características del paciente” (Inca, 2017, p. 32).

Revisión 5 Ramos y Ceballos (2018) en su artículo científico titulado “Cuidado humanizado y riesgos psicosociales: una relación percibida por profesionales de enfermería en chile”, afirman que al desempeñar el cuidado se establece una relación enfermera-usuario, generando afecto, preocupación y responsabilidades de ambos, este cuidado descubre lo humano, hace aflorar valores, principios, por lo que puede decirse que el cuidado profesional es sinónimo de cuidado humanizado.

La relación entre los factores psicosociales del profesional de enfermería entre los que se destacan las demandas psicológicas, latitud de decisión laboral, apoyo social en el trabajo, inseguridad laboral, control emocional y autoeficacia con los indicadores de

salud mental y la entrega de cuidado humanizado genera afecto y responsabilidades tanto del paciente como del profesional de enfermería; debido a que a través del acto de cuidar el paciente y el profesional de enfermería descubren lo humano y permite el desarrollo de principios y valores, haciendo énfasis en el autoconocimiento, el dominio y la reflexión acerca de los problemas de la interacción humana desde un ámbito ético, político y social.

Revisión 6 En el estudio realizado por Ruiz y Molina (2018), titulado "Cuidado humanizado del profesional de enfermería" expresan que hoy en día es esencial que los profesionales de la salud desarrollen competencias que permitan entregar a las personas el mayor grado de calidad de atención, cuidados humanizados y seguros con los recursos disponibles para ello, contando con habilidades comunicativas, técnicas y administrativas, para contribuir en el proceso de recuperación de las personas" (Ruiz y Molina, 2018; p.42). Así mismo, mencionan que la autonomía es una característica crucial que debe tener el profesional de enfermería, logrando brindar un trato digno y permitiendo que la relación entre el profesional y el paciente se centre en la confianza y la pronta respuesta a las necesidades, haciendo posible su autonomía y protección.

Revisión 7. Cruz (2020), en su estudio titulado "la naturaleza del cuidado humanizado", menciona que la discusión de la naturaleza del cuidado humanizado en enfermería se contextualiza durante la práctica del quehacer en los diferentes campos de trabajo donde se desenvuelve el profesional de la salud, considerando el sujeto del cuidado, el acto de cuidado, la comunicación y el paradigma holístico" (Cruz, 2020, p.20). Por lo que se puede afirmar que es importante tener en cuenta los diversos campos de trabajo donde se desenvuelve el profesional de enfermería, pues el ser humano es considerado como un sistema complejo que presenta características genéticas, conjugadas con la exposición al medio ambiente permitiendo la adaptación y la evolución (Cruz, 2020, pág. 24).

Cruz (2020) expresa otro atributo denominado el acto de cuidado, el cual requiere reflexionar acerca de la practica desde un enfoque moral, ético, epistemológico,

ontológico, filosófico y práctico, para lograr que la ciencia del cuidado se presente como sustento fundamental del cuidado humanizado (Cruz, 2020, pág. 27); logrando claridad en el acto de cuidado entrañando la responsabilidad de cuidar al paciente a través de esfuerzos multidisciplinares para ayudar a que la ciencia del cuidado se presente como el núcleo fundamental del cuidado humanizado, donde el profesional de enfermería cuente con la habilidad de poseer responsabilidad individual y social sumada al saber (cognitivo) y al saber hacer (práctico).

Revisión 8 En el estudio titulado “Cuidado humanizado y las prácticas del terapeuta ocupacional en el hospital: una revisión de literatura integrativa” realizado por Aniceto y Barbieri (2020), expresan que el concepto de trato humanizado se orienta hacia un cambio en los referentes éticos y morales que orientan las prácticas en el área de la salud, buscando una articulación entre la orientación técnica y biomédica y el reconocimiento de los derechos de los usuarios (p.640); además afirman que el trato humanizado tiene como fin la búsqueda el respeto de la dignidad humana y la promoción de la salud mental, física y espiritual. Estos factores contribuyen a la reducción de tiempo y gastos por hospitalización y propicia cambios importantes que hacen que la experiencia de hospitalización del usuario sea más cómoda (p.642).

Revisión 9. El estudio de Fernández et al., (2022), titulado “percepción de los pacientes hospitalizados respecto del cuidado de Enfermería”, afirma que la enfermería es una ciencia y disciplina en construcción que ha ido evolucionando de acuerdo con los constructos teóricos de los cuales está compuesta; la interacción entre el profesional de enfermería y el sujeto de cuidado ayuda al mantenimiento del confort del paciente y de sus familiares; por lo que, el acto de cuidar se encuentra estructurado desde el ámbito social, cultural, personal e histórico.

Es necesario que el profesional de enfermería cuente con características como la empatía que permite comprender y conectar emocionalmente con los pacientes, el respeto hacia su dignidad, la sensibilidad cultural para respetar sus creencias y prácticas, la competencia técnica con conocimientos y habilidades actualizadas, la comunicación

afectiva, la resiliencia y adaptabilidad ante situaciones desafiantes y una sólida ética profesional son fundamentales para brindar un cuidado de calidad y humanizado desde el enfoque de la dignidad humana; ya que el cuidado humanizado se encarga del acompañar, escuchar y otorgar un trato digno al paciente, basado en conocimientos éticos, científicos y morales para ayudar a su estado de confort y a una pronta recuperación, por ello el acto de cuidar al individuo, la familia y la comunidad debe partir del reconocimiento del otro como igual a mí, en cuanto a su dignidad de ser humano, reflexionando acerca de sus necesidades de salud, sin olvidar su cultura, expectativas, factores personales, así como también de experiencias previas y de la propia enfermedad. La comunicación es el aspecto que más influye en la percepción del trato humanizado, conlleva a considerar las acciones que propendan por el fortalecimiento de las habilidades para escuchar, comprender, acompañar y clarificar, como parte del proceso de enfermería (p.10).

Revisión 10. Castillo et al., (2022), en su estudio “voces docentes que buscan una enseñanza humanizada en enfermería: experiencias virtuales durante la pandemia”, dirigido a docentes de enfermería de una escuela chilena, señalan que para brindar cuidado humanizado se requiere que el profesional de enfermería cultive el autoconocimiento, la autoestima y la empatía, reconociendo sus emociones y formas de enfrentar el conflicto. Generar un contacto afectivo al vincularse con las personas sujetas de cuidado, constituye una fortaleza para un cuidado más humanizado particularmente en períodos de crisis como la reciente pandemia mundial (Castillo et al., 2022; p.5).

De acuerdo con lo expresado por los autores, las cualidades del enfermero van más allá de una relación profesional, incluyen atributos más profundos ligados al trato personal y cordial con el paciente sumado al respeto por sus derechos y por la dignidad humana con un sentido comunicativo.

En la tabla 8 se evidencia de cada revisión incluida en el estudio, el resumen de las características del profesional de enfermería para ofrecer el cuidado humanizado.

Tabla 8. *Consolidado de las características del profesional de enfermería para desarrollar el cuidado humanizado*

No	Autor (es)	Características del profesional
1	Carlos Alberto Fernández Silva, Edmundo Joao Mansilla-Cordeiro, Andrea Aravena Flores, Betty Antiñirre Mansilla y María Isabel Garcés Saavedra	✓ Interacción entre el profesional de enfermería y el sujeto de cuidado ✓ Ayuda al mantenimiento del confort del paciente y de sus familiares ✓ Está estructurado desde el ámbito social, cultural, personal e histórico. ✓ Tiene en cuenta la escucha, la comprensión y el acompañamiento. ✓ Trato digno al paciente basado en conocimientos éticos, científicos y morales.
2	Ángela Espinosa Aranzales; Carolina Enríquez Guerrero; Felipe Leiva Aranzales; Martha López Arévalo y Luz Castañeda Rodríguez	✓ Interacción entre el profesional de enfermería y el paciente; determinada por dimensiones psicológica, espiritual, social, estética, política y cultural. ✓ Expresión del acto de cuidado concebida de manera integral donde se reconoce la dignidad humana. ✓ Capacidad de comunicarse asertivamente. ✓ Reconocimiento de las necesidades del paciente
3	Bárbara Aniceto Tatiana Barbieri Bombarda	✓ Dar garantía de los derechos de los usuarios. ✓ Respeto por la dignidad humana. ✓ Promover la salud mental física y espiritual.
4	Liliana Ruiz Saavedra y Liliana Molina (2018)	✓ Ser más humano ✓ Poseer competencias para ofrecer al paciente calidad en la atención, cuidados humanizados y seguros. ✓ Poseer habilidades comunicativas, técnicas y administrativas. ✓ Ser autónomo. ✓ Poseer sensibilidad frente a la situación del paciente. ✓ Conducta moral y ética. ✓ Tener autoconciencia. ✓ Ser racional ✓ Ayuda en la restitución de la dignidad e igualdad
5	Consuelo Cruz Riveros (2020)	✓ Integra la moral y la ética, la epistemología, ontología, la filosofía y la práctica ✓ Responsabilidad individual y social sumada a un saber (cognitivo), saber hacer (práctico) y saber estar ✓ poseer comunicación

		✓ Mirar la enfermería desde un paradigma holístico como un todo.
6	Sandra Ramos Guajardo y Paula Ceballos Vásquez (2018)	✓ Debe ser humano ✓ Poseer principios y valores ✓ Autoconocimiento, dominio y reflexión de los problemas de interacción humana
7	Santacruz (2016)	✓ Capacidad para relacionarse ✓ Comunicación cercana con el paciente ✓ Integralidad y sistematicidad
8	Silvana Castillo Parra, Juan Francisco Bacigalupo Araya, Gloria García Vallejos, Carla Ramírez Lazcano, Claudia Collado Quezada, Alfredo Lorca Nachar (2022)	✓ Autoconocimiento ✓ Autonomía ✓ Autoestima ✓ Empatía ✓ Capacidad para reconocer sus emociones y la forma de enfrentar los conflictos
9	María del Rosario Inca Serna (2017)	✓ Tener visión holística de la humanidad ✓ Poseer conocimiento formal y vivencial ✓ Ser autentico, generar confianza seguridad y serenidad ✓ Tener conocimiento, ética, compromiso y capacidad de aceptación del otro
10	Gunilla Holopainen, Lisbet Nystrom y Anne Kasén (2019)	✓ Apertura ✓ Sensibilidad ✓ Empatía ✓ Capacidad de comunicación ✓ Confianza ✓ Coraje y profesionalismo ✓ Mostrar respeto y resaltar la dignidad

Nota: Elaboración propia

5.3. El cuidado humanizado y el modelo de atención centrado en el paciente.

Fueron 7 estudios encontrados en la literatura que señalan alguna relación entre el cuidado humanizado y el modelo de atención centrado en el paciente. A continuación, se amplía cada uno de estos:

En el estudio realizado por Ruíz y Molina (2018) titulado Cuidado humanizado del profesional de enfermería afirman que:

> “La base de enfermería como ciencia hace años está claramente definida, pero es emergente la centralización de los conceptos como cuidado y salud. Es importante recordar que, en enfermería, el brindar atención a personas con problemas de salud, debe encaminar las acciones a las necesidades biológicas, sociales, espirituales y psíquicas del ser humano” (Ruiz Saavedra & Molina, 2018, pág. 40)

De acuerdo con lo anterior, el cuidado es la base del proceso de atención en enfermería:

> “Es una herramienta que permite que este sea brindado de manera personalizada, sistemática, holística y continua que se compone por etapas interrelacionadas entre sí y ordenadas para la planificación y ejecución de cuidados oportunos para poder determinar los requerimientos del paciente tanto en la dimensión física o biológica como en la psicológica, sociológica, cultural y espiritual” (Ruiz Saavedra & Molina, 2018, pág. 40).

Esta personalización del cuidado humanizado infiere una relación más cercana entre el profesional de enfermería y el sujeto de cuidado y las posibles relaciones que surjan en esta interacción; por ello, es necesario que se articulen esfuerzos para entender los requerimientos del paciente en cada una de sus dimensiones; además, refieren que el cuidado humanizado es una relación que se establece entre el cuidador y la persona cuidada, implementando el buen trato y logrando con esto la satisfacción del usuario.
En este sentido, es importante tener en cuenta que los pacientes y sus familias son el centro de la institución de salud, por lo que se debe trabajar para alcanzar altos estándares de calidad.

Espinoza et al., (2015) realizaron un estudio denominado Construcción colectiva de un concepto de cuidado humanizado en enfermería; en el cual afirman que:

> “El cuidado humanizado se presenta de manera dialógica, como una relación de ida y vuelta entre los sujetos que se relacionan en el cuidado enfermero (sujeto de cuidado y cuidador); por lo tanto, su fundamento converge en las interrelaciones que suponen las acciones de enfermería y por las cuales adquiere sentido ella misma.

> Así, el cuidado humanizado en enfermería es una forma de comprender el universo enfermero y su relación epistemológica con el cuidado" (Espinoza et al, 2015; p.42).

El cuidado debe cumplir una condición fundamental que infiere que el enfermero entre a la realidad subjetiva de quien cuida para responder a la condición del paciente, pues el acto de cuidado es la expresión de manera integral al individuo la familia y la colectividad en la que se reconoce la dignidad humana y se respetan los principios éticos, se reflexiona sobre las necesidades de cuidado, promoviendo la recuperación a través de una comunicación asertiva y efectiva.

Cruz (2020) en su estudio la naturaleza del cuidado humanizado refiere que:

> La realización del cuidado humanizado requiere para ser desempeñado la comprensión de la existencia de los cinco atributos básicos: el ser humano, relación profesional - usuario, sujeto del cuidado, comunicación y enfoque holístico. La práctica sin la comprensión de los atributos sólo lleva a la realización de la atención, la cual presenta una relación vertical unidireccional entre el profesional de enfermería que realiza el cuidado y el usuario que recibe presentando como premisa: sólo el personal sanitario presenta el saber, el paciente es quien espera de forma pasiva. Por su parte, el acto de cuidar no suple una relación vertical, por el contrario, se realiza una actividad consensuada donde se entremezclan saberes y existen responsabilidades, posibilitando una mirada horizontal entre el profesional y el usuario" (Cruz, 2020, p. 28).

Fernández Silva et al., (2022) en su estudio "Percepción de los pacientes hospitalizados sobre el cuidado de enfermería" señalan que la atención humanizada es:

> "La interacción entre los conocimientos de la ciencia y los valores del ser humano para poder establecer una asistencia de calidad centrada en el individuo. En enfermería es: el acto de cuidar al individuo, la familia y la comunidad a partir del reconocimiento del otro como igual a mí, en cuanto a su dignidad de ser humano, reflexionando acerca de sus necesidades de salud, de cuidado y de sus respuestas a esas necesidades, asistiéndolo a partir del respeto por los imperativos éticos en aquellas en las que se encuentre

deficitario, promoviendo dentro de las posibilidades la recuperación pronta de su autocuidado". (Fernández Silva et al, 2022, p.3).

Ramos y Ceballos (2018), en el estudio cuidado humanizado y riesgos psicosociales: una relación percibida por profesionales de enfermería en chile, afirman:

> "La enfermería es la ciencia y el arte de cuidar del individuo, familia y comunidad, dentro de su campo de acción están la promoción y el mantenimiento de la salud, la prevención de enfermedades y la participación en su tratamiento, incluyendo la rehabilitación de la persona, independientemente de la etapa de crecimiento y desarrollo en que se encuentra (Ramos y Ceballos, 2018; p.14).

De igual manera Ramos y Ceballos (2018) expresan que la finalidad del modelo de atención centrado en el paciente es lograr el máximo bienestar físico, mental, social y espiritual.

> Al desempeñar el cuidado se establece una relación enfermera-usuario, generando afecto, preocupación y responsabilidades de ambos. Este cuidado descubre lo humano, hace aflorar valores, principios, por lo que puede decirse que el cuidado profesional es sinónimo del cuidado humanizado (p.15)

Santacruz (2016) en el estudio humanización de la calidad en la atención clínica en salud desde la perspectiva centrada en el paciente a partir de la Resolución 13437 de 1991 encontraron que la humanización se entiende como:

> "Una acción ética que tiene que ver con los valores que conducen nuestra conducta en el ámbito de la salud, y estos valores nos llevan a diseñar políticas, programas, realizar cuidados y proteger las relaciones en sintonía con la dignidad de todo ser humano" (Santacruz, 2016, p.376).

La humanización conlleva a que el profesional de enfermería mejore su competencia y alcance la calidad en el servicio sanitario; a través, del mejoramiento de la salud en la

población, aumentando la satisfacción del usuario; pues la salud es el resultado de los cuidados otorgados y la capacidad de tomar decisiones con el fín de asegurar los derechos de los pacientes.

Por su parte Castillo et al (2022), en el estudio titulado voces docentes en búsqueda de una enseñanza humanizada en enfermería: experiencias virtuales en pandemia expresan que para brindar cuidado humanizado, el profesional debe cultivar el autoconocimiento, la autoestima y empatía, reconocer sus emociones y formas de enfrentar el conflicto; generando contacto afectivo al vincularse con las personas sujetas de cuidado, lo que constituye una fortaleza para un cuidado más humanizado (Castillo et al, 2022; p.5).

Arango y Vega (2015), en el estudio titulado Modelo de atención centrado en el paciente en Colombia: la necesidad de un salto desde lo disciplinar hacia lo organizacional, expresan que el modelo de atención centrado en el paciente ha evolucionado hacia la búsqueda de comprender las historias de los pacientes en el contexto de su vida diaria y se ha orientado a mirar la importancia del contexto cultural, los factores sistémicos y la limitación de recursos (Arango y Vega, 2015, p.73), por ello se considera que el modelo de atención centrado en el paciente es aquel en el que se respetan los valores, necesidades y preferencias expresados por el paciente y dentro de cual hay integración de la información, comunicación, cuidado, educación, apoyo, contacto físico y emocional; además, afirman que en este modelo se distinguen tres elementos: estar atento a las necesidades físicas y psicosociales de los pacientes, transmitir una sensación de cooperación y hacer participe al paciente en la toma de decisiones con respecto a su estado de salud (Arango y Vega, 2015; p.73).

En la siguiente tabla, se evidencia de cada revisión incluida en el estudio, la relación entre el cuidado humanizado y el modelo de atención centrado en el paciente.

Tabla 9. *Relación entre el cuidado humanizado y el modelo de atención centrado en el paciente*

Autor (es)	Relación entre el cuidado humanizado y el modelo de atención centrado en el paciente
Ruíz y Molina (2018)	- El cuidado es la base del proceso de atención en enfermería y es una herramienta que permite que este sea brindado de manera personalizada, sistemática, holística y continua, para poder determinar los requerimientos del paciente tanto en la dimensión física o biológica como en la psicológica, sociológica, cultural y espiritual - El cuidado humanizado es una relación que se establece entre el cuidador y la persona cuidada - La interacción del personal de enfermería es un instrumento terapéutico que ayuda al paciente en su recuperación - El cuidado es la combinación humanística y científica que ayuda a integrar el bienestar, la seguridad y la confianza del paciente basados en labores asistenciales con el fín de lograr mejorar el estado de salud de los pacientes
Espinosa, Enríquez, Leiva, Castañeda y López (2015)	- El cuidado debe cumplir una condición fundamental que infiere que el enfermero entre a la realidad subjetiva de quien cuida para responder a la condición del paciente. - Expresión del acto de cuidado de manera integral al individuo, la familia y la colectividad en la que se reconoce la dignidad humana.
Cruz (2020)	- El cuidado humanizado incluye la responsabilidad de velar por la salud de los otros.
Fernández, Mansilla, Aravena, Antiñirre, Garcés (2022)	- El cuidado humanizado se puede definir como la interacción entre el conocimiento científico y valores humanos para establecer una atención de calidad centrada en la persona
Ramos y Ceballos (2018)	- El fin del cuidado humanizado es logar el máximo bienestar físico, mental, social y espiritual del paciente que es considerado como esencial para ejercer la profesión de enfermería
Santacruz (2016)	- Una vertiente importante de la humanización en los servicios en salud se planteó en aras de reivindicar los derechos, deberes, autonomía y respeto por la voluntad del paciente como eje del cuidado humanizado. - La humanización debe poner los medios para que los recursos humanos mejoren su competencia y alcancen la calidad al servicio sanitario.

Castillo, Bacigalupo, García, Ramírez, Collado y Lorca (2022)	-	Para brindar cuidado humanizado se requiere que los profesionales tengan autoconocimiento, autoestima, empatía, sea garante de derechos y protector de la dignidad humana y además sea capaz de reconocer sus emociones para poder establecer un contacto afectivo con el paciente
Arango y Vega (2015)	-	El modelo centrado en el paciente es aquel en el que se respetan los valores, necesidades y preferencias expresados por el paciente y dentro de cual hay integración de la información, comunicación, cuidado, educación apoyo y contacto físico y emocional

Nota: elaboración propia

1.4 Vacíos en el conocimiento sobre el cuidado humanizado y el modelo de atención centrada en el paciente.

En el presente estudio, se identificó que, las características del profesional de enfermería y su relación con el paciente hacen parte imprescindible del cuidado humanizado; así mismo, el modelo de atención centrado en el paciente contiene aspectos que son inalienables; sin embargo, ninguno de estos establece el respeto de la dignidad y de los derechos del profesional de enfermería, así como tampoco realiza un análisis del contexto en el cual debe desenvolverse el profesional. En este sentido, esta relación debería ser recíproca y los estudios deberían abordarse desde los dos espacios, tanto del profesional como del paciente sin dejar de lado la parte humana y socioemocional que forma parte imprescindible de la interrelación.

En los informes valorados en la presente revisión integrativa, no se tuvo en cuenta la relación de la enseñanza de procesos de humanización aplicados a la formación profesional, por lo que, esto se considera un vacío en información acerca del trato humanizado desde la formación del profesional, puesto que los currículos de pregrado posiblemente, no condensan asignaturas en la cual el estudiante haga emerger su naturaleza de cuidador y son sometidos al lápiz y al papel y al cumplimiento de políticas tanto institucionales como gubernamentales que le impiden reconocer adecuadamente su rol de cuidador y de acompañante del paciente en el proceso de atención en el sistema de salud. (Castillo et al, 2022). El cuidado humanizado debería nacer del profesional de

enfermería, por ser parte del arte y la ciencia del cuidado, pero también se podría educar y trabajar desde la formación del pregrado, instaurando asignaturas que aborden este componente de manera global, ya que los procedimientos y actividades se aprenden, pero lo humano es de cada persona.

El modelo de atención centrado en el paciente contiene 3 elementos importantes; el primero es la dignidad que es un valor inherente al ser humano, el segundo es la preservación y mantenimiento de la autonomía que es el derecho que poseen las personas de decidir y que va a producir la interacción con el profesional de enfermería y el tercero es el profesional de enfermería que es el elemento facilitador para que el paciente se le pueda brindar un cuidado humanizado.

El cuidado humanizado en la salud es complejo de abordar debido a que por un lado está el arte y la ciencia del cuidado como obligación moral y ética, pero, por otro están las situaciones particulares (personales, familiares, económicas, etc.) del cuidador profesional, por lo que, estos tópicos deberían tratarse en la formación en pregrado para poder coadyuvar en la implementación del modelo de atención centrado en el paciente.

En la experiencia empírica del investigador se ha determinado que el enfermero posiblemente no mira el paciente desde una visión holística; en la mayoría de los casos no tienen un trato amable ni cercano con la persona de cuidado y no se muestra receptivo ante sus necesidades por factores de tiempo.

Para que en Colombia exista un servicio sanitario enfocado en el Modelo de atención centrado en el paciente (MACP), es necesario que haya una organización de personas en la cual se establezcan las metas y objetivos realizada por profesionales de enfermería, que son los que realmente deben generar el cambio en las institucionales de salud. Es decir, en ninguno de los informes de la presente revisión integrativa, se menciona la relación que debe existir entre el profesional de enfermería y el resto del equipo sanitario

para poder ofrecer el cuidado humanizado que apoye la calidad en la atención al paciente.

El modelo de atención centrado en el paciente debe romper los esquemas tradicionales de atención al sujeto de cuidado que no se orienta en sus necesidades y migrar hacia uno que se enfoque en la satisfacción del paciente; no es solo sanar malestares físicos sino brindar un trato que haga que el paciente se sienta cercano a los profesionales que lo cuidan, a través de la comunicación empática y respetuosa que ofrezca un estado armónico al paciente con el fin de facilitar la intervención.

Ningún informe relaciona los tres componentes de la presente investigación (dignidad humana, cuidado humanizado y modelo de atención centrado en el paciente), es uno de los vacíos del conocimiento; porque la dignidad esta implícita en el cuidado humanizado y el MACP busca cuestiones económicas en el sistema de garantía de calidad al menos para Colombia.

DISCUSIÓN DE LOS RESULTADOS

La mayor parte de los estudios incluidos en esta revisión integrativa coinciden en afirmar que el profesional de enfermería debe tener interacción con el paciente para poder contribuir a su confort (Fernández et al., (2022); Espinosa et al (2015); Ramos y Ceballos (2018); Ruiz y Molina, (2018); por lo cual dicha interacción debe estructurarse desde lo social, cultural, personal e histórico, con el fin de brindar cuidado de manera integral. Además, el profesional de enfermería debe ser capaz de escuchar, comprender y acompañar al paciente; de manera, que se ofrezca un trato digno basado en la ética, la ciencia y la moral.

Otra característica importante encontrada en la revisión sistemática, es que el profesional de enfermería debe respetar la dignidad humana y promover la salud mental y física, poseer autonomía, tener habilidades comunicativas, ser racional, tener autoconciencia, poseer principios y valores, ser empático y tener una visión holística de la Humanidad (Fernández et al., (2022); Arango y Vega (2015); Espinosa et al (2015); Aniceto y Barbieri (2020); Ruiz y Molina (2018); Cruz (2020), Inca (2017); Holopainen et al (2019); Santacruz (2016).

Se hace necesario indagar la relación entre el cuidado humanizado y el modelo de atención centrado en el paciente por lo cual las lecturas arrojaron 7 estudios que trataban el tema. Ruiz y Molina (2018) afirman, que la relación se da debido a que el cuidado es la base del proceso de atención que debe realizarse de manera holística y que establece una correspondencia entre cuidador y la persona cuidada; lo cual coincide con lo informado por Espinoza, et al., (2015); Cruz (2020) y Fernández (2022) quienes afirman que el cuidado tiene una condición fundamental que es la relación entre la realidad subjetiva del enfermero para responder a la condición del paciente.

Por su parte, Ramos y Ceballos (2018) establece que el fin del cuidado humanizado es el bienestar físico, mental, social y espiritual del paciente considerándolo como esencial para el ejercicio de la enfermería, generando afecto, preocupación y

responsabilidades de ambas partes descubriendo la parte humana tanto del profesional de enfermería como del sujeto de cuidado.

De otro lado, Castillo (2022) y Arango (2015) expresan que el modelo de atención centrado en el paciente tiene en cuenta el respeto, los valores y las necesidades de las personas y que requiere que los profesionales tengan autoconocimiento, autoestima y empatía para poder garantizar el respeto por la dignidad humana del paciente.

La política de humanización y seguridad del paciente en Colombia (Ministerio de Salud y Protección Social , 2020), menciona una serie de elementos y características del profesional de enfermería que se relaciona con los autores mencionados en esta revisión, dentro de esta política, se puede apreciar la integralidad del ser humano, sus relaciones interpersonales, las relaciones establecidas entre paciente y profesional de enfermería, el respeto por la dignidad humana, los derechos a la vida, la ética y la habilidad de comunicación.

Por otra parte, la ley 911 de 2004 menciona el respeto a la dignidad de los seres humanos (artículo 3, Ley 911 de 2004) y a su derecho a la integridad, a la comunicación y a mantener los lazos afectivos con su familia y amigos (artículo 17, Ley 911 de 2004). La humanización en los sistemas de salud reviste gran importancia, debido a que buscan asegurar la calidad de la atención en salud en la medida que responden a las necesidades de las personas; la humanización posee un referente ético y moral porque surge para ofrecer un servicio basado en valores y principios cuyo fin es el bien supremo evitando daños al paciente, proporcionando cuidados de manera digna respetando los derechos del sujeto de cuidado. (Ramos y Ceballos, 2018)

Las exigencias de un modelo de salud productivo hacen que la atención en las instituciones de salud se base meramente en los costos, sin tener en cuenta que se está trabajando con personas, con sentimientos, valores y principios; es por ello que se ha desvalorizado la dimensión humana de la atención olvidándose de las necesidades

psicológicas, sociológicas, emocionales y espirituales del paciente ocasionado un clima de atención poco agradable para este. (Espinoza et al, 2015)

En la literatura, la dignidad humana hace referencia al desarrollo de una capacidad que puede ser vista como autonomía y esta es un ideal humano que debe ser reconocido y respetado por el otro, sin embargo, esto no impide que pueda ser afectado durante el proceso de atención en salud (Casado, 2009, p.55), Según Steven Pinker la dignidad puede ser clasificada como relativa, porque lo que se considera digno es muy diverso; fungible porque estamos siempre dispuestos a sacrificarla por otros bienes o valores y dañina porque a menudo determina concepciones de la dignidad se imponen autoritariamente causando daños a un buen número de personas.

Kant define la dignidad del paciente como el respeto por su autonomía (Kant , 2016), sin embargo, existen diversas formas de definir la dignidad, como por ejemplo la de los escépticos que señalan que la dignidad es un concepto vago e inútil, es un término vacío, sin significado, y las apelaciones a la misma no tienen ningún sentido identificable (Casado, 2009); sin embargo "para Pinker el concepto de dignidad es «casi» inútil. «Casi», porque sí tiene un sentido bien identificable que merece un pequeño hueco en nuestra percepción moral".

En la literatura obtenida en la presente revisión sistemática, se nota el ideal de tratar al otro con respeto, sin embargo, no se define claramente hacia donde se orienta la dignidad, es por ello por lo que Casado (2009) señala que:

> "La capacidad para la autonomía, con independencia del grado que se posea, puede ser ejercida en distinto grado, marcado por la aproximación al ideal de la excelencia humana" esto podría significar que ese ideal es relativo pues cada ser humano, tiene capacidades distintas, las cuales están en función de múltiples circunstancias".

CONCLUSIONES

1. En el periodo de estudio, se identificaron 20 estudios; en los años 2012 y 2014 no se encontraron publicaciones relacionadas con los tópicos de estudio. De estos, 9 están en la base de datos Scielo, 6 en PUBMED, 3 en repositorios institucionales y 2 en LILACS; 10 están escritos en idioma español, 5 en inglés y 5 en portugués. De acuerdo con el tipo de estudio, se encontraron 14 cualitativos, 4 cuantitativos, 1 revisión documental y 1 revisión integrativa.

2. Se identificaron las siguientes características que debe asumir los profesionales de enfermería para desarrollar el cuidado humanizado: Capacidad de escucha, trato digno al paciente, conocimientos éticos, científicos y morales, capacidad de comunicar, sensibilidad, ser humano integral, que reconoce y respeta la dignidad, profesional ético, asertivo en su comunicación y reflexivo en su práctica, quien posee la capacidad para reconocer las dimensiones psicológicas, espirituales, sociales, políticas y culturales del paciente, profesional que garantiza los derechos de los usuarios, capaz de combinar su humanidad con la ciencia e integrar en el cuidado la seguridad el paciente, su bienestar y confianza durante la asistencia, ser autentico, paciente, delicado, sereno, seguro, comprometido con el cuidado, capaz de cumplir órdenes e instrucciones y dispuesto para el trabajo.

3. El cuidado humanizado del profesional de enfermería en el Modelo de atención centrado en el paciente, esta muy relacionado, debido a que el profesional de enfermería al ser capaz de interactuar con el paciente mediante la escucha, el acompañamiento y el ofrecimiento de un trato digno, ético bajo el conocimiento científico; aflora en el cuidado, la racionalidad, la sensibilidad, la aplicación de principios y valores que permiten respetar la autonomía del paciente, logrando alcanzar su bienestar físico, mental, social y espiritual.

4. El cuidado humanizado es la base del proceso de atención de enfermería porque permite la personalización sistemática, holística y continua para responder a las necesidades en las diversas dimensiones del paciente.

5. En los estudios revisados solo se menciona el respeto hacia el paciente, pero no se analiza el respeto a la dignidad y a los derechos del profesional de enfermería, es decir, estos no son vistos como una relación reciproca con la que el paciente retribuye al profesional por el trato brindado o el cuidado ofrecido.

RECOMENDACIONES

Como recomendaciones derivadas del estudio realizado, se identificaron las siguientes:

1. Es importante realizar una evaluación cualitativa de las entidades de salud colombiana para tener un diagnóstico del estado de cuidado humanizado en el país, con miras a mejorar la prestación de los servicios a los pacientes; los profesionales de enfermería desempeñan un papel activo en la promoción, defensa y mejora de la calidad del cuidado de salud en el país. En el contexto de las políticas públicas, pueden contribuir en la formulación, implementación y evaluación de programas y estrategias que promuevan el cuidado humanizado centrado en el paciente y aportar su experiencia y conocimientos en el diseño de políticas que fomenten la humanización de los servicios de salud, garantizando la atención integral, respetuosa y digna de los pacientes. Esto implica abogar por la inclusión de estándares y protocolos que promuevan la empatía, comunicación efectiva, participación activa del paciente y su familia en la toma de decisiones, y la consideración de sus valores y preferencias.

2. Promover la investigación en el tópico de la dignidad en el modelo de atención centrado en el paciente, dado que se identificaron un número limitado de estudios en el tema, esto ayudará a generar más evidencia y conocimiento sobre las características y la interpretación de este tipo de cuidado por parte de los profesionales de enfermería.

3. Abordar la importancia de la reciprocidad en la relación entre el profesional de enfermería y el paciente. Además, enfocarse en el respeto hacia el paciente, el respeto a la dignidad y los derechos del profesional de enfermería.

4. Indagar sobre la presencia del concepto de trato humanizado en los programas de educación en enfermería ofrecidos por las instituciones académicas en

Colombia, se recomienda evaluar si este concepto se encuentra presente y si se le otorga la debida importancia en la formación de los futuros profesionales de enfermería.

5. Hay que destacar la importancia de los esfuerzos multidisciplinarios en la restitución de la dignidad y la igualdad de los derechos de los pacientes; se sugiere que los profesionales de enfermería trabajen en colaboración con otros actores del sistema de salud, como médicos, psicólogos, trabajadores sociales, para integrar la moral, la ética, la epistemología, la ontología, la filosofía y la práctica en la entrega de un cuidado humanizado.

6. Analizar el sistema de salud desde la perspectiva de la humanización, y que todos los actores involucrados, incluyendo al paciente, sus familiares, al propio sistema de salud, al profesional de enfermería y al Estado, tienen la responsabilidad de promover y garantizar un cuidado humanizado y centrado en el paciente.

BIBLIOGRÁFIA

Alcaldía Mayor de Bogotá. (2021). *Humanicemos la atención en salud.* Bogotá: Alcaldía mayor de Bogotá

Aniceto, B., & Barbieri Bombarda, T. (2020). Cuidado humanizado e as práticas do terapeuta ocupacional no hospital: uma revisão integrativa da literatura. *Cadernos Brasileiros de Terapia Ocupacional. , 28*(2), 640-660. doi:https://doi.org/10.4322/2526-8910.ctoAR1867

Arango Bayer, G., & Vega Vega, Y. (2015). Modelo de atención centrado en el paciente en Colombia: la necesidad de un salto desde lo disciplinar hacia lo organizacional realizado por Arango y Vega (2015). *Revista Salud, Historia Y Sanidad, 10*(1), 71-83

Baldini Soarez , C., Komura Hoga, L., Peduzzi, M., Sangaleti, C., Yonekura, T., & Audebert Delage Silva, D. (2014). Revisión Integradora: Conceptos y métodos utilizados en Enfermería. *Revista de la escuela de enfermería de USP, 49*(2), 329-339. doi:https://doi.org/10.1590/S0080-6234201400002000020

Barrios Casas, S., & Paravic Klijn, T. (2009). Percepción de violencia de usuarios hospitalizados en los servicios clínicos de un hospital público de la región de la Araucanía - Chile. *Ciencia y enfermería, 15*(3), 29-43

Beltrán Salazar , O. (2016). El significado del cuidado de enfermería humanizado para quienes participan en él: importancia del esfuerzo de enfermeras e instituciones de salud. *Investigación y Educación en Enfermería, 34*(1), 1-34. doi:https://doi.org/10.17533/udea.iee.v34n1a03

Benner, P. (1984). From Novice to Expert: Excellence and Power in Clinical Nursing Practice. *The American Journal For Nursing, 84*(12), 1480. doi:DOI:10.1097/00000446-198412000-00025

Bobbio, N. (1982). *BOBBIO N. "Presente y porvenir de los derechos humanos", Anuario de Derechos Humanos, N°. 1.* Instituto de Derechos Humanos de la Universidad Complutense

Bourdieu, P. (1999). *La miseria del mundo.* Fondo de Cultura Económica

Burgos Moreno, M., & Paravic Klinj, T. (2003). Violencia hospitalaria en pacientes. *Ciencia y Enfermería, 9*(1), 9-14. Obtenido de http://www.scielo.cl/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S071795532003000100002

Carrillo, R. (1974). *Teoría del Hospital: Arquitectura y Administración. Tomo I. .* Editorial Universitaria de Buenos Aires

Casado, M. (2009). *Sobre la dignidad y los principios. Análisis de la Declaración Universal sobre Bioética y Derechos Humanos de la UNESCO.* Civitas

Castillo Parra, S., Bacigalupo Araya, J., García Vallejos, G., Ramírez Lascano, C., Collado Quesada, C., & Lorca Nachar , A. (2022). Voces docentes que buscan una enseñanza humanizada en enfermería: experiencias virtuales durante la pandemia, dirigido a docentes de enfermería de una escuela chilena. *Texto & Contexto - Enfermagem , 31*(1), 1-12. doi:https://doi.org/10.1590/1980-265X-TCE-2021-0207

Ceballos Vásquez, P. (2010). Desde los ámbitos de enfermería, analizando el cuidado humanizado. *Ciencia y enfermería , 16*(1), 31-35. doi:http://dx.doi.org/10.4067/S0717-95532010000100004

Collado Martínez, R. (2010). Cuidado Espiritual, Labor del Profesional de Enfermería. *Revista 360 [En Linea]*. Obtenido de http://cremc.ponce.inter.edu/360/revista360/ciencia/Cuidado%20espiritual%20enfermeria.pdf

Constitución Política de Colombia, Gaceta 116 (Senado de la República de Colombia 20 de 07 de 1991)

Contreras, S. (2013). El acto de enfermería, entre prudencia y arte. Algunas reflexiones sobre la ética del cuidado. *Enfermería Global, 12*(32), 250-259

Correa Zambrano, M. (2016). La humanización de la atención en los servicios de salud: un asunto de cuidado. *Revista Cuidarte, 7*(1), 1227-1231. doi:http://dx.doi.org/10.15649/cuidarte.v7i1.300

Coughlan, M., & Cronin, P. (2013). *Doing a literature review in Nursing, Health and Social Care.* SAGE Publications

Cruz Riveros , C. (2020). La naturaleza del cuidado humanizado. *Enfermería: Cuidados Humanizados, 9*(1), 21-32. doi:https://doi.org/10.22235/ech.v9i1.2146

De La Cuesta Benjumea, C. (2007). El cuidado del otro: desafíos y posibilidades. *Investigación y Educación en Enfermería, 25*(1), 106-112. Obtenido de http://www.redalyc.org/pdf/1052/105215404012.pdf

Delgado Bravo, A., & Naranjo Toro, M. (2015). El acto de cuidado de enfermería como fundamentación del quehacer profesional investigativo. *Avances en Enfermería, 33*(3), 412-419. doi:doi: http://dx.doi.org/10.15446/av.enferm.v33n3.42015

Denise, P. (2018). *Polit DF, Beck CT, ed. Fundamentos de la investigación en enfermería. Métodos, evaluación y utilización.* Lippincott Williams & Wilkin

Dwan, K., Gamble , C., Williamson, P., & Kirkham, J. (2013). Systematic Review of the Empirical Evidence of Study Publication Bias and Outcome Reporting Bias — An Updated Review. *PLOS ONE, 8*(7), 1-37. doi:https://doi.org/10.1371/journal.pone.0066844

Elío-Calvo, D. (2016). La deshumanización de la medicina. *Cuadernos Hospital de Clínicas, 57*(3), 82-89

Espinosa Aranzales, Á., Enrríquez Guerrero, C., Leiva Aranzales, F., López Arévalo , M., & Castañeda Rodríguez , L. (2015). construcción colectiva de un concepto de cuidado humanizado en enfermería" de Espinosa, Guerrero, Leiva et al, (2015),. *Ciencia y enfermería, 21*(2), 39-49. doi:http://dx.doi.org/10.4067/S0717-95532015000200005

Faundez Ledesma, H. (2014). *El Sistema Interamericano de Protección de los Derechos Humanos. Aspectos Institucionales y Procesales.* Instituto Interamericano de derechos Humanos

Fernández Silva, C., Mansilla Cordeiro, E., Aravena Flores, A., Antiñirre Masilla , B., & Garcés Saavedra, M. (2022). Percepción de los pacientes hospitalizados respecto del cuidado de enfermería. *Enfermería: Cuidados Humanizados, 11*(1), 1-14. doi:https://doi.org/10.22235/ech.v11i1.2635

Frank, A. (1995). *The Wounded Storyteller: Body, Illness, and Ethics.* University Chicago Press

Ganong, L. (1987). Integrative reviews of nursing research. *Res Nurs Health. , 10*(1), 1-11. doi:10.1002/nur.4770100103

Guarìn Berrìo, G., & Castrillòn Agudelo, M. (2009). El mundo de la enfermera: “Uno aquí no se sienta”. Contexto de los cuidados. *Revista Investigación y Educación en Enfermería, 27*(2), 226-234. Obtenido de http://www.scielo.unal.edu.co/scielo.php?pid=S0120

Guillen Velasco, R. (2003). *Cuidar a la familia, el Sentido que tiene para las enfermeras comunitarias.* Universidad Autónoma del Estado de México

Habermas, J. (2004). *El futuro de la naturaleza humana. ¿Hacia una eugenesia liberal?.* Paidós

Herrera, A., Betolaza, E., Murua , F., Martínez, H., & Jiménez , J. (2003). La enfermería en adicciones: El modelo teórico de H. Peplau a través de los patrones funcionales de M. Gordon. Aplicación Práctica. *Elsevier Revista Electrónica, 5*(2), 58-74. Obtenido de https://www.elsevier.es/es-revista-trastornos-adictivos-182-pdf-13045095

Holopainen , G., Nystrom, L., & Kasén, A. (2019). EL encuentro asistencial en enfermería. *Nurs Ethics, 26*(1), 7-16. doi:https://10.1177/0969733016687161

Inca Serna, M. (2017). *Percepción del paciente sobre el cuidado humanizado del equipo de enfermería en el centro quirúrgico de la Clínica Internacional Sede San Borja 2017.* Universidad Mayor de San Marcos

Jimènez Villegas, M., Ortega Vargas, M., Cruz Ayala, G., Cruz Corchado , M., Quintero Barrios, M., Mendoza Romero , E., . . . Hernández Treviño, M. (2003). Satisfacción del usuario como indicador de calidad. *Revista mexicana de Enfermería cardiológica, 11*(2), 58.65. Obtenido de https://www.medigraphic.com/pdfs/enfe/en-2003/en032c.pdf

Johnston, C. (2017). Reconociendo el vínculo entre la significación social y las prácticas. *Córima, Revista de Investigación en Gestión Cultural, 2*(2), 1-34. doi:doi: 10.32870/cor.a2n2.6306

Kant , I. (1989). *La metafísica de las costumbres.* Tecnos

Kant , I. (2016). *Fundamentación de la metafísica de las costumbres.* Austral

Ladrón de Guevara Canedo, R. (2012). *Análisis comparativo de las leyes 1122 de 2007 y 1438 de 2011 en el sistema de seguridad social en salud.* Barranquilla: Universidad de la Costa

Levinas , E. (1984). *Humanismo del Otro Hombre.* Editores S.A.

Ley 100, 41.148 (Congreso de la República de Colombia 23 de 12 de 1993)

Ley 266, 42710 (Ministerio de Educación Nacional 1996 de 2 de 1996)

Ley 911, 45693 (Ministerio de Educación Nacional 6 de 10 de 2004)

Lundberg, S., Balingit , P., Wali, S., & Cope, D. (2010). Cost-Effectiveness of a Hospitalist Service in a Public Teaching Hospital. Acad Med 2010;85(8):1312-5. *Acad Med, 85*(8), 1312-1315. doi:10.1097/ACM.0b013e3181e574c4

Marriner Tomey, A., & Raile Alligood, M. (2007). *Modelos y teorías en enfermería.* Elsevier España

Martínez Rodríguez, T. (2016). *La atención centrada en la persona en los servicios gerontológicos.* Colección Estudios de la Fundación

Medina Moya, J. (2017). *La pedagogía del cuidado: saberes y prácticas en la formación universitaria en enfermería. Revista Dialnet (Revista Online) Madrid: Leartes; 1999. pp. 29-87.* Textos Universitarios

Melo González, J. (1942). *Los Derechos Humanos en Colombia: Consolidación institucional de libertades individuales y derechos sociales*

Michelini, D. (2010). Dignidad humana en Kant y Habermas. *Estudios de filosofía práctica e historia de las ideas, 12*(1), 41-49. doi:http://www.scielo.org.ar/pdf/efphi/v12n1/v12n1a03.pdf

Ministerio de Protección Social. (2021). *Plan Nacional de Mejoramiento de la Calidad en Salud (PNMCS).* Minsalud

Ministerio de Salud y Protección Social . (2020). *Propuesta de política nacional de humanización de la salud.* Ministerio de Salud y Protección Social .

Ministerio de Salud y Protección Social. (16 de 02 de 2016). *PAIS: sistema de salud al servicio de la gente*. Obtenido de Ministerio de Salud y Protección Social: https://www.minsalud.gov.co/Paginas/MinSalud-lanzo-la-nueva-Politica-Integral-de-Atencion-en-Salud-para-beneficio-de-los-colombianos

Ministerio de Salud y Protección Social. (2016). *Política de Atención Integral en Salud "un sistema de salud al servicio de la gente".* Ministerio de Salud y Protección Social

Ministerio de salud y protección social. (2021). *Humanización de la Atención*. Obtenido de Eje de la acreditación: https://acreditacionensalud.org.co/humanizacion-de-la-atencion

Minsalud. (2020). *Política nacional de humanización en salud "entretejemos esfuerzos en la construcción de la cultura de humanización para el goce efectivo del derecho a la salud y la dignidad humana"2021-2031.* Bogotá: Minsalud

Organización Mundial de la Salud (OMS). (2015). *People-centred and integrated health services: An overview of the evidence.* Obtenido de

https://www.who.int/servicedeliverysafety/areas/people-centred-care/evidence-overview/

Organizacion para la excelencia de la salud. (2020). *AHCP: para transformar los servicios de salud*. Obtenido de Atención Humanizada Centrada en el Paciente: https://oes.org.co/atencion-humanizada-centrada-en-el-paciente

Parra Rojas, C. (2018). *Conceptualización de la comunicación enfermera(o) – paciente, dentro del modelo de atención centrado en el paciente.* Universidad Nacional de Colombia

Paz y Miño, E. (2017). La deshumanizaciónde la sociedad. *Razón y palabra, 21*(4), 688-697

Pelé , A. (2015). La dignidad humana: modelo contemporáneo. *Revista Brasileira de Direito, 11*(3), 7-17. doi:10.18256/2238-0604/

Pereira, A., Souza Da Silva, R., De Camargo, C., & Ribeiro De Olivera, R. (2012). Volviendo a los planteamientos de la atención sensible. *Revista Electrónica Trimestral de Enfermería, 1*(25), 343-355

Ramos Guajardo, S., & Ceballos Vásquez, P. (2018). Cuidado humanizado y riesgos psicosociales: una relación percibida por profesionales de enfermería en chile. *Enfermería: Cuidados Humanizados, 7*(1), 12-25. doi:https://doi.org/10.22235/ech.v7i1.1537

Restrepo, L. (1994). *El derecho a la ternura.* Editorial Arango. Obtenido de https://www.uv.mx/veracruz/cosustentaver/files/2015/09/6.-Restrepo-L.2010_El-derecho-a-la-ternura.pdf

Rodríguez, J., Dackiewicz, N., & Toer, D. (2014). La gestión hospitalaria centrada en el paciente. *Archivos argentinos de pediatría, 112*(1), 55-58. doi:http://dx.doi.org/10.5546/aap.2014.55

Romero Ballén, N. (2007). ROMERO, MN. El cuidado de enfermería en la adversidad: compromisos de resistencia desde la docencia. *Avances en Enfermería, 25*(2),

112-123. Obtenido de https://revistas.unal.edu.co/index.php/avenferm/article/view/12815

Ruíz Jiménez, J. (1984). *Aproximación epistemológica a los derechos humanos.* Provea

Ruiz Saavedra, L., & Molina, L. (2018). Cuidado humanizado del profesional de enfermería. *CINA research, 2*(1), 39-45

SanGiovanni, R. (2006). Satisfacción del usuario en relación a la atención recibida del servicio de Enfermería. Centros de Primer Nivel de Atención del Ministerio de Salud Pública (MSP). *Revista Uruguaya de Enfermería, 1*(2), 1-21

Santacruz Bravo, J. (2016). Humanización de la calidad en la atención clínica en salud desde la perspectiva centrada en el paciente a partir de la Resolución 13437 de 1991. *Universidad y Salud, 18*(2), 373-384

Saura, R. (01 de 02 de 2012). *Siete días médicos*. Obtenido de Atención Centrada en la persona: Un nuevo enfoque: Disponible en internet: http://www.sietediasmedicos.com/actualidad/en-portada/item/670-atencion-centrada-en-la-persona-un-nu

Stewart , M., Brown, J., Weston, W., McWhinney, I., McWilliam, C., & Freeman, T. (2003). *Patient Centered Medicine- Transforming the Clinical Method.* Radcliffe Medical Press

Suarez Cuba, M. (2012). Medicina Centrada En El Paciente. *Revsita Médica la Paz , 18*(1), 67-72

Taylor, C. (1996). *Las fuentes del yo. La construcción de la identidad moderna.* Paidós, Barcelona

The Joint Commission. (2010). *Comprehensive Accreditation Manual for Hospitals.* Oakbrook Terrace, IL: Joint Commission Resources

Torres Contreras , C., & Buitrago Vera, M. (2011). Percepción de la calidad del cuidado de enfermería en pacientes oncológicos hospitalizados. *Revista Cuidarte, 2*(1), 138-148. doi:https://doi.org/10.15649/cuidarte.v2i1.49

Torres Ospina, J., Vanegas Dìaz, C., & Yepez Delgado, C. (2016). Atención centrada en el paciente y la familia en la unidad de cuidado intensivo pediátrica del hospital Pablo Tobón Uribe, sistematización de la experiencia. *Revista de Gerencia en Política y Salud, 15*(31), 190-201. doi:10.11144/Javeriana.rgyps15-31.acpf

Universidad Nacional de Colombia. (2018). *Acuerdo 035 de 2003. Por el cual se expide el Reglamento sobre Propiedad Intelectual en la Universidad Nacional de Colombia.* Universidad Nacional de Colombia. doi:http://www.legal.unal.edu.co/sisjurun/normas/Norma1.jsp?i=34248

Waldow, V. (2001). Momento de cuidar: momento de reflexão na ação. *Revista Brasileira de Enfermagem, 62*(1), 140-145

Watson, J. (2008). *Nursing: the Philosophy and Science of caring.* University Press of Colorado

Watson, J. (2010). *measuring caring in nursing and health sciences.* Watson's Caring Science Institute

Whittemore, R. (*Assessing and* 2005). Combinando evidencia en investigación de enfermería: métodos e implicaciones. *Nurs Res., 54*(1), 56-62

Whittemore, R., & Knafl, K. (2005). La revisión integrativa: metodología actualizada. Journal of Advanced Nursing. *Journal of Advanced Nursing, 52*(5), 546-549

Zea Bustamante, L. (2003). Cuidar de otros condicion humana y esencia de una profesion. *Investigación y educación en enfermería, 21*(2), 154-158.