

Artículo de investigación

Alternativas para el cuidado humanizado en la atención de enfermería en dos hospitales universitarios

Ángela-Fernanda Espinosa-Aranzaes¹; Felipe Leiva-Aranzaes²; Carolina-Lucero Enríquez-Guerrero³; Otto-Hernando Sánchez-Contreras⁴; Olga-Lucía Moya-Sáenz⁵

1. Escuela de Medicina y Ciencias de la Salud, Universidad del Rosario. Bogotá, Colombia
2. Universidad de Ciencias Aplicadas (UDCA). Bogotá, Colombia.
3. Facultad de Enfermería. Universidad Nacional de Colombia. Bogotá, Colombia.
4. Ontario Tech University. Ontario, Canadá.
5. Escuela de Administración, Universidad del Rosario. Bogotá, Colombia.

Resumen

Introducción: el cuidado humanizado de enfermería se ha visto limitado. Los profesionales en el área clínica en Colombia se centran en actividades administrativas, relegando el cuidado directo y la relación interpersonal.

Objetivo: identificar alternativas a nivel profesional e institucional para fortalecer el cuidado humanizado de enfermería en dos hospitales universitarios.

Métodos: estudio cualitativo hermenéutico de tipo dialéctico participativo. Los participantes recibieron insumos teóricos sobre los conceptos de hombre, humanismo, enfermería, cultivo de sí, entre otros, y se les solicitó un diagnóstico del estado del cuidado humanizado para buscar alternativas. El diálogo entre la teoría y la praxis fue evaluado a través del análisis de contenido y los resultados fueron validados por los participantes. Se incluyeron 57 personas, se realizaron 21 grupos focales y tres entrevistas semiestructuradas.

Resultados: las principales limitantes identificadas fueron: alto volumen de trabajo, excesiva normatividad, automatización del ejercicio profesional, inadecuada priorización de las necesidades del paciente, y fallas en la promoción del autocuidado, en el seguimiento a las tareas delegadas y en la comunicación. Como alternativas se propusieron: mayor disponibilidad de recurso humano y físico, planes de cuidado, revisión de protocolos institucionales, reingeniería de la gestión del cuidado, cuidado directo del paciente y fomento del trabajo en equipo.

Conclusiones: en las instituciones de estudio, disponer de tiempo para pensar, planear, brindar cuidado directo e integral y hacer seguimiento a las tareas delegadas son las condiciones para que el cuidado de enfermería se dé de manera humanizada. La disponibilidad de tiempo está sujeta a la de recursos, lo cual determina el impacto de la acción profesional de enfermería.

Palabras clave: cuidado de enfermería; humanización de la atención; servicio de enfermería; hermenéutica.

Información del artículo

Autor de correspondencia
Ángela-Fernanda Espinosa-Aranzaes
angela.espinosa@urosario.edu.co

Cómo citar este artículo
Espinosa-Aranzaes AF, Leiva-Aranzaes F, Enríquez-Guerrero CL, Sánchez-Contreras OH, Moya-Sáenz OL. Alternativas para el cuidado humanizado en la atención de enfermería en dos hospitales universitarios. Rev Colomb Enferm [Internet]. 2024;23(1),e063.

doi <https://doi.org/10.18270/rce.v23i1.4217>

Recibido: 09-12-2022
Aceptado: 15-02-2024

Ediciones anteriores

Redes sociales



Alternatives for human caring in nursing care at two university hospitals

Abstract

Introduction: Human caring in nursing has been limited. Clinical professionals in Colombia focus on administrative activities to the detriment of direct care and interpersonal relationships.

Objective: To identify alternatives at the professional and institutional levels to strengthen human caring in nursing at two university hospitals.

Methods: A qualitative hermeneutic study with a dialectical-participatory approach was conducted. Participants received theoretical input on the concepts of man, humanism, nursing, self-cultivation, and others and were asked to make a diagnosis of the state of human caring in order to seek alternatives. The dialog between theory and practice was evaluated through content analysis, and the participants validated the results. Fifty-seven people were included, 21 focus groups and three semi-structured interviews were conducted.

Results: The main barriers identified were high workload, excessive regulation, automation of professional practice, inadequate prioritization of patient needs and failures to promote self-care, failures to follow up on delegated tasks, and failures in communication. Suggested alternatives included increasing availability of human and physical resources, care plans, revising institutional protocols, redesigning care management, direct patient care, and promoting teamwork.

Conclusions: In the institutions studied, time for reflection, planning, direct and comprehensive care, and follow-up on delegated tasks are the conditions for human caring. Time availability is subject to the availability of resources, which determines the impact of professional nursing action.

Keywords: nursing care; humanization of assistance; hospital nursing service; hermeneutics.

Alternativas para o cuidado humanizado na assistência de enfermagem em dois hospitais universitários

Resumo

Introdução: o cuidado humanizado de enfermagem tem sido limitado. Os profissionais da área clínica na Colômbia têm se concentrado nas atividades administrativas, relegando o cuidado direto e as relações interpessoais.

Objetivo: Identificar alternativas a nível profissional e institucional para fortalecer o cuidado humanizado na atenção de enfermagem profissional em dois hospitais universitários.

Métodos: estudo hermenêutico qualitativo do tipo dialético participativo. Os participantes receberam recursos teóricos sobre os conceitos de homem, humanismo, enfermagem, autocultivo, entre outros, e foram solicitados a diagnosticar o estado do cuidado humanizado para buscar alternativas. O diálogo entre teoria e práxis foi avaliado por meio de análise de conteúdo e os resultados foram validados pelos participantes. Foram incluídas 57 pessoas, realizados 21 grupos focais e três entrevistas semiestruturadas.

Resultados: as principais limitações identificadas foram: alto volume de trabalho, regulamentações excessivas, automatização da prática profissional, priorização inadequada das necessidades dos pacientes e falhas na promoção do autocuidado, no monitoramento de tarefas delegadas e na comunicação. Como alternativas foram propostas: maior disponibilidade de recursos humanos e físicos, planos de cuidados, revisão de protocolos institucionais, reengenharia da gestão do cuidado, cuidado direto ao paciente e promoção do trabalho em equipe

Conclusões: nas instituições estudadas, ter tempo para pensar, planejar, prestar um cuidado direto e integral e acompanhar as tarefas delegadas são condições para que o cuidado de enfermagem seja prestado de forma humanizada. A disponibilidade de tempo está sujeita à disponibilidade de recursos, o que determina o impacto da ação profissional da enfermagem.

Palavras-chave: cuidados de enfermagem; humanização do atendimento; Serviço de enfermagem; hermenêutica.

Introducción

El cuidado de enfermería debe tener intrínseco el aspecto humano representado en una práctica profesional caracterizada por la empatía, el respeto mutuo y la comunicación asertiva, en la cual el centro sea la persona receptora de la atención y su familia (1). En enfermería este aspecto es fundamental para que se dé la relación interpersonal que requiere todo acto de cuidado (2). Además de los aspectos técnicos e instrumentales, la responsabilidad de enfermería trasciende a elementos de orden cultural, afectivo y de comunicación (3). En Colombia, en la actualidad, las condiciones en las que se presta el cuidado hospitalario implican dedicar más tiempo de enfermería a tareas de orden administrativo (4), lo cual limita el contacto directo de los profesionales con los pacientes (5), llevando a los enfermeros a una práctica profesional ambigua entre las exigencias del sistema y las de un cuidado

humanizado profesional (6). En consecuencia, se afecta de modo negativo la calidad del cuidado, en particular la integralidad, que debe tener en cuenta tanto la parte biológica como la afectiva y la social del paciente, la priorización de necesidades y la respuesta que se les dé, la anticipación del riesgo y la participación activa del sujeto en su proceso de cuidado. Esto, en general, incide en los resultados clínicos esperados del paciente. Es decir, se deja de dar cuidado de enfermería, se omiten acciones de cuidado que la persona necesita, que de darse constituirían una atención más integral, fenómeno denominado “cuidado perdido de enfermería” (7).

En respuesta a esto, se han generado planes que buscan favorecer la relación de enfermería con el paciente desde perspectivas de estrategias del servicio, estrategias comunicativas y modelos de atención (8). Este manuscrito corresponde a la segunda parte de una investigación dialéctica, participativa de tipo hermenéutico, el objetivo de la primera parte fue construir colectivamente un concepto de cuidado humanizado y a partir de él se estableció un diagnóstico y se identificaron alternativas. Este se definió como:

[...] el acto de cuidar al individuo, la familia y la colectividad 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 (9).

Este concepto se construyó porque para la época del estudio no se encontró uno que pudiera adaptarse a la realidad de las dos instituciones, además se deseaba diagnosticar e identificar alternativas, por lo cual fue necesario que los sujetos de investigación participaran en su construcción. Este artículo busca aportar información que brinde herramientas al profesional de enfermería y a las instituciones hospitalarias para el ejercicio del cuidado humanizado. El objetivo de este estudio fue identificar participativamente alternativas de orden profesional e institucional para el cuidado humanizado en los servicios de enfermería en dos hospitales universitarios.

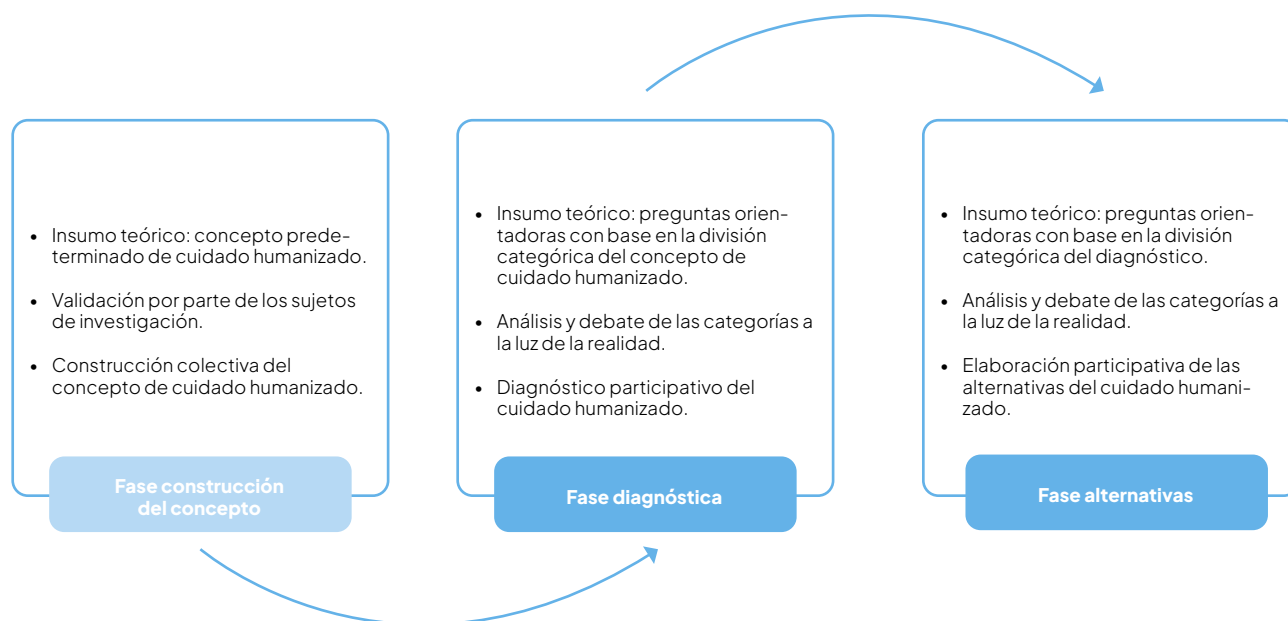
Métodos

Este es un estudio cualitativo hermenéutico de tipo dialéctico participativo. El componente dialéctico participativo (10), que puede rastrearse en los análisis del profesor David Harvey, hace referencia a la construcción de conocimiento a partir de un insumo teórico inicial que se entrega a los sujetos de investigación para que ellos lo analicen, lo deconstruyan y lo enriquezcan a la luz de la realidad práctica, así el componente participativo se entiende como la intencionalidad de estimular la práctica transformadora de la realidad mediante su investigación y aprendizaje (11). En esta investigación, los autores facilitaron el análisis dialéctico del concepto de cuidado humanizado elaborado en la fase inicial, buscando entablar un diálogo abierto entre el concepto construido (9) y la praxis concreta del cuidado clínico. Se tuvo en cuenta la concepción intersubjetiva de lo que debería ser el cuidado humanizado y lo que es en la realidad (12). Esto con el fin de desarrollar un ejercicio de comprensión hermenéutica de las acciones y las actitudes de los sujetos enfermeros.

Esta hermenéutica del cuidado enfermero está basada en los trabajos de Dilthey, Gadamer y Ricoeur, según la cual la interpretación hermenéutica sugiere un ejercicio de “comprensión” de la acción humana, de las “acciones significativas” del ser humano, pues, al igual que los textos, las acciones tienen significado hasta mucho tiempo después de realizarse, lo que implica, en este caso, una mirada a la historia de la enfermería, al sentido y al significado de sus acciones y discursos pasados para poder comprender su actividad presente (13).

Basados en la diversidad de saberes en el ejercicio del cuidado de enfermería, los autores afrontaron el problema de la construcción del concepto, la elaboración del diagnóstico y la identificación de alternativas de cuidado humanizado entregando inicialmente insumos teóricos para ser analizados y trabajados por los participantes durante los grupos focales y las entrevistas (véase Figura 1). Este artículo corresponde a los hallazgos de las fases de diagnóstico y de alternativas.

Figura 1. Proceso metodológico dialéctico participativo de la investigación. La presente investigación corresponde a la fase diagnóstica y a la fase alternativas



El estudio obtuvo la aprobación del Comité de Ética en Investigaciones de los dos hospitales universitarios. Los participantes se invitaron en todos los servicios hospitalarios en cada uno de los cuatro turnos: mañana, tarde, noches par e impar. Se les explicó los supuestos básicos de la investigación, la motivación y los aspectos claves de la metodología, así como las formas de recabar la información. Se seleccionaron según dos criterios de inclusión: que fueran profesionales de enfermería y que tuvieran por lo menos tres meses de experiencia laboral en sus respectivas instituciones. Quienes decidieron participar firmaron un consentimiento informado denominado documento de participación voluntaria.

Participaron 57 profesionales de enfermería, 50 mujeres y 7 hombres, que laboraban en dos hospitales universitarios de la ciudad de Bogotá. Para la fase diagnóstica, se desarrollaron siete grupos focales con un rango entre 4 y 10 participantes y dos entrevistas. En la fase de alternativas, se realizaron 14 grupos focales con el mismo rango de la fase diagnóstica y una entrevista. No todos los 57 participantes asistieron a cada una de las fases, dadas sus ocupaciones; sin embargo, siempre se aseguró mantener la continuidad de la información y la saturación de los hallazgos en la muestra.

Hubo diversidad de enfermeros participantes en cuanto a edad, universidades de las cuales provenían, antigüedad en la institución y de ejercicio profesional.

Para la fase diagnóstica, las preguntas guía del estudio fueron:

1. ¿Cómo está la profesión de enfermería en esta institución respecto al cuidado humanizado?
2. Desde el punto de vista profesional, ¿el servicio de enfermería concibe de manera integral al sujeto del cuidado?
3. ¿En ese acto de cuidado el profesional de enfermería reconoce al paciente en cuanto a su dignidad y condición humana?
4. ¿Se respetan los principios éticos profesionales de autonomía, justicia, beneficencia, no maleficencia?
5. ¿El cuidado del paciente se da bajo una reflexión científica del profesional de enfermería?
6. ¿Existe respuesta a las necesidades de cuidado del paciente?
7. ¿Se da la promoción del autocuidado?
8. ¿El cuidado se da mediante una comunicación asertiva?

Para la fase de alternativas, fue necesario hacer cuatro sesiones: en la primera se presentó el análisis de los resultados de la fase diagnóstica para validación de los participantes, seguida de sesiones durante las cuales, a partir de estos, se solicitaron opciones de mejora a las limitantes identificadas. Dado que las respuestas de los participantes inicialmente se centraban en mejoras de orden institucional, sin recabar en aquellas de orden profesional, fue preciso realizar talleres que motivaran la reflexión acerca de la problemática profesional y de las actividades que era preciso adelantar para mejorar. De esta forma, en la segunda sesión, se realizó un taller denominado “Trabajo colectivo organizado”, fundamentado en la visión teórica del desarrollo social local participativo (14), metodología de origen japonés que propone el trabajo colectivo y participativo como medio y modo para el desarrollo sostenible y autónomo de comunidades. En la tercera sesión, se hizo un taller denominado “Preparación social de enfermería, una alternativa para el cuidado humanizado: el caso del registro de medicamentos”. Con base en la información recolectada durante estas sesiones, los investigadores identificaron la formulación suficiente de alternativas para el cuidado humanizado en enfermería que en la cuarta sesión fueron sometidas a validación de los participantes.

Las entrevistas y grupos focales fueron realizadas por alguno de los investigadores de campo siempre apoyado por uno de los otros dos. El rol del investigador que estaba a cargo fue dar la introducción pertinente para la sesión, formular las preguntas orientadoras y mantener la discusión en línea con el objetivo planteado. Las entrevistas y los grupos focales fueron grabados como audio (MP3) y transcritos manualmente, con duración promedio de una hora y dos horas, respectivamente. El número de grupos focales y entrevistas ofrecieron datos suficientes que permitieron identificar repetición de ideas en las diferentes categorías de análisis, lo cual llevó a establecer el grado de saturación del dato. A partir de la información obtenida, se estableció un diagnóstico amplio de cuidado humanizado y se identificaron alternativas diversas para su mejoramiento. Se percibió saturación de los datos cuando las respuestas dejaron de aportar información nueva. Se discutió esta saturación dentro del grupo investigador y luego de esto se detuvo el trabajo de campo (15, 16).

Teniendo en cuenta el enfoque dialéctico de la investigación, a lo largo de esta se validaron los resultados con los participantes y se hicieron los ajustes pertinentes. Fue empleada la técnica de análisis narrativo de contenido (17, 18). La hermenéutica se aplicó al análisis narrativo mediante un movimiento circular (círculo hermenéutico) que parte de lo dicho por los participantes, pasando por la historia de los conceptos enunciados para volver sobre la actualidad de lo narrado y lograr una interpretación analógica del contenido (19). La codificación se realizó manualmente con notas al margen, usando distintos colores para señalar las diferencias entre categorías. Se hizo control del dato con verificación cruzada entre investigadores. Para cada uno de los componentes del concepto de cuidado humanizado, se identificaron tres dimensiones: posibilidades, limitantes y alternativas. Los comentarios textuales extraídos de los participantes fueron codificados conservando el anonimato de cada uno de la siguiente manera: se diferencia si el apartado fue extraído de un grupo focal (GF) o de una entrevista (E), si pertenece a la fase diagnóstica (FD) o de alternativas (FA) y si es del Hospital uno (H1) o del Hospital dos (H2).

Resultados

Para presentar los resultados se dividió el concepto de cuidado humanizado en siete categorías. Por cada constructo, se indican las posibilidades ya existentes, las limitantes identificadas por los participantes (véase Tabla 1) y las alternativas propuestas (véase Tabla 2).

Concepción integral del sujeto, dignidad y condición humana, y principios éticos

Las posibilidades existentes para brindar un cuidado humanizado identificadas por los participantes incluyen que la concepción integral del sujeto es una característica institucional orientada por la misión y visión de la entidad respectiva. La dignidad humana debe ser un valor reconocido en el marco de un ser integral con derechos. En cuanto a los principios éticos, los participantes manifestaron el acato al principio de beneficencia y un acuerdo de no maleficencia. Entre las principales limitantes para concebir de manera integral al sujeto de cuidado, los participantes identificaron la insuficiente disponibilidad de tiempo, debido al volumen de trabajo que restringe el espacio de dedicación a los pacientes, y en cuanto a dar un trato acorde con la dignidad humana, la limitante de recursos y las condicionantes de las entidades promotoras de salud (EPS). Otra limitante relacionada con estas tres características del cuidado humanizado es la poca participación y presencia de la familia durante la estancia hospitalaria, debido a las barreras impuestas por las instituciones (véase Tabla 1).

En respuesta a estas limitaciones, los participantes consideraron necesario disponer de mayor cantidad de recurso humano para dedicar el tiempo de atención necesario a cada paciente, contar con personal administrativo de apoyo en cada servicio, involucrar a la familia en el proceso de cuidado, ejercer la enfermería de manera profesional y fomentar la transmisión de valores de generaciones antiguas a las nuevas (véase Tabla 2).

Reflexión científica

Para los participantes, la reflexión científica hace parte del ejercicio cotidiano de enfermería y provee liderazgo a los profesionales en equipos de trabajo con auxiliares de enfermería. Sin embargo, esta se ve limitada por la automatización en la realización constante de algunos procedimientos y por falta de actualización continua (véase Tabla 1). Como alternativas para la reflexión científica se propone destinar mayor cantidad de tiempo al ejercicio reflexivo, a la elaboración y aplicación de planes de cuidado y al proceso de atención de enfermería, a la revisión de los protocolos institucionales de enfermería, y a la realización de la reingeniería de la gestión y administración teniendo en cuenta el conocimiento de la disciplina (véase Tabla 2).

Respuesta a las necesidades de cuidado de los pacientes, promoción del autocuidado y comunicación asertiva

Las posibilidades evidenciadas para dar respuesta a las necesidades de cuidado de los pacientes son el cuidado holístico que brindan los profesionales y el trabajo interdependiente que hace enfermería como profesión de enlace. En este sentido, los participantes reconocieron que los profesionales de enfermería pueden realizar acciones independientes, interdependientes y dependientes. En cuanto a las dos primeras, se identificaron como limitantes la inadecuada priorización de las necesidades del paciente, la falta de análisis y priorización sobre el trabajo diario, y el poco acompañamiento en las tareas delegadas a las auxiliares de enfermería. En cuanto a las acciones dependientes, la mayor limitante identificada fue el tiempo y energía dedicados a completar trámites institucionales, que pueden afectar respuestas oportunas a las necesidades de los pacientes, pues la alta demanda de tareas administrativas limita el cuidado directo y, por ende, la promoción del autocuidado. Además, la falta de estructuración de un plan de educación al paciente y la insuficiente competencia para la comunicación del cuidado son limitantes tanto para la promoción del cuidado como para la comunicación asertiva (véase Tabla 1).

Así mismo, los participantes observaron que las alternativas propuestas para garantizar la promoción del autocuidado y una respuesta efectiva a las necesidades requieren involucrar a la familia en el tratamiento y cuidado, además de dedicar una mayor cantidad de tiempo para compartir directamente con el paciente. Se evidenció también la necesidad de fortalecer el procedimiento de la entrega de turno y la transferencia de conocimiento entre generaciones de profesionales de enfermería. Con el fin de fortalecer la comunicación asertiva, se propuso crear grupos que fomenten la buena comunicación, así como el fortalecimiento del colegaje y el trabajo en equipo (véase Tabla 2).

Los participantes propusieron otras alternativas orientadas a conocer las reglas del sistema económico en el cual están ejerciendo, engranarse en el sistema de gestión de calidad, evidenciar el rol del profesional de enfermería ante la sociedad y mejorar las condiciones en las que se ejerce la enfermería clínica.

Tabla 1. Limitantes para el cuidado humanizado identificadas por los participantes.

Cuidado integral
Limitaciones de tiempo debido al excesivo volumen de trabajo
<ul style="list-style-type: none">“... esas limitaciones son de tiempo y de volumen porque un paciente se multiplica por 3 o 4 personas” (GF1FDH1).
Falta de continuidad en el cuidado
<ul style="list-style-type: none">“... a veces no hay continuidad, cuando falta alguien en un servicio, ahí se rompe la continuidad, queda sobrecarga de trabajo, eso rompe a veces la estabilidad del servicio y la parte integral de tratar al paciente” (GF1FDH1).
Excesiva normatividad
<ul style="list-style-type: none">“Son tantos procesos, tantas normas, tantos pasos que hay que seguir a veces” (GF1FDH2).

Dignidad y condición humana

Condiciones establecidas por las entidades promotoras de salud y por la institución relacionada con trámites administrativos

- “No se debe estigmatizar al paciente por estrato social, muchas veces porque una persona es subsidiada y la otra es de una EPS privada a ese paciente se le corre más administrativamente y en todos los aspectos. Entonces hay discriminación y eso no debe ser así” (GF2FDH1).

Limitación de recursos

- “... que no haya agua caliente, que no se le pueda brindar la suficiente privacidad con la estructura física. Que no tiene que ver con la disposición del profesional para tratar o no dignamente al paciente o al familiar” (GF1FDH1).

Barreras de acceso de la familia

- “... frecuentemente aquí se pasa por encima de la familia del paciente, a veces pedir una boleta para acompañarlo permanentemente es un dilema” (GF5FDH1).

Principios éticos

Presión por exigencia de gestión

- “... en aras de cumplir con objetivos, metas, en términos de números, indicadores, estadísticas... en ese afán de cumplir, sobrepasamos lo que es el cuidado humanizado” (GF4FDH1).

Reflexión científica

Automatización de las actividades de enfermería

- “... cuando uno ha hecho demasiadas veces una misma actividad o procedimiento, la reflexión se empieza a perder, uno se empieza a volver más automático” (GF1FDH1).

Conformismo, falta de actualización

- “... es como el conformismo a saber que hay que hacer las cosas de la manera en que el sistema nos lo exige, pero nada más... muy poco se investiga, muy poco se documenta” (GF1FDH1).

Respuesta a las necesidades de cuidado de los pacientes

Falta acompañamiento en las tareas delegadas

- “... las niñas auxiliares o las enfermeras hacen la atención a su paciente, pero les falta más para identificar muchas otras vainas, por ejemplo las caídas que pasan, algo tan sencillo como que la niña pasa le toma los signos, lo acomoda, le echa cremita y se va, ella sale y dos minutos después el paciente se cayó, ¿por qué?, porque el paciente se levantó al baño, entonces qué paso ahí, en ese momento en el que ella estuvo con el paciente no le identificó la necesidad” (E1FDH2).

No priorización de necesidades – Falta de análisis sobre el trabajo diario

- “Yo pienso que a nosotras como enfermeras nos falta establecer unas prioridades dentro del turno, de una retrospectiva, de uno mirar, analizar qué hizo en su turno, en qué falló” (E1FDH2).

Promoción del autocuidado

Falta estructuración en la educación para promover el autocuidado

- “Yo pienso que ser un poquito más estructurado en la parte de educación al paciente para que se enfrente a su patología como tal” (E1FDH2).

Comunicación asertiva

Falta de competencia para la comunicación con los pacientes y con los familiares

- “... yo a veces veo a la mayoría de las personas muy prevenidas con el paciente para dar una información y eso hace que a veces aparezcan las dificultades, las quejas” (E1FDH2).

Falta de competencia para comunicar estrategias de cuidado

- “... no logran entre colegas con el mismo nivel de educación decirse cosas sencillas, decirse cosas sencillas, como usted me dejó pendiente, está pendiente colocar este medicamento, no sé cualquier cosa y no lo gran comunicarse” (GF4FDH1).

GF: grupo focal; E: entrevista; FD: fase diagnóstica; FA: fase alternativa; H: hospital

Tabla 2. Alternativas identificadas por los participantes para el cuidado humanizado. El texto adicional que aparece en el título corresponde a comentarios al pie de la tabla para aclarar siglas y aspectos importantes : GF: grupo focal; E: entrevista; FD: fase diagnóstica; FA: fase alternativa; H: hospital * Las alternativas referentes a disponer de mayor tiempo para atender al paciente e involucrar a la familia en el cuidado del paciente fueron comunes para las categorías Concepción integral del sujeto, Respeto a la dignidad humana, Respeto por los principios éticos, Promoción del autocuidado y Respuesta a las necesidades del paciente.

Cuidado integral
<p>Disponer de más tiempo para atender a los pacientes* y para la reflexión científica</p> <ul style="list-style-type: none"> • “Si hubiera una estandarización para calcular tiempos que garanticen la interacción con las personas para que tú puedas promover actos de cuidado” (GF2FAP1H1).
<p>Involucrar a la familia en el cuidado del paciente*</p> <ul style="list-style-type: none"> • “La familia es primordial para poder hacer un cuidado humanizado, sin relación con la familia, muy difícil es relacionarse con el paciente” (GF4FAP1H2).
Dignidad y condición humana
<p>Contar con recursos humanos suficientes</p> <ul style="list-style-type: none"> • “Para uno poder gestionar el tiempo necesita personal suficiente, con 50 pacientes y dos auxiliares cada uno con 25 pacientes y una jefe viendo por todos, yo así no puedo planear el cuidado” (GF4FAP1H2).
Principios éticos
<p>Ejercer la enfermería de manera profesional</p> <ul style="list-style-type: none"> • “Si yo no evalúo el proceso de administración de medicamentos, el riesgo que existe frente al paciente es grande y el riesgo legal también” (GF3FAP1H1).
<p>Transmisión de valores e identidad profesional de antiguas a nuevas generaciones</p> <ul style="list-style-type: none"> • “Educar en que Enfermería es enlace, pero es un enlace amoroso, un enlace de que me ayuda en mis funciones para minimizar el esfuerzo” (GF1FAP2H2).
Reflexión científica
<p>Elaboración de planes de cuidado</p> <ul style="list-style-type: none"> • “El plan de cuidado lo hace la enfermera, no la fisio, no la auxiliar ni la nutricionista, entonces ahí me posiciono, ahí el sistema dice esto solo lo hacen las enfermeras, y ofrezco un valor agregado” (GF1FAP1H1).
<p>Revisión de los protocolos de enfermería</p> <ul style="list-style-type: none"> • “Toca es como poner los diferentes protocolos, que nos diga qué debe hacer la enfermera, qué debe hacer la auxiliar dentro de cada uno de los gremios” (G1FAP2H1).
<p>Hacer reingeniería de gestión y administración</p> <ul style="list-style-type: none"> • “Una idea de lo que sería una mejor gestión, es hacer menor cantidad de cosas con mejores resultados” (G1FAP2H1).
<p>Aplicar el proceso de atención en enfermería</p> <ul style="list-style-type: none"> • “Si se aplica el proceso de enfermería se podría ver la costo-efectividad de nuestras tareas, el valor que tiene la enfermera y el valor agregado que presta” (G2FAP2H1).
Respuesta a las necesidades de cuidado de los pacientes
<p>La buena entrega de turno para el cuidado y la gestión del tiempo</p> <ul style="list-style-type: none"> • “Nosotras como enfermeras tenemos que aprender a hacer una buena entrega de turno, a conocer el paciente, conocer su diagnóstico, conocer sus necesidades” (GF4FAP1H2).
Comunicación asertiva
<p>Lenguaje adecuado en la relación con el equipo de salud</p> <ul style="list-style-type: none"> • “Cuando uno lo vende así, con un lenguaje profesional, eso es algo que nadie más puede hacer” (GF1FAP1H1).
<p>Fomentar la comunicación asertiva mediante un grupo líder que vele por ello</p> <ul style="list-style-type: none"> • “Ser multiplicadores, de pronto con un grupo líder que esté en eso, todo el tiempo mirando como es la comunicación” (GF4FAP1H2).
<p>Colegaje-trabajo en equipo</p> <ul style="list-style-type: none"> • “Las enfermeras tenemos que aprender a trabajar en grupo” (GF1FAP2H2).

Discusión

Este estudio presenta los resultados de dos instituciones hospitalarias en las que los profesionales de enfermería participantes tuvieron voz para proponer un concepto de cuidado humanizado que tuviera sentido desde su realidad y a partir de él establecer un diagnóstico de su estado actual y proponer alternativas para mejorarlo. Por el enfoque metodológico, estos hallazgos permitieron profundizar en la realidad del cuidado humanizado de estas dos instituciones. Su aplicación a ambientes hospitalarios similares está sujeta a las condiciones contextuales de cada entidad.

Concepción integral del sujeto, dignidad y condición humana, y principios éticos

La concepción holística del sujeto de cuidado es un requisito para la relación interpersonal propia del acto de cuidado de enfermería y de la identidad profesional (20). La dignidad humana se considera como un principio del cuidado (2) y los participantes la identificaron como un valor que permite reconocer al otro como un ser integral con derechos. El respeto inherente por los principios de beneficencia y no maleficencia manifestado por los participantes va en consonancia con lo evidenciado en la literatura (21–23).

La falta de continuidad en el cuidado fue identificada por los participantes como limitante para la visión holística del paciente. Tal continuidad se ve afectada por falta de recurso humano que supla las carencias ocasionales, lo cual limita la comunicación efectiva entre los miembros del equipo de enfermería, principalmente en momentos claves como la entrega de turno, tal como lo afirma Guevara-Lozano et ál. (24).

Otra de las limitantes identificadas fue la falta de tiempo suficiente para el cuidado integral de enfermería, lo cual además puede afectar el acto humanizado del cuidado con menoscabo de la dignidad. Los trámites administrativos de validación de derechos establecidos por las EPS, que condicionan la prestación de los servicios, son una barrera a la oportunidad de acceso del paciente a la atención dada por el profesional de enfermería. Así mismo, la sostenibilidad financiera limita la disponibilidad de recursos para prestar servicios a la altura de la dignidad humana (25). La preocupación de los profesionales por la condicionalidad del respeto al principio de justicia y de autonomía, tanto del paciente como del profesional, dada por los requisitos diferenciales para la atención según los beneficios de los planes de salud como por la presión de productividad en un ambiente de vulnerabilidad humana, pone de manifiesto cómo el sistema de salud, manejado como un mercado (25), puede ir en detrimento del cuidado humanizado.

Como alternativa para consolidar el cuidado integral, los participantes plantearon incluir a la familia en la atención del paciente, lo cual obedece a un fundamento del cuidado de enfermería (26). La evidencia indica que el incluir la familia tiene resultados positivos en la evolución del sujeto de cuidado (27). Casos exitosos reportan cómo el cuidado de enfermería en obstetricia centrado en la persona y en la dignidad humana muestran menor tasa de cesáreas y episiotomías (28–29). Otra de las alternativas propuestas fue contar con recursos humanos suficientes y con personal de apoyo administrativo de piso, lo que va en consonancia con los atributos de calidad del modelo de atención en salud en Colombia, en el marco de la seguridad del paciente, elemento fundamental para el cuidado humanizado y el respeto por la dignidad humana (25).

Los participantes también propusieron ejercer la enfermería de manera profesional para favorecer la gestión del riesgo e impactar el paciente y por ende la institución y la práctica disciplinar. Aquí se pueden plantear dos reflexiones. La primera sugiere que los participantes percibían que no estaban ejerciendo la enfermería de manera profesional, lo que lleva a pensar en qué significa no ejercerla de esta forma y las razones para que esto no esté sucediendo. El significado puede poner de manifiesto la desvirtuación del rol del profesional de enfermería, en el cual el cuidado directo ya no es la prioridad, sino las labores administrativas y las tareas generales del servicio (4). El plantearlo como alternativa se puede entender como un deseo de los enfermeros por volver a la esencia del ejercicio de la profesión en el ámbito hospitalario, que es el cuidado directo de la persona y la familia (4). La segunda reflexión se refiere al impacto positivo en cuanto a gestión del riesgo que los enfermeros reconocían como consecuencia de ejercer la enfermería bajo los principios profesionales.

Los participantes también sugirieron que los profesionales de mayor antigüedad y experiencia, apropiados de valores e identidad profesional, transmitieran estos comportamientos a nuevas generaciones. Una forma de entender esta propuesta es la necesidad de consolidar el actuar ético a pesar de ejercer la enfermería en un rol limitado. Este es un llamado tanto a las instituciones hospitalarias como a las universidades, dado que no es posible un ejercicio libre y asertivo de la enfermería sin respetar los principios éticos (30–32).

Reflexión científica

Las participantes reconocieron que la reflexión científica está presente en las actividades de cuidado directo de enfermería, lo cual corresponde a los principios del ejercicio profesional (4). Sin embargo, identificaron como limitantes la automatización de las actividades, el conformismo y la falta de actualización. Una de las alternativas propuestas fue tener tiempo para la reflexión, lo cual requiere que esta se integre a la práctica profesional y esté en continua actualización a la par del avance del conocimiento científico, para así asegurar un cuidado informado por evidencia (33). Otras alternativas corresponden al ámbito disciplinar y demandan un trabajo articulado con la institución, que incluya elaboración sistemática de planes de cuidado, aplicación del proceso de atención en enfermería, revisión de los protocolos de enfermería institucional y evaluación de estos a la luz de la evidencia y de las necesidades reales. Sin embargo, no es suficiente que esas herramientas metodológicas existan, sino que se den las condiciones de recursos, tiempo (34) y tecnología para poder aplicarlas (3, 24). Así mismo, la reflexión científica, la actualización continua y la articulación de herramientas disciplinares con los planes institucionales requieren de tiempo y de recursos. No obstante, las instituciones hospitalarias se encuentran bajo presión por productividad, que limita una apropiada relación enfermero-paciente (34), lo cual favorece la realización de actividades en forma automática por parte de los profesionales quienes se ven presionados a cumplir con una serie de tareas durante el turno (35). Hacer reingeniería para la gestión y administración, basados en el conocimiento de la disciplina de enfermería, requiere de la unión entre la asistencia y la docencia a la luz de la realidad, entendiendo que el conocimiento que se genera deberá impactar positivamente al sujeto de cuidado, la profesión de enfermería y por ende al equipo de salud y a la institución (4, 36).

Respuesta a las necesidades de cuidado de los pacientes, promoción del autocuidado y comunicación asertiva

Los participantes reconocieron que el cuidado holístico es necesario para dar respuesta a las necesidades de los pacientes y que enfermería puede realizar acciones independientes, interdependientes y dependientes, una afirmación que se encuentra en la definición de cuidado de enfermería propuesta por Rodríguez et ál. (2). La promoción del autocuidado es un elemento básico del cuidado de enfermería, dado que uno de los pilares de la profesión es favorecer las potencialidades del ser humano, promoviendo su pronta recuperación (37). A pesar que, como actividad institucional, el autocuidado se promueve y ejerce durante el egreso hospitalario, esta actividad debería ser fomentada a lo largo de todo el proceso de atención.

Para las acciones interdependientes y dependientes en enfermería, se identificaron como limitantes la insuficiente priorización de las necesidades del paciente, y la falta de análisis sobre el trabajo diario y de acompañamiento en las tareas delegadas a las auxiliares de enfermería. Esto refleja una afectación en la gestión del cuidado, categoría clave en el quehacer de enfermería (38), lo cual disminuye el impacto del cuidado de enfermería en el paciente. Las acciones dependientes encuentran limitantes en la forma como está organizada la atención en las instituciones, que supeditan el actuar de enfermería a que se cursen procesos establecidos que no siempre corresponden a los tiempos oportunos de respuesta para el paciente (30, 39). Las limitantes identificadas por los participantes para la promoción del autocuidado durante el ejercicio de enfermería se refieren a la falta de un plan estructurado para realizar esta actividad y al número de actividades administrativas que le son asignadas, impidiendo así que se dé el cuidado, acto esencial de enfermería (40). Esta situación se agrava cuando enfermería pierde claridad acerca de las responsabilidades que son su base y que la soportan como profesión (41).

La comunicación terapéutica es una categoría problemática que evidencia un gran vacío en los profesionales de enfermería. Por un lado, es ambigua la concepción respecto a si es una competencia profesional o si corresponde a un proceso de formación personal. Por otro, pone en evidencia deficiencias en habilidades comunicativas en el trato con los pacientes, la familia y con el equipo de enfermería. El enfermero o la enfermera son profesionales de enlace entre el sujeto de cuidado y el equipo de salud, y para lograr esto la comunicación es esencial (42). Sin competencia comunicativa, no es posible establecer la relación interpersonal necesaria para el acto de cuidado (43) ni transmitir información útil, oportuna y pertinente acerca de la evolución del paciente, lo cual dificulta la respuesta del profesional de enfermería a las necesidades en salud requeridas para la continuidad del cuidado.

Los participantes propusieron como alternativa para dar respuesta a las necesidades del sujeto de cuidado integrar a la familia al proceso de atención, tener más tiempo para el cuidado directo y garantizar la apropiada entrega de turno. Es decir, se refieren a elementos básicos de la gestión y del cuidado

directo de enfermería, lo cual muestra que perciben la ausencia de estos elementos en el ejercicio y la actual desvirtuación de su rol (44). Esta propuesta puede además indicar que, si se ejerce adecuadamente el acto cuidado de enfermería, se puede dar respuesta a las necesidades del paciente (45) y, por ende, se puede brindar un cuidado humanizado de enfermería. Para la promoción del autocuidado, los participantes sugirieron el integrar la familia y pasar más tiempo con el paciente, alternativas transversales que evidencian que el profesional de enfermería, por un lado, los reconoce como parte de su quehacer, pero, por otro, manifiesta su ausencia (40).

Las alternativas propuestas para la comunicación asertiva están orientadas a estrategias que favorecen el desarrollo de esta competencia tales como uso de lenguaje adecuado con el equipo de salud, un equipo líder que vele por la comunicación asertiva y la promoción del compañerismo y el trabajo en equipo. Aunque el desarrollo de la competencia comunicativa tiene múltiples determinantes, que generalmente se han dado antes de que la persona estudie enfermería, la comunicación terapéutica y asertiva es una competencia que, como el compañerismo y el trabajo en equipo, deben desarrollarse durante la formación profesional (46).

A nivel general se evidencia que una de las principales limitantes detectadas por los participantes es de carácter institucional y está relacionada con la escasa disposición de tiempo de los profesionales de enfermería para ejercer su profesión de forma idónea, debido a la escasez de personal (47) y al exceso de tareas administrativas y de gestión (48). Estas limitantes se traducen en que no se estén llevado a cabo de forma integral acciones disciplinarias, propias de la profesión de enfermería, como son el cuidado directo (4), el acompañamiento a tareas delegadas y la promoción del autocuidado.

Por otro lado, los participantes también mencionaron algunas limitantes de orden disciplinar, como la poca reflexión científica al momento de ejercer la profesión, debido a la automatización al ejecutar las tareas y a la falta de actualización constante (33), lo que aumenta la posibilidad de error al momento de atender a los pacientes y pone en riesgo su bienestar e integridad. Además, se debe tener en cuenta el escenario del trabajo que impone la forma de producción económica actual y su influencia en las labores de cuidado bajo su marco científico (que no solo implica el conocimiento técnico-científico del cuidado, sino las posibilidades de reflexión sociopolítica frente al contexto): las condiciones laborales se vulneran por los diferentes tipos de contratación (a corto plazo, por prestación de servicios, entre otras), porque muchos de estos contratos no contemplan seguridad social ni afiliación a riesgos laborales y, en general, se violan a los derechos laborales (49).

El cuidado humanizado no es más que hacer cuidado de enfermería. Los elementos que se requieren para que se dé el cuidado humanizado de enfermería incluyen una práctica de enfermería clínica en la que el profesional tenga el conocimiento, la habilidad y el tiempo necesarios para reconocer de manera integral al paciente; establecer una relación interpersonal con él a través del cuidado directo y la comunicación terapéutica como elemento fundamental para que se dé el acto de cuidado; priorizar las necesidades de cuidado; delegar actividades a los auxiliares y hacer el acompañamiento y seguimiento respectivo con el fin de garantizar la continuidad y calidad del cuidado. Asegurar la reflexión científica que debe preceder a cada acto de cuidado, comunicarse asertivamente con el equipo de salud y la familia del paciente en pro de impactar positivamente el proceso de atención, responder a las necesidades del paciente y promover el autocuidado son elementos que deben ser parte integral de la formación del profesional. Estos deben ser garantizados y respetados por las instituciones para que el profesional tenga la libertad y los recursos humanos y materiales que se requieren para su ejercicio. Así, la práctica de enfermería tendría un mayor impacto sobre el paciente, las instituciones y la sociedad, lo que a su vez permitiría una resignificación del rol de la profesión.

Conclusiones

El diagnóstico de este estudio evidencia carencias para la práctica clínica de enfermería por limitantes de orden institucional y profesional. Las alternativas, tales como recursos suficientes de personal y de tiempo, reflejan la necesidad de mejorar las condiciones laborales para poder pensar y actuar en enfermería. Al respecto surgen dos preguntas: ¿qué está pasando durante la formación de los profesionales en cuanto a la respuesta a las necesidades de cuidado de los pacientes y la promoción del autocuidado, cuyo ejercicio supeditaban a los protocolos institucionales?, ¿qué está pasando en las instituciones que fracturan algunos principios profesionales? Para que la continuidad del cuidado suceda, se requiere empoderamiento y gestión del cuidado de enfermería, así como una estandarización en la relación del número de enfermeros y pacientes.

Los factores de integralidad del sujeto, continuidad del cuidado y comunicación asertiva son indispensables para la humanización de la atención y para el empoderamiento de los profesionales de enfermería en el rol de comunicación y de liderazgo. La práctica de enfermería humanizada requiere tener más tiempo para pensar el cuidado, para planear el cuidado (gestión del cuidado) y para estar con el paciente (cuidado directo). La desvirtuación actual del rol se evidencia en la ausencia de tareas de gestión del cuidado como saber priorizar necesidades de cuidado, delegación y seguimiento de tareas asignadas.

Aplicar una metodología de carácter dialógico y participativo en donde la voz de los actores principales del cuidado es activa en el diagnóstico del ejercicio del cuidado humanizado permitió reconocer la importancia de la validación y la valoración de los datos cualitativos desde su origen, ya que el conocimiento generado debe ser capaz de volver a los sujetos sociales para promover los cambios necesarios dentro de los sistemas sociales de salud y no solo quedarse como insumo y producto de la comunidad científica.

Los términos del cuidado humanizado que fueron diagnosticados dan cuenta de la importancia de la validación y valoración de los actores del cuidado. En ellos puede notarse la singularidad del fenómeno socioeconómico que les atañe a cada uno, pues su historicidad refleja un presente contradictorio, es decir, al hacer el análisis de cada uno de los componentes del cuidado humanizado, bajo la mirada crítica de los y las enfermeras, se evidencia que los problemas que presentan en su ejercicio tienen un pasado marcado por los determinantes sociales y económicos y que, necesariamente, siguen presentes en la práctica actual de la enfermería.

Así mismo, las alternativas que se proponen desde la experiencia del cuidado reflejan la importancia de la participación de la comunidad enfermera, en tanto que las dificultades que identificaron son observadas analítica y críticamente para exponer soluciones reales y de base práctica. Así, la integralidad del cuidado necesita de la inclusión de la familia en el cuidado de los pacientes, entender al ser humano como un ser digno de atención sin importar su condición social, cultural y económica, requiere recursos económicos, administrativos y humanos suficientes y, por último, dar cuidado humanizado implica volver a las bases ontológicas y epistemológicas que fundamentaron el cuidado de enfermería, así como a las cualidades “blandas”, como la comunicación, que todo profesional debe poseer.

Estas alternativas muestran que el cuidado humanizado es, sin más, el cuidado de enfermería, pero que, desafortunadamente, su ejercicio encuentra en la sociedad colombiana fuertes limitaciones por los órdenes culturales, sociales y económicos que se han estructurado en la mayoría de esferas de la acción humana y en los sistemas sociales de atención en salud en específico. Lo anterior sugiere que el cuidado profesional históricamente ha venido siendo determinado por la fuerza de tales estructuras y que, por lo tanto, la voz y experiencia de sus profesionales debe ser el motor que impulsa su propia transformación, y esta investigación es un solo un fragmento de tal impulso.

Agradecimientos

Los autores agradecen al Fondo de Investigaciones de la Universidad del Rosario por la financiación del proyecto y a los participantes y al personal de las dos instituciones hospitalarias en el que se realizó el mismo.

Conflicto de intereses

Ninguno declarado.

Referencias bibliográficas

1. Cruz-Riveros C. La naturaleza del cuidado humanizado. *Enfermería (Montev.)* [Internet]. 2020 [citado 2020 dic. 15];9(1):21–32. Disponible en: http://www.scielo.edu.uy/scielo.php?script=sci_abstract&pid=S2393-66062020000100021&lng=es&nrm=iso&tlng=es
2. Rodríguez S, Cárdenas M, Pacheco AL, Ramírez M, Ferro N, Alvarado E. Reflexión teórica sobre el arte del cuidado. *Enferm. Univ.* [Internet]. 2017 jul. 1 [citado 2020 dic. 15];14(3):191–8. Disponible en: <http://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S1665706317300404>

3. Vialart VN. La gestión del cuidado humanizado de enfermería en la era digital. *Rev. Cuba. Enf. [Internet]*. 2019 dic. 16 [citado 2021 ene. 20];35(4). Disponible en: <http://www.revenfermeria.sld.cu/index.php/enf/article/view/3059>
4. Hanna M, Villadiego M. La administración de enfermería en el área clínica y sus implicaciones en el cuidado. *Rev. Colomb. Enferm. [Internet]*. 2014 [citado 2020 dic. 15];9(1):65–70. Disponible en: <https://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=6547159>
5. Arango GL, Peña B, Vega Y. Association between nurse staffing and indicators of healthcare quality in adult intensive care units. *Aquichan [Internet]*. 2015 ene. [citado 2020 dic. 15];15(1):90–104. Disponible en: http://www.scielo.org.co/scielo.php?script=sci_abstract&pid=S1657-59972015000100009&lng=en&nrm=iso&tlng=es
6. Bejarano-Daza JE, Hernández-Losada DF. Fallas del mercado de salud colombiano. *Rev Fac Med [Internet]*. 2017 ene. 1 [citado 2020 dic. 15];65(1):107–13. Disponible en: <https://revistas.unal.edu.co/index.php/revfacmed/article/view/57454>
7. Zárate-Grajales RA, Mejías M. Cuidado perdido de enfermería. Estado del arte para la gestión de los servicios de salud. *Enferm. Univ. [Internet]*. 2019 dic. [citado 2020 dic. 15];16(4):436–51. Disponible en: http://www.scielo.org.mx/scielo.php?script=sci_abstract&pid=S1665-70632019000400436&lng=es&nrm=iso&tlng=es
8. Mezzich JE, Perales A. Atención clínica centrada en la persona: principios y estrategias. *Rev Peru Med Exp Salud Pública [Internet]*. 2016 dic. 13 [citado 2020 dic. 15];33(4):794. Disponible en: <https://rpmesp.ins.gob.pe/index.php/rpmesp/article/view/2567>
9. Espinosa-Aranzaes Á, Enríquez-Guerrero C, Leiva-Aranzaes F, López-Arévalo M, Castañeda-Rodríguez L. Construcción colectiva de un concepto de cuidado humanizado en enfermería. *Cienc. Enferm. [Internet]*. 2015 ago. [citado 2020 dic. 15];21(2):39–49. Disponible en: https://scielo.conicyt.cl/scielo.php?script=sci_abstract&pid=S0717-95532015000200005&lng=es&nrm=iso&tlng=es
10. Harvey D. La dialéctica. *Territorios [Internet]*. 2018 jul. 1 [citado 2023 oct. 11];(39):245–72. Disponible en: <https://revistas.urosario.edu.co/index.php/territorios>
11. Altamirano BD, Vilchis ADCM, Peñaloza MAC, Ramírez KC, Pérez LAG, Cabrera GO. Indicador número de pacientes por enfermera como política de salud; por la calidad de la atención en un hospital de tercer nivel. *Dilemas Contemp. Educ. Política Valores [Internet]*. 2023 ene. 1 [citado 2023 oct. 11]. Disponible en: <https://dilemascontemporaneoseduccionpoliticayvalores.com/index.php/dilemas/article/view/3554>
12. Demon JGH. La hermenéutica según Hans-Georg Gadamer y su aporte a la educación. *Sophia [Internet]*. 2013 [citado 2020 dic. 15];(15):33–84. Disponible en: <https://www.redalyc.org/articulo.oa?id=441846100002>
13. Saiz MJ. El papel de la historia en la filosofía hermenéutica: Gianni Vattimo y Charles Taylor. *Rev. Mex. Cienc. Polít. Soc. [Internet]*. 2023 abr. 30 [citado 2023 oct. 11];63(248). Disponible en: <https://www.revistas.unam.mx/index.php/rmcpys/article/view/79487>
14. Sharma P.N., Ohama Y. Participatory local social development: an emerging discipline. P.N. Sharma. Yutaka Ohama. Primera edición. Bharat Book Centre, Lucknow, India, 2007
15. Martínez-Salgado C. El muestreo en investigación cualitativa: principios básicos y algunas controversias. *Cienc. Saúde Coletiva [Internet]*. 2012 mzo. [citado 2020 dic. 15];17(3):613–9. Disponible en: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_abstract&pid=S1413-81232012000300006&lng=en&nrm=iso&tlng=es
16. Figueiredo G de O. Investigación acción participativa: una alternativa para la epistemología social en Latinoamérica. *Rev. de Invest. [Internet]*. [citado 2020 dic. 15];39(86):271–90. Disponible en: <https://www.redalyc.org/jatsRepo/3761/376144131014/html/index.html>
17. Cornejo M, Faúndez X, Besoain C. El análisis de datos en enfoques biográficos-narrativos: desde los métodos hacia una intencionalidad analítica. *Forum Qual. Soz. Forsch.* 18(1), Art. 16, Enero 2017.
18. Arandes JAT. El análisis de contenido como herramienta de utilidad para la realización de una investigación descriptiva. Un ejemplo de aplicación práctica utilizado para conocer las investiga-

- ciones realizadas sobre la imagen de marca de España y el efecto país de origen. Provincia [Internet]. 2013 [citado 2020 dic. 15];(29):135–73. Disponible en: <https://www.redalyc.org/articulo.oa?id=55530465007>
19. Beuchot M. Perspectivas hermenéuticas. México: Siglo XXI-México; 2017. 127 p. (Filosofía).
 20. Contreras CCT, Escobar LMV, Rodríguez JYT, Cañón-Montañez W. Competencia en cuidado espiritual en enfermería: Revisión integrativa de literatura. Revista Cuidarte [Internet]. 2023 jul. 13 [citado 2023 oct. 11];14(2). Disponible en: <https://revistas.udes.edu.co/cuidarte/article/view/2635>
 21. Parra DI, Rey de Cruz N, Amaya-Díaz HC, Cárdenas MV, Arboleda LB, Corredor-Jurado Y, et ál. Percepción de las enfermeras sobre la aplicación del código deontológico de enfermería en Colombia. Rev. Cuid. [Internet]. 2016 dic. [citado 2020 dic. 15];7(2):1310–7. Disponible en: http://www.scielo.org.co/scielo.php?script=sci_abstract&pid=S2216-09732016000200008&lng=en&nrm=iso&tlng=es
 22. Guillart LLM. Los principios éticos y bioéticos aplicados a la calidad de la atención en enfermería. Rev Cubana Oftalmol [Internet]. 2015;28(2):228–33. Disponible en: http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0864-21762015000200009
 23. Escobar-Castellanos B, Cid-Henríquez P. El cuidado de enfermería y la ética derivados del avance tecnológico en salud. Acta Bioeth. [Internet]. 2018 jun. [citado 2020 dic. 15];24(1):39–46. Disponible en: https://scielo.conicyt.cl/scielo.php?script=sci_abstract&pid=S1726-569X2018000100039&lng=es&nrm=iso&tlng=es
 24. Guevara-Lozano M, Arroyo-Maríes LP. El cambio de turno: un eje central del cuidado de enfermería. Enfermería Global [Internet]. 2015 ene. [citado 2020 dic. 15];14(37):401–18. Disponible en: http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_abstract&pid=S1695-61412015000100018&lng=es&nrm=iso&tlng=es
 25. Restrepo-Zea JH, Casas-Bustamante LP, Espinal-Piedrahita JJ. Cobertura universal y acceso efectivo a los servicios de salud: ¿Qué ha pasado en Colombia después de diez años de la Sentencia T-760? Rev Salud Pública [Internet]. 2018 nov. 1 [citado 2023 oct. 17];20(6):670–6. Disponible en: <https://revistas.unal.edu.co/index.php/revsaludpublica/article/view/78585>
 26. Flórez-Torres IE, Buitrago-Malaver LA, Ramírez-Perdomo CA. El cuidado de enfermería: entre la dialéctica de la explicación y la comprensión. Index Enferm. [Internet]. 2017 dic. [citado 2021 ene. 20];26(4):275–9. Disponible en: http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_abstract&pid=S1132-12962017000300008&lng=es&nrm=iso&tlng=es
 27. Evangelista VC, Domingos T da S, Siqueira FPC, Braga EM, Evangelista VC, Domingos T da S, et ál. Multidisciplinary team of intensive therapy: Humanization and fragmentation of the work process. Rev. Bras. Enferm. [Internet]. 2016 dic. [citado 2020 dic. 15];69(6):1099–107. Disponible en: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_abstract&pid=S0034-71672016000601099&lng=en&nrm=iso&tlng=en
 28. Medeiros RMK, Teixeira RC, Nicolini AB, Alvares AS, Corrêa ÁC de P, Martins DP, et ál. Cuidados humanizados: a inserção de enfermeiras obstétricas em um hospital de ensino. Rev. Bras. Enferm. [Internet]. 2016 dic. [citado 2020 dic. 15];69(6):1091–8. Disponible en: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_abstract&pid=S0034-71672016000601091&lng=en&nrm=iso&tlng=pt
 29. Mselle LT, Kohi TW, Dol J. Barriers and facilitators to humanizing birth care in Tanzania: Findings from semi-structured interviews with midwives and obstetricians. Reprod Health [Internet]. 2018 ago. 14 [citado 2020 dic. 15];15(1):137. Disponible en: <https://doi.org/10.1186/s12978-018-0583-7>
 30. Morales-Matute MG, Mesa-Cano IC, Ramírez-Coronel AA, Pesántez-Calle MF. Conducta ética del profesional de enfermería en el cuidado directo al paciente hospitalizado: revisión sistemática. 2021 jun. 28 [citado 2023 oct. 17]. Disponible en: <https://zenodo.org/record/5039424>
 31. Fernández ALV, Meneses NAO, Ordóñez PAO, Díaz JDO, Martínez ÁMS, Ortega LAS, et ál. Conocimientos y aplicación de principios éticos en estudiantes de enfermería. Investig. Enferm. Imagen Desarro. [Internet]. 2018 [citado 2023 oct. 17];20(2). Disponible en: <https://www.redalyc.org/articulo.oa?id=145256681006>
 32. Cruz-Calderón V, Miranda LL, González AP, Tovar-Riveros BE. Patrones de conocimiento en la narración del cuidado de enfermería. Rev. Cult. Cuid. Enferm. Univ. Libre Secc. Pereira. 2022 jun.;19(1):46–58.
 33. Castro M, Simian D. La enfermería y la investigación. Rev. Méd. Clín. Las Condes [Internet]. 2018 Mayo-Junio [citado 2020 dic. 15];29(3):301–10. Disponible en: <http://www.sciencedirect.com/scien->

[ce/article/pii/S0716864018300531](https://doi.org/10.15446/rce/article/pii/S0716864018300531)

34. Driscoll A, Grant MJ, Carroll D, Dalton S, Deaton C, Jones I, et ál. The effect of nurse-to-patient ratios on nurse-sensitive patient outcomes in acute specialist units: a systematic review and meta-analysis. *Eur J Cardiovasc Nurs*. 2018 ene.;17(1):6–22.
35. Guerra-Vidal CG, Estévez-Ramos RA, Basset-Machado I, Sánchez-González A. El proceso de enlace de turno de enfermería, una reflexión sistematizada. *Revista CONAMED [Internet]*. 2022 [citado 2023 oct. 17];27(1):12–9. Disponible en: <https://www.medigraphic.com/cgi-bin/new/resumen.cgi?IDARTICULO=104649>
36. Soto P, Masalan P, Barrios S. La educación en salud, un elemento central del cuidado de enfermería. *Rev. Méd. Clín. Las Condes [Internet]*. 2018 Mayo–Junio [citado 2020 dic. 15];29(3):288–300. Disponible en: <http://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S0716864018300543>
37. Hernández YN, Pacheco JAC, Larreynaga MR. La teoría Déficit de autocuidado: Dorothea Elizabeth Orem. *Gac. Méd. Espirit. [Internet]*. 2017 [citado 2021 ene. 20];19(3). Disponible en: <https://www.medigraphic.com/cgi-bin/new/resumen.cgi?IDARTICULO=77397>
38. Olivares-Olivares SL, Jiménez-Martínez M de los Á, López-Cabrera MV, Díaz-Elizondo JA, Valdez-García JE. Aprendizaje centrado en las perspectivas del paciente: el caso de las escuelas de medicina en México. *Educ. Méd. [Internet]*. 2017 ene. 1 [citado 2020 dic. 15];18(1):37–43. Disponible en: <http://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S1575181316301085>
39. Hanna M, Villadiego M. La administración de enfermería en el área clínica y sus implicaciones en el cuidado. *Rev. Colomb. Enferm. [Internet]*. 2014 [citado 2020 dic. 15];9(1):65–70. Disponible en: <https://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=6547159>
40. Giraldo AMB, Forero DCC. Características humanas e institucionales que influyen en la aplicación del proceso de atención de enfermería en un hospital de la ciudad de Medellín. *Investig. Andina [Internet]*. 2018 [citado 2023 oct. 17];20(37):83–100. Disponible en: <https://www.redalyc.org/articulo.oa?id=239059816004>
41. Younas A. A foundational analysis of Dorothea Orem's self-care theory and evaluation of its significance for nursing practice and research. *Creat Nurs*. 2017 febr. 1;23(1):13–23.
42. Rosales AMR, Vázquez JAPC, España FIR. Características de la comunicación durante el enlace de turno de enfermería: una perspectiva rumbo a la calidad del cuidado. *Rev CONAMED [Internet]*. 2018 my. 31 [citado 2020 dic. 15];21(S3):150–7. Disponible en: <https://www.medigraphic.com/cgi-bin/new/resumen.cgi?IDARTICULO=79658>
43. Díaz-Rodríguez M, Alcántara Rubio L, Aguilar-García D, Puertas-Cristóbal E, Cano-Valera M, Díaz-Rodríguez M, et ál. Orientaciones formativas para un cuidado humanizado en enfermería: una revisión integrativa de la literatura. *Enferm. Glob. [Internet]*. 2020 [citado 2020 dic. 15];19(58):640–72. Disponible en: http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_abstract&pid=S1695-61412020000200020&lng=es&nrm=iso&tIng=es
44. Tumbaco-Quimis KL, Tumbaco-Quimiz YM, Jaime-Pincay NM, Jaime-Villafuerte MY. Gestión del cuidado de enfermería basada en la evidencia. *CIENCIAMATRIA [Internet]*. 2021 [citado 2023 oct. 17];7(12):341–52. Disponible en: <https://www.cienciamatriarevista.org.ve/index.php/cm/article/view/432>
45. Investigación RS. Necesidades de cuidado de enfermería social y bienestar en salud de la persona con lesión medular. [Internet]. *Rev. Sanit. Investig*. 2022 [2023 oct. 17]. Disponible en: <https://revistasanitariadeinvestigacion.com/necesidades-de-cuidado-de-enfermeria-social-y-bienestar-en-salud-de-la-persona-con-lesion-medular/>
46. López-Criado S. ¿Tienen los profesionales enfermeros formación en comunicación terapéutica? *Metas Enferm. [Internet]*. 2017 febr. [citado 2020 dic. 15];20(1):35–6. Disponible en: <http://ez.urosario.edu.co/login?url=http://search.ebscohost.com/login.aspx?direct=true&db=edo&AN=121072060&lang=es&site=eds-live&scope=site>
47. Rivas MS, Cardoso CNP, Mella RS, Giler SML. Análisis de la carga laboral del personal de enfermería, según gravedad del paciente. *Rev. Cuba. Enf. [Internet]*. 2018 sept. 14 [citado 2020 dic. 15];34(2). Disponible en: <http://www.revenfermeria.sld.cu/index.php/enf/article/view/2170>

48. Aponte F. SM, Rodríguez L. JI, Casales H. MG, Jiménez SJ. Reflexiones de los 4 roles de enfermería e impactos en América Latina | Rev. Cienc. Cuidad. [Internet]. [2023 oct. 17]. Disponible en: <https://revistas.ufps.edu.co/index.php/cienciaycuidado/article/view/3503>
49. Vanegas-Virgüez OD, Lozano-Maturana GS, Speck-Hernández JC. Concentración en los mercados laborales : evidencia para el caso colombiano. 2023 [citado 2023 oct. 9]. Disponible en: <https://bdigital.uexternado.edu.co/entities/publication/3d81c4ad-237f-47f5-9e90-4a892ddd0678>