

# La humanización en los entornos hospitalarios y sus aristas

*Humanization in hospital settings. Key elements and components.*

**María Alejandra Ceballos Casas\***

© <https://orcid.org/0000-0003-0640-4287>

**María Alejandra Caicedo Bucheli\*\***

© <https://orcid.org/0000-0002-1549-9989>

**Resumen.** Cada vez más los hospitales han ido transformando su quehacer, enfocándolo hacia la buena atención de los pacientes, otorgando gran importancia al concepto de humanización, el cual aunque no es un término nuevo se venía dejando de lado por los múltiples factores que afectan la calidad de la atención. En el presente capítulo, se hace una reflexión teórica sobre algunos de los componentes de la humanización en los entornos hospitalarios, demostrándose que no es únicamente el paciente el foco de atención, sino que se requiere de una sincronización entre los diferentes actores para ofrecer un entorno amigable y comprensivo ante los procesos salud- enfermedad. Se concluye que es fundamental que los

---

\* Magister en Psicología de la Salud, docente investigadora Programa de Psicología. Fundación Universitaria de Popayán.

✉ [alejandrac308@hotmail.com](mailto:alejandrac308@hotmail.com)

\*\* Magister en Acción Humanitaria, docente investigadora Programa de Psicología. Fundación Universitaria de Popayán.

✉ [mariacaicedo@unividafup.edu.co](mailto:mariacaicedo@unividafup.edu.co)

## *Cita este capítulo*

Ceballos Casas, M. A. y Caicedo Bucheli, M. A. (2020). La humanización en los entornos hospitalarios y sus aristas. En: Ceballos Casas, M. A. y Caicedo Bucheli, M. A. (eds. científico). *Humanizar el contexto hospitalario. Experiencias y desafíos desde la mirada psicológica.* (pp. 13-32). Cali, Colombia: Editorial Universidad Santiago de Cali; Fundación Universitaria de Popayán.

hospitales consideren las diferentes aristas que aquí se presentan e incluyan a las familias y al personal de salud en los procesos de atención humanizada.

**Palabras clave:** paciente, atención humanizada, salud, familia.

**Abstract.** Today more than ever, hospitals have been transforming their work, focusing on appropriate patient care, giving great importance to the concept of humanization, which, although not a new term, has been neglected due to the multiple factors that affect the quality of care. This chapter presents a theoretical reflection on some of the components of humanization in hospital settings, highlighting the importance of synchronizing efforts among all actors involved to offer and promote a friendly and understanding environment to cope with health-illness phenomena. This work concludes that it is essential for hospitals to consider diverse aspects of a humanized care and engage families and health personnel within this process.

**Keywords:** patient, humanized care, health, family.

El término humanización proviene del verbo humanizar, el cual a su vez está conformado por raíces del latín que significan “dar características de humano”<sup>1</sup>; es decir proporcionar a otro (llámese un semejante o cualquier otro ser vivo) cualidades propias y únicas del ser humano, significa brindar lo que una máquina no puede (March, 2017). Con lo anterior, el cuidado, hace parte de esas características inherentes del ser humano que permiten que el otro se desarrolle adecuadamente en un entorno determinado. Por ejemplo, el cuidado que proporciona una madre a sus hijos, mostrando hacia ellos amor, comprensión, paciencia y dedicación.

De manera análoga, el concepto de cuidado y características como abnegación, sacrificio, humildad, amor y paciencia, se encuentran en tradiciones de comunidades religiosas dedicadas a los enfermos. Este es el caso de San Camilo de Lellis, quien en el siglo XVI recorrió varias veces Italia promoviendo el trato digno a los enfermos y fundó la

---

<sup>1</sup> Diccionario etimológico de Chile. Disponible en <http://etimologias.dechile.net/?humanizar>

congregación conocida como los ministros de los Enfermos, llamados Camilos (Acevedo y Alvarado, 2015). Las comunidades religiosas tendrían un papel importante en la creación y administración de los hospitales en el mundo y en especial en Latinoamérica (Olmos, 2018; Patiño-Restrepo, 2016), por lo que se esperaría en la formación del profesional de la salud la transferencia de aquellas tradiciones en el trato hacia el paciente. No obstante, y pese al entrenamiento del personal de salud para preservar el bienestar y la vida de las personas y comunidades con necesidades en salud, el servicio generalmente no cumple con las expectativas ni de los pacientes respecto a la atención, ni del personal sanitario respecto a su remuneración, seguridad psicológica y condiciones de trabajo óptimas para brindar un servicio de calidad (Gutierrez et al., 2020). Del otro lado, se encuentran también en los pasillos y salas de espera las familias de los pacientes, quienes deben pasar horas, días, meses o incluso años dentro de un hospital, esperando por noticias, las cuales no siempre resultan alentadoras (Bekui et al., 2020; Svavarsdottir y Tryggvadottir, 2019). Es así como la humanización tiene varias aristas, que se encuentran conectadas entre sí y que al conjugarse se puede hablar de humanización de los servicios de salud. En los siguientes apartados se describirá cada una de ellas.

## **La humanización hacia los pacientes**

El paciente ha sido uno de los ejes centrales por los que se han gestado los movimientos en humanización de la salud (Drada et al., 2019), ya que los procesos de salud-enfermedad traen consigo afectaciones y múltiples pérdidas que deben experimentar las personas, por ejemplo, al ser diagnosticadas con una enfermedad crónica. A este respecto, la primera pérdida es la de la salud misma, pues la mayoría de los tratamientos no se consideran como curas definitivas, sino como medidas para minimizar la sintomatología y disminuir el riesgo de mortalidad. La segunda pérdida, se relaciona con la transformación de la identidad al afectarse la imagen corporal y la autoestima debido a los cambios físicos como aumento o pérdida de peso, cambios en la coloración de la piel, aparición de ojeras, pérdida de cabello, entre otras, propias de los procesos de enfermedad. En tercer lugar, se puede considerar la pérdida de espacios y dinámicas familiares, pues los periodos de hospitalización, exámenes y tratamientos

(por ejemplo, los tratamientos de diálisis renal y quimioterapias), rompen con la cotidianidad del hogar, y las rutinas para preparar los alimentos, la intimidad en las parejas, la crianza de los hijos, el ocio y la recreación pasan a segundo plano. Otra pérdida que puede experimentar una persona es en el ámbito social, porque los círculos de amigos no siempre se conservan en situaciones de enfermedad; además en algunas patologías en las que se presenta afectación del sistema inmunológico el paciente no puede frecuentar espacios públicos porque pueden resultar riesgosas para su salud.

Por lo anterior, las afectaciones que sufre una persona al perder la salud son de diversa índole y como lo refiere Osorio (como se citó en Correa y Arrivillaga, 2007):

La realidad de sentirse enfermo expresa mucho más que preguntarse si algo falla a nivel corporal', pues el hecho 'experiencial de la enfermedad' abarca al hombre en su existencia humana total: en su autonomía, en su trabajo, en su vida social y en su entorno. (p.4).

Precisamente, en ese estado de vulnerabilidad, los pacientes acuden a los servicios de salud y con frecuencia son tratados como un objeto al que se ignora, se le reduce a un número, un diagnóstico, se le trata con indiferencia e indolencia. Así mismo, el personal de salud a menudo pasa por alto derechos de los pacientes como a la confidencialidad y a la privacidad (Correa y Arrivillaga, 2007).

Con el propósito de disminuir este tipo de conductas deshumanizantes, algunos hospitales han creado programas para mejorar la atención hacia los pacientes, no solo para que se sientan valorados, respetados y queridos; sino también para cumplir con su responsabilidad social, legal y ética (Campos, et al., 2017; Carlosama et al., 2019; Correa y Arrivillaga, 2007). En estos programas, las principales líneas humanizantes se encuentran: el trato empático, el apoyo emocional y espiritual en el entorno hospitalario y el manejo del dolor como potenciador de la calidad de vida.

**Atención del paciente con empatía.** Cuando se padece una enfermedad, el ser humano busca que sus semejantes comprendan la situación por la que está atravesando y aunque no esté sintiendo lo que él imagine y dimensione; como coloquialmente se dice, ser empático es

ponerse en los zapatos del otro (Carmel-Gilfilen y Portillo, 2016; Castro et al., 2020; Ekman y Krasner, 2017; Mandato et al., 2020). Trasladándose a las raíces de la palabra, “El término empatía viene de voz griega *empátheia*, que significa apreciación de los sentimientos de otra persona” (Triana, 2017, p.1). Esto significa tener la capacidad de entender las necesidades, temores y resolver las inquietudes de quienes atraviesan por una situación difícil y en muchos casos desconocida como lo es una enfermedad. Así mismo, Moser et al. (como se citó en Triana-Res-trepo, 2017) definen la empatía como: “(...) la capacidad de comprender las experiencias, preocupaciones y perspectivas de otra persona, sumado a la capacidad de comunicar este entendimiento” (p.1). Esto quiere decir, dejar de lado la frivolidad con la que en muchas ocasiones se atiende a una persona, calmar su dolor, entender su llanto, comprender su impaciencia ante las largas horas de espera, comunicar lo que le sucede en un lenguaje poco técnico y comprensible de acuerdo a su contexto cultural y nivel educativo, explicarle con amabilidad el proceso a seguir, responder sus inquietudes, todo enmarcado bajo los valores de amor y respeto (Fiske et al., 2019). La humanización lleva a afirmar que “ser” con el enfermo puede ser más importante que el “quehacer”; por lo tanto, encontrarse con el otro significa escucharlo, acogerlo con sus preocupaciones, esperanzas, dificultades, con su historia, sus miedos, sus angustias, establecer con él una relación de igual a igual, centrada en la persona, reafirmando su dignidad y grandeza. (Camilos, citado en Correa y Arrivillaga, 2007). Este aprender a ser con el paciente implica abolir inequidades y juegos de poder en la atención. En consecuencia, el profesional de la salud en medicina, enfermería o de cualquier otro campo que tenga contacto con los pacientes debe preocuparse por establecer una relación horizontal e igualitaria, lo cual favorecerá no solo el trato con los pacientes sino además con sus familiares o acompañantes y traerá beneficios en su salud, además de la satisfacción con el deber cumplido y su vocación.

Correa (como se citó en Correa y Arrivillaga, 2007), sugiere que, para humanizar los entornos de la salud, se tengan en cuenta la acogida y la centralidad en el enfermo como ejes transversales de la intervención. Esto es, en primer lugar, brindar un espacio al enfermo en el que se privilegie lo humano, las relaciones cálidas y amables en un entorno acogedor, donde la persona se sienta cómoda. En segundo lugar, convertir al paciente en el centro de la atención,

es sinónimo de darle el papel de protagonista del proceso, lo cual es en ciertos contextos culturales es un desafío ya que los médicos y enfermeros dada su formación y rol en la comunidad tienden a ocupar esta posición.

**Apoyo emocional y espiritual al paciente.** El ser humano debe ser considerado de forma holística, es decir en todas sus dimensiones, las cuales incluyen no solo la dimensión biológica, sino también la espiritual. Retomando la frase de Cassel (como se citó en Pérez-García, 2016), “El sufrimiento no lo experimentan los cuerpos sino las personas” (p.2). Esto se traduce en que son precisamente los individuos los que cargan con el dolor físico y emocional de una enfermedad y más aún cuando se trata de una de carácter terminal en la que los cuidados no tienen un objetivo curativo, sino que se privilegia el manejo del dolor, el control de los síntomas en pro del bienestar y calidad de vida de los pacientes. Para Pérez-García (2016)“(…) lo espiritual se percibe como vinculado con el significado y propósito y que se asocia con la necesidad de perdón, reconciliación y afirmación en valores” (2016, p.2). Estas necesidades de la dimensión espiritual pareciera que tomaran un carácter invisible; como si el enfermo por el hecho de estarlo no necesitara conectarse con sí mismo, con otros, con la naturaleza o con algo sagrado (Pérez-García, 2016). Porque de eso se trata la espiritualidad, de encontrar un refugio en el momento de angustia y dolor; aspectos no necesariamente anclados en sistemas de creencias religiosas particulares.

En este sentido, Lackey (citado en Pérez-García, 2016) menciona tres tipos de expresión de la espiritualidad; aquellas personas a las que no les interesa para nada este aspecto, otras que la valoran y buscan expresarla a través de una creencia religiosa y otras, que le dan valor a la espiritualidad, pero que no la hacen visible a través de la religión. Por tanto, el apoyo espiritual a las personas en situación de enfermedad o cercana a la muerte es un aspecto esencial en la humanización de los servicios, y el rol del equipo de salud es facilitar las condiciones para que la persona y su familia puedan contar con este tipo de espacios y herramientas para afrontar tales circunstancias. Por ejemplo, algunos autores plantean que las necesidades espirituales se dan en diferentes etapas, empezando por la expresión de sentimientos de tristeza, rabia y frustración ante lo ocurrido, seguidamente pasando

por una fase en la que el paciente empieza a solucionar aspectos de su vida antes de “partir” y es consciente del desenlace; finalmente llega a una etapa en la que se siente sereno, sin temor y empieza a desprenderse de sus seres queridos y objetos significativos (si los tiene) (Dowling, citado en Pérez-García, 2016)

En función de lo planteado, es preciso contar con un equipo interdisciplinario que contribuya a la estabilidad emocional no solo del paciente sino de sus familiares, porque aun cuando quien va a partir se encuentre “preparado”, su familia no necesariamente lo estará, por lo que es imprescindible que el apoyo espiritual vaya de la mano con el acompañamiento emocional. También es necesario resaltar que se debe ofrecer el apoyo espiritual y emocional aun cuando el paciente o la familia no lo soliciten; si este es el caso el personal deberá contactar en la brevedad posible al equipo (personal en psicología, trabajador social, sacerdocio).

En el caso en el que la persona practique su espiritualidad en un lugar determinado, se deberá gestionar para que las personas solicitadas se trasladen al centro hospitalario y se les permita el acceso y realización de sus rituales (en caso de requerirlo) en las condiciones más favorables, no solo para el paciente sino para los demás usuarios y colaboradores. Si se llegara a ofrecer el apoyo espiritual y emocional y se obtiene una respuesta negativa, el personal deberá estar presto a iniciar su actuación si en algún momento es requerido.

Sabiendo de la importancia del apoyo socio-emocional procurado por el profesional de salud, es necesario que tengamos la noción de cuán importante es proporcionar siempre un ambiente confortable y acogedor al paciente y mantener siempre una relación de confianza y respeto con él, pues muchas veces, dependiendo de cada persona, aquel ambiente con aquellos profesionales es el único lugar en el cual podrá recibir apoyo (Balistieri y Melo, 2013, p.7).

Finalmente, es importante indicar que debe este tipo de apoyo debe brindarse en un espacio privado y confortable en el que la persona pueda expresar sus necesidades sin sentirse observado y juzgado por otros que quizá no compartan sus creencias y pensamientos.

**Manejo integral del dolor.** El dolor es una respuesta de protección del organismo que informa acerca de un suceso no convencional que

está ocurriendo al interior del mismo, tiene diferentes intensidades y es percibido de forma diferente por cada individuo, es decir que se trata de un síntoma subjetivo; lo que para algunos puede ser un dolor intenso e insoportable para otros puede tratarse de un dolor tolerable. (Fernández-Martin et al., 2019)

El dolor puede ser producido por diversas causas, sin embargo, es la señal de alerta que le indica al individuo que algo falla en su organismo y que debe consultar a un profesional para determinar su origen. En principio, cualquier órgano del cuerpo que se encuentre inervado puede sufrir dolor, no obstante, el tipo de dolor depende de la patología que lo desencadena, algunas pueden ser de tipo agudo y otras de tipo crónico. (López-Alfaro et al., 2019)

Sentir dolor es una de las experiencias más desagradables del ser humano, la cual afecta su bienestar y calidad de vida al encontrarse en un estado de incertidumbre ante lo que está ocurriendo en su organismo, al tiempo que genera sentimientos de angustia e impotencia, y ubica al paciente en un estado de irritabilidad ante los estímulos externos, los cuales pueden provenir de personas u objetos, entre otros. Por ejemplo, un paciente con dolor es más susceptible a las prácticas deshumanizantes y percibe con mayor facilidad la vulneración de sus derechos. Sin embargo, no es lo mismo sentir un dolor agudo una vez en la vida o cada año, cada dos años, por ejemplo, un dolor de parto, una infección, o una inflamación, a diferencia de padecer un dolor crónico, el cual no desaparece o reaparece por periodos prolongados. Este tipo de dolor afecta y deteriora a la persona a nivel físico, pero también influye de forma significativa sobre el estado mental y las relaciones que establece con las demás personas en esferas como la familiar, la social e incluso la económica (Muriel y Llorca, 2009)

Teniendo en cuenta las implicaciones del dolor, es imprescindible que los servicios de salud implementen estrategias para el manejo integral del mismo, ya que el paciente que sufre de dolor es uno de los que más requiere un trato humanizado y empático. La atención integral del dolor comprende no sólo el tratamiento farmacológico para aliviarlo, sino que necesita de acompañamiento por parte de los profesionales. Asimismo, el acompañamiento incluye educación



e información sobre su patología, técnicas para reducir la ansiedad y el estrés producidos por el dolor, una comunicación adecuada con el personal para poder expresar la intensidad y características del dolor y sobre todo carisma de quienes lo rodean (Amariles 2017; Carmel-Gilfilen y Portillo, 2016).

**Importancia de la familia en la recuperación del paciente.** Otro de los componentes de la humanización de los servicios de salud es la familia del paciente, la cual en la mayoría de casos se convierte en un elemento favorecedor en los procesos de adherencia al tratamiento.

La familia es considerada uno de los sistemas más importantes para el desarrollo del ser humano, está presente a lo largo de su vida y por tanto es el soporte ante las crisis vitales. Es así como ante un diagnóstico o proceso de enfermedad, no solo es el paciente quien se ve afectado, sino que es la familia en conjunto quien sufre un desajuste ante la nueva situación, como lo afirma Huerta (1999):

(...) la economía familiar o el cuidado de los hijos se alteran a causa de la enfermedad del padre o la madre; y cuando otras enfermedades, sobre todo aquellas que alteran la armonía de la familia, como la depresión, el alcoholismo o la drogadicción, no sólo afectan al miembro que la sufre, sino que repercuten en todo el conjunto familiar (p. 39).

Sin embargo, la familia no siempre es visible ante el personal de salud, es decir que muchas veces los familiares se vuelven “invisibles” porque la atención se centra en el paciente, pasando por alto que este último hace parte de un sistema que en algún momento puede ser responsable del curso o mejoría de la enfermedad. Al respecto, algunos autores se refieren a la familia como *Hidden Patients* (Canga y Esandi, 2016; Sambasivam et al., 2019) En este sentido, la familia *hace parte* del paciente, y según Haley “tratar a un solo individuo por sus síntomas es como suponer que una vara tiene un solo extremo” (como se citó en Huerta, 1999).

En los entornos hospitalarios, la situación es aún más compleja debido a que la estadía en un hospital modifica la cotidianidad de la familia obligando a sus miembros a pasar largas horas de espera en unas condiciones que generalmente no son las más adecuadas. En consecuencia, deben soportar frío, hambre y estar de pie mucho tiempo o por el

contrario pasar noches en una silla al lado de su familiar o en una sala de espera. Es por esto que Canga y Esandi (2016), afirman que:

(...) los hospitales están diseñados y organizados con el propósito de facilitar el trabajo a los profesionales que desarrollan su labor en ellos, en lugar de para ayudar a la familia a adaptarse a un ambiente desconocido y hostil para ella (p. 319).

Al respecto conviene decir que las clínicas y hospitales deben procurar minimizar el temor y la amenaza que encuentran los familiares y acompañantes en este tipo de entornos, propiciando espacios en los que puedan expresar sus inquietudes, creencias y pensamientos sobre su situación y la de su familiar enfermo. En palabras de Canga y Esandi (2016) “la familia debe ser considerada como una unidad que necesita ayuda y cuidado” (p. 320), de ahí que una de las estrategias de humanización de los servicios de salud es el trato humanizado hacia los familiares y acompañantes de los pacientes, quienes deben considerarse no solo como “aliados” en el cuidado, sino como personas que requieren apoyo. Desde esta perspectiva, entre las estrategias de humanización hacia la familia, se pueden enunciar las siguientes:

**Trato amable por parte del personal de atención.** Esto incluye no sólo a los profesionales de la salud, médicos, enfermeros, sino al personal del aseo, facturación, vigilancia, entre otros que se relacionan con los acompañantes del paciente. Una sonrisa, una mirada comprensiva, o entablar un pequeño diálogo en los pasillos puede marcar la diferencia en el trato humanizado (Evangelista et al., 2016).

**Información clara y oportuna.** Una de las quejas más frecuentes de las familias de los pacientes, se refiere a la poca comunicación por parte del personal tratante, la escasa comprensión ante los diagnósticos y tratamientos, o la utilización de terminología técnica para explicar las situaciones, generan grandes barreras e incertidumbre de los acompañantes ante los procesos de enfermedad. Ante lo mencionado, es preciso que los hospitales busquen alternativas más eficaces para comunicarse con los familiares, propiciando relaciones horizontales no jerarquizadas en las que se transmitan los mensajes y se lleven los términos al nivel de quien los está escuchando (Evangelista, et al., 2016; Luiz, et al., 2017; Zamora Muñoz et al., 2020).

**Satisfacción de necesidades básicas.** Debido a que frecuentemente las largas estancias en los hospitales demandan que los familiares deban pasar horas, días o incluso meses dentro de ellos, sería oportuno que se contara con un depósito en el que voluntariamente se donen insumos y alimentos para aquellas personas que no cuentan con los recursos para sostenerse. De igual manera, las denominadas “casas de paso”, se convierten en alternativas para proporcionar algo de confort y bienestar al acompañante del paciente.

### **El papel del personal de salud en la humanización**

Otra de las aristas de los procesos de humanización en salud, se fundamenta en quienes dedican gran parte de su vida a la atención de las personas enfermas, se trata del personal de salud, entendido no sólo como aquel que se ha formado para ejercer el cuidado por el otro, sino que incluye a todos aquellos que de un modo u otro tienen que ver con la atención del paciente. Esto significa que desde el personal que permite el ingreso a las instalaciones de los centros de salud (portería, vigilantes, seguridad) pasando por el personal de aseo, administrativos, auxiliares de enfermería y demás profesionales de la salud tienen que ver con el proceso de humanización hacia los pacientes y sus familias.

Tal como lo refiere Plumed, (2013) “Quienes trabajan en el mundo de la salud han de ser personas que aprendan todos los días a ser sensibles al dolor humano” (p.270). Infortunadamente, por las exigencias actuales de la vida en sociedad, la orientación hacia los objetivos económicos y la falta de vocación de algunos profesionales, la humanización se ha visto relegada, dejando salir a flote a un indeseado antagonista: la violencia; y no aquella entendida como causante de un daño físico visible, pero sí una violencia que impacta en lo psicológico de la persona enferma o de su familia. La poca efectividad en la comunicación, las actitudes de superioridad y la minimización de los síntomas por parte del personal hacen que la relación entre los profesionales de la salud y el paciente se torne hostil (Ekman y Krasner, 2017).

Sin embargo, los profesionales de la salud deben considerarse también en todas sus dimensiones como seres humanos y muchas veces sus com-

portamientos son el resultado de un entramado académico, administrativo y laboral que incide en su práctica cotidiana (Burbano, 2019). Por un lado, el personal de salud enfrenta diariamente ambientes altamente demandantes y roles estresantes, que desafían sus habilidades de afrontamiento e interpersonales (Caicedo, 2015; Carranza-Lira y Toribio-Cortés, 2020). Por otra parte, la reforma de la Ley 100 en Colombia generó un cambio de pensamiento, en la que la salud dejó de ser vista como un derecho y pasó a ser un camino hacia la rentabilidad económica, filosofía que trajo consigo limitaciones en los tiempos de atención, acceso a medicamentos y exceso de trámites administrativos que llevan a supe-  
editar el conocimiento adquirido en la academia a lo estipulado por las instituciones prestadoras de los servicios de salud (Drada et al., 2019).

Otra de las dificultades que se presentan al momento de brindar una atención humanizada proviene de la formación de los profesionales de la salud quienes en muchas ocasiones provienen de entornos de entrenamiento en los que a través de las experiencias con compañeros y docentes van adquiriendo actitudes que los alejan del propósito inicial del personal de salud. El énfasis entonces debe orientarse a promover la actitud del servicio y a la construcción de relaciones de ayuda orientadas a:

(...) acompañar, ayudar a la persona a afrontar positivamente la realidad que está padeciendo. En el mundo de la salud la relación de ayuda buscará despertar en el enfermo todos los recursos personales que este posea para así lograr superar la situación (Plumed, 2013, p. 318).

Para potenciar dicha relación de ayuda en los futuros profesionales de la salud, no solo se necesita formar en competencias del saber y del saber-hacer, sino que fundamentalmente se requiere formar seres íntegros con competencias que fortalezcan el ser. El buen profesional no solo es aquel que ofrece calidad desde el ámbito técnico-científico, sino aquel que además de su formación soportada en títulos, cursos, investigaciones, entre otros, es capaz de demostrar su calidad humana (Plumed, 2013).

En conclusión, el personal de salud también requiere ser tratado humanamente desde su formación, de tal manera que pueda atender a los demás con calidad y calidez, al tiempo que la institución para la que trabaje brinde el soporte administrativo suficiente para que

los pacientes puedan sobrellevar su estancia de una forma que deje un recuerdo positivo dentro de un panorama tan gris como lo es la enfermedad propia o de un ser querido.

## **Humanización en prácticas clínicas estudiantiles**

La formación profesional es un asunto de integralidad, por lo que no basta con incluir en los planes de estudios asignaturas que fortalezcan las competencias del saber y del hacer, sino que es imprescindible que los estudiantes sean formados en competencias del ser. Sin embargo, en algunos casos se ha evidenciado que desde la educación superior se fomentan prácticas deshumanizantes no solo dentro de las aulas sino en los espacios de práctica formativa, en las que las relaciones de poder maestro-estudiante no siempre se desarrollan en un marco de equidad, confianza y responsabilidad.

Tal como lo afirman González-García et al. (2020), las prácticas clínicas son espacios fundamentales en la educación superior y mucho más en aquellos programas de salud, debido a que permiten que los conceptos teóricos sean aplicados en entornos reales a través de la interacción con otros profesionales, pacientes y colaboradores de los centros de salud. No obstante, dichos escenarios pueden transformarse en entornos hostiles en los que el desconocimiento y temores de los aprendices pueden generar situaciones estresantes y desafiantes que pueden desencadenar en malos tratos, humillaciones o regaños por parte de sus supervisores, lo que a su vez va dejando un aprendizaje de una experiencia poco agradable que, en un futuro, aunque no siempre, puede ser replicado en los pacientes.

Por lo mencionado, las prácticas clínicas también deben ser escenarios humanizados en los que se abra la posibilidad a los estudiantes de aprender, preguntar y reflexionar en un entorno que brinde calidez humana y comprensión teniendo en cuenta que en algún momento todos fueron aprendices y tuvieron inquietudes. Tal como lo refieren González-García et al. (2020):

(...) escribir y reflexionar sobre sus sentimientos y las emociones también pueden ser terapéuticas para los estudiantes, ya que les

permite detener y exteriorizar sus experiencias, lo que aumenta su confianza en su capacidad para afrontar dificultades futuras y aumenta su capacidad de empatizar con los pacientes y sus familias (p. 02).

## **Humanización e infraestructura**

Al rastrear la palabra hospital, el Diccionario de la Lengua Española indica que viene del lat *hospitalis* relativo a huésped, a un establecimiento; cuyo adjetivo, aunque en desuso (*adj. desus*) es afable y caritativo con los huéspedes (RAE, 2020, párr 1). En este sentido, humanizar la atención implica también la adecuación de la infraestructura, la cual tiene un significado mucho más allá de una simple construcción de concreto o cemento. La infraestructura puede generar emociones y sentimientos a los pacientes durante su estadía, por ejemplo, un hospital con poca iluminación, pasillos extensos y desolados puede transmitir temor y angustia a quienes deben permanecer en sus instalaciones (Carlosama et al., 2019; Mandato et al., 2020). Por lo mencionado, resulta fundamental que los centros hospitalarios se preocupen por mejorar las condiciones no solo de la construcción sino del mobiliario, iluminación y demás elementos de la infraestructura. Tal como lo plantean Tello y Ferrero, (2017): “Esto es la infraestructura humanizada: (...) que proporcionen bienestar físico y ambiental óptimos para pacientes, profesionales y familias. Espacios funcionales, eficientes, ergonómicos, confortables, cálidos y amables” (p.135). Dentro de los aspectos que pueden favorecer la infraestructura humanizada se pueden mencionar los siguientes:

**Ambientes iluminados, limpios y bien ventilados.** La iluminación, limpieza y ventilación son elementos fundamentales para la estadía de los pacientes. Por ejemplo, dentro de los hospitales y centros de salud se pueden generar olores desagradables y/o fuertes que pueden causar malestar; por esta razón el personal asistencial debe tratar de estar pendiente y llamar al personal de aseo por si en algún procedimiento se derraman fluidos corporales o medicamentos que puedan molestar a los pacientes o acompañantes y de esta manera realizar la desinfección y limpieza lo más pronto posible.

De igual manera y en la medida de lo posible se sugiere que la ventilación dentro de las habitaciones sea adecuada, permitiendo la apertu-

ra de ventanas o controlando la temperatura del aire acondicionado. En cuanto a la iluminación resulta importante respetar los horarios de sueño de los pacientes y evitar (cuando sea posible) encender todas las luces de las habitaciones en altas horas de la noche. Hay que tratar, por todos los medios, que el paciente reciba luz natural, muy necesaria para mantener su ritmo circadiano. En la medida de lo posible también es positivo y necesario que el paciente pueda estar situado frente a la ventana para disfrutar de las vistas al exterior (Tello y Ferrero, 2017, p. 135-136).

**Privacidad en los espacios.** La falta de privacidad en los espacios hospitalarios es uno de los factores que puede significar mayor incomodidad para los pacientes, porque en múltiples ocasiones poco se respeta la intimidad no solo del cuerpo sino de los espacios de interacción con los familiares. “Lo ideal es tener boxes individuales para que cada paciente pueda disponer de su espacio y privacidad. Si no se dispone de ellos se puede recurrir a elementos separadores móviles como cortinas o biombo” (Tello y Ferrero, 2017, p.135).

**Acceso a jardines o patios.** Si bien este no es un aspecto que pueda llevarse a cabo en todos los hospitales ni con todos los pacientes, en ocasiones existe la posibilidad de que las instituciones de salud adecúen terrazas o patios en los que las personas puedan salir a tomar el sol y caminar un poco, de tal manera que rompan con la rutina hospitalaria de estar rodeados de medicamentos y sonidos de monitores.

**Comodidad para los familiares de los pacientes.** Como ya se había mencionado con anterioridad, el bienestar de los familiares también es indispensable y dentro de la infraestructura se debe tener en cuenta espacios de descanso tales como sofás en las habitaciones, salas de espera confortables con elementos distractores, acceso a alimentos cercano a los servicios como cafeterías o máquinas de alimentos. Lo anterior “implica lograr mediante el diseño que las familias se sientan en un espacio más cálido y amable, manteniendo las condiciones de bienestar ambientales” (Tello y Ferrero, 2017, p. 136)

**Rampas y acceso para personas con discapacidades.** Otro de los aspectos que podrían convertirse en un factor diferenciador para la humanización referente a la infraestructura, es la adaptación de espacios para personas con discapacidad, por ejemplo, señalización

en Braille para personas con discapacidad visual, rampas y/o barandas para alteraciones o discapacidades motrices entre otras; esto le permitirá al paciente sentirse incluido y por ende comprendido desde su diferencia.

## **A manera de cierre**

Los esfuerzos por mejorar las condiciones en la asistencia y atención sanitaria no son nuevos. Ya la medicina islámica, al preservar el legado aristotélico, había implementado no solo innovaciones en fisiología; sino en el cuidado integral de los pacientes (Pérez et al., 2018). En efecto, el desarrollo de la ciencia y el esfuerzo interdisciplinar se han caracterizado por incorporar mejoras en técnicas, servicios y tratamientos; pero tales mejoras están condicionadas a lo que la sociedad considera como calidad. Bajo esta premisa, los procesos de humanización en salud apuntan a integrar no sólo las necesidades de los distintos actores y elementos que intervienen en el proceso de asistencia sanitaria, sino además otros como la calidad desde los enfoques de acceso, eficiencia, rentabilidad, oportunidad y afabilidad. Es entonces fundamental que todo proceso de humanización de la salud se emprenda desde una visión holística sobre el ser humano, la comunidad y la sociedad.

## **Referencias**

- Acevedo, C., y Alvarado, L. (2015). *Percepción de los estudiantes de la escuela de enfermería Padre Luis Tezza acerca del rol docente en la formación del cuidado humanizado*. In Universidad Ricardo Palma.
- Amariles Aguirre, L. F. (2017). *La Humanización el cuidado humanizado y la formación ciudadana: Reconocimiento del desarrollo formativo en el programa de Enfermería de la Universidad de Caldas*. In Universidad Católica de Manizales (pp. 1-153). [http://repositorio.ucm.edu.co:8080/jspui/bitstream/handle/10839/1967/Luis\\_Fernando\\_Amariles.pdf?sequence=1&isAllowed=y](http://repositorio.ucm.edu.co:8080/jspui/bitstream/handle/10839/1967/Luis_Fernando_Amariles.pdf?sequence=1&isAllowed=y)
- Balistieri, A., y Melo Tavares, C. (2013). La importancia del apoyo socio-emocional en adolescentes y adultos jóvenes portadores de enfermedad crónica: Una revisión de literatura. *Enfermería Global*, 12(2), 388-398. <https://doi.org/10.6018/eglobal.12.2.143251>



- Bekui, B. A. A., Aziato, L., Ohene, L. A., & Richter, M. S. (2020). Psychological and spiritual wellbeing of family caregivers of children with cancer at a teaching hospital in Ghana. *International Journal of Africa Nursing Sciences*, 13. <https://doi.org/10.1016/j.ijans.2020.100231>
- Burbano, C. (2019). Percepciones acerca del rol y las prácticas pedagógicas del docente universitario en los programas de psicología y licenciatura. En *Estudios sobre innovaciones educativas*. Compiladores: Andrea Felipe Morales Beatriz Peña Acuña Jelena Bobkina. Editorial Pirámide.
- Caicedo, M. A. (2015). *Promoting Healthy Lifestyles in Humanitarian Organizations: Challenges and Opportunities*. Switzerland. CERAH.
- Campos, F. H. P., Zeitoune, R. C. G., Iparraguirre, H. A. R., Aguilar, R. M. P., & Souza, A. I. (2017). Humanized care as a Public Policy. The peruvian case. *Escola Anna Nery - Revista de Enfermagem*, 21(2), 20170029. <https://doi.org/10.5935/1414-8145.20170029>
- Canga, A., y Esandi, N. (2016). Enfoque sistémico familiar: un marco para la atención profesional en la enfermedad de Alzheimer. *GEROKOMOS*, 27(1), 25–26. <https://doi.org/10.1787/heal>
- Carmel-Gilfilen, C., & Portillo, M. (2016a). Designing With Empathy: Humanizing Narratives for Inspired Healthcare Experiences Background and Context. *Health Environments Research & Design Journal*, 9(2), 130–146. <https://doi.org/10.1177/1937586715592633>
- Carmel-Gilfilen, C., & Portillo, M. (2016b). Designing With Empathy: Humanizing Narratives for Inspired Healthcare Experiences. *Health Environments Research and Design Journal*, 9(2), 130–146. <https://doi.org/10.1177/1937586715592633>
- Carranza-Lira, S., & Toribio-Cortésb, N. (2020). Frecuencia de depresión y síndrome de Burnout en residentes de Ginecología y Obstetricia. *Revista Médica del Instituto Mexicano del Seguro Social* . 58(1), 28–36.
- Correa Sánchez, D., y Arrivillaga Quintero, M. (2007). La humanización de la asistencia en la enfermedad crónica. In *Psicología de la Salud: Abordaje integral de la enfermedad crónica* (1st ed., pp. 247–273). Manual Moderno.
- De Castro, M. R. de, Zeitoune, R. C. G., Tracera, G. M. P., Moraes, K. G., Batista, K. C., & Nogueira, M. L. F. (2020). Humanization in the work

- of nursing faculty. *Revista Brasileira de Enfermagem*, 73(1), e20170855. <https://doi.org/10.1590/0034-7167-2017-0855>
- Drada, L., Gracia, S., y Trujillo, A. (2019). Humanización de los servicios de salud en Iberoamérica: una revisión sistemática de la literatura. *Persona y Bioética*, 23(2), 245–262. <https://doi.org/10.5294/pebi.2019.23.2.6>
- Ekman, E., & Krasner, M. (2017). Empathy in medicine: Neuroscience, education and challenges. *Medical Teacher*, 39(2), 164–173. <https://doi.org/10.1080/0142159X.2016.1248925>
- Evangelista, V. C., Domingos, T. da S., Siqueira, F. P. C., & Braga, E. M. (2016). Multidisciplinary team of intensive therapy: humanization and fragmentation of the work process. *Revista Brasileira de Enfermagem*, 69(6), 1099–1107. <https://doi.org/10.1590/0034-7167-2016-0221>
- Fernandez-Martin, L. C., Fombellida-Velasco, C., Montero-Fernandez, C., Fernandez-Lazaro, C. I., y Miron-Canelo, J. A. (2019). Application of a case study cognitive-behavioral protocol for the management of chronic pain. *Revista Argentina de Clinica Psicologica*, 28(4), 356–362. <https://doi.org/10.24205/03276716.2019.1120>
- Fiske, A., Henningsen, P., & Buyx, A. (2019). Your Robot Therapist Will See You Now: Ethical Implications of Embodied Artificial Intelligence in Psychiatry, Psychology, and Psychotherapy. In *Journal of medical Internet research* (Vol. 21, Issue 5, pp. e13216–e13216). <https://doi.org/10.2196/13216>
- González-García, M., Lana, A., Zurrón-Madera, P., Valcárcel-álvarez, Y., y Fernández-Feito, A. (2020). Nursing students' experiences of clinical practices in emergency and intensive care units. *International Journal of Environmental Research and Public Health*, 17(16), 1–14. <https://doi.org/10.3390/ijerph17165686>
- Gutierrez, A., Cruz, A., y Zaldivar, E. (2020). Gestión de seguridad psicológica del personal sanitario en situaciones de emergencia por COVID-19 en el contexto hospitalario o de aislamiento Management of health personnel ' psychological safety , in emergency situations by COVID-19 in the hospitable or. *Revista Cubana de Enfermería*, 1(2), 20. <http://search.ebscohost.com/login.aspx?direct=true&db=lth&AN=145537210&site=eds-live>

- Huerta, G. (1999). La familia como unidad de estudio. Estudio de la salud familiar. In S. Farfán (Ed.), *Programa de actualización continua en Medicina Familiar* (pp. 11–87). Intersistemas.
- López-Alfaro, M. P., Echarte-Nuin, I., Fernández-Sangil, P., Moyano-Berardo, B. M., & Goñi-Viguria, R. (2019). Perception of pain in post-surgical patients in intensive care units. *Enfermería Intensiva*, 30(3), 99–107. <https://doi.org/10.1016/j.enfi.2018.12.001>
- Luiz, F. F., Caregnato, R. C. A., & Costa, M. R. da. (2017). Humanization in the Intensive Care: perception of family and healthcare professionals. *Revista Brasileira de Enfermagem*, 70(5), 1040–1047. <https://doi.org/10.1590/0034-7167-2016-0281>
- Mandato, C., Siano, M. A., De Anseris, A. G. E., Tripodi, M., Massa, G., De Rosa, R., Buffoli, M., Lamanna, A., Siani, P., & Vajro, P. (2020). Humanization of care in pediatric wards: Differences between perceptions of users and staff according to department type. *Italian Journal of Pediatrics*, 46(1), 1-8. <https://doi.org/10.1186/s13052-020-00824-5>
- March, J. C. (2017). Humanizar la sanidad para mejorar la calidad de sus servicios. *Revista de Calidad Asistencial*, 32(5), 245–247. <https://doi.org/10.1016/j.cali.2017.10.001>
- Muriel, C., y Llorca, G. (2009). *Conceptos generales en dolor*. <http://www.catedradeldolor.com/PDFs/Cursos/Tema1.pdf>
- Olmos Álvarez, A. L. (2018). Between doctors and healers: Managing meanings and practices of the health-disease-care process in an Argentine Catholic charismatic movement. *Salud Colectiva*, 14(2), 225–240. <https://doi.org/10.18294/sc.2018.1530>
- Patiño-Restrepo, J. F. (2016). Editorial. In *Revista Facultad de Medicina* (Vol. 64, Issue 4, pp. 595–596). Universidad Nacional de Colombia. <https://doi.org/10.15446/revfacmed.v64n4.55881>
- Pérez-García, E. (2016). Enfermería y necesidades espirituales en el paciente con enfermedad en etapa terminal. *Enfermería: Cuidados Humanizados*, 5(2), 41. <https://doi.org/10.22235/ech.v5i2.1286>
- Pérez, J., Armenteros, J., y Hernández, L. M. (2018). Avicena, príncipe de los médicos. Vida, obra y legado para la medicina contemporánea. 23

- De Abril del 2018, 57(1), 14. [http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0034-75232018000100010](http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-75232018000100010)
- Plumed, C. (2013). Una aportación para la humanización. In *Archivo Hospitalario* (Issue 11).
- RAE (2020). *hospital* | Definición | Diccionario de la lengua española | RAE - ASALE. <https://dle.rae.es/hospital>
- Sambasivam, R., Liu, J., Vaingankar, J. A., Ong, H. L., Tan, M. E., Fauziana, R., Picco, L., Chong, S. A., & Subramaniam, M. (2019). The hidden patient: chronic physical morbidity, psychological distress, and quality of life in caregivers of older adults. *Psychogeriatrics*, 19(1), 65–72. <https://doi.org/10.1111/psyg.12365>
- Svavarsdottir, E. K., & Tryggvadottir, G. B. (2019). Predictors of quality of life for families of children and adolescents with severe physical illnesses who are receiving hospital-based care. *Scandinavian Journal of Caring Sciences*, 33(3), 698–705. <https://doi.org/10.1111/scs.12665>
- Tello, V., y Ferrero, M. (2017). A plan for improving the humanisation of intensive care units. *Intensive Care Medicine*, 43(4), 547–549. <https://doi.org/10.1007/s00134-017-4705-4>
- Triana-Restrepo, M. C. (2017). La empatía en la relación enfermera-paciente. *Avances en Enfermería*, 35(2), 120. <https://doi.org/10.15446/av.enferm.v35n2.66941>
- Zamora Muñoz, M. J., Priego Valladares, M., van-der Hofstadt Román, C. J., Tirado González, S., Portilla-Tamarit, I., y Rodríguez-Marín, J. (2020). Satisfaction with hospital care at the end of life. *Revista Clínica Española*, 220(3), 174–178. <https://doi.org/10.1016/j.rce.2019.06.002>