



Ciencia Latina Revista Científica Multidisciplinar, Ciudad de México, México.
ISSN 2707-2207 / ISSN 2707-2215 (en línea), mayo-junio 2026,
Volumen 10, Número 3.

https://doi.org/10.37811/cl_rcm.v10i3

ENTRE LA TÉCNICA, LA TAXONOMÍA Y EL CUIDADO HUMANO: REFLEXIÓN CRÍTICA SOBRE LA DESHUMANIZACIÓN DEL CUIDADO DE ENFERMERÍA EN EL CONTEXTO HOSPITALARIO ECUATORIANO

**BETWEEN TECHNIQUE, TAXONOMY, AND HUMAN CARE:
A CRITICAL REFLECTION ON THE DEHUMANIZATION OF
NURSING CARE IN THE ECUADORIAN HOSPITAL CONTEXT**

Karen Andrea Alvarez Alvarez
Universidad Estatal de Milagro, Ecuador

Arisson Doménica Aguayo Guerrero
Universidad Estatal de Milagro, Ecuador

Daniel Alejandro Bolaños Jara
Universidad Estatal de Milagro, Ecuador

DOI: https://doi.org/10.37811/cl_rcm.v10i3.25009

Entre la Técnica, la Taxonomía y el Cuidado Humano: Reflexión Crítica sobre la Deshumanización del Cuidado de Enfermería en el Contexto Hospitalario Ecuatoriano

Karen Andrea Alvarez Alvarez¹kalvareza8@unemi.edu.ec<https://orcid.org/0009-0001-7593-3361>Universidad Estatal de Milagro
Ecuador**Arisson Doménica Aguayo Guerrero**aaguayog@unemi.edu.ec<https://orcid.org/0009-0002-8480-848X>Universidad Estatal de Milagro
Ecuador**Daniel Alejandro Bolaños Jara**dbolanosj@unemi.edu.ec<https://orcid.org/0009-0002-1171-1863>Universidad Estatal de Milagro
Ecuador

RESUMEN

El cuidado de enfermería en el contexto hospitalario ecuatoriano enfrenta tensiones vinculadas a la tecnificación asistencial, la sobrecarga laboral, la presión documental y el uso mecánico del lenguaje disciplinar. El objetivo del artículo fue analizar críticamente la deshumanización del cuidado de enfermería desde una perspectiva ética, normativa y disciplinar, considerando la relación entre la técnica, la taxonomía NANDA-NOC-NIC y el cuidado humano. Se desarrolló una revisión documental narrativa con enfoque reflexivo-hermenéutico basada en la literatura científica sobre humanización, bioética, tecnología, comunicación terapéutica, seguridad del paciente, normativa sanitaria ecuatoriana y lenguaje estandarizado de enfermería. Los hallazgos se organizaron en cinco categorías: la deshumanización como fenómeno estructural; técnica y tecnología como mediaciones del cuidado; normativa ecuatoriana y atención digna; sobrecarga laboral y desgaste moral; y uso de NANDA-NOC-NIC como herramienta científica o como práctica burocrática. Se concluye que la rehumanización del cuidado no exige negar la técnica ni idealizar la vocación, sino fortalecer las condiciones laborales, el juicio clínico, la comunicación terapéutica, el liderazgo enfermero y la aplicación rigurosa del proceso enfermero.

Palabras clave: humanización de la atención; atención de enfermería; proceso de enfermería; seguridad del paciente; bioética; unidades de cuidados intensivos

Between Technique, Taxonomy, and Human Care: A Critical Reflection on the Dehumanization of Nursing Care in the Ecuadorian Hospital Context

¹Autor principal

Correspondencia: dbolanosj@unemi.edu.ec

ABSTRACT

Nursing care in the Ecuadorian hospital context faces tensions related to the technologization of care, workload, documentation pressure, and the mechanical use of disciplinary language. The objective of this article was to critically examine the dehumanization of nursing care from ethical, normative, and disciplinary perspectives, considering the relationship among technique, the NANDA-NOC-NIC taxonomy, and human care. A narrative documentary review with a reflective-hermeneutic approach was conducted, based on scientific literature on humanization, bioethics, technology, therapeutic communication, patient safety, Ecuadorian health regulations, and standardized nursing language. The findings were organized into five categories: dehumanization as a structural phenomenon; technique and technology as mediations of care; Ecuadorian regulations and dignified care; workload and moral distress; and the use of NANDA-NOC-NIC as either a scientific tool or a bureaucratic practice. It is concluded that rehumanizing care does not require denying technique or idealizing vocation, but rather strengthening working conditions, clinical judgment, therapeutic communication, nursing leadership, along with the rigorous application of the nursing process.

Keywords: humanization of care ; nursing care; nursing process; patient safety; bioethics; intensive care units

*Artículo recibido 20 mayo 2026
Aceptado para publicación: 20 junio 2026*



INTRODUCCIÓN

En las últimas décadas, los sistemas de salud en América Latina han sido objeto de significativos procesos de reorganización, gestión y provisión de servicios. La necesidad de racionalizar recursos, cumplir con indicadores, estandarizar prácticas y dar respuesta a demandas asistenciales cada vez mayores, puede provocar la conformación del tipo de escenario, donde si bien necesario, la eficiencia se imponga al reconocimiento de la dignidad, la escucha y la singularidad del enfermo. En este sentido, la deshumanización del cuidado no debe pensarse como un acontecimiento individual ni como una irresponsabilidad personal, sino como un síntoma de una lógica institucional que puede convertir al paciente en un objeto de administración y subordinar la experiencia de sufrimiento humano a parámetros de eficiencia y control burocrático (Aguirre Lanegra., 2025).

Esta dificultad resulta decisiva, entre otras cosas, porque la enfermería es la disciplina que integra el núcleo histórico y epistemológico centrado en el cuidado. En el hospital, la actividad de la enfermera se lleva a cabo bajo la tutela de requisitos técnicos y protocolos de trabajo complejos, vigilancia clínica, administración terapéutica, registros y seguridad del paciente, y, mientras tanto, debe mantener la comunicación terapéutica, la empatía, la presencia profesional y el trato humano. Esta fricción se hace más patente sobre todo en los servicios con alta demanda, como las unidades críticas, las emergencias y las salas de hospitalización complejas, en donde el tiempo clínico se segmenta y el contacto humano puede concretarse en rápidas y esencialmente instrumentales intervenciones.

La literatura sobre deshumanización en salud señala que este fenómeno puede analizarse desde el nivel formativo hasta el asistencial y el administrativo. La insensibilidad no se manifiesta sólo en la frialdad del trato, sino también en la segmentación del saber, en el predominio de la lógica burocrática y en someter la atención a criterios de eficiencia, racionalidad y aseguramiento (Ávila-Morales., 2017).

La sobrecarga de trabajo, la escasez de tiempo para el contacto humano, la supremacía tecnológica, el sufrimiento continuo, la pérdida o el conflicto de valores profesionales han sido identificados como factores vinculados a deshumanización en las unidades de cuidados intensivos (Ávila-Morales., 2017).

En Ecuador, la reflexión sobre la deshumanización del cuidado no puede separarse del marco constitucional y sanitario que reconoce la salud como un derecho. La Constitución de la República del Ecuador establece la obligación del Estado de garantizar, sin discriminación, el efectivo goce de los

derechos relacionados con la salud, la seguridad social, el agua y la alimentación. Además, reconoce la aplicación directa e inmediata de los derechos constitucionales por parte de los servidores públicos y las instituciones (Asamblea Nacional Constituyente, 2008). A su vez, la Ley Orgánica de Salud regula las acciones orientadas a la efectivización del derecho universal a la salud desde una perspectiva vinculada a la protección, promoción, prevención, recuperación y rehabilitación (Congreso Nacional del Ecuador, 2006). En consecuencia, el cuidado de enfermería no puede interpretarse únicamente como una prestación técnica o una obligación laboral, sino como una práctica profesional vinculada a los derechos, la dignidad, la calidad, la seguridad y la justicia sanitaria.

La Ley de Derechos y Amparo del Paciente refuerza esta orientación al reconocer el derecho de toda persona a recibir atención oportuna y un trato digno, respetuoso y cortés en los establecimientos de salud (Congreso Nacional del Ecuador, 1995). Esta disposición permite comprender que la humanización no constituye un elemento decorativo de la atención ni una expresión sentimental añadida al cuidado, sino una exigencia ética y jurídica. Cuidar humanamente implica reconocer que el paciente no es solamente un diagnóstico, una cama, una vía periférica, un balance hídrico, una bomba de infusión o una historia clínica. El paciente es una persona situada en una experiencia de vulnerabilidad que compromete su cuerpo, su biografía, sus vínculos, sus temores y su expectativa de ser tratado con consideración.

Sin embargo, la brecha entre la norma y la práctica se hace visible cuando las condiciones laborales e institucionales obstaculizan la materialización de ese cuidado digno. En muchos escenarios hospitalarios, la sobrecarga de pacientes, la insuficiencia de personal, la rotación constante, el cansancio acumulado, la escasez de insumos, la presión por cumplir con las actividades y la demanda administrativa pueden producir una forma de cuidado acelerada, fragmentada y defensiva (Allauca et al., 2023). En unidades de cuidados intensivos se han identificado factores como la sobrecarga laboral, el tiempo limitado para el contacto humano, la primacía de la tecnología sobre la atención personalizada, el sufrimiento continuo, el conflicto de valores profesionales y el uso intensivo de tecnologías sin estrategias humanizadoras como elementos que favorecen prácticas deshumanizadas (González-González et al., 2025).

La técnica, sin embargo, no debe convertirse en el enemigo conceptual del cuidado. En enfermería, la técnica ha sido y continúa siendo una condición indispensable para proteger la vida, aliviar el sufrimiento, prevenir complicaciones y garantizar la seguridad clínica. El problema no radica en la existencia de monitores, ventiladores, bombas de infusión, protocolos, escalas o registros, sino en la forma en que estos dispositivos pueden desplazar el centro moral de la atención cuando se utilizan sin una comprensión relacional del cuidado. La reflexión filosófica sobre la técnica y la enfermería advierte que técnica y cuidado no son dimensiones opuestas; por el contrario, ambas forman parte de la condición humana y pueden integrarse en una práctica responsable si la técnica permanece subordinada al sentido ético del cuidar (García-Urbe et al., 2024).

A esta discusión se añade una dimensión menos abordada, pero profundamente relevante para la enfermería ecuatoriana: el uso del lenguaje estandarizado NANDA-NOC-NIC. El proceso enfermero, cuando se aplica con juicio clínico, permite valorar integralmente al paciente, identificar respuestas humanas, formular diagnósticos enfermeros, establecer resultados medibles, seleccionar intervenciones pertinentes y evaluar la evolución del cuidado.

No obstante, cuando estas taxonomías se utilizan como trámite documental, mediante diagnósticos desactualizados, resultados no medidos, intervenciones copiadas o evaluaciones genéricas, dejan de cumplir su función científica y pueden convertirse en una forma de deshumanización disciplinar (Herdman et al., 2024; Moorhead et al., 2023; Wagner et al., 2023).

El presente artículo sostiene que la deshumanización del cuidado de enfermería en el contexto hospitalario ecuatoriano no puede atribuirse exclusivamente a la pérdida individual de vocación ni al avance tecnológico, sino que debe analizarse como un fenómeno complejo en el que convergen condiciones estructurales, presión institucional, desgaste profesional, formación predominantemente técnica, uso instrumental de la tecnología y debilitamiento del lenguaje científico propio de la enfermería. En consecuencia, el objetivo del artículo es analizar críticamente la deshumanización del cuidado de enfermería en el contexto hospitalario ecuatoriano, considerando la sobrecarga laboral, la tecnificación asistencial, la presión institucional y el uso inadecuado del lenguaje NANDA-NOC-NIC, con el fin de proponer una reflexión ética, científica y normativa orientada a la rehumanización del cuidado.

METODOLOGÍA

El artículo se desarrolló como una revisión documental narrativa con un enfoque cualitativo, reflexivo-hermenéutico y analítico normativo. Este diseño fue seleccionado porque su propósito no consistió en medir variables ni en establecer asociaciones estadísticas, sino en interpretar críticamente las condiciones éticas, laborales, tecnológicas, institucionales y disciplinares que pueden favorecer la deshumanización del cuidado de enfermería en el contexto hospitalario ecuatoriano.

La búsqueda documental se orientó mediante descriptores DeCS y términos MeSH relacionados con la humanización de la atención, la atención de enfermería, el proceso de enfermería, la seguridad del paciente, la bioética, las unidades de cuidados intensivos, la comunicación terapéutica, el desgaste profesional y la documentación clínica. Se revisaron artículos científicos, documentos normativos ecuatorianos, textos bioéticos y clasificaciones disciplinares vinculadas con NANDA-I, NOC y NIC.

Los criterios de inclusión fueron: documentos relacionados con la humanización o deshumanización del cuidado, enfermería hospitalaria, unidades críticas, tecnología sanitaria, seguridad del paciente, normativa ecuatoriana, proceso enfermero y lenguaje estandarizado de enfermería; publicaciones con pertinencia conceptual o normativa sobre el tema; y fuentes académicas o institucionales verificables. Se excluyeron textos sin relación directa con la enfermería, documentos duplicados, fuentes de baja calidad académica y publicaciones sin un aporte claro al análisis.

La información fue organizada en cinco categorías de análisis: deshumanización como fenómeno estructural; técnica y tecnología como mediaciones del cuidado; normativa ecuatoriana y cuidado digno; sobrecarga laboral, cumplimiento documental y desgaste moral; y uso de NANDA-NOC-NIC como herramienta científica o como práctica burocrática. La técnica de análisis fue la lectura crítica comparativa, orientada a identificar convergencias, tensiones y vacíos en la literatura revisada.

No se recolectaron datos directos de pacientes, familiares ni profesionales de enfermería, por lo que no se requirieron el consentimiento informado ni la aprobación de un comité de ética en investigación con seres humanos.

Se reconoce como una limitación relevante que el artículo se basa en una reflexión documental narrativa, lo cual implica que sus hallazgos emergen de la interpretación crítica de fuentes secundarias.

Por consiguiente, los resultados deben comprenderse como categorías analíticas fundamentadas en literatura científica, normativa y disciplinar, y no deben considerarse representativos de la totalidad de la práctica hospitalaria ni sustitutos de evidencia empírica directa.

Esta limitación subraya la necesidad de estudios futuros que incluyan perspectivas empíricas y permitan contrastar o complementar las reflexiones aquí presentadas con experiencias clínicas concretas.

RESULTADOS Y DISCUSIÓN

Los resultados de la revisión documental fueron agrupados en cinco categorías analíticas vinculadas a la deshumanización del cuidado de enfermería en el hospital ecuatoriano. Estas categorías no son resultados estadísticos sino hallazgos a partir de la lectura crítica de la literatura científica, de documentos normativos y de fuentes disciplinares de enfermería.

Al mirar su organización a nivel macro-sectorial y micro-sectorial nos podemos dar cuenta que la deshumanización no se expresa solamente en el trato interpersonal, sino también en la organización laboral, en el uso de la tecnología, en la interpretación de la normativa sanitaria y en el lenguaje profesional NANDA-NOC-NIC.

Tabla 1. Categorías analíticas derivadas de la revisión documental

Categoría analítica	Hallazgo principal	Implicación para el cuidado de enfermería
Deshumanización como fenómeno estructural	La deshumanización no depende solo de la pérdida individual de empatía, sino de condiciones institucionales, formativas, administrativas y laborales.	Evita culpabilizar únicamente al profesional y orienta el análisis hacia la organización del cuidado.
Técnica y tecnología como mediaciones del cuidado	La técnica es indispensable para la seguridad y supervivencia del paciente, pero puede desplazar la relación humana si se absolutiza.	La tecnología debe utilizarse como medio para cuidar, no como sustituto del vínculo terapéutico.
Normativa ecuatoriana y cuidado digno	El marco jurídico reconoce salud, dignidad, información, privacidad y seguridad como componentes del cuidado.	La humanización se interpreta como exigencia ética y legal, no como acción opcional.
Sobrecarga, cumplimiento y desgaste moral	La sobrecarga y la presión documental reducen el tiempo para comunicación, educación y acompañamiento.	Humanizar exige mejorar condiciones laborales y transformar la cultura del cumplimiento en cultura del cuidado.
NANDA-NOC-NIC como lenguaje disciplinar	El uso mecánico debilita el juicio enfermero; el uso correcto identifica respuestas humanas y evalúa resultados.	La rehumanización requiere fortalecer el proceso enfermero y la documentación clínica con sentido.

Nota. Elaboración propia a partir de la revisión documental narrativa.

Deshumanización como fenómeno estructural

Segregación de las categorías: la deshumanización como fenómeno estructural. La primera categoría identificada fue la deshumanización como fenómeno estructural. Hay consenso entre los documentos revisados en que la deshumanización en la salud no puede explicarse por un acto aislado, por una persona sin amabilidad, o por la reducción individual de la vocación profesional. Si se condena a ese maltrato físico, a la comunicación escasa, al aparente desinterés o a la falta de empatía hacia manifestaciones más superficiales del problema, estas arraigan en condiciones sistémicas bien distintas: modelos institucionales focalizados en la eficiencia, segmentación del trabajo clínico, saturación asistencial, predominancia de la racionalidad técnico-administrativa y debilitamiento paulatino del lazo terapéutico (Aguirre Lanegra, 2025; Ávila-Morales, 2017).

Bajo esta categoría, la deshumanización puede conceptualizarse como la reducción del ser humano a un lado parcial de su ser. En el hospital, esa despersonalización tiene lugar cuando el paciente es considerado únicamente como diagnóstico, enfermedad, procedimiento, cama, turno, registro o indicador de gestión. Quien enferma ya no es atendido en su totalidad, sino que va siendo capturado por las lógicas de clasificación, control, productividad y solución técnica que rigen el cuidado.

Este cambio no siempre se da de forma manifiesta y consciente; normalmente se instala en el silencio de la rutina, en la prisa, en el agotamiento y en la estandarización de unas prácticas que valoran cumplir por encima de cuidar. El principal hallazgo de esta categoría es que la deshumanización no debe entenderse a partir de una interpretación moralizante de los trabajadores de la salud. Culpar al profesional es invisibilizar los factores organizacionales que atraviesan el cuidado y simplificar en demasía el fenómeno. En enfermería, esta interpretación es particularmente relevante, ya que la profesión está continuamente presente con el paciente y, al mismo tiempo, debe cumplir con las demandas clínicas, administrativas y legales que restringen el tiempo que puede destinarse a la escucha, la educación y el apoyo.

Técnica y tecnología como mediaciones del cuidado

La segunda categoría fueron las relaciones entre técnica, tecnología y cuidado. La revisión reveló que la técnica no es ajena al cuidado humano, sino que es una mediación requerida para custodiar la vida y mantener la seguridad clínica.



Prescribir medicamentos, controlar una bomba de infusión, manejar un ventilador, evaluar escalas clínicas, abrir una vía venosa, interpretar señales de deterioro o implementar medidas de prevención de incidentes son intervenciones técnicas que integran el cuidado profesional. Sin técnica el cuidado perdería su poder de resolución; sin base científica la intención humanitaria podría traducirse en práctica insuficiente o riesgosa (García-Urbe et al., 2024).

El inconveniente es que la técnica se emancipa del cuidado y empieza a organizar de manera predominante la relación clínica. En un contexto de supervisión muy intensa, se corre el riesgo de pensar que saber los valores fisiológicos es tener conocimiento del paciente. La saturación de oxígeno, la presión arterial, la frecuencia cardíaca, la diuresis o la escala neurológica entregan datos relevantes, pero no son un sustituto de la evaluación holística. La enfermería tiene que interpretar la información, pero también tener en cuenta gestos, silencios, temores, malestares, respuestas familiares y demandas sin articulaciones.

En las unidades críticas es importante poner de relieve este resultado, ya que el paciente intubado, sedado, inestable, delirante, inmovilizado o dependiente de soporte vital puede parecer como que dispone de menor "tiempo" para el encuentro interpersonal. Pero el que no pueda hablar no la priva de ser sujeto. Hablarle en los procedimientos, guardar su intimidad explicar a la familia, controlar el dolor, evitar exposiciones innecesarias, respetar su cuerpo y documentar sus respuestas humanas, son acciones concretas que impiden que el soporte técnico transforme al paciente en un cuerpo intervenido, no reconocido.

También permitió observar que la comunicación y la empatía se constituyen en puentes entre la técnica y la experiencia del paciente. En un escenario crítico, la comunicación no se limita a información, sino que contribuye a disminuir la incertidumbre, anticipar miedos, orientar a la familia y conservar la confianza en el equipo de salud. La empatía, a su vez, no debe verse como una “virtud sentimental y persuasiva en científicas, aunque ella sea artífice de buen juicio clínico y ética que contribuye a interpretar necesidades explícitas e implícitas sin perder la responsabilidad profesional” (De la Rosa Navarro, 2019).

La comunicación cobra especial importancia cuando el paciente no puede hablar. En estos casos, el humanizar la atención implica interpretar señales no verbales, observar respuestas fisiológicas, tener en

cuenta el contexto familiar, preservar la intimidad y mantener la comunicación con respeto aun cuando no exista una respuesta verbal octubre/no hay respuesta verbal evidente. Este resultado refuerza la necesidad de capacitar al personal de enfermería en comunicación terapéutica, manejo emocional, entrega de información a familiares y cuidado de la dignidad en situaciones de alta dependencia.

Marco normativo ecuatoriano y cuidado digno

La tercera categoría abordó el Derecho ecuatoriano y el cuidado digno. Los documentos analizados evidencian que la humanización no es un ideal opcional sino una demanda ética, jurídica y de salud. La salud está reconocida en la Constitución como derecho y se la relaciona con otros derechos fundamentales; la Ley Orgánica de Salud dirige la acción sanitaria hacia la promoción, prevención, recuperación y rehabilitación; y la Ley de Derechos y Amparo del Paciente considera la atención oportuna, el trato digno, el derecho a la privacidad y a la información como elementos esenciales de la relación asistencial (Asamblea Nacional Constituyente, 2008; Congreso Nacional del Ecuador, 1995, 2006).

El Modelo de Atención Integral en Salud Familiar, Comunitaria e Intercultural, introduce a partir de ello un análisis integral de la familia y la comunidad, y de la diversidad cultural. En un país como Ecuador, donde prevalece la diversidad étnica, lingüística y territorial, humanizar los cuidados consiste en asumir que no todas las personas perciben la enfermedad, el sufrimiento, el cuerpo, la muerte ni la autoridad sanitaria con los mismos parámetros. Una enfermería sensata ante esta diversidad implica que nunca debe homogeneizar al enfermo y que deberá mantener un diálogo respetuoso, que el enfermo pueda entender y que sea culturalmente apropiado (Ministerio de Salud Pública del Ecuador, 2012).

El Manual de Seguridad en Salud para Usuarios también contribuye a esta categoría al evidenciar que la seguridad clínica es parte del cuidado digno. Prevenir errores, disminuir eventos adversos, mejorar la identificación del paciente, promover la comunicación efectiva, gestionar los medicamentos de alto riesgo son acciones que protegen la vida y evitan el daño (Ministerio de Salud Pública del Ecuador, 2016). Así, el cuidado inseguro puede leerse como una forma de deshumanización, porque sitúa a la persona al borde del daño prevenible y quebranta la confianza que ha depositado en el sistema de salud. La brecha entre lo normativo y lo práctico es el hallazgo central de esta categoría. El marco legal contempla la dignidad, la integralidad, la seguridad, la calidad y los derechos del paciente, pero la

práctica si bien puede verse influida por las exigencias y limitaciones impuestas por la carga de trabajo, la carencia de recursos, la presión administrativa y el debilitamiento del tiempo para el cuidado relacional. Esta tensión no invalida la regla, pero si evidencia que el cuidado digno precisa de condiciones específicas para realizarse.

Tabla 2. Relación entre normativa ecuatoriana y cuidado humanizado de enfermería

Documento normativo o institucional	Principio relacionado con humanización	Implicación para enfermería
Constitución de la República del Ecuador	Salud como derecho vinculado con dignidad, equidad y buen vivir.	El cuidado enfermero debe comprenderse como práctica relacionada con derechos humanos y justicia sanitaria.
Ley Orgánica de Salud	Garantía del derecho universal a la salud, promoción, prevención, recuperación y rehabilitación.	La valoración enfermera debe considerar integralidad biológica, psicológica, social y cultural.
Ley de Derechos y Amparo del Paciente	Atención oportuna, trato digno, respeto, privacidad e información.	La comunicación, la confidencialidad y el respeto al pudor son obligaciones del cuidado.
MAIS-FCI	Atención integral, familiar, comunitaria e intercultural.	El paciente debe ser reconocido dentro de su contexto familiar, social y cultural.
Manual de Seguridad del Paciente-Usuario	Prevención de eventos adversos, identificación correcta, comunicación efectiva y prácticas seguras.	La seguridad del paciente forma parte del cuidado humanizado y no debe reducirse a listas de verificación.
Código de Ética y Ley de Ejercicio Profesional de Enfermería	Responsabilidad profesional, dignidad humana, competencia técnica y compromiso social.	La enfermería debe sostener un cuidado científico, ético, legalmente responsable y centrado en la persona.

Nota. Elaboración propia a partir de la revisión documental narrativa.

Sobrecarga laboral, cumplimiento documental y desgaste moral

La 4a categoría fue la sobrecarga de trabajo relacionada con la cultura de hacer los papeles y el agotamiento moral. La revisión mostró que la carga de trabajo es uno de los aspectos más importantes que conduce a la deshumanización en la asistencia sanitaria.

Cuando el número de enfermos, la gravedad clínica y la cantidad de actividades que le esperan sobrepasan la capacidad razonable del equipo, la atención suele estructurarse alrededor de prioridades inmediatas: medicar, controlar signos vitales, cumplir órdenes, hacer procedimientos, transcribir, reportar, preparar, informar y atender imprevistos. Estas tareas son necesarias para la protección del paciente, pero cuando se toman todo el turno, empujan áreas tan importantes como la escucha, enseñanza, apoyo emocional, contacto familiar, evaluación integral de las respuestas humanas.

En las unidades de cuidados intensivos, esta es una tensión aún más aguda, debido a la complejidad de los pacientes y la vigilancia constante.

Del análisis de la literatura se desprende que la sobrecarga laboral, el tiempo reducido para el contacto humano, la primacía tecnológica, el sufrimiento ininterrumpido y el conflicto de valores profesionales son considerados como entidades que menoscaban a la humanización del cuidado (González-González, et al., 2025).

Allí, el profesional puede verse enfrentado a una contradicción ética: sabe que el paciente y la familia necesitan explicación, acompañamiento y presencia; sin embargo, el ritmo asistencial lo obliga a priorizar lo urgente, lo medible y lo documentable.

Esta contradicción está directamente relacionada con el desgaste moral. El desgaste moral ocurre cuando el profesional sabe qué acción sería clínicamente apropiada y caritativamente deseable, pero no puede realizarla debido a restricciones institucionales, limitaciones de tiempo, insuficiencia de recursos, cargas de pacientes, órdenes contradictorias o presión administrativa (Jameton, 1984). En enfermería, la experiencia puede ser reconocer una oportunidad para dar mucho más acompañamiento a un paciente en agonía, para explicar con mayor tranquilidad un procedimiento o para ofrecer consuelo a una familia desesperada, para luego verse obligado por las condiciones del servicio a irse a otro compromiso urgente.

La cultura del cumplimiento documental profundiza en esta problemática. Lo que registra, audita, cuantifica en el hospital suele tener más visibilidad que lo que es del campo de la relación humana. Podemos comprobar si se administró una medicación, si se realizó una escala, si se firmó una hoja, si se llenó un formulario; pero es más difícil demostrar si el paciente fue escuchado, si la familia recibió la información, si la angustia se alivió o si el pudor se respetó. Esa disparidad genera un sesgo institucional: se privilegia lo cuantificable, mientras que lo humano, por ser menos visible en los sistemas de control, puede quedar relegado. (López et al., 2024, 2-10)

La revisión también revela que la documentación clínica puede ir en dos direcciones. Cuando está dirigida con pensamiento, garantiza una atención continua, facilita la comunicación de riesgos, evidencia las intervenciones, evalúa los resultados y tiene como fin no solo proteger al paciente, sino también al profesional. Sin embargo, se limitó a repetir frases o a utilizar plantillas genéricas y terminó por convertirse en una práctica formalista que oculta más información de la que ofrece.

Un registro sin valoración, sin juicio clínico, sin intervención ni evaluación hace muy difícil saber qué sucedió realmente en o con el paciente (Altabbaa et al., 2024).

Aquí fue donde se centró una tensión clave: el sistema requiere que el registro asegure la trazabilidad y el control, pero no siempre provee el tiempo ni el entrenamiento continuó para que el registro muestre el pensamiento de enfermería. Esto puede hacer que la documentación sea vista como una carga burocrática en lugar de como parte del enfoque profesional. El resultado es des-situacionalización y alienación: se deja de registrar para cuidar mejor y se empieza a cuidar para probar que uno hizo (Rea & Arteaga, 2021, pp.46-54).

NANDA-NOC-NIC como lenguaje disciplinar

La quinta categoría fue la adopción del lenguaje disciplinar NANDA-NOC-NIC. En la línea de trabajo con documentos disciplinares revisados podemos afirmar que estas taxonomías pueden atender o desatender a las personas. Humanizan al facilitar la identificación de respuestas humanas, individualizar el cuidado, evaluar los resultados y elegir intervenciones acordes con la situación del paciente. Deshumanizan si se les aplica mecánicamente, en forma anticuada, repetitiva o alejada de una valoración global de la persona (Herdman et al., 2024; Moorhead et al., 2023; Wagner et al., 2023).

NANDA-I ofrece a la enfermería la posibilidad de observar al paciente por encima del diagnóstico médico, puesto que guía el juicio profesional hacia las respuestas humanas que el individuo, la familia o la comunidad manifiestan ante una condición de salud. Estas reacciones pueden ser físicas, emocionales, funcionales, sociales, familiares, espirituales o de afrontamiento. Un diagnóstico de enfermería bien formulado no consiste en reducir al paciente a su patología, o incluso a su síntoma, sino en entender qué significa para ese paciente vivir, expresar y sobrellevar una determinada situación de salud (Herdman et al., 2024).

El NOC se puede usar para evaluar los resultados sensibles al cuidado. Humanizar no obliga únicamente a acompañar o a tener buena voluntad; esta afirmación podría argumentarse, solo que no tendría valor si las intervenciones no nos condujeran a modificaciones positivas en la persona cuidada. Cuando se selecciona un resultado, pero no se definen indicadores, la puntuación basal, la puntuación diana ni los criterios de evaluación, el cuidado se vuelve indefinible.

En esta línea, si bien la enfermería indica intervenir, no queda claro si el paciente mejoró, empeoró o permaneció sin cambios respecto del resultado esperado (Moorhead et al., 2023).

El NIC, a su vez, proporciona opciones de acción coherentes con el diagnóstico y el resultado esperado. No es cuestión de ‘copiar’ actividades, sino de seleccionar aquellas que se adecuen a la condición real del usuario, al contexto institucional, a los recursos disponibles y a las prioridades de cuidado. Una intervención NIC Humanizadora: La intervención de cuidado y presencia humana, técnica y presencia, seguridad y comunicación, procedimiento y dignidad, vigilancia clínica y acompañamiento (Wagner et al., 2023). El hallazgo primario de esta categoría es que la taxonomía no es el problema; el problema es su aplicación burocrática.

La consistencia entre NANDA, NOC y NIC se identificó como un factor importante. El diagnóstico enfermero debe ser producto de una valoración integral; el resultado NOC debe reflejar el ámbito de cambio que se espera modificar, mantener o mejorar; y la intervención NIC debe proporcionar orientaciones para acciones específicas dirigidas a la consecución de dicho resultado. Son estas tres piezas las que, cuando se juntan, convierten el proceso enfermero en una herramienta invaluable para pensar en el plano clínico. Cuando se disocia el plan de cuidados, queda reducido a un cúmulo de etiquetas sin objetivos concretos.

La revisión también permitió constatar que la aplicación adecuada de la taxonomía contribuye al fortalecimiento de la autonomía profesional. Una enfermera que diagnostica, planifica, interviene y evalúa en un ámbito propio del lenguaje no se limita a la aplicación de órdenes, sino que piensa, fundamenta su actuación y, con ese pensamiento como base, realiza su aporte al equipo de salud.

Esta dimensión es singularmente significativa en el escenario hospitalario, en el que la realización puede acotarse a técnicas y el cuidar debe evidenciarse como una actuación científica, ética y legalmente asumida. (Martinetti et al., 2024)

Tabla 3. Uso burocrático y uso humanizador del proceso enfermero

Componente	Uso burocrático que debilita el cuidado	Uso humanizador recomendado
Valoración	Registro incompleto, centrado solo en signos o procedimientos.	Valoración integral que incluya datos objetivos, subjetivos, emocionales, familiares y de seguridad.
NANDA-I	Diagnósticos copiados, desactualizados o confundidos con diagnósticos médicos.	Diagnósticos enfermeros derivados de respuestas humanas reales y formulados con coherencia clínica.
NOC	Resultados sin indicadores, sin línea basal o sin puntuación diana.	Resultados medibles con indicadores específicos, escala de valoración y meta de cuidado.
NIC	Intervenciones extensas, generales o repetidas sin relación con la prioridad clínica.	Intervenciones seleccionadas según diagnóstico, resultado esperado, contexto y recursos disponibles.
Evaluación	Frases genéricas como “queda en iguales condiciones” o “se continúa con cuidados”.	Evaluación comparada con el resultado esperado, explicando avances, limitaciones y ajustes necesarios.

Nota. Elaboración propia a partir de la revisión documental narrativa.

DISCUSIÓN

La discusión de los resultados permite concluir que no se puede explicar la deshumanización en la atención enfermera desde una lógica de culpa individual. Aunque los resultados indican que la deshumanización tiene lugar cuando se combinan presiones institucionales, carga de trabajo, tecnificación asistencial, cultura del cumplimiento y debilitación de la capacidad de juicio “del enfermero”, es pertinente tener en cuenta posturas que también atribuyen protagonismo al individuo en la conservación de prácticas humanizantes.

Algunas perspectivas sostienen que los profesionales tienen cierta autonomía ética y pueden tomar decisiones que favorezcan la dignidad del paciente, aun en situaciones adversas. Sin embargo, el sentido principal de este trabajo coincide con las ideas de la bioética estructural, según la cual la deshumanización se concibe como un problema ligado a la organización de los servicios, las condiciones de trabajo, los sistemas de administración y las maneras en que el poder se distribuye en las instituciones de salud (Aguirre Lanegra, 2025). Esta lectura ética no exime al profesional de responsabilidad, pero permite escapar de representarlo como la fuente última de una problemática que lo sobrepasa a nivel individual. La enfermería puede mantener compromiso, sensibilidad y vocación, pero si desempeña su labor en entornos de alta presión, escasos recursos, múltiples tareas simultáneas,

creciente exigencia documental y reducidos espacios para el contacto humano, su posibilidad de brindar una atención pausada y relacional, se ve afectada. Por ello, la rehumanización implica atender al paciente y al profesional que le atiende.

La primera consecuencia a la que invita el debate es que la humanización no se reduce a campañas de buen trato ni a invocaciones para que se recupere la vocación. La vocación puede guiar el sentido moral del trabajo, pero no reemplaza la remuneración adecuada, el descanso suficiente, la educación continua, el liderazgo clínico ni el reconocimiento institucional. Una mirada madura sobre la humanización es como sostener que no se puede reclamar un cuidado digno sin, al mismo tiempo, asegurar la dignidad laboral de los cuidadores. Esta afirmación se conecta con la literatura sobre burnout, en la que la fatiga emocional, la despersonalización y la reducción de la realización profesional modifican literalmente la forma en que los profesionales enfrentan el sufrimiento y la demanda de cuidado (Maslach et al., 2001). El segundo aprendizaje es que la técnica y la humanización deben ir de la mano. La enfermería actual no puede eliminar la tecnología ni romantizar una práctica alejada de los dispositivos, los protocolos y la evidencia. En las unidades de cuidados intensivos, la vida del paciente se sostiene mediante monitores, respiradores, bombas de infusión, algoritmos terapéuticos y procedimientos invasivos. Sin embargo, estas finalidades deben seguir estando, en última instancia, subordinadas a la racionalidad del cuidado. La técnica humaniza cuando resguarda la vida, mitiga el dolor, aumenta la seguridad, y posibilita intervenciones a tiempo; pero deshumaniza cuando sustituye la comunicación, la presencia, la privacidad, la familia y la historia de la persona (García-Urbe et al., 2024).

Desde esta perspectiva, el problema no es el monitor en sí, sino que se mire sólo en el monitor; no es el protocolo, sino seguirlo de modo automatizado; no es el registro, sino documentar sin evaluar; no es la escala, sino emplearla sin interpretar la vivencia del enfermo. La técnica es humanizadora si se ejerce con explicación, respeto, privacidad, comunicación y valoración integral. La acción técnica debe dramatizarse como acción técnica enfermera, y no ser antagonista ni sustituir a la acción técnica de enfermería: el ámbito de la acción técnica enfermera ha de ser reacondicionado para que el quehacer técnico sea manifestación –y no antítesis– del cuidado.

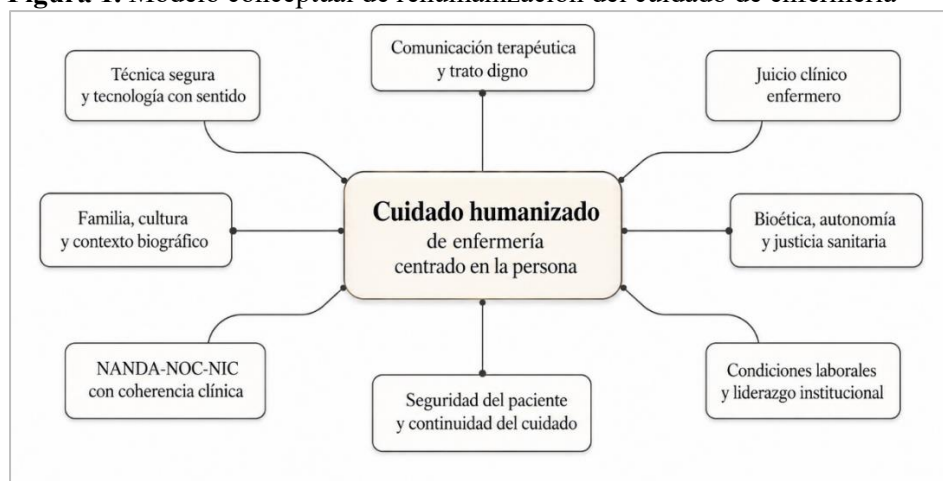
La tercera implicación tiene que ver con la distancia entre la regulación y la práctica hospitalaria. El derecho positivo ecuatoriano es suficiente para fundamentar una atención humana, segura, integral,

oportuna y respetuosa. No obstante, la existencia de normas no asegura su cumplimiento efectivo. La atención podría tener una orientación jurídica hacia la dignidad, y realizarse en un clima organizacional que hace difícil la comunicación terapéutica, la educación, la privacidad y el acompañamiento. Así, rehumanizar no sólo implica pensar normas nuevas, sino también traducir o reproducir las normas ya existentes en el marco de la práctica clínica.

La cuestión de la seguridad del paciente está en el centro de esta discusión. A veces se considera que la humanización es una dimensión blanda o subjetiva, como si estuviera separada de la calidad de la atención. Eso no es suficiente división. Una atención insegura también deshumaniza porque expone a los pacientes a daños prevenibles, prolonga el sufrimiento y socava la confianza en el sistema sanitario. De manera similar, también es inadecuada la atención técnicamente segura pero fría. La seguridad y la humanización deben integrarse como dimensiones inseparables de la atención digna (Ministerio de Salud Pública de Ecuador, 2016).

La cuarta implicación se lleva a cabo en el proceso enfermero. Los resultados evidencian que NANDA-NOC-NIC tiene el potencial de ser un camino hacia la disciplina rehumanizadora si se utiliza con rigor. Nombrar las respuestas humanas, medir los resultados y escoger las intervenciones pertinentes permite que enfermería haga visible su contribución específica y no se reduzca a la realización de tareas. La adecuada implementación de estas taxonomías mejora la autonomía profesional, la continuidad de la atención y la calidad del registro clínico (Herdman et al., 2024; Moorhead et al., 2023; Wagner et al., 2023).

Figura 1. Modelo conceptual de rehumanización del cuidado de enfermería



Nota. El modelo representa la rehumanización como la integración de la competencia técnica, el juicio disciplinar, la comunicación terapéutica, la seguridad del paciente, las condiciones laborales y el reconocimiento de la persona cuidada.

Sin embargo, también puede convertirse en una forma de burocracia si la taxonomía se emplea sin una visión global. Cuando los diagnósticos se copian por costumbre, cuando los resultados NOC no se evalúan, cuando no se individualizan las intervenciones NIC y cuando la evaluación no establece un diálogo con los resultados esperados, el proceso enfermero se despoja de su capacidad científica y humanizadora. En estos casos, el escrito puede estar terminado, pero sin ciencia clínica. No es solo una consecuencia académica; también pone en riesgo la continuidad, la seguridad y la dignidad del paciente.

La discusión invita a sostener que, para rehumanizar el cuidado, se debe intervenir en distintos niveles. En la sección de formación, debería reforzarse la enseñanza de la comunicación terapéutica, la bioética, el proceso de enfermería, el razonamiento clínico y el uso actualizado de NANDA-NOC-NIC. A nivel institucional: liderazgo enfermero, auditoría formativa de registros, revisión de cargas laborales, contención emocional, cultura no punitiva. A nivel relacional, se promueven prácticas de comunicación clara, respeto a la privacidad, participación familiar segura y reconocimiento de la singularidad de cada paciente.

Merece especial atención la documentación clínica. La documentación no debería concebirse como un lastre externo al cuidado, sino como un instrumento para asegurar la continuidad, informar sobre riesgos, demostrar intervenciones, evaluar resultados y proteger tanto al paciente como al profesional. El problema no es documentar, sino documentar sin sentido clínico. Una historia humanizada no es forzosamente larga, es coherente, pertinente y enlazada a la realidad del paciente. Tiene que incluir valoración, juicio clínico, intervención y reevaluación.

El mayor avance del presente artículo radica en que se amplía la discusión sobre la deshumanización al campo disciplinar de la enfermería. La mayor parte de la literatura trata la humanización en la comunicación, empatía, familia o tecnología, no obstante, este estudio plantea que el desconocimiento del lenguaje enfermero también deshumaniza. Cuando la enfermería se ve incapacitada para nombrar científicamente las respuestas humanas, para cuantificar resultados y para diseñar intervenciones coherentes, la atención pierde, por identificación profesional, parte de su potencial para cuidar. (Martinetti et al., 2025)

Las consecuencias prácticas que se derivan de este debate son acciones concretas y llevables a cabo. Se sugiere a las instituciones hospitalarias que: (1) diseñen e institucionalicen programas de formación continua para la humanización del cuidado, comunicación terapéutica, bioética clínica y actualización del lenguaje NANDA-NOC-NIC; (2) definan estrategias para la detección, formación y potenciación de liderazgos clínicos en enfermería; (3) implementen auditorías formativas y periódicas del registro SOAPIE con retroalimentación para fortalecer la calidad y la coherencia clínica; (4) establezcan y sostengan espacios institucionalizados de reflexión ética para trabajar el desgaste moral y deliberar dilemas del cuidado, y; (5) incorporen la humanización como indicador exigible de calidad y seguridad asistencial en sus sistemas de evaluación y mejoría. Estas recomendaciones deben apuntar hacia la transformación de las condiciones estructurales y organizativas que propician el cuidado de excelencia, evitarán un enfoque punitivo, y priorizarán la habilitación de entornos que permitan a los profesionales atender realmente de forma humanizada.

Para concluir, la rehumanización como estrategia debe concebirse de manera transversal. No es que se añada gestos amables a una práctica técnicamente correcta, sino que se reorganiza el cuidado en torno a la dignidad, la seguridad, la comunicación, el juicio clínico, la evidencia y el reconocimiento a la persona. El paciente precisa de ciencia y de humanidad, de tecnología segura y de presencia terapéutica, de historia clínica y de escucha, de protocolos y de sensibilidad ética. El pensamiento disciplinar de la enfermería tiene las claves que pueden contribuir decisivamente a esta integración y si las instituciones crean un marco real para poder cuidar sin deshumanizar, será posible.

Novedad científica y pertinencia del análisis

La relevancia científica del artículo radica en la confluencia de tres niveles que suelen analizarse de manera aislada: tecnificación asistencial, organización institucional del trabajo y lenguaje disciplinar enfermero. En este sentido, al articularse estos niveles, la deshumanización ya no se concibe como un problema relacional para enfocarse también como una contradicción que atraviesa la manera en que se piensa, se documenta y se evalúa el cuidado.

Este proceso interno de síntesis posibilitó que el cuidado humanizado y la seguridad del paciente no estuvieran enfrentados, ni tampoco el cuidado humanizado y la calidad documental. Más bien, una atención humanizada debe ser segura, con posibilidades de seguimiento, evaluación y respaldo

científico. El reto es que las herramientas de calidad no acaben por convertirse en fines burocráticos, despojadas de contacto con la vivencia del cuidado.

Asimismo, la propuesta puede aplicarse tanto a la formación universitaria como a la educación continua. Cuando la deshumanización se traduce en la pérdida del juicio clínico, la respuesta educativa debe superar la memorización de etiquetas diagnósticas y avanzar hacia la práctica del razonamiento clínico, el análisis de casos, la elaboración de diagnósticos enfermeros adecuados, la selección de resultados medibles y la valoración genuina de las intervenciones efectuadas. En el contexto ecuatoriano, esta discusión puede contribuir a fortalecer la identidad profesional de enfermería, especialmente en escenarios en los que el personal se encuentra expuesto a la alta demanda, a la presión institucional y a las exigencias documentales. Rehumanizar el cuidado implica reconocer que la enfermería no solo ejecuta actividades, sino que también interpreta las respuestas humanas, toma decisiones, asegura la continuidad asistencial y participa activamente en la calidad y la seguridad del sistema sanitario. (Rea & Arteaga, 2021, pp. 46-54)

Un lugar de aplicación directa se halla en el registro SOAPIE. En la literatura, el formato SOAPIE se conoce por organizar el proceso de enfermería al combinar la valoración subjetiva y objetiva, el razonamiento clínico, la planificación, la intervención y la evaluación, lo que permite la trazabilidad y la continuidad asistencial (Moorhead et al., 2023). Su valor clínico es que se puede racionalizar la evolución del paciente, el juicio profesional y la eficacia de las intervenciones, todos son componentes críticos de seguridad de atención y calidad. Pero si el SOAPIE se redacta mediante frases repetidas o registros administrativos sin contenido clínico alguno, pierde valor como instrumento para la toma de decisiones y para la defensa médico-legal. De ahí que la rehumanización disciplinar requiera el registro de: ¿qué?, ¿qué respuesta humana se identificó?, ¿cuál era el resultado esperado?, ¿qué intervención se realizó y cómo respondió el paciente?, asegurando así su pertinencia práctica y clínica. Esta contribución es valiosa para las secciones de hospitalización, emergencias y cuidados intensivos, ya que facilita la conexión entre la humanización y la gestión diaria del cuidado. Una organización que fomenta documentación congruente, liderazgo y la comunicación enfermera-turista en terapéutica, así como el uso actualizado de NANDA-NOC-NIC no sólo incrementa la documentación, sino que refuerza la continuidad, seguridad y dignidad de la atención.

Implicaciones para la práctica de enfermería

A partir del conjunto de resultados discutidos, la rehumanización del cuidado puede articularse en prácticas de actuación en el hospital. No se busca sustituir las normativas o protocolos vigentes, sino orientar su aplicación hacia una lógica del cuidado centrada en la persona. La Tabla 3 muestra las dimensiones de intervención, formativas, de gestión institucional, de documentación clínica, de relación terapéutica y liderazgo enfermero.

La formación permanente debe centrarse en el razonamiento clínico y no sólo en la actualización de los procedimientos. La enfermería debe aprenderse las técnicas, los fármacos, los dispositivos y protocolos, pero también necesita herramientas para comunicar malas noticias, para acompañar a las personas que sufren, para identificar necesidades emocionales, para respetar la autonomía, y para documentar las respuestas humanas. Formarse sólo en protocolos puede traducirse en eficiencia técnica, pero no en atención integral. La auditoría de registros debe ser un proceso formativo. En vez de aprobar o reprobar según si el formulario está completo, debería cuestionar si la evaluación, el diagnóstico, la meta y la intervención están en armonía. Esta alternativa contribuiría a mejorar el SOAPIE, a apoyar el proceso enfermero y a disminuir las anotaciones genéricas que no aportan a la continuidad del cuidado. Los comentarios deben, en todo momento, ser respetuosos, no punitivos y orientados a un mejor desarrollo del pensamiento clínico del equipo.

Tabla 4. Estrategias prácticas para la rehumanización del cuidado de enfermería

Dimensión de intervención	Acción sugerida	Resultado esperado
Formación continua	Capacitación en comunicación terapéutica, bioética clínica, seguridad del paciente y lenguaje NANDA-NOC-NIC actualizado.	Fortalecer juicio clínico, razonamiento disciplinar y cuidado centrado en la persona.
Gestión institucional	Revisión de cargas laborales, dotación suficiente, pausas de recuperación y soporte emocional posterior a eventos críticos.	Reducir desgaste moral, agotamiento y prácticas defensivas asociadas a la sobrecarga.
Documentación clínica	Auditoría formativa de registros SOAPIE, con énfasis en coherencia entre valoración, diagnóstico, resultados, intervenciones y evaluación.	Transformar el registro en herramienta de continuidad y no solo en requisito administrativo.
Relación terapéutica	Promoción de comunicación clara, información a la familia, respeto a la privacidad y participación familiar segura.	Disminuir incertidumbre y fortalecer confianza en el equipo de salud.
Liderazgo enfermero	Rondas de cuidado humanizado, análisis de casos, retroalimentación no punitiva y acompañamiento de líderes clínicos.	Sostener cambios prácticos y consolidar una cultura institucional de cuidado digno.

Nota. Elaboración propia a partir de la revisión documental narrativa.

La gestión institucional también ha de tener presente que humanizar, es tener tiempos reales para curar. La atención al paciente y familia, la educación, contención emocional y mantenimiento de la intimidad necesitan de entornos materiales. Si no se reconocen estas labores en la jornada, acaban eliminadas por lo urgente, lo visible, lo auditable. Por consiguiente, humanizar consiste en incorporar estas acciones en el planteamiento del turno y no en que sean tareas accesorias.

El liderazgo clínico de enfermería es clave. Es posible que las jefaturas, coordinaciones y líderes de servicio propicien las rondas de cuidado humanizado, la revisión de casos complejos, espacios de deliberación ética y acompañamiento post eventos críticos. Este liderazgo no debe jugarse solo a la vigilancia de cumplimiento; debe sustentarse en una cultura de aprendizaje, seguridad y dignidad. Un liderazgo humanizador protege al paciente, pero también al profesional.

La participación familiar, hasta ahora considerada un derecho, debe integrarse en el proceso de cuidado, siempre y cuando las condiciones clínicas y de seguridad así lo permitan. La familia aporta datos biográficos, emocionales y culturales que contribuyen a personalizar la atención. Ordenar su incorporación puede aliviar la incertidumbre, fortalecer la confianza y mantener la identidad del paciente más allá de su diagnóstico. Esta participación debe administrarse con una mirada clara, respeto y buena comunicación.

Limitaciones y líneas futuras

El presente trabajo presenta las limitaciones propias de una revisión narrativa. Debido a que no se llevó a cabo ninguna medición empírica en los servicios hospitalarios, ni se utilizaron instrumentos directamente con pacientes, familiares o profesionales, los resultados deben ser interpretados únicamente como categorías analíticas y no como estadísticas generales. Esta limitación influye en la habilidad para obtener acceso a la variabilidad y profundidad de las experiencias clínicas reales, y aconseja precaución en relación con la generalización de los hallazgos a otras situaciones no cubiertas por el estudio.

Sin embargo, el principal valor del artículo radica en su capacidad de articular la literatura científica, la normativa ecuatoriana y los fundamentos disciplinares que posibilitan una reflexión crítica y contextualizada sobre el cuidado de enfermería.

Haber identificado estas limitaciones refuerza la validez del análisis y demuestra la necesidad de futuras investigaciones que complementen este enfoque con evidencia empírica directa.

Investigaciones futuras podrían centrarse en la valoración de los pacientes demócratas, familiares y profesionales sobre el nivel de deshumanización percibida en los hospitales de Ecuador; realizar una evaluación real de la calidad de la documentación SOAPIE; evaluar la consistencia entre NANDA, NOC y NIC; y estudiar la correlación con el exceso laboral, el agotamiento moral y la calidad del cuidado humanizado. También serán deseables el diseño y la validación de indicadores institucionales de humanización que involucren la seguridad del paciente, la comunicación, la participación de las familias y las condiciones laborales del equipo de enfermería. **Conclusiones**

La deshumanización en la atención de enfermería en el hospital ecuatoriano es un fenómeno complejo susceptible de ser comprendido desde perspectivas que atraviesen la pérdida individual de la vocación, una falta de empatía, o una ausencia en la sensibilidad profesional. La interpretación elaborada permite establecer que la despersonalización del cuidado, como práctica tecno-documental, es el resultado de la intersección de aspectos estructurales, institucionales, laborales, tecnológicos, normativos y disciplinares que tensionan la labor de día a día en enfermería.

Los instrumentos, la técnica y la tecnología son amigos del cuidado humano. Ambas son necesarias en enfermería para preservar la vida, asegurar la seguridad clínica, evitar complicaciones y atender mercados de alta complejidad. Puede, por el contrario, potenciar procesos despersonalizadores si se convierten en fines en sí mismos y relegan a un segundo plano la comunicación, la percepción clínica, la presencia terapéutica y el reconocimiento de la dignidad del paciente.

El gobierno ecuatoriano, sin embargo, sí estableció las condiciones suficientes para demandar una Atención Digna Segura y Científicamente Respaldada. Sin embargo, subsiste un gap entre el ideal normativo y las condiciones de los servicios (tendente a colmarse en situaciones de saturación con escasez de recursos, presión administrativa y erosión del tiempo clínico para el cuidado relacional).

NANDA-NIC-NOC puede ser un instrumento de profunda humanización si se aplica con juicio clínico, actualización y congruencia en el diagnóstico, el resultado y la intervención. Por ejemplo, al personal de enfermería le ocurre cuando reconoce un diagnóstico como “alteración de la comunicación verbal” en un paciente posquirúrgico y toma como resultado NOC el aumento de la capacidad comunicativa y

realiza intervenciones NIC específicas, como la utilización de técnicas alternativas de comunicación, se puede observar cómo la taxonomía articula una atención individualizada y centrada en necesidades reales del paciente. Su empleo adecuado facilita la identificación de respuestas humanas, la definición de resultados medibles, la elección de intervenciones pertinentes, la valoración de la evolución del cuidado y la visibilidad del aporte autónomo de la enfermería. La taxonomía no deshumaniza, lo que deshumaniza es su aplicación mecánica, desactualizada y burocrática.

La rehumanización del cuidado supone la potenciación de la formación continuada, la mejora de las condiciones de trabajo, la promoción del liderazgo enfermero clínico, la integración de la seguridad del paciente y de la atención digna, el mantenimiento de una comunicación terapéutica eficaz y la recuperación del proceso enfermero como método científico del cuidado. Humanizar no es dejar de lado la técnica sino incluirla en una práctica ética, científica y relacional que tiene a la persona en el centro.

Declaraciones éticas y de publicación

Conflictos de interés: El autor declara no tener conflictos de interés relacionados con la elaboración del presente manuscrito.

Financiamiento: El presente trabajo no recibió financiamiento externo.

Consideraciones éticas: Al tratarse de un artículo de reflexión basado en una revisión documental y en un análisis normativo, no se intervino en seres humanos ni se recolectaron datos primarios. Por tanto, no fue necesario solicitar el consentimiento informado ni la aprobación del comité de ética en investigación con seres humanos.

Contribución de autoría: El autor participó en la concepción del tema, la revisión documental, el análisis crítico, la redacción, la revisión final y la aprobación del manuscrito.

REFERENCIAS BIBLIOGRAFICAS

- Allauca, W. J., Vargas, L. A. & Plazarte, J. L. (2023). Capacidad operativa y recursos hospitalarios en el sistema de salud ecuatoriano, periodo 2018–2023. *Esprint Investigación* 4(3). <https://doi.org/10.61347/ei.v4i3.181>
- Aguirre Lanegra, A. J. (2025). Deshumanización del cuidado en hospitales públicos: una revisión crítica desde la bioética estructural. *Anales de la Facultad de Ciencias Médicas (Asunción)*, 58(2), 105-115. <https://doi.org/10.18004/anales/2025.058.02.105>



- Asamblea Nacional Constituyente. (2008). Constitución de la República del Ecuador. Registro Oficial.
- Ávila-Morales, J. C. (2017). La deshumanización en medicina. Desde la formación hasta el ejercicio profesional. *Iatreia*, 30(2), 216-229. <https://doi.org/10.17533/udea.iatreia.v30n2a11>
- Congreso Nacional del Ecuador. (1995). Ley de Derechos y Amparo del Paciente. Registro Oficial Suplemento 626.
- Congreso Nacional del Ecuador. (1998). Ley de Ejercicio Profesional de las Enfermeras y los Enfermeros del Ecuador. Ley No. 57. Registro Oficial 261.
- Congreso Nacional del Ecuador. (2006). Ley Orgánica de Salud. Registro Oficial Suplemento 423.
- De la Rosa Navarro, A. (2019). Comunicación y empatía: factores influyentes en la deshumanización de los cuidados en UCI. *Biblioteca Lascasas*, 15, e12484.
- Federación Ecuatoriana de Enfermeras y Enfermeros. (2013). Código de Ética de la Federación Ecuatoriana de Enfermeras y Enfermeros. FEDE.
- García-Uribe, J. C., Arteaga-Noriega, A. V., & Bedoya-Carvajal, O. A. (2024). La técnica y el cuidado de enfermería: entre deshumanización y tecnificación. *Trilogía Ciencia Tecnología Sociedad*, 16(32), e2996. <https://doi.org/10.22430/21457778.2996>
- González-González, A. M., Rodríguez-Plasencia, A., & Romero-Fernández, A. J. (2025). Factores de deshumanización en unidades de cuidados intensivos: revisión sistemática. *Revista Arbitrada Interdisciplinaria de Ciencias de la Salud. Salud y Vida*, 9(Ed. Esp. 1), 468-473. <https://doi.org/10.35381/s.v.v9i1.4689>
- Herdman, T. H., Kamitsuru, S., & Lopes, C. T. (Eds.). (2024). NANDA International nursing diagnoses: Definitions and classification, 2024-2026 (13th ed.). Thieme.
- Jameton, A. (1984). Nursing practice: The ethical issues. Prentice-Hall.
- Maslach, C., Schaufeli, W. B., & Leiter, M. P. (2001). Job burnout. *Annual Review of Psychology*, 52, 397-422. <https://doi.org/10.1146/annurev.psych.52.1.397>
- Ministerio de Salud Pública del Ecuador. (2012). Modelo de Atención Integral de Salud Familiar, Comunitario e Intercultural (MAIS-FCI). Ministerio de Salud Pública.
- Ministerio de Salud Pública del Ecuador. (2016). Manual de Seguridad del Paciente-Usuario. Ministerio de Salud Pública.



- Moorhead, S., Swanson, E., Johnson, M., & Maas, M. L. (Eds.). (2023). Nursing outcomes classification (NOC): Measurement of health outcomes (7th ed.). Elsevier.
- Wagner, C. M., Butcher, H. K., & Clarke, M. F. (Eds.). (2023). Nursing interventions classification (NIC) (8th ed.). Elsevier.