

	GESTIÓN SERVICIOS BIBLIOTECARIOS						  
	CARTA DE AUTORIZACIÓN						
CÓDIGO	AP-BIB-FO-06	VERSIÓN	1	VIGENCIA	2014	PÁGINA	1 de 1

Neiva, 15 de noviembre de 2022

Señores

CENTRO DE INFORMACIÓN Y DOCUMENTACIÓN

UNIVERSIDAD SURCOLOMBIANA

Ciudad

El (Los) suscrito(s):

Vianeth Villegas Gutiérrez, con C.C. No. **1.075.239.905**, autor(es) de la tesis y/o trabajo de grado titulado, **ESTRATEGIAS PEDAGÓGICAS PARA LA ENSEÑANZA DE LA HUMANIZACIÓN DE LA ATENCIÓN A PROFESIONALES DE SALUD ENTRE LOS AÑOS 2010 – 2022: REVISIÓN DE LITERATURA**. Presentado y aprobado en el año **2022** como requisito para optar al título de

MAGISTER EN EDUCACIÓN; autorizo (amos) al CENTRO DE INFORMACIÓN Y DOCUMENTACIÓN de la Universidad Surcolombiana para que con fines académicos, muestre al país y el exterior la producción intelectual de la Universidad Surcolombiana, a través de la visibilidad de su contenido de la siguiente manera:

Los usuarios puedan consultar el contenido de este trabajo de grado en los sitios web que administra la Universidad, en bases de datos, repositorio digital, catálogos y en otros sitios web, redes y sistemas de información nacionales e internacionales “open access” y en las redes de información con las cuales tenga convenio la Institución.

- Permita la consulta, la reproducción y préstamo a los usuarios interesados en el contenido de este trabajo, para todos los usos que tengan finalidad académica, ya sea en formato Cd-Rom o digital desde internet, intranet, etc., y en general para cualquier formato conocido o por conocer, dentro de los términos establecidos en la Ley 23 de 1982, Ley 44 de 1993, Decisión Andina 351 de 1993, Decreto 460 de 1995 y demás normas generales sobre la materia.

- Continúo conservando los correspondientes derechos sin modificación o restricción alguna; puesto que, de acuerdo con la legislación colombiana aplicable, el presente es un acuerdo jurídico que en ningún caso conlleva la enajenación del derecho de autor y sus conexos.

De conformidad con lo establecido en el artículo 30 de la Ley 23 de 1982 y el artículo 11 de la Decisión Andina 351 de 1993, “Los derechos morales sobre el trabajo son propiedad de los autores” , los cuales son irrenunciables, imprescriptibles, inembargables e inalienables.

EL AUTOR/ESTUDIANTE: **Vianeth Villegas Gutiérrez**

Firma:



	GESTIÓN SERVICIOS BIBLIOTECARIOS						  
	DESCRIPCIÓN DE LA TESIS Y/O TRABAJOS DE GRADO						
CÓDIGO	AP-BIB-FO-07	VERSIÓN	1	VIGENCIA	2014	PÁGINA	1 de 3

TÍTULO COMPLETO DEL TRABAJO: ESTRATEGIAS PEDAGÓGICAS PARA LA ENSEÑANZA DE LA HUMANIZACIÓN DE LA ATENCIÓN A PROFESIONALES DE SALUD ENTRE LOS AÑOS 2010 – 2022: REVISIÓN DE LITERATURA.

AUTOR O AUTORES:

Primero y Segundo Apellido	Primero y Segundo Nombre
VILLEGAS GUTIÉRREZ	VIANETH

ASESOR (ES):

Primero y Segundo Apellido	Primero y Segundo Nombre
VALBUENA CASTIBLANCO	CINDY LORENA

PARA OPTAR AL TÍTULO DE: MAESTRÍA EN EDUCACIÓN ÁREA DE PROFUNDIZACIÓN DOCENCIA E INVESTIGACIÓN UNIVERSITARIA

FACULTAD: DE EDUCACIÓN

PROGRAMA O POSGRADO: MAESTRÍA EN EDUCACIÓN

CIUDAD: NEIVA

AÑO DE PRESENTACIÓN: 2022

NÚMERO DE PÁGINAS: 91

TIPO DE ILUSTRACIONES (Marcar con una X):

Diagramas Fotografías ___ Grabaciones en discos ___ Ilustraciones en general ___ Grabados ___ Láminas ___ Litografías ___ Mapas ___ Música impresa ___ Planos ___ Retratos ___ Sin ilustraciones ___ Tablas o Cuadros

SOFTWARE requerido y/o especializado para la lectura del documento: NA

	GESTIÓN SERVICIOS BIBLIOTECARIOS					  	
	DESCRIPCIÓN DE LA TESIS Y/O TRABAJOS DE GRADO						
CÓDIGO	AP-BIB-FO-07	VERSIÓN	1	VIGENCIA	2014	PÁGINA	2 de 3

MATERIAL ANEXO: NA

PREMIO O DISTINCIÓN (En caso de ser LAUREADAS o Meritoria): NA

PALABRAS CLAVES EN ESPAÑOL E INGLÉS:

<u>Español</u>	<u>Inglés</u>
1. Humanización	Humanization
2. Pedagogía	Pedagogy
3. Estrategias formativas	Training strategies
4. Profesionales de la salud	Health professionals

RESUMEN DEL CONTENIDO: (Máximo 250 palabras)

Resumen: La formación de la humanización del personal del sector salud planteada desde estrategias pedagógicas ha sido poco explorado, lo que muestra un vacío investigativo. Al tiempo que, emerge la necesidad de sensibilizar o enseñar a los profesionales de salud sobre la humanización mediante acciones educativas adecuadas para el aprendizaje y transformación de las prácticas, se da respuesta a este interrogante mediante una investigación que contribuya a caracterizar las estrategias pedagógicas usadas en la enseñanza de la humanización de la atención en salud dada por profesionales entre 2010 y 2020.

	GESTIÓN SERVICIOS BIBLIOTECARIOS						
	DESCRIPCIÓN DE LA TESIS Y/O TRABAJOS DE GRADO						
CÓDIGO	AP-BIB-FO-07	VERSIÓN	1	VIGENCIA	2014	PÁGINA	3 de 3

ABSTRACT: (Máximo 250 palabras)

Abstract: The formation of the humanization of health sector personnel raised from pedagogical strategies has been little explored, which shows a research gap. While the need to sensitize or teach health professionals about humanization emerges through appropriate educational actions for learning and transformation of practices, this question is answered through research that contributes to characterizing the pedagogical strategies used in the teaching of the humanization of health care given by professionals between 2010 and 2020.

APROBACION DE LA TESIS

MARTHA PATRICIA VIVES HURTADO

MARÍA ELVIRA CARVAJAL SALCEDO

**ESTRATEGIAS PEDAGÓGICAS PARA LA ENSEÑANZA DE LA HUMANIZACIÓN
DE LA ATENCIÓN A PROFESIONALES DE SALUD ENTRE LOS AÑOS 2010 – 2022:
REVISIÓN DE LITERATURA**

Presentado por:

VIANETH VILLEGAS GUTIÉRREZ

Estudiante de Maestría en Educación

**UNIVERSIDAD SURCOLOMBIANA
FACULTAD DE EDUCACIÓN
MAESTRÍA EN EDUCACIÓN
ÁREA DE PROFUNDIZACIÓN DOCENCIA E INVESTIGACIÓN UNIVERSITARIA
NEIVA, HUILA
2022**

**ESTRATEGIAS PEDAGÓGICAS PARA LA ENSEÑANZA DE LA HUMANIZACIÓN
DE LA ATENCIÓN A PROFESIONALES DE SALUD ENTRE LOS AÑOS 2010 – 2022:
REVISIÓN DE LITERATURA**

Presentado por:

VIANETH VILLEGAS GUTIÉRREZ

Estudiante de Maestría en Educación

Directora de tesis:

CINDY LORENA VALBUENA CASTIBLANCO

Enfermera, Magister en Enfermería

Tesis presentada como requisito para obtener el título de:

MAGISTER EN EDUCACIÓN

UNIVERSIDAD SURCOLOMBIANA

FACULTAD DE EDUCACIÓN

MAESTRÍA EN EDUCACIÓN

ÁREA DE PROFUNDIZACIÓN DOCENCIA E INVESTIGACIÓN UNIVERSITARIA

NEIVA, HUILA

2022

Tabla de contenido

Introducción	9
1. Marco referencial	11
1.1 Antecedentes	11
1.2 Planteamiento del problema.....	12
1.3 Pregunta de investigación	16
1.4 Justificación	16
1.5 Objetivos.....	18
1.5.1 Objetivo general.....	18
1.5.2 Objetivos específicos	18
2. Marco teórico	19
2.1 Estrategias pedagógicas	19
2.2 Humanización en salud.....	22
2.3 Profesionales en Salud	23
2.4 Procesos de formación en el sector salud.	24
2.5 Atención en salud.....	25
3. Marco metodológico	27
3.1 Diseño metodológico	27
3.2 Formulación de la pregunta guía.....	28
3.3 Desarrollo del protocolo	28
3.4 Selección de base de datos	30
3.4.1 Criterios de inclusión	30
3.4.2 Criterios de exclusión	30

3.4.3	Diseño de ecuaciones de búsqueda.....	31
3.5	Realización de la búsqueda de literatura.....	31
3.6	Evaluar la calidad de los estudios.....	32
3.7	Extracción de datos y síntesis de estudios relevantes.....	32
3.8	Descripción de variables y análisis de los datos.....	32
3.9	Posibles sesgos en la investigación.....	33
3.9.1	Sesgo de publicación.....	33
3.9.2	Sesgo de selección.....	33
3.9.3	Sesgo del observador.....	34
3.10	Resultados o productos esperados.....	34
4.	Resultados.....	35
4.1	Estudios identificados para la enseñanza de la humanización a los profesionales de salud	35
4.2	Estrategias usadas en la enseñanza sobre humanización a los profesionales de salud.....	40
4.2.1	Eliminar experiencias negativas en los pacientes.....	42
4.2.2	Mejorar los tiempos de espera en ambientes agradables.....	44
4.2.3	Mejoramiento en atención, calidad y resolución.....	45
4.2.4	Rediseñar del entorno del servicio, la gestión de procesos, el control de acceso y la educación y capacitación del personal y fomentando la consulta sobre ética.....	45
4.2.5	Reconocer la condición humana compartida, encontrar un terreno común, trascender roles y humildad.....	46
4.2.6	Ser cariñoso y el manejo del estrés.....	47

4.2.7 Fortalecer la relación entre paciente y médico, promoviendo el apoyo emocional continuo.....	48
4.2.8 Autorreflexión, conectarse con los pacientes, enseñar y modelar, y lograr el equilibrio entre el trabajo y la vida.....	49
4.2.9 Importancia del conjunto de tecnologías hard, light-hard y light para la práctica humanizada.	49
4.2.10 Implementar la Metodología Humanitude Care a la calidad de la atención.	50
4.2.11 Mejorar la prestación de atención a través de una metodología de mejora continua, capacitación de nuestra futura fuerza laboral, comprensión de la experiencia humana a través de la inclusión de las humanidades y aumentar la autoconciencia.	50
4.2.12 Emparejamiento de la Medicina Basada en la Evidencia (MBE) con la Medicina Basada en Valores (VBM) en la práctica diaria.....	52
4.3 Análisis y discusión de las estrategias pedagógicas usadas en la enseñanza de la humanización a los profesionales de la salud.	52
4.3.1 Formación para la profesión y formación para la prestación del servicio.	57
4.3.2 Ejercicio comunicativo interdisciplinar en profesionales de atención en salud.	58
5. Conclusiones.....	60
6. Recomendaciones	63
6.1 Para la práctica.....	63
6.2 A la investigación.	63
7. Limitaciones.....	64
Referencias.....	65
Anexos	71

Lista de tablas

Tabla 1 Términos MeSh y DeCs de la investigación.....	29
Tabla 2 Cantidad de publicaciones por base de datos luego de los filtros.....	39
Tabla 3 Categorías de análisis y estrategias usadas	40

Lista de figuras

<i>Figura 1</i> Diagrama PRISMA.....	36
<i>Figura 2</i> País de origen de las publicaciones seleccionadas.....	37
<i>Figura 3</i> Año de publicación de los artículos seleccionados.....	38

Lista de anexos

Anexo A. Cronograma de investigación.....	71
Anexo B. Presupuesto.....	73
Anexo C. Resultados Matriz de extracción.....	74

ESTRATEGIAS PEDAGÓGICAS PARA LA ENSEÑANZA DE LA HUMANIZACIÓN DE LA ATENCIÓN DE PROFESIONALES DE SALUD ENTRE 2010 Y 2020

LÍNEA DE INVESTIGACIÓN: Educación y Pedagogías Críticas y Didácticas Alternativas

Introducción

En lo que compete a Colombia, la Ley 100 de 1993 ha tenido efectos que favorecen la interposición de intermediarios con intereses primarios por la comercialización de la salud, antes que la cobertura y oportunidad de la prestación de servicios, como responsabilidad social del Estado (Prieto, 2019) lo que ha llevado a que no se tenga un ambiente favorable para la humanización en el servicio de salud. Por esta razón, el Ministerio de salud de Colombia (2014, citado por Carlos, Villota, Benavides, Villalobos, Hernández y Matabanchoy, 2019) expone como norte que: “la salud como un tema de bienestar, de comprensión y manejo de sentimientos; de respeto por los valores, las tradiciones y la cultura, y de cambios en la cultura organizacional” (p. 3) y ha hecho de la humanización en salud parte de los criterios para el proceso de habilitación y acreditación de los servicios de salud, según los lineamientos del Plan Nacional de la Calidad en Salud (2014). A partir de estos lineamientos, las organizaciones de salud presentes en el territorio nacional han propuesto sus propias directrices para dar respuesta a indicadores de calidad que los mantenga con altos estándares de calidad y habilitación y así favorecer la humanización en salud en sus servicios. Es así que las organizaciones prestadoras de servicios en salud acuden a capacitaciones y diversas estrategias educativas para trabajar este aspecto con su personal de salud,

como único camino conducente a solucionar la problemática que representa la deshumanización en el servicio de salud (Hernández, Díaz, Martínez y Hernández, 2018).

Además, es de señalar que la formación de la humanización en los funcionarios del sector salud planteada desde estrategias pedagógicas que demuestren efectividad, ha sido poco explorado, lo que muestra un vacío de trabajo investigativo a desarrollar. Al tiempo que, emerge la necesidad de sensibilizar o enseñar a los profesionales de salud sobre el tema mediante acciones educativas adecuadas para el aprendizaje y transformación de las prácticas y temas relacionados con la humanización en el sector salud. Por esto, es preciso dar respuesta a este vacío en el tema, mediante una investigación que contribuya a conocer más sobre estos retos del sector salud, acopiar datos de trabajos investigativos rigurosos, para dar aportar a una solución pertinente a la problemática.

1. Marco referencial

1.1 Antecedentes

La búsqueda para el estado del arte tuvo un resultado escaso en su material investigativo sobre estrategias pedagógicas en la humanización de la atención en profesionales del sector salud. De los hallazgos en la investigación se evidencian que este tema ha sido, en su mayoría, estudiado desde los profesionales de enfermería, lo cual, podría entenderse debido a que es el grupo de profesionales que tiene un mayor contacto con los usuarios en diferentes ámbitos de atención en salud.

De lo encontrado en la literatura, se propone que los temas a tratar en procesos de capacitación o enseñanza a profesionales de enfermería son la comunicación empática, valores sociales, escucha activa, liderazgo y comprensión de emociones (Rebatta y Quispe, 2019). Haciendo evidente la necesidad de resaltar las habilidades interpersonales que priman en la relación terapéutica con los pacientes.

Por otra parte, se señalan estudios en los que se destacan que las intervenciones de humanización están dirigidos directamente a los pacientes facilitando los procesos investigativos, de manera que se evidencie de manera más rápida, los posibles resultados de las propuestas de intervención, para luego ser replicadas (Pobo, 2019).

En estos estudios, se evidencia que hay una estructuración acorde con la nominación de varias estrategias de trabajo educativo donde se ocupan de su definición; pero no profundizan en cuanto a la descripción de lo realizado como trabajo educativo con los pacientes, ni abordan índices de efectividad (Pobo, 2019) o simplemente no se describe el proceso educativo o estrategias que se llevaron a cabo para realizar estas intervenciones (Rebatta y Quispe, 2019).

De otra parte, se evidencia que la necesidad de intervenciones para fomentar la humanización de los servicios se realiza precisamente en ambientes hostiles como lo son servicios quirúrgicos o de cuidados intensivos, espacios en los que el usuario se encuentra más vulnerable durante el proceso de atención (Rebatta y Quispe, 2019; Pobo, 2019).

En síntesis, a grandes rasgos, estos estudios muestran un panorama donde: primero, que los estudios pueden estar enfocados a un solo grupo de profesionales de salud y no existen intervenciones para grupos interdisciplinarios. Segundo, que en los espacios o servicios de salud en los que se evidencia la necesidad de sensibilizar a los profesionales de salud son los lugares en los que el paciente se encuentra en un estado crítico o está en un mayor nivel de vulnerabilidad. Y, tercero, efectivamente se usa la educación como principal método de enseñanza de la humanización en salud a los profesionales en salud; sin embargo, se hace necesario profundizar en la descripción de metodologías y estrategias pedagógicas usadas. En consecuencia, ratifican el vacío investigativo que corresponde a esta temática de estudio en el campo educativo para el sector salud.

1.2 Planteamiento del problema

La deshumanización en la atención en salud ha sido un problema en diferentes niveles del sistema de salud que ha requerido mayor atención por parte de los entes gubernamentales e instituciones. En la literatura se encuentra que esta problemática fue fomentada por la industrialización en la atención en salud y sus fines de capitalización (Dia, 2016), siendo el principio dinamizador que dio apertura a la deshumanización por la automatización de los procesos, reducción de tiempos en la atención y la sobrecarga laboral en los profesionales.

En la automatización de los procesos, se evidencia que hay una visión ambigua de la situación, debido a que el objetivo inicial de incluir nuevas tecnologías en el proceso de atención es contribuir a un mejor diagnóstico y tratamiento del paciente y minimizar los tiempos de las intervenciones requeridas (Jiménez, Gamboa y Márquez, 2019); no obstante, Jiménez y colaboradores (2019) señalan que esto ha creado una fisura de la interacción entre paciente y el profesional de salud que corresponde a una focalización en la herramienta durante la ejecución del procedimiento y no en el bienestar del paciente y su familia.

Otro factor relacionado con la deshumanización es la reducción de asignación de tiempo en la atención que responde a principios del libre mercado y la necesidad de aumentar la productividad en las instituciones de salud, soportado en indicadores como el número de pacientes atendidos, como lo exponen Robayo, et. al. (2015) y otras directrices de trabajo en consonancia con imperativos netamente económicos, de modo que, se agrega el bajo número de profesionales, para dar más rentabilidad a la actividad (Molina, Vargas, Muñoz, Acosta, Sarasti, Higueta, Berrío, Arcieri, Carvajal, Ramírez, Cáceres, Pulgarín, Quiroz y Londoño, 2010).

Este último, es un factor de riesgo adicional a la sobrecarga laboral y al estrés del profesional en salud, que pueden llevar a que presente conductas subsecuentes que afecten la interacción con el paciente, como es la despersonalización hacia el otro (Párraga, González, Méndez, Villarín, León, 2018). La despersonalización en los funcionarios del sector salud producto del estrés y como síntoma del Burnout, según Arias, Muñoz, Delgado, Ortiz y Quispe (2017), se asume como “conducta irreverente para con el paciente que implica un trato distante en el que el usuario del servicio es tratado como «cosa»” (p. 334).

Estas condiciones laborales también pueden estar ligadas al bajo número de profesionales formados en salud lo que puede contribuir a la deshumanización en la atención de salud. Según

Sánchez (2020), la realidad de Colombia, por ejemplo, para el caso de los médicos, se encuentra que “por cada 1.000 habitantes que hay en el país, habría 1,5 médicos generales” (p. 1), lo cual se entiende que no es un indicador negativo en el campo de la atención por especialistas para el número de habitantes en el país, desvirtuando que la falta de profesionales esté afectando la humanización en los servicios de salud.

Por lo anterior, se puede entender que la deshumanización en la relación entre profesionales de la salud y sus pacientes es una afectación que es de origen multicausal y además es una necesidad a nivel mundial, donde diversas actitudes y comportamientos no humanizados son advertidas por el receptor que siempre es el usuario del servicio de salud. Así, lo demuestran estudios de Zapata (2018), Barahona y Delgado (2020) en Latinoamérica y Fontesse (2021) en Bélgica, en los que se aborda esta situación desde la institucionalidad en relación con el fallecimiento de pacientes por tratamiento deshumanizado, o el quehacer de las enfermeras en áreas críticas y servicios psiquiátricos en centros hospitalarios y se evidencia que durante su atención, los pacientes son estigmatizados por sus conductas o condiciones lo que propicia un trato deshumanizado.

Pero, el tema de la humanización no es una preocupación actual, su origen está dado en 1995, con la formulación de los derechos del paciente, formulados por la Asociación Médica Mundial (citado por Elío-Calvo, 2016), con el propósito de poner un alto a los efectos de la mercantilización de la salud, así como, afrontar los cambios que ha tenido la sociedad, desde mediados del siglo XX, con la proliferación de un conocimiento en los derechos humanos, el incremento de la población en acceso a las organizaciones educativas y con esto transformaciones culturales, como deben ser, la atención hacía los usuarios de los servicios de salud, con el fin de tener una postura ética, manteniendo los principios bioéticos que nos rigen (Dia, 2016).

De esta manera, se plantearon los principios de la humanización en atención de salud se fundamentó en lo planteado en el humanismo filosófico, como movimiento contradictor del industrialismo y el promotor del propósito de humanizar el trato con los pacientes y más adelante en los principios de la bioética de Van Rensselaer, según expone Elío-Calvo (2016). Pero, es la evaluación de calidad del servicio la que a finales del siglo XX e inicios del XXI ponen énfasis en la humanización del servicio en el sector salud (Dia, 2016) e inicia un movimiento importante en la transformación de la atención hacia los usuarios.

De esta manera, el concepto de humanización se ha discutido cada vez más en la literatura científica, se ha definido y se ha indagado acerca de cómo se debe llevar a la realidad de la atención en salud. Por ejemplo, Haque y Wayts (2012) indican que este concepto hace referencia a “actuar en el mejor interés del paciente, tratar a los pacientes como fines en sí mismos, maximizar la autonomía del paciente en las decisiones de tratamiento informadas y distribuir los beneficios médicos de manera justa” (p. 2), siendo así, se busca mostrar como al paciente como un ser activo en el proceso de atención y no solo el receptor de intervenciones. Por otra parte, la humanización en la prestación de servicios de salud, conceptualizada por Ceballos y Gutiérrez (2012) alude al “servicio integral para el ser humano, derivado de esa cualidad se aúnan las dimensiones fisiológica, psicológica y comportamental, en aras de brindar un bienestar en medio de las circunstancias de afectación de su bienestar”.

De ahí que, Ceballos y Gutiérrez (2012) toman en consideración las interrelaciones intrahospitalarias que surgen entre el paciente y el funcionario de la salud, en cualquiera de los roles que desempeña, bien sea el contacto médico, enfermera, administrativo o directivo. Por su parte, Consuegra (2019) agrega que la interacción médico-paciente es una de las construcciones significativas de los pacientes e identifica que la atención no tiene por centro a la persona, por el

contrario, las prácticas de atención se sienten deshumanizadas por la carencia de empatía, como si en la atención de situaciones críticas, el único interés está en el cuerpo humano y no en las demás dimensiones de la persona.

Por lo tanto, el tratamiento deshumanizado se vuelve aversivo para los pacientes y sus familiares, entre sus consecuencias están el que evita que el paciente vea en estos profesionales como sus cuidadores y deposite en ellos confianza y tranquilidad, ambos elementos necesarios para avanzar en la rehabilitación de quienes afrontan la afectación de su salud, además, que una atención deshumanizada provoca daños y sufrimientos psicológicos innecesarios al paciente (Cássia, Komatsu y Dos Santos, 2015).

1.3 Pregunta de investigación

¿Cuáles han sido las estrategias pedagógicas usadas en la enseñanza de la humanización de la atención de profesionales de salud entre 2010 y 2020?

1.4 Justificación

La Organización Mundial de la Salud (OMS) plantea programas para instar a los sistemas de salud hacia el mejoramiento de la salud destinados a obtener resultados más benéficos para la sociedad civil, con los que lideran la mejora de la calidad en los servicios de salud que se prestan en todos los sistemas sanitarios, a nivel mundial (Shamsuzzoha, Leatherman, Mesah, Neilson y Kelley, 2018). Esto tiene como objetivo, garantizar los derechos de los ciudadanos y que estos reciban un servicio realmente de calidad, en cada uno de los aspectos necesarios para una salud

integral que aporte al trabajo que propone los Objetivos para un Desarrollo Sostenible (ODS) (Shamsuzzoha, Leatherman, Mesah, Neilson y Kelley, 2018).

En el caso de los países de América Latina, históricamente han tenido una deuda con el reconocimiento y cabal cumplimiento de los Derechos Humanos, (Rosembert, 2010). Entre los factores a los que se le atribuye esta problemática, se encuentran las precarias condiciones sociales y económicas de los habitantes del territorio latino americano (Alfaro, 2014). Estos derechos de la salud son de obligatorio cumplimiento para las organizaciones dedicadas a la atención en salud en Colombia, según lo expuestos en el Ley Estatutaria 1751 de 2015 (Colombia, 2015), donde se definen los principios de continuidad, integralidad, oportunidad y accesibilidad para los usuarios en aras de salvaguardar su salud y la vida.

Sumado a lo anterior, no solamente se espera que los servicios de salud garanticen este derecho a partir de la prestación de servicios, sino que en el proceso deben ver a los usuarios como seres integrales, de manera que, no concierne solo la ejecución mecánica y eficiente de procedimientos conducentes a la recuperación del estado de enfermedad, sino que debe ir en búsqueda de un equilibrio de las dimensiones del ser humano (Busch, Moretti, Travaini, Wu y Rimondi (2019).

Esto se puede lograr de manera particular al contacto en la relación del paciente y su familia con cualquier profesional de salud, teniendo en cuenta los criterios que propone Elío-Calvo (2016, p.4): “1. El respeto de los puntos de vista del paciente y la consideración de cada una de sus opiniones en la toma de decisiones respecto a su salud; 2. El atender el bienestar psicológico del paciente; 3. Recordar que el paciente es único e individual; 4. Tratar al paciente en su contexto familiar y ambiente social y físico; 5. Poseer buenas cualidades de comunicación y para escuchar; 6. Proporcionar confidencialidad y confianza; 7. Demostrar calidez y compasión y; 8. Ser

empático”; por lo que se requiere que los profesionales en salud pongan en práctica estas acciones en el diario vivir y así mejorar el panorama de la atención en salud.

Por lo tanto, la presente investigación tiene como objetivo identificar las estrategias pedagógicas en humanización que se pueden implementar en los contextos que prestan servicios en salud, lo que permite una construcción de conocimiento útil a las disciplinas relacionadas en salud e instituciones prestadoras de servicios que contribuyen a la formación tanto de profesionales como en la orientación de políticas institucionales que contrarresten esta problemática y avanzar en la mejora de la atención en salud.

1.5 Objetivos

1.5.1 Objetivo general

Determinar las estrategias pedagógicas usadas en la enseñanza de la humanización de la atención en salud dada por profesionales entre 2010 y 2020 que se encuentren en la literatura.

1.5.2 Objetivos específicos

- Identificar los estudios con las estrategias pedagógicas realizadas en la enseñanza de la humanización a los profesionales de salud.
- Describir las estrategias pedagógicas usadas en la enseñanza sobre humanización a los profesionales de salud.
- Analizar las estrategias pedagógicas pertinentes para la enseñanza de la humanización a los profesionales de la salud.

2. Marco teórico

2.1 Estrategias pedagógicas

Se definen como herramientas formativas, en apertura de espacios que propician la reflexión ante el ejercicio de enseñanza, así como aprendizaje, en función de la construcción del conocimiento en cada una de las áreas ya sean disciplinares o transdisciplinares que van ligadas a un modelo pedagógico (Duran, Velásquez, y Cárdenas, 2013).

En este caso, acorde al constructivismo se busca la creación de ambientes de aprendizaje participativos en acogida de variadas representaciones o comprensiones de una realidad, desde la cual viabiliza la construcción de conocimiento, aunado a actividades apoyadas en experiencias con abundantes datos en contexto (Velásquez, Espinel y Guerrero, 2016). Así, es de señalar que su esencia es alcanzar conocimiento producto de diversas actividades, para que se posibilite la apropiación de contenidos desde lo experiencial.

Además, se encuentra que, para llevar a cabo estas acciones, deben ser ejecutadas por un educador, con el objetivo de agilizar la formación de los educandos con el fin de facilitar un aprendizaje más exitoso por parte de estos (Gamboa, García y Beltrán, 2013). Entre los componentes a considerar en estas temáticas están los de índole curricular, la estructuración de las acciones formadoras, las estrategias didácticas y la interrelación del proceso enseñanza – aprendizaje hacia la adquisición de conocimientos, como también valores, actividades sistemáticas y dificultades inherentes a la formación particular de cada área disciplinar (Gamboa, García y Beltrán, 2013).

La estrategia didáctica, según Orozco (2016), se inserta en la práctica pedagógica y requiere la identificación y caracterización de dos componentes: la tarea de enseñanza y la situación de aprendizaje enfocados en crear un ambiente óptimo diseñado para ofrecer a los asistentes a un escenario educativo la oportunidad de lograr un objetivo operativo específico del proceso de enseñanza educación.

Para Gutiérrez (2018) se entienden que las estrategias didácticas se estructuran en relación con las actividades y los objetivos planteados en los contenidos de aprendizaje. Así mismo, propone que existen visiones diferentes para proponer estrategias, las que se direccionan para el aprendizaje acorde al alumno y la estrategia de enseñanza desde la óptica del profesor.

No obstante, es necesario clarificar que el tema de las estrategias pedagógicas es variado a criterio de cada autor (Díaz Barriga, 2002) y se pueden concebir como: “procedimientos, conjuntos de pasos, operaciones o habilidades que un aprendiz emplea en forma consciente, controlada e intencional como instrumentos flexibles para aprender significativamente y solucionar problemas” (p. 233).

Otro aspecto a considerar en este desarrollo, es la temática relacionada con la clasificación de estrategias, al respecto se toma a Díaz-Barriga (1998, citado por Córdoba y Tovar, 2013), quien establece una taxonomía de estas estrategias en relación con el momento en el cual se aplican, así se tienen las siguientes “a) antes (preinstruccionales), b) durante (coinstruccionales), c) después (posinstruccionales) utilizadas en un contenido específico, en el trayecto de la capacitación o en la dinámica del trabajo del capacitador” (p. 38). Además, Córdoba y Tovar (2013), exponen varias estrategias a implementar, acorde a la población de trabajo en sus características de profesionales en el sector salud se consideran pertinentes la que se desglosan a continuación:

Actividades de integración. Estas se apoyan básicamente en la comunicación, por tanto, el capacitador debe poseer altas habilidades interrelacionales. Al tiempo, es de señalar lo clave de un acuerdo previo entre los participantes y el capacitador en cuanto a cuáles serían los objetivos comunes por alcanzar y otro tipo de aportes para la elección de actividades de trabajo.

Trabajo en equipo. Se acomoda para capacitaciones en pequeños grupos donde los miembros del conjunto entrecruzan sus conocimientos existentes en torno al tema de trabajo, cada integrante aporta según sus destrezas y capacidades, buscando acuerdos sobre condiciones y parámetros para las gestiones propias de lo que se requiere aprender. De forma interactiva y cooperada se adentran en conceptos y demás elementos temáticos necesarios hasta concluir y comprender lo propuesto.

Aprendizaje basado en problemas. Como su nombre lo indica es estimular la actuación de los aprendices a partir del planteamiento de problemas específicos (Diaz Barriga 2006; para su ejecución se consideran tres características fundamentalmente:

- Formular una propuesta que gira alrededor de problemas con relevancia para el grupo.
- Necesariamente la problemática debe ser parte de las vivencias que afrontan los participantes en su cotidianidad.
- Estimula la actividad cognitiva de procesos superiores al implicar solución de problemas y toma de decisiones, a lo que se añade la creatividad cooperativa más la exploración/indagación.

Aprendizaje basado en el análisis y discusión de casos. La información por analizar se extrae en forma narrativa de experiencias dificultosas afrontadas por el grupo y cuyo manejo no fue el

idóneo en su momento. Posteriormente, se organizan grupos pequeños para la discusión entre sus integrantes sobre lo acontecido, los errores más notorios a subsanar, el origen de esos errores y las alternativas de manejo que se debe implementar.

2.2 Humanización en salud

La humanización del cuidado de la salud se define como “un estado de bienestar integral para el paciente y sus familias, que involucra afecto, dedicación, respeto por el otro” (Ariza, 2012), considerando a la persona como un ser completo y complejo, con el cual debe prevalecer una comunicación de satisfacción para evitar daños, así como la aparición de sufrimiento psicológico, que se interpone con el restablecimiento de la salud de las personas (Ariza, 2012).

El inicio conceptual de la humanización está unida a las líneas filosóficas, según Borbasi, Galvin, Adams, Todres y Farrelly (2013), en especial la existencial-fenomenológica, para dar un sentido e intencionalidad a los servicios de salud, en función de lo que representa el ser humano. Para Busch, Moretti, Travaini, Wu y Rimondi (2019), este concepto involucra términos como respeto por la dignidad, singularidad, individualidad y humanidad del paciente (90%), empatía hacia los pacientes (70%), vínculo de relación (65%), enfoque holístico (55%), respeto a la autonomía y participación del paciente (55%) y comunicación verbal y no verbal (50%).

Desde una mirada bioética, que se elige para el presente proyecto, se tiene que es: la atención segura y acogedora, teniendo en cuenta la dignidad, la calidad de vida de los pacientes, el respeto, la integralidad y la autonomía; además, se resalta la importancia de brindar información adecuada frente a los procedimientos que se realicen y que estos no sean mecanizados, sino que se considere la humanización como la forma de integrar tecnología y cuidado para el paciente (Carlosama, et. al. 2019, p. 249).

2.3 Profesionales en Salud

Los profesionales de la salud, visto como término, básicamente aluden al quehacer de profesionales quienes tienen por responsabilidad atender la salud en los seres humanos fundamentados en la aplicación de los principios y procedimientos de la medicina y el cuidado basados en la evidencia, como lo da a conocer la Organización Mundial de la Salud OMS (2010, citada por Gupta, Maliqi, França, Nyonator, Pate, Sanders, Belhadj y Daelmans, 2011).

Además, los profesionales de la salud, según Gupta, et. al. (2011) estudian, diagnostican, tratan y previenen enfermedades, lesiones y otros impedimentos físicos y mentales humanos de acuerdo con las necesidades de las poblaciones a las que sirven. De ahí que, asesoran o aplican medidas preventivas y curativas, y promueven la salud con el objetivo final de satisfacer las necesidades y expectativas de salud de las personas y las poblaciones, y mejorar los resultados de salud de la población. También, agrega que estos profesionales realizan investigaciones y mejoran o desarrollan conceptos, teorías y métodos operativos para promover la atención médica basada en la evidencia. Sus funciones pueden incluir la supervisión de otros trabajadores de la salud (Gupta, et. al., 2011).

En Colombia, se describe en la Ley 1164 de 2007 (Congreso de la República, 2007) que los profesionales en salud o el Talento Humano en Salud se entiende todo el personal que interviene en la promoción, educación, información de la salud, prevención, diagnóstico, tratamiento, rehabilitación y paliación de la enfermedad de todos los habitantes del territorio nacional dentro de la estructura organizacional de la prestación de los servicios de salud.

En cuanto a quienes desde su rol profesional se pueden considerar enmarcados en el término, se acude a la Clasificación Internacional Uniforme de Ocupaciones (CIUO) de la OIT

(2013), en seguimiento de esta estructuración se tiene por primera ubicación el grupo 2 de Profesionales científicos e intelectuales y el subgrupo 22 Profesionales de la salud, además del grupo 3 Técnicos y profesionales de nivel medio con el subgrupo 32 sobre Profesionales de nivel medio de la salud.

Así, esta clasificación relaciona como miembros de este desempeño profesional a médicos (médicos generalistas y especialistas), profesionales de enfermería, odontólogos, y farmacéuticos, excluyendo de esta lista a varios grupos, como los profesionales de la medicina tradicional y complementaria, los médicos paramédicos, dietistas y nutricionistas, fisioterapeutas y varias otras ocupaciones relacionadas con la terapia (OIT, 2013).

2.4 Procesos de formación en el sector salud.

Los procesos de formación en el sector de la salud, buscan crear escenarios educativos en el cuidado de la Salud que se esfuercen por brindar a los profesionales las habilidades necesarias para el diagnóstico, tratamiento y prevención de enfermedades y discapacidades a fin de garantizar condiciones de salud óptimas en la comunidad y más allá. Con un compromiso inquebrantable con la práctica ética y en apoyo de los valores fundamentales, esforzándose por promover la investigación, la erudición y el desarrollo de habilidades de liderazgo utilizando métodos educativos tradicionales, aprendizaje a distancia y combinaciones innovadoras de ambos para lograr el objetivo educativo (Cascino & Cortese, 2009).

En este sentido, las universidades propenden currículos extensos y profundos buscando la excelencia y la innovación en la enseñanza, la erudición y el servicio en lo que se enseña, para lograr profesionales con amplias perspectivas de la salud y la atención médica que aporten innovación, pensamiento crítico y habilidades de aprendizaje permanente a los entornos de

atención médica. Estos lineamientos corresponden al quehacer médico y de atención en salud, pues prepara egresados comprometidos en el cuidado de la salud con la excelencia, que puedan desarrollar y transmitir conocimientos sobre diversos aspectos de la salud, la prestación de servicios de salud y la investigación en salud con una preparación de graduados que entiendan la salud desde las perspectivas biológica, conductual y poblacional (MINSALUD, 2016).

2.5 Atención en salud

Se define como “el conjunto de procesos a través de los cuales se concreta la provisión de prestaciones y cuidados de salud a un individuo, un grupo familiar, una comunidad y/o una población” (Tobar, 2017). Su objetivo es contribuir a la salud garantizando un agregado de atenciones que permitan, en primer lugar, conservar la salud de las personas, evitar el deterioro de la salud de la población, recuperar la salud de quienes han enfermado para que logren sanar, detectar tan precozmente como fuera posible y evitar el agravamiento, en especial de aquellas enfermedades para las cuales aún no se ha identificado una cura y aliviar el dolor y minimizar el sufrimiento de los enfermos graves que no pueden ser curados (Tobar, 2017).

El establecimiento de los niveles de atención en salud para el territorio colombiano se da con la Ley 10 de 1990, así como a través del Decreto 1760 de (1990), posteriormente se realiza un ajuste contenido en la Resolución 5261 (1994), que clasifica según Sarmiento (s.f.), así:

- Nivel I: Médico general y/o personal auxiliar y/o paramédico y/o de otros profesionales de la salud no especializados.
- Nivel II: Médico general y/o profesional paramédico con interconsulta, remisión y/o asesoría de personal o recursos especializados.

- Nivel III y IV: Médico especialista con la participación del médico general y/o profesional Paramédico (p. 1).

3. Marco metodológico

3.1 Diseño metodológico

La presente investigación se realizó bajo la metodología de revisión sistemática de alcance, la cual se define como revisión documental que sintetiza resultados de investigación. El alcance de este tipo de estudios es realizar un mapeo de la literatura sobre un tema o área de investigación en particular y brindar la oportunidad de identificar conceptos clave, lagunas en la investigación y tipos y fuentes de evidencia para informar la práctica (Grant & Booth, 2009), permitiendo hacer una descripción rica de los hallazgos encontrados en la piezas de literatura, pero por la posible variedad de información que se encuentra, no se logra hacer una interpretación de estos y por ende, no se realiza la construcción de categorías (Chambergo-Michilot, Diaz-Barrera, & Benites-Zapata, 2021).

Las revisiones sistemáticas de alcance se utilizan comúnmente para reconocimiento y aclarar las definiciones de trabajos y los límites conceptuales de un tema o campo. Si bien se pueden realizar revisiones de alcance para determinar el valor y la importancia probable de una revisión sistemática completa, también se pueden realizar en sí mismas para sintetizar, difundir los hallazgos de la investigación, identificar brechas en la investigación y realizar recomendaciones para el futuro (Peters et al., 2015).

De acuerdo con Manterola y colaboradores (2013), los métodos de investigación utilizados deben ser reproducibles y transparentes, lo que significa que la extracción de información será sistemática, y se mantendrá el rigor investigativo necesario. Esta metodología es explícita y reproducible ya que realiza una evaluación de la validez de los hallazgos, una presentación y síntesis de las características y hallazgos de los estudios incluidos.

Por lo anterior, la revisión se apoyó en el método PRISMA-ScR (Tricco et al., 2019) para revisiones sistemáticas, el cual permite mantener el rigor de una revisión de literatura y mantener la transparencia del proceso investigativo.

Este diseño fue elegido ya que el fenómeno de interés correspondiente a la humanización en salud es un fenómeno que se ha estudiado desde diversas ópticas, especialmente en ciencias de la salud, sin embargo, aún no se ha abordado a profundidad desde la visión pedagógica, por lo que se hizo necesario iniciar por un análisis de los hallazgos de la literatura que aporte a la descripción de las estrategias pedagógicas, así como otros elementos relacionados con la enseñanza de la humanización en profesionales de la salud.

De acuerdo a Tricco et al (2019) para mantener la transparencia y rigor de la revisión sistemática de alcance, se siguió una serie de pasos que a continuación se irán desarrollando con lo planteado en esta investigación:

3.2 Formulación de la pregunta guía

El primer paso del diseño para una revisión de alcance, corresponde a la definición del fundamento de la revisión en el contexto de lo que ya se conoce y así formular la pregunta de investigación, la cual para esta investigación se planteó de la siguiente manera:

¿Cuáles han sido las estrategias pedagógicas usadas en la enseñanza de la humanización de la atención de profesionales de salud entre 2010 y 2020?

3.3 Desarrollo del protocolo

El segundo paso corresponde a la definición del protocolo de la búsqueda, el cual contiene la definición de los términos clave, la selección de las bases de datos, los criterios de elegibilidad,

el diseño de ecuaciones de búsqueda y la definición de las fases tanto exploratoria como descriptiva (Tricco et al., 2019).

Para esta investigación, se propuso una serie de términos clave, de acuerdo con lo revisado en los términos MeSH y DeCS, y se relacionan posibles sinónimos (Tabla 1):

Tabla 1

Términos MeSh y DeCs de la investigación

Español	Inglés
ENSEÑANZA [término DeCS] OR Actividad Formativa OR Docencia OR Método de Enseñanza OR Pedagogía OR Técnica de Entrenamiento	TEACHING [MeSH Terms] OR Pedagogies [Text Word] OR education
Humanización de la atención [término DeCS] OR Humanización de la Atención Hospitalaria OR Humanización de los Servicios	Humanization of Assistance [MeSH Terms] OR Humanization of Care OR Humanization of Hospital Care OR Humanization of Services
Atención a la Salud [término DeCS] OR Asistencia Sanitaria OR Atención de Salud OR	Delivery of Health Care [MeSH Terms] OR Health Care OR Healthcare

Prestación de Asistencia Sanitaria OR Prestación de Atención de Salud	
---	--

Fuente: Construcción propia

3.4 Selección de base de datos

Las publicaciones que se revisaron se encuentran en revistas indexadas de las bases de datos de la Universidad Surcolombiana, como: Pubmed, Sage, Scielo y Medline y se propuso una serie de criterios de inclusión y exclusión para la escogencia de las piezas científicas a revisar.

3.4.1 Criterios de inclusión

- Periodo de publicación entre los años 2010 y 2020
- Idiomas: portugués, inglés y español.
- Publicaciones que nombren o incluyan en su contenido las estrategias pedagógicas en humanización de la atención en salud dirigidas a profesionales en salud.
- Metodologías de los estudios: (observacionales, descriptivos, experimentales, cuasiexperimentales, cualitativos y mixtos)

3.4.2 Criterios de exclusión

- Publicaciones que no se encuentren en revistas indexadas.
- Publicaciones con intervención en humanización dirigidas a pacientes adultos y/o niños u otros sujetos diferentes profesionales en salud.
- Publicaciones sobre estrategias pedagógicas en ámbitos diferentes a entidades de salud.
- Publicaciones de revisiones sistemáticas.

3.4.3 Diseño de ecuaciones de búsqueda

En este paso, se propone una ecuación de búsqueda, de manera que facilite la búsqueda de literatura en las bases de datos. Para este paso se usarán los términos claves ya mencionados y se formarán las ecuaciones de búsqueda con los operadores boléanos como OR, AND y NOT, según la dinámica de búsqueda de cada una de las bases de datos que se usarán (Tricco et al., 2019).

3.5 Realización de la búsqueda de literatura

Para la búsqueda de literatura se propone realizarla en dos fases (Tricco et al., 2019):

Fase exploratoria: En esta fase se ejecuta la búsqueda sistemática de alcance y exhaustiva de publicaciones potenciales y relevantes, efectuando procesos de filtrado y cumplimiento de los requisitos de cada base de datos en torno al uso de las ecuaciones de búsqueda y los operadores boléanos. Para esta fase, se hará una selección inicial de los estudios potenciales a partir de la revisión del título y el resumen de este, para encontrar su relación con la temática propuesta. Así mismo, se realizará una revisión de posibles duplicados (Tricco et al., 2019).

Fase descriptiva: En esta fase se definen los criterios de selección de estudios para el análisis y síntesis de los hallazgos. Por lo tanto, una vez se haya hecho la fase exploratoria, se realizará una lectura exhaustiva del artículo para determinar su utilidad en la investigación y extraer la información necesaria para la investigación (Tricco et al., 2019).

3.6 Evaluar la calidad de los estudios

Durante la revisión y evaluación de los estudios seleccionados, se requiere revisar la calidad de los estudios de acuerdo con aspectos metodológicos y cumplimiento de aspectos éticos, para ellos se usó la lista de chequeo que corresponde según el tipo de estudio, propuesta por el **Instituto Joanna Briggs** (JBI, 2020)

3.7 Extracción de datos y síntesis de estudios relevantes

Para sistematizar los datos obtenidos se apoyó en parámetros de revisión, para ello se elaboró la rejilla de síntesis de información con las variables que se listan así: (Autor (s)/Año, título, Objetivos, Metodología (Procedimientos, participantes, tipo de intervención, datos descriptivos) Resultados (hallazgos), conclusiones, aporte al tópico específico, reporte de lista de chequeo (Anexo C).

Este procedimiento corresponde a un análisis de las publicaciones seleccionadas relacionando la extracción de datos, para la consolidación de información y aportes de esta literatura investigativa científica. Las cadenas de búsqueda ofrecen un número de documentos recuperados que se estudiarán por rejilla de análisis y de ellos, se seleccionarán los de más afinidad con el propósito de la presente revisión sistemática (Tricco et al., 2019).

3.8 Descripción de variables y análisis de los datos.

De acuerdo con los hallazgos y la síntesis realizada, se definieron las medidas y procedimientos para el análisis, se tuvo en cuenta, algunos análisis estadísticos descriptivos y de tendencia central, así como, análisis de posibles temas que surjan en los estudios cualitativos (Tricco et al., 2019).

Con este análisis, se pudo realizar el informe de tesis y plantear las conclusiones, recomendaciones y limitaciones del este estudio, sin embargo, para disminuir las limitaciones, se tendrán en cuenta algunos sesgos y se buscará la manera de mitigarlos.

3.9 Posibles sesgos en la investigación

Partiendo de la definición de sesgo, según Alarcón (2015), la cual consiste en un error sistemático o una desviación de la verdad en los resultados. Esta desviación del valor verdad puede dar como resultado la sub/sobre-estimación de los efectos de una determinada intervención, se presentan los siguientes riesgos de sesgo:

3.9.1 Sesgo de publicación

Ocurre cuando el resultado de un experimento o estudio de investigación influye en la decisión de publicarlo o distribuirlo. Publicar solo los resultados que muestran un hallazgo significativo altera el equilibrio de los hallazgos e inserta un sesgo a favor de los resultados positivos. Ante lo expuesto anteriormente, esta revisión de alcance tuvo en cuenta publicaciones que tuvieron o no hallazgos significativos (Manterola et al., 2013).

3.9.2 Sesgo de selección

Ocurre cuando los individuos o grupos en un estudio difieren sistemáticamente de la población de interés, lo que lleva a un error sistemático en una asociación o resultado. De acuerdo a lo anterior, se hizo revisión detallado cada publicación seleccionable, de tal manera que así existan diferencias entre grupos de las publicaciones con relación a la población de interés, éstas entren en el grupo de seleccionables y no se presente el sesgo de selección (Manterola et al., 2013).

3.9.3 Sesgo del observador

El sesgo del observador es poco utilizado en las revisiones de alcance, sin embargo, dada la probabilidad de que los investigadores tengan tendencia a favorecer o desfavorecer a autores conocidos, se requiere advertirlo. En el caso de esta investigación, es poco probable que tuviera este sesgo del observador, dado que el investigador no cuenta con autores conocidos ni tiene tendencia a favorecer o desfavorecer publicaciones de acuerdo con su postura científica y académica (Manterola et al., 2013).

3.10 Resultados o productos esperados

Se realizó una recopilación expedita de literatura, con el uso de estrategias pedagógicas usadas en la enseñanza de la humanización de la atención de profesionales en el sector salud para el periodo entre 2010 y 2022, acumulando la evidencia que fue posible y mapear los resultados para proporcionar una descripción general del tipo, extensión y cantidad de investigación disponible sobre el tópico indicado.

4. Resultados

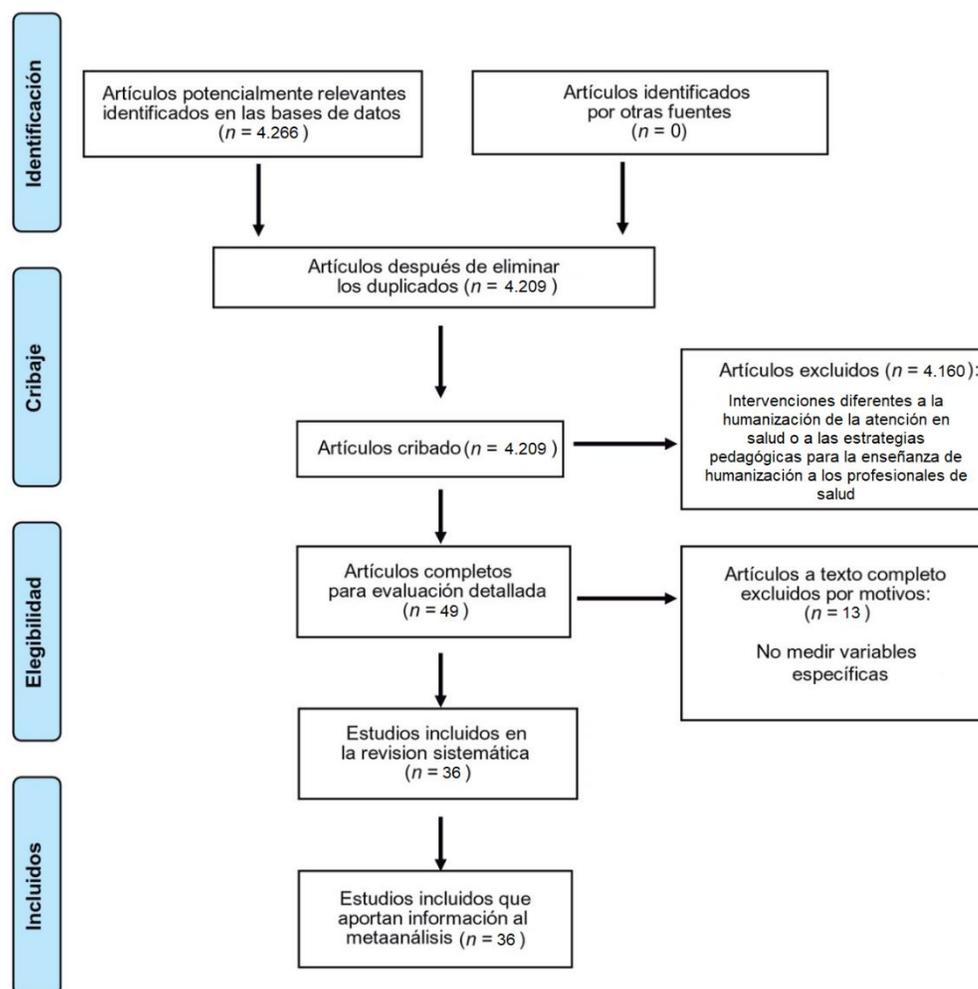
4.1 Estudios identificados para la enseñanza de la humanización a los profesionales de salud

La identificación de estudios tuvo un proceso riguroso donde se utilizaron diferentes bases de datos, para la revisión de la temática propuesta fueron Pubmed, Sage, Scielo y Medline. La revisión se hizo a partir de la definición de aspectos metodológicos, por medio de las ecuaciones de búsqueda, se seleccionaron publicaciones en cada base de datos guardando las búsquedas en un archivo exportable sin tener en cuenta algún filtro. Para la consolidación de la información se usó la plataforma especializada en la gestión de revisiones de literatura, a saber, Rayyan – Intelligent Systematic Review – Rayyan.

La gestión de la identificación de los estudios relevantes sobre la enseñanza de la humanización a los profesionales de la salud contó con 36 registros en total, publicaciones que van desde el año 2009 hasta el año 2022 y que provienen de distintos lugares del mundo, destacándose las publicaciones provenientes de Brasil. Este proceso se llevó a cabo de acuerdo a lo relacionado con el diagrama PRIMA (Figura 1).

Figura 1

Diagrama PRISMA



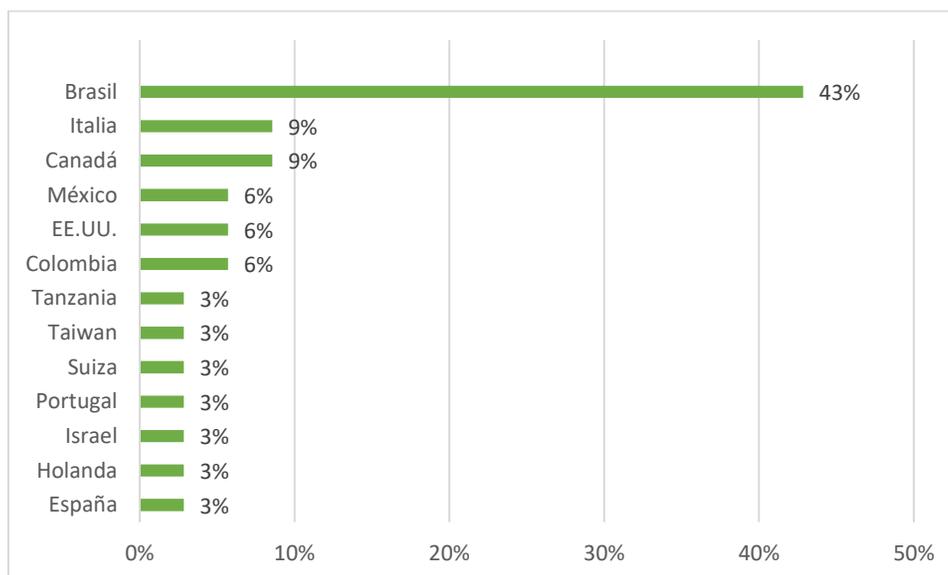
Fuente: Construcción propia

Las publicaciones cuentan con un origen más que todo de Brasil con 15 y Canadá e Italia estos últimos con 3 publicaciones relacionadas cada uno. Se destaca la participación de dos estudios provenientes de Colombia y México y 2 de Estados Unidos de América. Según la CEPAL (2004), Brasil cuenta con el mayor gasto en investigación y desarrollo de las empresas de Latinoamérica lo que significa más semilleros de investigación que proporciona tal cantidad de

estudios en la región a lo que se le suma que es el país donde más gasto estatal se da en investigación, significando más recursos para la investigación académica destinados en los gobiernos de turno, seguido de Argentina y Chile (Tabla 1).

Figura 2

País de origen de las publicaciones seleccionadas

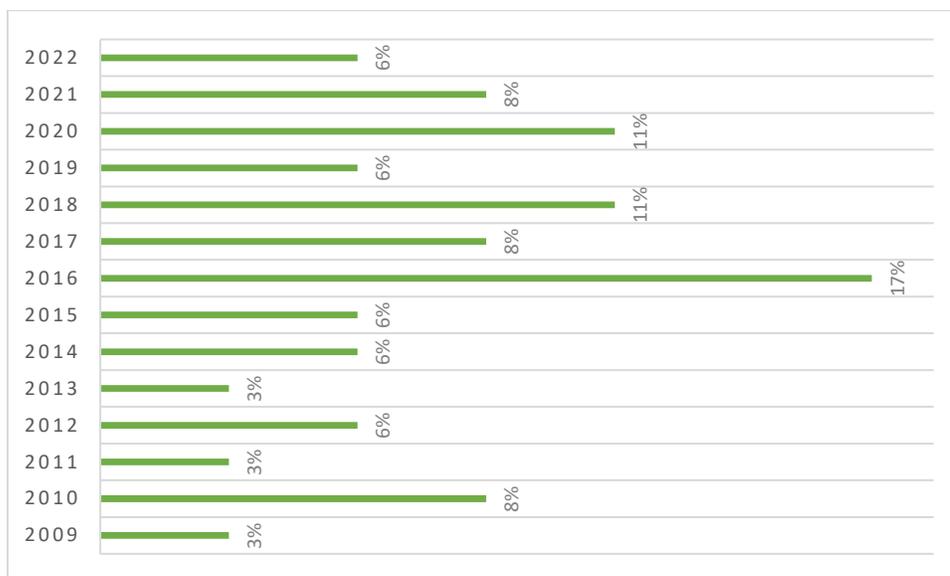


Fuente: Elaboración propia.

En relación con los años de publicación de los artículos seleccionados para la síntesis cualitativa, se destaca que el 17% fueron publicados en el 2016, el 11% en 2018 y 2019 respectivamente, lo que indica que desde 2016 a la fecha se han efectuado más estudios sobre esta temática en particular que desde 2009 hasta 2015 (Tabla 2).

Figura 3

Año de publicación de los artículos seleccionados



Fuente: Elaboración propia.

Se destaca que la base de datos que más arrojó publicaciones seleccionadas fue Pubmed, dado que es la base de datos que contiene más de 34 millones de citas y resúmenes de literatura biomédica, incluyendo artículos de revistas de texto completo. AL tratarse de una base de datos gratuita, es posible acceder principalmente a la base de datos MEDLINE de referencias y resúmenes sobre ciencias de la salud y temas biomédicos.

La Biblioteca Nacional de Medicina de los Estados Unidos (NLM) en los Institutos Nacionales de Salud mantiene la base de datos como parte del sistema de recuperación de información. Las demás bases de datos como Sage, Scielo y Medline (Tabla 3) se centran en los aspectos de la investigación y proporcionan muchos recursos útiles de métodos de investigación que incluye más de 800 libros electrónicos, obras de referencia, artículos de revistas y videos, que para el caso de este proceso investigativo contiene poca información relevante.

Tabla 2

Cantidad de publicaciones por base de datos luego de los filtros

Base de datos / Ecuaciones	Ecuación 1
Pubmed	28
Sage	1
Scielo	4
Medline	3
TOTAL	36

Fuente: Elaboración propia.

En la primera etapa consistió en la lectura del título de cada publicación buscando relación directa con el tema de estudio. Aquí se aplicaron algunas de las restricciones de exclusión tales como aquellas publicaciones con intervenciones diferentes a las estrategias pedagógicas para la enseñanza de la humanización de la atención de los profesionales de salud.

Como segunda etapa, consistió en determinar, desde una lectura más profunda del resumen de cada publicación, la relevancia e importancia en la participación del estudio. En este último paso se seleccionaron 36 publicaciones de las 49 incluidas, lo cual indica que la revisión contará con 36 publicaciones. En relación con el tipo de publicaciones encontradas y seleccionadas, se destaca que se trata de 35 artículos de investigación y un artículo empírico.

A partir de los resultados encontrados en la extracción de información de cada una de las publicaciones, se realiza a continuación la síntesis cualitativa. La estructura de la síntesis contempla una revisión interpretativa, que como sugiere su nombre, implican la interpretación de los datos. A partir de un enfoque inductivo y de interpretación se espera lograr demostrar las

diferentes comprensiones conceptuales, lo que lleva al desarrollo de integración de conceptos logrando un máximo valor explicativo.

4.2 Estrategias usadas en la enseñanza sobre humanización a los profesionales de salud

Dentro de la búsqueda realizada en la literatura y las publicaciones que hacen parte de esta revisión de alcance (ver anexo C) no se encontraron aspectos relacionados con pedagogías dentro de los centros de salud para humanizar al personal sobre la atención a los usuarios, mientras que sí se relacionan algunas dinámicas por parte de algunos estudios donde se exponen las características de lo que significa un trato más humanizado en segmentos de atención como lo son el parto y la sala de emergencia (ver tabla 3).

Tabla 3

Categorías de análisis y estrategias usadas

Categoría	Estrategia
Experiencia de atención	Eliminar experiencias negativas en los pacientes.
Tiempo de atención	Mejorar los tiempos de espera en ambientes agradables.
Calidad de atención	Mejoramiento en atención, calidad y resolución.
Ambiente de atención	Rediseñar del entorno del servicio, la gestión de procesos, el control de acceso y la educación y capacitación del personal y fomentando la consulta sobre ética.
Cualidad de atención	Reconocer la condición humana compartida, encontrar un terreno común, trascender roles y humildad.

Cualidad de atención	Ser cariñoso y el manejo del estrés.
Cualidad de atención	Fortalecer la relación entre paciente y médico, promoviendo el apoyo emocional continuo.
Cualidad de atención	Autorreflexión, conectarse con los pacientes, enseñar y modelar, y lograr el equilibrio entre el trabajo y la vida.
Experiencia de atención	Importancia del conjunto de tecnologías hard, light-hard y light para la práctica humanizada
Cualidad de atención	Implementar la Metodología Humanitude Care a la calidad de la atención.
Calidad de atención	Mejorar la prestación de atención a través de una metodología de mejora continua, capacitación de nuestra futura fuerza laboral, comprensión de la experiencia humana a través de la inclusión de las humanidades y aumentar la autoconciencia.
Experiencia de atención	Emparejamiento de la Medicina Basada en la Evidencia (MBE) con la Medicina Basada en Valores (VBM) en la práctica diaria.

En el cuidado de la salud, de acuerdo con los hallazgos, los trabajadores de la salud corren un alto riesgo de agotamiento si no cuentan con las técnicas adecuadas para el manejo del estrés, a largo plazo y disminución del interés en el trabajo. Los trabajadores de la salud más exitosos no solo saben cómo manejar la presión, sino que también prosperan con ella, sin embargo, para evitar el agotamiento, también es importante que los trabajadores de la salud tengan buenas prácticas de manejo del estrés y sepan cómo tomar espacio de relación, distracción y logren soltar las cargas que esta implícitas en su rol y lograr así un equilibrio emocional y laboral.

Por otra parte, los estudios revisados indican algunas de las temáticas que se han llegado a abordar con los profesionales de salud, relacionados con los aspectos que se deben mejorar en la atención en salud.

4.2.1 Eliminar experiencias negativas en los pacientes.

En relación con la eliminación de experiencias negativas, se encontró que mantener abierta la comunicación entre el paciente y el proveedor puede ayudar a reducir las experiencias negativas del paciente. Indica también, que el ser más reconfortante para el paciente y asegurarse de que comprenda su estado de salud puede reducir la preocupación y aumentar la confianza. Por otra parte, resalta que escuchar para comprender, en lugar de responder a las preocupaciones del paciente antes de redactar internamente una respuesta permite que el paciente sienta que es una prioridad y que su atención está centrada en la persona, por lo tanto, la escucha activa implica posiblemente parafrasear lo que dijo un paciente para que reconozca que su proveedor lo entiende (Bishanga et al., 2019).

Se debe fomentar la conversación y la discusión con los pacientes con el fin de alentar una conversación puede revelar otros temas que son importantes y que pueden subestimarse y dejar de lado, lo cual es perjudicial para el proceso de atención en salud. Esto se plantea a partir de un modelo biopsicosocial que sugiere que todas las partes del paciente son importantes cuando se habla del tratamiento, incluida su salud mental, física y emocional. El estudio indica que estas conversaciones fluidas permiten que los proveedores y los pacientes discutan abiertamente sus inquietudes e identifiquen los objetivos de tratamiento más precisos (Bishanga et al., 2019).

Otras formas de deducir las malas experiencias consisten en estar más atentos a sus necesidades, controlar los botones de llamada o determinar si un paciente necesita ayuda para

alcanzar un objeto o usar el baño puede ayudar a proteger a los pacientes de caídas u otros daños, reduciendo el sufrimiento evitable, por tanto, las malas experiencias (Bishanga et al., 2019).

En términos generales, cada paciente y proveedor de atención médica es diferente, y no existe una estrategia única para minimizar las malas experiencias paciente-proveedor. Sin embargo, con algunas metodologías que permitan al profesional ser consciente de estas malas experiencias, puede mejorar la relación con los usuarios y hacer que la experiencia sea gratificante para ambas partes (Bishanga et al., 2019).

Adicionalmente, el profesionalismo es un tema importante, especialmente en entornos médicos, en el momento en que los usuarios reciben información sobre su salud y pronóstico, de manera que ayuda a los pacientes a sentirse seguros y tranquilos en momentos de angustia, adicionalmente, a brindar una experiencia positiva al paciente incluye más que una atención de alta calidad e impulsar la satisfacción del paciente (Bishanga et al., 2019).

Mejorar la experiencia del paciente incluye un acceso conveniente a la atención médica y una adecuada prestación de servicios, sin embargo, es más probable que los pacientes informen experiencias positivas de proveedores, asistentes y personal de programación que se muestren amigables con ellos, por lo tanto, un aspecto relevante es la empatía (Bishanga et al., 2019).

La empatía es la capacidad de ponerse en el lugar del otro, de manera que aquellos que son empáticos reconocen la magnitud de los problemas de salud para los pacientes, incluso si ellos mismos nunca han tenido ese problema exacto antes y buscan comprender lo que sienten sus pacientes (Bishanga et al., 2019).

Otro elemento relevante es ofrecer clínicas más tranquilas porque son más propicias para los pacientes que están enfermos, frustrados, asustados o médicamente inestables. La mayoría de los pacientes visitan un entorno de atención médica para discutir los aspectos negativos de su salud.

Están buscando ayuda para rectificar o disminuir los síntomas negativos. Centrarse en lo negativo durante cada visita puede desanimar a los pacientes y hacer que estén menos motivados para ser parte de su atención (Bishanga et al., 2019).

4.2.2 Mejorar los tiempos de espera en ambientes agradables.

Al entrar a una institución de salud, los largos tiempos de espera han provocado que la atmósfera sea difícil, lo que inevitablemente aumenta el estrés de cada paciente. Los tiempos de espera y las dificultades presentadas durante la atención se refleja en una alta insatisfacción entre los pacientes. Los estudios han demostrado que esto podría disminuir la percepción de los pacientes sobre la capacidad de los médicos y disminuir la confianza de los pacientes en los servicios de salud prestados. Lo anterior ha impactado en la satisfacción de los pacientes y en las percepciones sobre la organización o entidad de salud (Viotti et al., 2020).

Por lo anterior, se sugiere crear entornos de espera agradable como una estrategia eficaz para ayudar a impulsar la satisfacción y producir sentimientos más positivos para la atención humanizada. Por ejemplo, el uso de un sistema de gestión de turnos de pacientes es un sistema automatizado que ayuda a las organizaciones de atención médica a monitorear y organizar su flujo de pacientes de manera más eficiente y efectiva. Así mismo, se reconoce que la organización y tipo de sillas de la sala de espera, elementos que puedan consumir, como dispensadores de agua, elementos de entretenimiento, se consideran aspectos de tipo comodidad que impactan positivamente en la experiencia del paciente (Viotti et al., 2020).

4.2.3 Mejoramiento en atención, calidad y resolución.

Para lograr mejorar la atención, la calidad y la resolución de la atención en salud por parte del personal que tiene relación con los pacientes, se establecen diferentes mecanismos de direccionamiento organizacional para lograrlo. Uno de estos mecanismos consiste en lograr un equipo con liderazgo enfocados en los valores compartidos y las razones por las que se involucró en el cuidado de la salud, ya que una organización basada en valores tiene una cultura moldeada por un conjunto claro de reglas básicas que establecen una base y principios rectores para la toma de decisiones, acciones y un sentido de comunidad y humanización (Pereira et al., 2018).

En una cultura impulsada por valores, los empleados encuentran alineación entre sus valores personales y los valores de la organización, creando una fuerza laboral unificada y motivada. Entonces, se debe buscar desarrollar cuatro valores fundamentales: agilidad, respeto, coraje y colaboración. Estos sustentan cada decisión que se toma y guía cómo se lidera, se establecen metas, logrando que el trato entre unos a otros sea sano e ideal lo que repercute en el verdadero cuidado del paciente (Pereira et al., 2018).

4.2.4 Rediseñar del entorno del servicio, la gestión de procesos, el control de acceso y la educación y capacitación del personal y fomentando la consulta sobre ética.

La literatura concuerda en que el éxito de la atención en salud está determinado por la atención directa de médicos y enfermeras sobre los pacientes, sin embargo, los recepcionistas suelen ser el primer punto de contacto de un paciente con la organización, y una mala experiencia allí puede reducir la satisfacción del paciente. Mientras tanto, un departamento de Recursos Humanos debe mantenerse al día con los cambios frecuentes en la legislación laboral y todos deben sentir que su organización brinda oportunidades de crecimiento personal y profesional, teniendo

como eje fundamental la ética en el trabajo. Hay mucho más en las organizaciones que solo médicos y enfermeras, sin dejarlos de lado, pues son extremadamente importantes (Yen-Ko et al., 2013).

4.2.5 Reconocer la condición humana compartida, encontrar un terreno común, trascender roles y humildad.

Esta estrategia de reconocer la condición humana compartida, vista como la multiculturalidad, implica mantener una mente abierta por parte del personal de salud, lo que permite a las personas mitigar los sesgos inconscientes que pueden afectar negativamente las interacciones diarias y han demostrado que contribuyen a las disparidades en la atención médica (Lee Roze des Ordons et al., 2018).

La humildad cultural es una forma más evolucionada y basada en la evidencia de abordar un concepto relacionado que puede ser más familiar, conocido como competencia cultural. Aunque ambos términos reflejan los esfuerzos por mejorar las relaciones entre las personas, la competencia cultural consiste en memorizar un conjunto de rasgos relacionados con un determinado grupo o un conjunto de preguntas que debe hacerle a un grupo específico de personas (Lee Roze des Ordons et al., 2018). El problema con la competencia cultural es que asume que uno puede ser competente en una cultura diferente a la suya. Cuando se trata de la humildad cultural en la atención médica, la práctica ayuda a crear conexiones y comprensión más profundas entre pacientes y proveedores, lo que puede aumentar la satisfacción del paciente y los resultados de la atención. Aplicar la humildad cultural al registro de pacientes puede tener un impacto directo en las readmisiones, el manejo del dolor, los resultados quirúrgicos y de salud en general (Lee Roze des Ordons et al., 2018).

Cuando se trata de capacitar y enseñar a los estudiantes de medicina, es más probable que ver la humildad cultural en acción cambie la marca del cambio de sesgo implícito que simplemente aumentar su conciencia de cómo se ve ese sesgo. Es más efectivo para los médicos en formación ver un aumento del modelo positivo a seguir, en lugar de ajustar los planes de estudio de medicina (Lee Roze des Ordon et al., 2018).

4.2.6 Ser cariñoso y el manejo del estrés.

Las estrategias de servicios cariñosos y manejo de estrés parte de la necesidad de ser una habilidad interpersonal de los profesionales de salud relacionado con las necesidades de los demás y con la que ayudan a las personas a desarrollarse y desempeñarse de la manera más competente posible (Behruzi et al., 2010).

Las autoras indican que un liderazgo amoroso o cariñoso, es un ingrediente clave para los líderes que aspiran a promover una cultura de sanación más positiva. El liderazgo amoroso se caracteriza por un profundo afecto y preocupación por aquellos con quienes se trabaja, se lidera y se atiende, lo que significa preocuparse verdaderamente por cada persona, celebrar los éxitos, así como tener empatía en los momentos de lucha, liberarse del juicio y estar completamente presente en nuestras interacciones (Behruzi et al., 2010).

Con respecto al estrés, se establece que se debe discutir la importancia del manejo del estrés y el apoyo psicosocial para la fuerza laboral inicialmente, con los líderes de equipo. Las temáticas podrían incluir la posibilidad de equipos de control de estrés de primera línea, horarios de trabajo/descanso apropiados y apoyo para las necesidades de los familiares de los proveedores, una fuerte orientación al servicio, la falta de tiempo, las dificultades para reconocer o reconocer sus propias necesidades, el estigma y el miedo a ser apartados de sus funciones durante una crisis

pueden impedir que el personal solicite apoyo si experimenta reacciones de estrés (Behruzi et al., 2010).

El autocuidado de los trabajadores de la salud puede ser complejo y desafiante, dado que las personas en estos roles pueden priorizar las necesidades de los demás sobre las suyas propias. Por lo tanto, una estrategia de autocuidado debe contemplar tanto los aspectos físicos como emocionales que aporten el sentido de control propios, como la contribución del rol como cuidadores de los demás en condiciones de salud poco favorables, sin hacerlos sentir irrealmente responsables de la vida de los pacientes (Behruzi et al., 2010).

4.2.7 Fortalecer la relación entre paciente y médico, promoviendo el apoyo emocional continuo.

El modelo de Atención Basada en la Relación es la filosofía, la forma de ser y el modelo operativo que da forma a nuestros comportamientos de cuidado. Los seis principios del modelo guían la transformación de la infraestructura, los procesos, los sistemas y las prácticas para ayudar a los cuidadores de todas las disciplinas a crear relaciones terapéuticas con los pacientes y las familias (Binfa et al., 2016).

La atención basada en las relaciones identifica tres relaciones clave para la prestación de atención médica humana y compasiva. Estas relaciones son la relación de la enfermera consigo misma, las relaciones con los miembros del equipo y las relaciones con los pacientes y las familias, los autores proponen que se debe usar este orden, no para señalar prioridad, sino para reconocer la importancia de ciertas relaciones de dependencia de otras. Las relaciones saludables y de confianza dependen de cómo los individuos se relacionan consigo mismos. Entonces, se deduce que las

relaciones saludables con los pacientes y las familias dependen de las relaciones que los individuos tienen tanto consigo mismos como con sus equipos (Binfa et al., 2016).

4.2.8 Autorreflexión, conectarse con los pacientes, enseñar y modelar, y lograr el equilibrio entre el trabajo y la vida.

La autorreflexión y un fuerte sentido de indagación son imprescindibles para todos los profesionales de la salud porque permite examinar la propia práctica profesional y acciones clínicas, y compararlas con las recomendaciones o estándares actuales de mejores prácticas. Lo anterior, puede ayudar a marcar mentalmente los comportamientos que se quieren repetir en el futuro. También es fundamental tras presenciar un evento negativo del paciente para examinar si existen tendencias u oportunidades de mejora en la actuación profesional y se puede reconocer barreras, comportamientos, acciones o intervenciones clínicas específicas que se pueden repetir o evitar para lograr resultados positivos (Chou et al., 2014).

4.2.9 Importancia del conjunto de tecnologías hard, light-hard y light para la práctica humanizada.

Esta estrategia se basa en el reconocimiento de la importancia del conjunto de tecnologías, entendido la tecnología como la búsqueda intencional de la producción de bienes y productos que funcionen como objetos, no sólo materiales sino simbólicos, que porten valores de uso y satisfagan necesidades. Allí se clasifican en tecnologías duras (instrumentales, normas, rutinas y estructuras organizativas), tecnologías ligeras-duras (conocimiento estructurado, como fisiología, anatomía, psicología, procedimientos médicos y quirúrgicos) y tecnologías ligeras (relacionadas con el conocimiento producido por las relaciones entre los individuos) (Ribeiro & Artmann, 2018).

Las tecnologías ligeras están presentes en el espacio relacional del trabajo, se materializan en las acciones de los individuos y pueden denominarse tecnologías relacionales, las cuales comprenden la recepción acogedora, la integración, el desarrollo del vínculo enfermero-paciente, el espacio de encuentro y escucha, el respeto y aprecio por la autonomía, la cooperación y la corresponsabilidad, el uso de habilidades comunicativas para la adecuada expresión verbal, el buen humor, la empatía y la postura ética (Ribeiro & Artmann, 2018).

4.2.10 Implementar la Metodología Humanitude Care a la calidad de la atención.

La Metodología Humanitude Care es una metodología de atención que implica una comunicación integral multimodal, que se centró en la percepción, la emoción y el habla. Humanitude se ha implementado en una amplia gama de contextos de atención al paciente, desde pediatría hasta geriatría. En el cuidado de la demencia, se ha considerado especialmente eficaz para hacer frente a los muchos desafíos de brindar atención a pacientes con síntomas conductuales y psicológicos de demencia. Cuando se utiliza en este entorno, el enfoque de Humanidad se centra en las formas de comunicación no verbal porque las personas con demencia pueden no tener necesariamente la capacidad de comunicarse verbalmente (Lúcio et al., 2019).

4.2.11 Mejorar la prestación de atención a través de una metodología de mejora continua, capacitación de nuestra futura fuerza laboral, comprensión de la experiencia humana a través de la inclusión de las humanidades y aumentar la autoconciencia.

Esta estrategia es usada a nivel mundial, ya que los líderes de la atención médica buscan cada vez más incorporar los principios de mejora continua en sus organizaciones, capacitar al

personal para que brinde atención segura, confiable y de alta calidad puede proporcionar un cambio radical en los resultados. En este sentido, la mejora continua es un enfoque sistemático y sostenible para mejorar la calidad de la atención y los resultados para los pacientes y construir una cultura de mejora continua no es un proyecto de recuperación o una solución rápida, sino un viaje que en realidad nunca termina y que requiere compromiso, inversión y persistencia (Whitley-Bell, 2012).

El objetivo de la mejora continua es la excelencia operativa: establecer una forma de trabajo que proporcione mejoras en la calidad y seguridad de la atención mediante el uso diario de técnicas de mejora continua. La mejora continua está impulsada y es propiedad del personal de primera línea, reforzada por capacitación continúa especializada y respaldada por toda la organización, comenzando con la junta directiva y el director ejecutivo y penetrando en todos lados, desde los departamentos de finanzas y recursos humanos. Al tratarse de una mejora continua basada o fundamentada en la experiencia humana e inclusión de las humanidades y la autoconciencia, se establece reconocer y dismantelar prejuicios sistémicos, abordar las disparidades, brindar la atención más equitativa y de la más alta calidad posible, comprender y actuar sobre las necesidades y vulnerabilidades del personal para honrar su compromiso y reafirmar y revitalizar su propósito (Whitley-Bell, 2012).

Reconocer y mantener un enfoque en lo que más importa a los pacientes, sus familiares y cuidadores para garantizar una atención sin igual y un compromiso con la salud y el bienestar, así como, colaborar a través del aprendizaje compartido dentro y entre organizaciones, sistemas y el continuo de atención médica más amplio para forjar un camino nuevo y audaz hacia un sistema de atención médica más centrado en el ser humano, equitativo y eficaz (Whitley-Bell, 2012).

4.2.12 Emparejamiento de la Medicina Basada en la Evidencia (MBE) con la Medicina Basada en Valores (VBM) en la práctica diaria.

La estrategia de emparejamiento de la medicina basada en evidencia con la medicina basada en valores ha generado que las decisiones clínicas basadas tanto en la evidencia como en los valores genera un sólido complemento para la atención en salud. En este sentido, los educadores encuentran que enseñar a los médicos a basarse más en la evidencia es relativamente simple en comparación con alentarlos a basarse más en los valores, por lo que es probable que una de las razones sea la importancia de la conciencia de los valores (Sueiras et al., 2017).

Dado que la práctica basada en valores se basa en el respeto mutuo por la diversidad de valores, los médicos deben desarrollar las habilidades para determinar los valores del paciente y ponerse en contacto con sus propias creencias y preferencias para comprender las que están en juego en cualquier consulta. Solo entonces pueden tener lugar procesos de toma de decisiones compartidos dentro de un marco de valores compartido (Sueiras et al., 2017).

4.3 Análisis y discusión de las estrategias pedagógicas usadas en la enseñanza de la humanización a los profesionales de la salud.

A partir de los temas encontrados se realizó un análisis de las estrategias que podrían usarse para la enseñanza de la humanización. Córdoba y Tovar (2013), quienes plantean ciertas categorías para desarrollar estrategias, a saber, actividades de integración, trabajo en equipo, el aprendizaje basado en problemas y el aprendizaje basado en el análisis y discusión de casos, se exponen a continuación estrategias para el desarrollo de la humanización en el personal de salud que tiene contacto con pacientes. A partir de los temas encontrados se realizó un análisis de las estrategias

pedagógicas que podrían usarse en la enseñanza de la humanización a partir de los resultados encontrados y aspectos de la literatura relacionada en el marco conceptual de este documento.

Un proceso exitoso para la humanización en el cuidado de la salud requiere más que un programa de grado de primer nivel o capacitación práctica. Los empleadores y trabajadores de la salud deben buscar más en el currículum que sólo sus habilidades personales y profesionales. También es importante el desarrollo de las llamadas habilidades blandas, que también pueden llamarse habilidades de personalidad. Estos son los atributos personales que utiliza para influir y mejorar la forma en que se comunica y se relaciona con pacientes, colegas y compañeros (Costa, Silva, de Oliveira, & Pereira, 2015).

Las habilidades blandas pueden afectar las perspectivas de carrera, el desempeño laboral y otras actividades en la vida. En muchas profesiones, incluida la atención de la salud, sus habilidades blandas pueden ayudar a progresar en su carrera con el tiempo más que sus habilidades técnicas. Los profesores han descubierto que se puede lograr un método para capacitar a los médicos para que sean humanistas y da como resultado un mayor nivel de comunicación entre el médico y el paciente. Los investigadores Lee Roze des Ordons et al. (2018) definieron que el humanismo como un sistema de creencias donde los intereses humanos, los valores y la dignidad son una alta prioridad. Estas acciones respaldan una atención humana centrada en el paciente que es respetuosa y sensible a las necesidades, valores e inquietudes de los pacientes.

Según González-Mesa et al. (2021) el parto humanizado pone a la mujer en el centro y en control, se enfoca en la atención primaria de maternidad basada en la comunidad con parteras, enfermeras y médicos trabajando juntos en armonía como iguales, y tiene servicios basados en evidencia. La atención de maternidad occidental, medicalizada y de alta tecnología bajo control obstétrico generalmente deshumaniza, a menudo conduce a intervenciones obstétricas

innecesarias, costosas, peligrosas e invasivas. Las parteras y los partos extrahospitalarios planificados son perfectamente seguros para los partos de bajo riesgo.

Así lo afirman Motta et al. (2018) en tanto la atención que reconozca la importancia del nacimiento para las personas, la familia y la sociedad, y que respete los derechos humanos de la mujer para acceder a una atención de alta calidad basada en la evidencia. El cuidado humanizado pone a la mujer en el centro del cuidado, reconoce que la madre y el bebé son inseparables. La mujer, su bebé y su familia son tratados con dignidad y respeto, y la mujer tiene derecho a tomar decisiones sobre su atención. Este proceso de toma de decisiones se verá reforzado por una relación de reciprocidad con su matrona o matronas, y respaldado mediante el suministro apropiado de información de alta calidad.

Teniendo en cuenta las estrategias que se lideran en los centros de atención en salud a nivel mundial para mejorar el trato hacia los pacientes, un trato humanizado, se encuentran algunas relacionadas con la ética de los trabajadores, tal y como lo exponen Yen-ko et al (2013) quienes experimentaron con estrategias en el servicio de emergencias que incluyen el rediseño del entorno del servicio de urgencias, la gestión de procesos, el control de acceso y la educación y capacitación del personal, y fomentando la consulta sobre ética.

En el cuidado de la salud, es importante que pueda empatizar con los pacientes y las situaciones difíciles que enfrentan los demás. La empatía a menudo se cita como un aspecto central de las consultas terapéuticas efectivas, aunque existe una investigación limitada sobre su impacto debido a que muchos campos de atención médica requieren horas que van más allá de su trabajo estándar de 9 a 5, es vital que los futuros empleados de atención médica fomenten una sólida ética de trabajo (Costa, Silva, de Oliveira, & Pereira, 2015).

Otra estrategia usada en la enseñanza de la humanización a los profesionales de salud trata de la metodología de mejora continua sumado a capacitaciones en el hogar según indica la autora Whitley (2012) que se basa en la gestión de buenas habilidades de cuidado biopsicosocial/espiritual que comprende mejora en la compasión: muchas cosas que pueden parecer rutinarias para los proveedores de atención médica no lo son para los pacientes y sus familiares.

La autora indica que tomarse el tiempo para ver las cosas desde su punto de vista puede hacer que los proveedores sean más compasivos, empáticos y cambiar la forma en que se comunican con los pacientes y al mejorar la comunicación, tanto con pacientes, familias y miembros del equipo. La comunicación clara y honesta entre los miembros del equipo es esencial para la seguridad, la eficiencia clínica y crucial para los pacientes y las familias que con frecuencia se sienten abrumados cuando se enfrentan a una enfermedad u hospitalización.

- Mejora en la colaboración: la comunicación y la colaboración interdisciplinarias también son esenciales para obtener buenos resultados clínicos y la falta de colaboración puede ser muy evidente para los pacientes y sus familiares.
- Mejora en el pensamiento crítico: sintetizar grandes cantidades de información para tomar las mejores decisiones en un entorno estresante y acelerado es esencial para la atención al paciente.
- Gestión del tiempo: una habilidad blanda esencial en prácticamente todos los entornos de atención. Tener un plan para completar todas las tareas en un entorno acelerado es esencial para todos los proveedores. Y Mejora con un comportamiento ético: los proveedores de atención médica tienen acceso a la información más personal sobre sus pacientes. La ética

del proveedor debe ser irreprochable. Fuerte ética de trabajo: la naturaleza exigente y acelerada de la atención médica exige una fuerte ética de trabajo.

El núcleo de muchos lugares de trabajo es la comunicación, pero para los trabajadores de la salud es aún más importante porque necesitan hablar con los pacientes y sus familias además de comunicarse de forma rutinaria con sus compañeros de trabajo. Según Behruzi et al. (2010), la evidencia indica que existen fuertes relaciones positivas entre las habilidades de comunicación de un miembro del equipo de atención médica y la capacidad de un paciente para seguir las recomendaciones médicas, autocontrolar una afección médica crónica y adoptar comportamientos de salud preventivos. Las percepciones de los pacientes sobre la calidad de la atención médica que recibieron dependen en gran medida de la calidad de sus interacciones con el médico y el equipo de atención médica, lo cual, sugiere que las habilidades de comunicación sólidas son vitales atención y satisfacción del paciente.

Por otra parte, un estudio realizado en la sala de partos de un hospital de Tanzania reveló que existen ciertas barreras sistemáticas que impiden la humanización del cuidado en salud de los profesionales, tales como, la falta de espacio y las instalaciones limitadas. Las normas y prácticas institucionales prohibían la participación de la familia durante el proceso del nacimiento, incluidas las creencias que limitaban la elección de la posición para el nacimiento, así como las creencias, tradiciones y cultura irrespetadas (Mselle, Kohi, & Dol, 2018). El mismo estudio, también destacó estrategias que impulsan la humanización de la atención en salud de los profesionales, tales como la educación continua del personal de salud calificado sobre atención materna respetuosa, normas institucionales diseñadas para el apoyo clínico continuo durante el parto, creencia en el beneficio

de que la familia se convierta en participantes activos y respetar los deseos maternos cuando sea apropiado.

Un rasgo importante en los trabajadores de la salud es una actitud de jugador de equipo. Muchos campos de la atención de la salud son como deportes de equipo, con muchas personas trabajando para la atención del paciente. Es vital que sepa cómo colaborar con estos compañeros en el mejor interés del paciente. La ética de trabajo es un conjunto de valores basados en el trabajo duro. Hay muchos componentes de la ética laboral, incluidos el profesionalismo, la puntualidad, su actitud y comportamiento en general. Algunas empresas definen la ética del trabajo como la creencia en el beneficio moral y la importancia del trabajo y su capacidad inherente para fortalecer el carácter.

4.3.1 Formación para la profesión y formación para la prestación del servicio.

La formación para ser profesional de la salud además de consistir en lograr un título en estudios de salud en su contexto amplio e investiga problemas de salud contemporáneos y requiere una formación exhaustiva. Esta formación brinda una comprensión profunda de la salud y la atención médica y fomenta en los estudiantes, lograr ser profesionales orientados a: investigar, analizar y evaluar la salud y los temas relacionados con la salud desde un punto de vista multidisciplinario; usar la información y los datos de salud de manera efectiva; y comprender y formular argumentos relacionados con la salud y disputar teorías.

Sin embargo, en el campo de la salud, el papel de la educación y la formación de los médicos es interminable. Por eso se reconoce que en el campo de la salud existe una necesidad de un aprendizaje constante, donde el sector de la salud debe crear un marco para garantizar que sus profesionales se mantengan a la vanguardia en todo momento. Esto solo es posible con un esfuerzo

continuo y constante de capacitación en salud por parte de los hospitales, juntas médicas o instituciones. Los establecimientos médicos deben dedicar tiempo semanal, mensual o anual a clases educativas, seminarios, seminarios web o reuniones. Un personal médico o personal del hospital no puede encontrar los recursos para hacer esto posible; debe convertirse en una práctica sistemática. Antes de saltar al cómo, se debe profundizar en la importancia de la educación del personal en el cuidado de la salud.

La razón más evidente para todos ellos es la necesidad de mejorar el desempeño del personal. Tanto desde el punto de vista comercial como práctico y el contacto con el paciente, un contacto humanizado, la capacitación constante puede garantizar que el personal esté siempre listo para un cambio. Se mantienen actualizados con los últimos tratamientos, procesos, cambios tecnológicos y mucho más. Este sistema también brinda al establecimiento la oportunidad de evaluar el crecimiento y las habilidades de mejora de su fuerza de trabajo. Tal prueba ayudará a impulsar el desempeño y dará como resultado una mejor gestión de la responsabilidad. Tal capacitación en el trabajo en atención médica es vital para descubrir posibles puntos débiles y deficiencias tanto en el personal como en el hospital.

4.3.2 Ejercicio comunicativo interdisciplinar en profesionales de atención en salud.

Dado que los médicos, las enfermeras y el resto del personal en salud brindan parte de la atención al paciente, la coordinación de los diversos tratamientos e intervenciones brindados es fundamental para evitar errores y la fragmentación de la atención. Las tensiones, los malentendidos y los conflictos causados por las diferencias de opiniones e intereses pueden interferir con la comunicación y la colaboración interdisciplinarias efectivas. Mejorar la seguridad del paciente en los servicios de salud requiere abordar una estructura comunicacional interdisciplinaria profesional

inherente a la prestación de atención médica donde los profesionales de la salud se comunican entre sí, con los pacientes y sus familias, y con la comunidad en general de manera transparente, colaborativa y responsable. Este tipo de comunicación promueve relaciones de confianza y respeto entre los pacientes, sus familias y los proveedores de atención médica. El respeto mutuo es fundamental para la comunicación interprofesional. El respeto ayuda a fomentar un entorno positivo en el que establecer objetivos compartidos, crear planes de colaboración, tomar decisiones y compartir responsabilidades.

Esto se logra a través de interacciones transparentes y honestas. Esta comunicación ayuda a demostrar y generar confianza donde todos los miembros del equipo facilitan una buena comunicación interprofesional cuando: escuchan activamente y prestar atención a la comunicación no verbal; llegan a un entendimiento compartido con respecto a los planes de tratamiento; utilizan eficazmente la tecnología de la información y la comunicación; y deciden si la negociación, la consulta, la interacción, la discusión o el debate son más eficaces.

5. Conclusiones

En primer lugar, se reconoció que no se han estudiado minuciosamente las estrategias pedagógicas en los servicios de atención de salud para humanizar la atención sino más bien, se hace uso de estrategias prácticas que se diseñan dependiendo de las necesidades específicas de los entornos en donde se generan inconvenientes o insatisfacción de los pacientes. El objetivo de la pedagogía en los servicios de salud y atención social es fomentar una investigación excelente sobre el aprendizaje y la práctica docente de los profesionales de la salud en el campus y en entornos de aprendizaje basados en la práctica, fomentando un compromiso profundo y colaborativo y una comprensión de cómo aprenden las personas en diversos ámbitos de la salud, entornos sociales,

educativos y comunitarios, por tanto, se reconoce la necesidad de impulsar movimientos pedagógicos para lograr adecuadamente los fines de humanizar la atención en salud.

La declaración de humanizar la atención de salud ciertamente plantea la pregunta de si se puede infundir humanidad al sistema de salud desarticulado y en expansión y si se puede persuadir y educar a los proveedores para que sean más compasivos. Así mismo, se destacan los esfuerzos múltiples de lograr una alianza terapéutica formada cuando se establece un vínculo entre el consumidor y el equipo de atención, basado en un sentido de cuidado y confianza mutuos. La confianza mejora el cumplimiento de los planes de atención al hacer que todos los miembros del equipo de atención estén en sintonía y se comuniquen entre sí. Entonces, se encontró que humanizar la atención médica también sugiere conectar a la humanidad en cada punto de la atención. Esto es inyectar compasión y empatía en la ciencia de la medicina e involucrar a los consumidores y su red de apoyo como parte del equipo de atención médica recientemente capacitado.

A partir de los hallazgos encontrados, se entiende que la curación de una persona depende de la comprensión y el reconocimiento de sus necesidades emocionales como parte de la condición médica. Esto se puede hacer haciendo preguntas basadas en la empatía, con apoyo emocional continuo, entre otras formas de fortalecer el vínculo entre los pacientes y el personal de atención. Entonces, fue posible determinar que la atención médica humanizada se centra en el consumidor activado en lugar del modelo actual centrado en el proveedor. Eso significa que los proveedores y los servidores de la salud han cedido la responsabilidad y el control sobre muchos aspectos no técnicos y más emocionales para lograr una toma de decisiones integral.

En términos generales, la atención humanizada depende de los sistemas de atención que rigen en los países y en sus sistemas de salud. En este sentido, se puede concluir que el proceso de

formulación de políticas para la atención en salud a menudo se describe como un ciclo de políticas clásico. Aunque la formulación de políticas puede ayudar a los servidores públicos a desarrollar y orientar una política a través de las instituciones gubernamentales y orientadas a mejorar la calidad de la atención, con el fomento de la humanización, la política rara vez surge de una manera tan organizada, como bien sabe cualquiera que participe en su desarrollo. No obstante, el ciclo de reestructuración modelo puede ser un punto de partida útil, pragmático y estructurado si se combina con el análisis del contexto, la consideración de los valores y el encuadre de los problemas y con el análisis de las dimensiones de las redes y los sistemas.

En este contexto, es esencial efectuar diagnósticos para comprender los fundamentos estructurales de la atención en salud, que comprendan análisis desde los contextos sociales regionales particulares, hasta temas económicos y culturales lo que implica explorar todo el entorno interno y externo. Un método popular es el análisis FODA (fortalezas, debilidades, oportunidades, amenazas), que permite evaluar las fortalezas y debilidades (internas) y las oportunidades y amenazas (externas) que plantea el contexto.

La experiencia en el establecimiento de objetivos sobre la atención de los profesionales de la salud sugiere que es fundamental dedicar un tiempo considerable a decidir cómo se presentarán los problemas y comprender qué sistemas de creencias deben tenerse en cuenta. Los procesos de formulación de estrategias e iniciativas suelen estar plagados de diferencias de ideología y opinión y requieren mecanismos para gestionar los conflictos y crear situaciones beneficiosas para todos. Entonces, es esencial tener esto en cuenta al considerar el establecimiento de prioridades para los determinantes sociales de la salud y cuestiones como la equidad y la participación. Todos los temas de la agenda en salud se relacionan con la ideología social y cultural, en particular con respecto al enfoque de las instituciones y organizaciones de salud, el mercado, la responsabilidad individual

y familiar. Pero las cuestiones sociales también se relacionan con sistemas de valores y creencias más allá de lo institucional, basados en la cultura, la religión, la clase social o el género. La evidencia por sí sola rara vez es capaz de superar ciertos sesgos.

6. Recomendaciones

6.1 Para la práctica

Implementar programas de aprendizaje-enseñanza con estrategias pedagógicas en los profesionales de salud para que la atención médica sea integral, lo que significa conveniente, equitativa y emocional para todos, incluida una gama completa de servicios desde la prevención y el tratamiento hasta la rehabilitación y la atención preventiva.

Evaluar qué estrategias pedagógicas son útiles para enseñar la humanización en salud desde la práctica y experiencia de ponerse en el lugar de una persona y tener verdadera empatía.

6.2 A la investigación.

Desde la academia, investigar la humanización de una manera holística y a través de una lente humana para desbloquear el potencial de la tecnología emergente y el ingenio humano. Existe una gran oportunidad para hacer que la atención sea mejor que nunca.

Continuar haciendo investigación sobre la temática y que sean clara para enseñar la humanización en salud, con el fin de revisar los conocimientos pedagógicos en los profesionales de salud.

Definir qué estrategias permiten desarrollar la humanización en la atención de la salud para incorporarlas en los currículos académicos de la disciplina de educación para enseñar a los profesionales de la salud.

7. Limitaciones

Como primera limitación del estudio, se evidencia la baja cantidad de estudios que muestran los procesos pedagógicos y metodologías que se llevaron a cabo, en las que se pueda evidenciar las posibles estrategias pedagógicas.

Por otra parte, hubo restricción en el acceso a algunas bases de datos, debido a que no se contaba con suscripción institucional y esto limitó el estudio a algunas bases de datos gratuitas, por lo tanto, es pertinente indicar que puede ampliarse estas búsquedas a otras bases de datos en las que se puedan acceder a otros estudios realizados en el campo.

Referencias

- Manterola, C., Astudillo, P., Arias, E., & Claros, N. (2013). Revisiones sistemáticas de la literatura. Qué se debe saber acerca de ellas. *Cirugía Española*, 91(3), 149-155. doi:10.1016/j.ciresp.2011.07.009
- Berra, S. (2020). Fundamentos y Método de las Revisiones Sistemáticas. *Revista Areté*, 20(2), 73-82.
- Lindsay, S., Hartman, L., & Fellin, M. (2015). A systematic review of mentorship programs to facilitate transition to post-secondary education and employment for youth and young adults with disabilities. *Disability and Rehabilitation*, 38(14), 1329-1349. doi:10.3109/09638288.2015.1092174
- Tricco, A., Lillie, E., Zarin, W., O'Brien, K., Colquhoun, H., & Levac, D. (2019). *PRISMA Extension for Scoping Reviews: Preferred Reporting Items for Systematic reviews and Meta-Analyses extension for Scoping Reviews (PRISMA-ScR) Checklist*. Obtenido de prisma-statement.org: http://www.prisma-statement.org/documents/PRISMA-ScR-Fillable-Checklist_11Sept2019.pdf
- Chamberg-Michilot, Diego, Diaz-Barrera, Mario E., & Benites-Zapata, Vicente A.. (2021). Revisiones de alcance, revisiones paraguas y síntesis enfocada en revisión de mapas: aspectos metodológicos y aplicaciones. *Revista Peruana de Medicina Experimental y Salud Publica*, 38(1), 136-142. Epub 24 de febrero de 2021. <https://dx.doi.org/10.17843/rpmesp.2021.381.6501>

- Peters, M., Godfrey, C., Khalil, H., McInerney, P., Parker, D., & Soares, C. (2015). Guidance for conducting systematic scoping reviews. *International Journal of Evidence-Based Healthcare, 13*(3), 141–146.
- Grant, M., & Booth, A. (2009). A typology of reviews: an analysis of 14 review types and associated methodologies. *Journal compilation*(26), 91–108. doi:10.1111/j.1471-1842.2009.00848.x
- Alarcón, M., Ojeda, R., Tocse, I., & Cajachagua, K. (2015). Análisis crítico de ensayos clínicos aleatorizados: Riesgo de sesgo. *Rev Estomatol Heredian, 25*(4), 304-308.
- MINJUSTICIA. (1990). *DECRETO 1760 DE 1990*. Obtenido de <http://www.suin-juriscol.gov.co/viewDocument.asp?ruta=Decretos/1345915>
- MINSALUD. (1994). *RESOLUCION NUMERO 5261 DE 1994* . Obtenido de https://www.minsalud.gov.co/Normatividad_Nuevo/RESOLUCI%C3%93N%205261%20DE%201994.pdf
- Cabello, J. (2005). *Plantilla para ayudarte a entender una Revisión Sistemática. En: CASPe. Guías CASPe de Lectura. Alicante:: Crítica de la Literatura Médica CASPe.*
- JBIC (2020). *Checklist for systematic reviews and research syntheses. Critical Appraisal tools for use in JBI Systematic Reviews*. Obtenido de <https://jbi.global/critical-appraisal-tools>
- Cunningham, T., Hoy, K., & Shannon, C. (2015). Does childhood bullying lead to the development of psychotic symptoms? A meta-analysis and review of prospective studies. *Psychosis: Psychological, Social and Integrative Approaches*. doi:10.1080/17
- Patchin, J., & Hinduja, S. (2015). Measuring Cyberbullying: Implications for Research. *Aggression and Violent Behavior, 23*. doi:10.1016/j.avb.2015.05.013.

- Tepale, J., Zarza, S., Villafaña, L., Villalobos, G., & Vargas, H. (2021). Vivencias de acoso escolar en jóvenes: análisis y reflexión desde el psicoanálisis. *Revista mexicana de investigación educativa*, 26(90), 765-785.
- Santurio, J., Fernandez-Rio, J., Cecchini, J., & Vállora, S. (2021). Acoso escolar, necesidades psicológicas básicas, responsabilidad y satisfacción con la vida: relaciones y perfiles en adolescentes. *Anales de Psicología*(37).
- deLara, E. (2018). Consequences of Childhood Bullying on Mental Health and Relationships for Young Adults. *Journal of Child and Family Studies*. doi:10.1007/s10826-018-1197-y
- González-Mesa, E., Jiménez-López, J., Blasco-Alonso, M., & Lubián-López, D. (2021). Obstetricians' Attitude towards Childbirth. *Int. J. Environ. Res. Public Health*, 18. Obtenido de <https://doi.org/10.3390/ijerph182010650>
- Motta, R., de Oliveira, G., Costa, A., Antunes, G., & Amaral, R. (2018). New childbirth practices and the challenges for the humanization of health care in southern and southeastern Brazil. *Cien Saude Colet*, 23(11), 3517-3524. doi:10.1590/1413-812320182311.07832016.
- Yen-Ko, L., Wei-Che, L., Liang-Chi, K., Yuan-Chia, C., Chia-Ju, L., & Hsing-Lin, L. (2013). Building an ethical environment improvent improves patient privacy and satisfaction in the crowded emergency department: a quasi-experimental study. *BMC Med Ethics*, 14(8). doi:10.1186/1472-6939-14-8.
- Behruzi, R., Hatem, M., & Goulet, L. (2010). Humanized birth in high risk pregnancy: barriers and facilitating. *Med Health Care Philos*, 13(1), 49-58. doi:10.1007/s11019-009-9220-0
- Costa, R., Silva, R., de Oliveira, D., & Pereira, E. (2015). The discursive production of professionals about humanizing health: singularity, rights and ethics. *Rev. Latino-Am. Enfermagem*, 23(5), 936-44.

- Whitley, K. (2012). In a Language Spoken and Unspoken: Nurturing Our Practice as Humanistic. *J Pain Symptom Manage*, 43(5), 973-9. doi:10.1016/j.jpainsymman.2011.11.002
- Mselle, L., Kohi, T., & Dol, J. (2018). Barriers and facilitators to humanizing birth care in Tanzania: findings from semi-structured interviews with midwives and obstetricians. *Reproductive Health*, 15. doi:10.1186/s12978-018-0583-7.
- Díaz-Barriga, F. (2006). *Enseñanza situada: vínculo entre la escuela y la vida*. Ciudad de México: McCrawHill.
- Ariza, C. (2012). Soluciones de humanización en salud en la práctica diaria. *Enferm. Univ*, 9(1), 41-51. Obtenido de <https://pesquisa.bvsalud.org/portal/resource/pt/lil-706932>
- Bishanga, D., Massenga, J., Mwanamsangu, A., Kim, Y., George, J., Kapologwe, N., Stekelenburg, J. (2019). Women's Experience of Facility-Based Childbirth Care and Receipt of an Early Postnatal Check for Herself and Her Newborn in Northwestern Tanzania. *Int J Environ Res Public Health*, 16(3). doi:10.3390/ijerph16030481
- Viotti, S., Cortese, C., Garlasco, J., Rainero, E., Emelurumonye, I., Passi, S., . . . Gianino, M. (2020). The Buffering Effect of Humanity of Care in the Relationship between Patient Satisfaction and Waiting Time: A Cross-sectional Study in an Emergency Department. *Int J Environ Res Public Health*, 17(8). doi:10.3390/ijerph17082939
- Lúcio, L., Rodrigues, M., Carvalho, R., & Hiromi, L. (2019). Implementation of the Humanitude Care Methodology: . *Rev. Latino-Am. Enfermagem*(27).
- Pereira, R., Fonseca, G., Pereira, A., Gonçalves, G., & Mafra, R. (2018). Novas práticas de atenção ao parto e os desafios para a humanização da assistência nas regiões sul e sudeste do Brasil [New childbirth practices and the challenges for the humanization of health care in southern

- and southeastern Brazil. *Cien Saude Colet*, 23(11), 3517-3524. doi:10.1590/1413-812320182311.07832016
- Lee Roze des Ordon, A., de Groot, J., Rosenal, T., Viceer, N., & Nixon, L. (2018). How clinicians integrate humanism in their clinical workplace-'Just trying to put myself in their human being shoes. *Perspect Med Educ*, 7(5), 318-324. doi:10.1007/s40037-018-0455-4
- Binfa, L., Pantoja, L., Ortiz, J., Gurovich, M., Cavada, G., & Foster, J. (2016). Assessment of the implementation of the model of integrated and humanised midwifery health services in Chile. *Midwifery*(35), 53-61. doi:10.1016/j.midw.2016.01.018
- Chou, C., Kellom, K., & Shea, J. (2014). Attitudes and habits of highly humanistic physicians. *Acad Med*, 89(9), 1252-8. doi:10.1097/ACM.0000000000000405
- Ribeiro, L., & Artmann, E. (2018). Pronouncements on humanization: professionals and users in a complex health institution. *Ciência & Saúde Coletiva*, 23(5), 1437-1450.
- Whitley-Bell, K. (2012). In a language spoken and unspoken: nurturing our practice as humanistic clinicians. *J Pain Symptom Manage*, 43(5), 973-9. Obtenido de 10.1016/j.jpainsymman
- Sueiras, P., Romano-Betech, V., Vergil-Salgado, A., de Hoyos, A., Quintana-Vargas, S., & Ruddick, W. (2017). Today's medical self and the other: Challenges and evolving solutions for enhanced humanization and quality of care. *PLoS ONE*, 12(7). doi:10.1371/journal.pone.0181514
- Cascino, T., & Cortese, D. (2009). Preparing Professionals to Serve in a Reformed Health Care System. *Mayo Clin Proc*, 84(10), 862–863.
- MINSALUD. (2016). *Perfiles y competencias profesionales en salud: Perspectiva de las profesiones, un aporte al cuidado de la salud, las personas, familias y comunidades*. Obtenido de

<https://www.minsalud.gov.co/sites/rid/Lists/BibliotecaDigital/RIDE/VS/TH/Perfiles-profesionales-salud.pdf>

Chamberg-Michilot, D., Diaz-Barrera, M. E., & Benites-Zapata, V. A. (2021). Revisiones de alcance, revisiones paraguas y síntesis enfocada en revisión de mapas: aspectos metodológicos y aplicaciones. *Rev. peru. med. exp. salud publica*, 136-142.

Anexos

Anexo A. Cronograma de investigación

FASE	ACTIVIDAD	Semestre II	Semestre III	Semestre IV	Semestre V
I	Revisión de la literatura				
	Antecedentes				
	Problema y objetivos				
	Justificación				
	Marco teórico/conceptual				
	Diseño metodológico				
	Introducción				
	Referencias				
	Anexos				
	Entrega documento propuesta				
II	Aval correcciones solicitadas				
	Búsqueda por bases de datos				
	Aplicación filtros sobre lo encontrado				
	Codificación				
	Síntesis cualitativa				
	Resultados				

Análisis				
Discusión a partir de los resultados				
Conclusiones				
Resumen y abstract				
Entrega documento final				

Anexo B. Presupuesto

PRESUPUESTO				
RUBROS	CANTIDAD	VALOR UNITARIO	VALOR TOTAL	FINANCIACIÓN
Computadores	1	1.500.000	1.500.000	Autores del Proyecto
Celulares	2	1.000.000	2.000.000	Autores del Proyecto
Impresora	1	500.000	500.000	Autores del Proyecto
Internet	20	20.000	400.000	Autores del Proyecto
Internet móvil	2	30.000	60.000	Autores del Proyecto
USB	1	20.000	20.000	Autores del Proyecto
TOTAL		3.070.000	4.480.000	
MATERIALES Y OTROS GASTOS				
Papelería	200	50	10.000	Autores del Proyecto
Empaste y CD	2	30.000	60.000	Autores del Proyecto
TOTAL		30.050	70.000	
TRANSPORTES				
Transporte	20	3.000	60.000	Autores del Proyecto
RECURSO HUMANO				
Tutoría de investigación	1	60000*hora	3.200.000	Surcolombiana
Investigadora	1	60000*hora	69.000.000	Autores del proyecto
TOTAL			72.200.000	
TOTAL, GASTOS			76.810.000	

Anexo C. Resultados Matriz de extracción.

Autor(es)	Año	Título y cita	Tipo de estudio	Población	¿Cuál es el objetivo del estudio (de la publicación)?	Metodología o técnica usada para el análisis de datos	Principales resultados	Principales conclusiones
Ricardo Motta Pereira 1 Giovanna de Oliveira Fonseca 2 Ana Célia Cirino Costa Pereira 2 Gabrielly Antunes Gonçalves 2 Roberta Amaral Mafra	2017	New childbirth practices and the challenges for the humanization of health care in southern and southeastern Brazil	Revisión sistemática	publicações nacionais e internacionais, publicados entre os anos de 2003 a 2015.	proporcionar una visión general de las diferentes prácticas de atención humanizada, dirigidas al embarazo y al parto, realizadas en las regiones sur y sureste de Brasil.	Síntesis cualitativa	Modificaciones el actual sistema de prácticas de parto en cuanto a acceso, atención, calidad y resolución, para hacerlo una experiencia más humana y menos técnica.	es fundamental que la formación académica incorpore cambios en el paradigma del cuidado de la salud de la mujer de forma integral.
Roxana Behruzi*1, Marie Hatem 2, William Fraser 3, Lise Goulet 4, Masako Ii5 and Chizuru Misago6	2010	Facilitators and barriers in the humanization of childbirth practice in Japan	investigación de campo cualitativa	Cuarenta y cuatro personas y nueve instituciones	explorar la experiencia del parto japonés en diferentes escenarios donde la humanización del parto se ha identificado entre los objetivos prioritarios de las instituciones involucradas, y también explorar los obstáculos y facilitadores encontrados en la práctica del parto humanizado en esos centros.	análisis de contenido cualitativo.	Todos los entornos habían implementado estrategias dirigidas a reducir las cesáreas y mantener el parto lo más natural posible. Las barreras y facilitadores encontrados en la práctica del parto humanizado se clasificaron en cuatro grupos principales: reglas y estrategias, estructura física, factores de contingencia y factores individuales	Las instituciones de maternidad japonesas que se han identificado como parte de su misión para instaurar un parto humanizado, en su conjunto, han tenido éxito en mejorar la atención. Sin embargo, siguen existiendo obstáculos para lograr el objetivo final.

<p>Yen-Ko Lin1,2, Wei-Che Lee1,2, Liang-Chi Kuo1,2, Yuan-Chia Cheng1,2, Chia-Ju Lin3*, Hsing-Lin Lin1,2, Chao-Wen Chen1,2 and Tsung-Ying Lin1,2</p>	2013	Building an ethical environment improves patient privacy and satisfaction in the crowded emergency department: a quasi-experimental study	estudio cuasi-experimental	341 pacientes de emergencias	Evaluar la efectividad de una intervención multifacética para mejorar la privacidad y la satisfacción de los pacientes del departamento de emergencias (ED) en un entorno de ED abarrotado.	modelo de regresión logística ordinal multivariable de privacidad y satisfacción del paciente, así como resultados secundarios medidos en una escala de Likert de 5 puntos con covariables predefinidas, y se realizaron pruebas de razón de verosimilitud para los modelos multivariados.	Hubo una mejora significativa en la percepción general de privacidad y satisfacción del paciente. Hubo correlaciones estadísticamente significativas entre la intervención y la percepción general de privacidad y satisfacción del paciente en el análisis multivariable.	: Se lograron mejoras significativas con una intervención. Los pacientes percibieron significativamente más privacidad y satisfacción en la atención de urgencias después de la intervención.
<p>Beltrán, Oscar</p>	2016	The meaning of humanized nursing care for those participating in it: Importance of efforts of nurses and healthcare institutions	estudio fenomenológico interpretativo	16 participantes	comprender el significado de la experiencia del cuidado de enfermería humanizado en la perspectiva de los pacientes, familiares y enfermeros	procedimientos propuestos por Cohen, Kahn y Steeves para analizar la información.	Los resultados destacan la importancia del esfuerzo para el comportamiento humanizado de los enfermeros, ya que por ser seres humanos su comportamiento en la relación con los pacientes no siempre tiene esa connotación.	El cuidado humanizado no sólo se sustenta en la condición humana de los enfermeros o en las intenciones institucionales, sino en actitudes y en una disposición enfocada al bienestar del paciente. Además, las tensiones en el cuidado de enfermería se resuelven a través de esfuerzos de humanización.
<p>Amanda Lee Roze des Ordon1 Â· Janet Margaret de Groot2 Â· Tom Rosenthal3,4 Â· Nazia</p>	2018	How clinicians integrate humanism in their clinical workplace Just trying to put myself in their human being shoes	Cualitativo exploratorio		describir actitudes y comportamientos que permitan a los médicos integrar el humanismo en el entorno clínico. Métodos	descripción interpretativa para analizar cualitativamente los datos.	la toma de perspectiva consistía en considerar las perspectivas de los demás, suspender el juicio y escuchar; reconocer la universalidad implicó reconocer la condición humana compartida, encontrar un terreno común, trascender roles y humildad;	serie de fundamentos de actitud y comportamiento del cuidado y la enseñanza humanísticos, basados en las experiencias de los profesores clínicos. Al llamar la atención sobre los elementos holísticos y relacionales del humanismo, nuestro trabajo destaca cómo estos elementos fundamentales pueden integrarse más explícitamente en la atención al

Viceer5 Á·Lara Nixon6							y se describió el enfoque relacional a través de múltiples relaciones entre pacientes, familias, médicos y educandos, convirtiéndose en parte de la historia del otro, influencia recíproca y acompañamiento.	paciente, la cultura del lugar de trabajo y la educación clínica.
Cristina María Mejía Merino1 Lida Faneyra Zapata2 Diana Patricia Molina Berrio3 Juan David Arango Urrea4	2018	Dehumanization during Delivery: Meanings and Experiences of Women Cared for in the Medellín Public Network	Estudio cualitativo	18 mujeres	describir los significados construidos en las vivencias de las mujeres en relación al cuidado recibido por el personal de salud en el momento del parto	Grounded Theory	Las madres describieron negativamente la experiencia del parto, percibiéndola como una imposición implícita del estoicismo para reprimir sus emociones, dolor e incomodidad y preferir una actitud de sumisión al personal de salud. Las madres participantes evocan críticamente los cuidados recibidos, lo que se traduce en procedimientos realizados y maltrato verbal y psicológico.	Las madres asignan significados a sus experiencias del proceso de parto no tanto como una experiencia humana trascendente, sino más bien como una superexperiencia a la deshumanización del parto en el contexto biomédico.
Roxana Behruzi Æ Marie Hatem Æ Lise Goulet Æ William Fraser Æ Nicole Leduc Æ Chizuru Misago	2010	Humanized birth in high risk pregnancy: barriers and facilitating factors	Estudio cualitativo	21 parteras	identificar la percepción de los profesionales sobre los posibles obstáculos y factores facilitadores para la implementación del cuidado humanizado en embarazos de alto riesgo	métodos cualitativos de análisis de contenido	Las barreras encontradas para brindar un parto humanizado en un embarazo de alto riesgo incluyen factores tales como: la presión de ser responsable de la seguridad de la madre y el feto, la falta de participación activa de la mujer en el proceso de toma de decisiones y la pesada carga de responsabilidad	Los factores que facilitan el parto humanizado en alto riesgo incluyen: la toma de decisiones compartida y otras responsabilidades diversas entre los médicos y las mujeres; ser cariñoso; el manejo del estrés, y el hecho de que la evolución de una mejor relación y comunicación entre el profesional de la salud y el paciente conducirá a un ambiente libre de estrés para ambos.

<p>Miriam Ethel Bentwich, Nomy Dickman & Amitai Oberman</p>	<p>2016</p>	<p>Miriam Ethel Bentwich, Nomy Dickman & Amitai Oberman (2016): Human dignity and autonomy in the care for patients with dementia: differences among formal caretakers from various cultural backgrounds, Ethnicity & Health,</p>	<p>métodos cualitativos y cuantitativos</p>	<p>20 cuidadores</p>	<p>Explorar si existen brechas entre los cuidadores de diferentes grupos étnico-culturales (judíos nacidos en Israel [Sabras], árabes israelíes [árabes] y migrantes de Rusia [rusos]) con respecto a sus percepciones de autonomía y dignidad humana de pacientes con demencia</p>	<p>Métodos mixtos</p>	<p>La parte cualitativa del estudio arrojó ocho temas encapsulados en el concepto de autonomía y diez temas relacionados con la dignidad humana, en el contexto de la atención a los pacientes con demencia. Al utilizar estos temas en la parte cuantitativa, se encontraron diferencias sustanciales en las residencias de ancianos en las actitudes hacia la autonomía y la dignidad de los pacientes con demencia entre los cuidadores rusos y árabes</p>	<p>Contrariamente a investigaciones anteriores, en residencias de mayores se encontraron diferencias significativas entre ciertos grupos etnoculturales (árabes y rusos) en cuanto a su postura hacia la dignidad y autonomía de los pacientes con demencia</p>
<p>Lorena Binfa, Loreto Pantoja, Jovita Ortiz, Marcela Gurovich, Gabriel Cavada and Jennifer Foster</p>	<p>2016</p>	<p>Lorena Binfa, Loreto Pantoja, Jovita Ortiz, Marcela Gurovich, Gabriel Cavada and Jennifer Foster, Assessment of the implementation of the model of integrated and humanized midwifery health services in Chile, Midwifery,</p>	<p>Estudio cualitativo</p>	<p>1,882 mujeres</p>	<p>fortaleciendo la relación entre paciente y médico, promoviendo el apoyo emocional continuo, fomentando diferentes posiciones que permitan el libre movimiento de las mujeres durante la segunda etapa del trabajo de parto, ofreciendo diferentes alternativas de alivio del dolor (farmacológicas y no farmacológicas), minimizando el seguimiento fetal intraparto, promoviendo la reducción de la episiotomía y la conducción del trabajo de parto, y fomentando el vínculo materno-infantil</p>	<p>Análisis de datos cualitativos</p>	<p>En términos de las percepciones de las mujeres sobre el bienestar durante el trabajo de parto y el parto, el bienestar materno se calculó y clasificó en tres resultados, óptimo, adecuado y deficiente. La puntuación óptima tuvo una prevalencia del 43,5%. Una puntuación adecuada fue del 30,8% y una mala puntuación del 25,5%.</p>	<p>Como era de esperar, hubo una variedad de percepciones en los grupos focales sobre la calidad de la atención recibida. Resaltar los comentarios negativos puede malinterpretar el panorama general. Sin embargo, una submuestra de mujeres con experiencias negativas puede traer preocupaciones importantes a los proveedores de servicios</p>

<p>Carol M. Chou, MD, Katherine Kellom, and Judy A. Shea, PhD</p>	<p>2014</p>	<p>Carol M. Chou, MD, Katherine Kellom, and Judy A. Shea, PhD. Attitudes and Habits of Highly Humanistic Physicians</p>	<p>estudio cualitativo transversal</p>	<p>161 residentes de medicina interna</p>	<p>identificar actitudes y hábitos que los médicos altamente humanistas perciben que les permiten mantener su enfoque humanista de la atención al paciente.</p>	<p>Utilizando el software NVivo 9 (QSR International, Melbourne, Australia) para administrar la codificación y los análisis,</p>	<p>Las actitudes para sostener el humanismo en esta cohorte de médicos humanistas incluían la humildad, la curiosidad y el deseo de vivir de acuerdo con un estándar de comportamiento. Muchos de los médicos se esforzaron deliberadamente por mantener sus actitudes humanistas. Los hábitos en los que se comprometieron los médicos humanistas para mantener su humanismo incluyeron la autorreflexión, conectarse con los pacientes, enseñar y modelar, y lograr el equilibrio entre el trabajo y la vida. Los médicos creían que tratar a sus pacientes de manera humanista sirve para prevenir el agotamiento en ellos mismos.</p>	<p>La identificación de factores que los médicos tratantes altamente humanistas perciben que les ayudan a mantener una perspectiva humanista a lo largo del tiempo puede informar el diseño de programas para desarrollar y mantener el humanismo en el cuerpo docente.</p>
<p>R.N. da Silva1,2 RN, MN,F.D.da S.deFreitas 1,2 RN, MN,F.P.de Araujo2, 3 RN, PhD &M.deA.Ferreira2,4,5, 6 RN,MEd,PhD</p>	<p>2016</p>	<p>A policy analysis of teamwork as a proposal for healthcare humanization: implications for nursing R.N. da Silva1,2 RN, MN,F.D.daS.deFreitas1,2 RN, MN,F.P.deAraujo2,3 RN, PhD &M.deA.Ferreira2,4,5,6 RN,MEd,PhD</p>	<p>Estudio cualitativo</p>	<p>Política Pública en Brasil</p>	<p>Analizar las implicaciones de los dispositivos políticos de la Política Nacional de Humanización brasileña, Proyecto Terapéutico Singular y Equipo de Referencia y Matriz de Apoyo, para la enfermería como disciplina profesional</p>	<p>Análisis cualitativo de la política de contenido léxico de los documentos oficiales de la Política Nacional de Humanización de Brasil.</p>	<p>El modelo de Equipo de Referencia que se utiliza para llevar a cabo Proyectos Terapéuticos Singulares conduce a la discusión de los límites disciplinarios en el contexto de la atención a la salud.</p>	<p>La Política Nacional de Humanización de Brasil exige la inclusión de varios tipos de conocimiento y trabajo en red. Se necesitan investigaciones para dilucidar la naturaleza del cuidado de enfermería y su carácter distintivo en relación con los objetivos de trabajo de otras disciplinas profesionales.</p>

<p>Maria Angélica Carvalho Andrade 1 Elizabeth Artmann 2 Zeidi Araujo Trindade 3</p>	<p>2009</p>	<p>Humanization health at emergency service in a public hospital: comparison on social representation of professional before and after training</p>	<p>Estudio cualitativo</p>	<p>111 profesionales de la salud en un hospital de emergencia.</p>	<p>Este artículo presenta los resultados de un estudio del tipo antes y después de la formación en Alojamiento con clasificación de Riesgo frente a la humanización de las representaciones sociales de la salud</p>	<p>l análisis se realizó mediante el software EVOC.</p>	<p>Los resultados indican que las diferencias encontradas en el núcleo antes y después de la formación se debieron a un aprendizaje que, a partir de elementos periféricos, logró cuestionar los elementos del núcleo e intercambiar entre el sistema central y el periférico, reconociendo la complementariedad funcional. entre estos dos sistemas y las relaciones entre representaciones y prácticas. Sin embargo, el método no afirma la persistencia de tales cambios en las representaciones sociales de los objetos estudiados en profundidad ni mide los cambios en las prácticas cotidianas.</p>	<p>mostraron cambios en el significado simbólico atribuido a los términos inductores hacia la incorporación de la perspectiva de derecho en la representación del Sistema Único de Salud, la traducción de la Humanización en salud como Refugio, y la progresión de la comprensión del Refugio, lo humanístico. enfoque a la cualificación de los procesos de atención de la demanda de los usuarios en emergencias</p>
<p>Laura Ribeiro Ferreira 1 Elizabeth Artmann 1</p>	<p>2018</p>	<p>Pronouncements on humanization: professionals and users in a complex health institution. <i>Ciência & Saúde Coletiva</i>, 23(5):1437-1450, 2018</p>	<p>Estudio cualitativo</p>	<p>60 individuos</p>	<p>presenta los pronunciamientos sobre la humanización de los profesionales y usuarios de una institución de salud e investigación</p>	<p>método analítico empleado fue el Discurso del Sujeto Colectivo</p>	<p>Los hallazgos apuntan para la importancia del conjunto de tecnologías hard, light-hard y light para la práctica humanizada. Se destacó el papel articulador de la acción comunicativa tanto para la creación de una red de profesionales como en la relación entre profesionales y pacientes</p>	<p>La práctica de la investigación fue considerada por los profesionales y usuarios como un factor que aumenta la calidad de la atención y las contribuciones a la humanización. La atención en el instituto fue considerada buena, tanto por los profesionales como por los usuarios, quienes destacaron la importancia de la resolución de problemas para la humanización.</p>

<p>Liliana Vanessa Lúcio Henriques1 Marília de Assunção Rodrigues Ferreira Dourado2 Rosa Cândida Carvalho Pereira de Melo3 Luiza Hiromi Tanaka4</p>	<p>2019</p>	<p>Liliana Vanessa Lúcio Henriques1 Marília de Assunção Rodrigues Ferreira Dourado2 Rosa Cândida Carvalho Pereira de Melo3 Luiza Hiromi Tanaka4. Implementation of the Humanitude Care Methodology: contribution to the quality of health care. Rev. Latino-Am. Enfermagem 2019;27:e3123</p>	<p>Estudio cualitativo</p>	<p>34 profesionales</p>	<p>evaluar la contribución de la implementación de la Metodología Humanitude Care a la calidad de la atención en salud en una Unidad de Atención Continuada</p>	<p>estudio de investigación-acción con muestreo no probabilístico por conveniencia</p>	<p>los profesionales de la salud demostraron dificultades para atender a personas agitadas, confundidas, desorientadas, agresivas y que rechazan la atención, y para comunicarse con pacientes que no se comunican verbalmente</p>	<p>Los profesionales valoraron la realización de las etapas de la ficha de observación. Hubo discrepancias entre la percepción del logro y la práctica real. A lo largo de la implementación de la metodología, hubo un aumento en la aplicación práctica de los procedimientos, con repercusiones positivas para los pacientes y para los profesionales.</p>
<p>Vanessa Cecilia de Azevedo MichelinI, Wilza Carla Spirii</p>	<p>2017</p>	<p>Michelan VCA, Spiri WC. Perception of nursing workers humanization under intensive therapy. Rev Bras Enferm [Internet]. 2018;71(2):372-8.</p>	<p>Estudio cualitativo</p>	<p>25 profesionales</p>	<p>comprender la percepción de los trabajadores de enfermería que actúan en la Unidad de Cuidados Intensivos (UCI) sobre la humanización en el ambiente de trabajo.</p>	<p>se utilizó el referente de la fenomenología, estructura del fenómeno.</p>	<p>Los resultados del estudio muestran que la humanización en la UTI involucra el cuidado holístico del paciente, relacionándolo con el contexto familiar y social y que el trabajo de los trabajadores se extiende más allá de las intervenciones tecnológicas y farmacológicas enfocadas al paciente.</p>	<p>es necesaria la humanización a través del cambio del ambiente de trabajo y del proceso gerencial, privilegiando el modelo de gestión participativa como forma de transformar la teoría en práctica y valorizar al trabajador.</p>
<p>Rose Mary Costa Rosa Andrade Silva2 Denize Cristina de Oliveira3 Eliane Ramos Pereira4</p>	<p>2015</p>	<p>Rose Mary Costa Rosa Andrade Silva2 Denize Cristina de Oliveira3 Eliane Ramos Pereira4. The discursive production of professionals about humanizing health: singularity, rights and ethics.Rev.</p>	<p>estudio cualitativo de enfoque descriptivo</p>	<p>24 profesionales</p>	<p>describir la producción discursiva de los profesionales sobre la humanización de la salud.</p>	<p>enfoque descriptivo</p>	<p>a través del análisis de contenido surgieron tres categorías, en torno a las cuales se realizaron los análisis: “humanizar la salud como acto de aceptación del otro como único”, “humanizar la salud como cuestión de derecho” y “humanizar la salud como cuestión ética”. La producción discursiva de los profesionales se sustenta</p>	<p>los profesionales de la salud deben conocer la Política Nacional de Humanización para brindar una atención de calidad, promoviendo el encuentro, la acogida y el reconocimiento de sí mismo, de los demás y de su profesión en el escenario político y sociohistórico de su país como ciudadano, no sólo de derechos, sino también de obligaciones.</p>

		Latino-Am. Enfermagem 2015 Sept.- Oct.;23(5):936-44					en una perspectiva que se fundamenta en la perspectiva humanista con sesgo sociohistórico	
KÁtia Maria Oliveira de Souza 1 Suely Deslandes Ferreira 1	2010	Humanized attention in neonatal intensive-care unit: senses and limitations identified by health professionals. <i>Ciência & Saúde Coletiva</i> , 15(2):471-480, 2010	estudio exploratorio y cualitativo	12 profesionales	analizar, desde el punto de vista de los profesionales de la salud, la propuesta del cuidado humanizado y detectar los sentidos y límites, identificados por esos profesionales para la prestación de ese cuidado.	Análisis de datos cualitativos	La encuesta mostró que existen obstáculos significativos para la prestación del cuidado humanizado, como la falta de recursos materiales y humanos, que aumentan la carga de trabajo, los conflictos de relación y la ausencia de infraestructura tanto para los profesionales como para la realización de la humanización.	El estudio mostró que, a pesar de las dificultades, los profesionales elaboran estrategias para cumplir lo establecido en la Política Nacional de Humanización del Ministerio de la Salud
Maryelle Peres da Silva Santos Beatriz Castro Souza Capelanes Kátia Terezinha Alves Rezende Mara Quaglio Chirelli	2022	Santos MPS et al. Humanization of childbirth: challenges of the Apice On Project. <i>Ciência & Saúde Coletiva</i> , 27(5):1793-1802, 2022	enfoque cualitativo, a través de	Profesionales	analizar los desafíos experimentados en la implantación e implementación del Proyecto Apex On en un gran hospital en Brasil.	análisis de contenido cualitativo.	Se verificó una gestión ineficaz al realizar el trabajo de salud, así como un modelo de atención biomédico y una formación insuficiente para promover el cambio en las prácticas de salud.	Es importante revisar las estrategias de implementación de las propuestas del Proyecto Apice On, incorporando la Educación Permanente en Salud como estrategia de reflexión y reconstrucción de las prácticas en salud.
Leal MS, Moreira RCR, Barros KCC, Servo	2021	Leal MS, Moreira RCR, Barros KCC, Servo TCF. Humanization practices in the parturitive course from the perspective	investigación cualitativa, descriptiva,	11 madres 5 enfermeras	comprender las prácticas de humanización en el curso del parto desde el punto de vista de las purperae y las enfermeras-parteras.	análisis de contenido cualitativo.	este estudio reveló la importancia del uso de tecnologías blandas, el respeto por el rol femenino, la participación activa y la autonomía de la mujer	las enfermeras parteras son profesionales calificadas para asistir a las mujeres en el trabajo de parto y el parto.

MLS, Bispo TCF		of puerperae and nurse-midwives. Rev Bras Enferm. 2021;74	exploratoria				como un impacto positivo en el proceso de parto.	
Rodrigues DP, Alves VH, Paula CC, Vieira BDG, Pereira AV, Reis LC, et al	2022	Rodrigues DP, Alves VH, Paula CC, Vieira BDG, Pereira AV, Reis LC, et al. Humanized childbirth: the values of health professionals in daily obstetric care. Rev Bras Enferm. 2022;75(2)	Estudio fenomenológico basado en el marco scheleriano	48 profesionales	Comprender los valores de los profesionales de la salud en el proceso de pensar y sentir sobre la atención obstétrica, a partir de sus necesidades vivenciadas en el proceso de atención	marco metodológico ricœuriano	El valor vital estuvo significado en la atención centrada en los procesos fisiológicos, para un seguimiento individualizado y seguro. El valor ético se significó en las actitudes que otorgan a las mujeres autonomía en su forma de dar a luz, y reconocen el diálogo como un proceso de simpatía, afecto y vínculo	La resignificación de la práctica obstétrica, articulada con políticas públicas en el campo del parto y el nacimiento, sustentada en un valor ético vital, contribuye positivamente a la humanización del cuidado de la mujer.
Vita Guimarães MongioviI, Rita de Cássia Cordeiro Bastos Leite dos AnjosII, Suellem Beatriz Holanda SoaresII, Tânia Maria Lago-Falcão	2014	Vita Guimarães MongioviI, Rita de Cássia Cordeiro Bastos Leite dos AnjosII, Suellem Beatriz Holanda SoaresII, Tânia Maria Lago-Falcão. Conceptual reflections on health humanization: conception of nurses from Intensive Care Units. Rev Bras Enferm. 2014 mar-abr; 67(2): 306-11.	Investigación cualitativa, exploratorio y descriptivo	11 profesionales	realizar una reflexión sobre la humanización de la salud a través de un análisis conceptual del término mismo y en la interpretación de discursos de enfermeros que actúan en Unidades de Cuidados Intensivos,	metodología de análisis de contenido para la investigación cualitativa	los enfermeros involucrados en el cuidado en el ambiente de la UTI tienen algunos conocimientos sobre el tema, los cuales fueron enunciados de forma no sistematizada, pero aun así, de acuerdo con las orientaciones que el defensores de la humanización. A pesar de ello, también se mencionó la existencia de fallas en la implementación de esta asistencia en las unidades y la falta de preparación para su implementación.	Se concluyó que los enfermeros tienen una visión intuitiva de la definición de humanización, comprendiendo la necesidad de realizar una asistencia holística más allá de la mera técnica y abarcando también los aspectos fisiológicos, psicológicos, sociales y espirituales del cuidado.

<p>Maria de Fátima Oliveira dos Santos 1, Maria das Graças Melo Fernandes 2, Harison José de Oliveira</p>	<p>2012</p>	<p>Maria de Fátima Oliveira dos Santos 1, Maria das Graças Melo Fernandes 2, Harison José de Oliveira 3. Receptiveness and Humanization from the Perspective of Anesthesiologists. Revista Brasileira de Anestesiologia; 62: 2: 199-213.</p>	<p>investigación cualitativa descriptiva</p>	<p>16 anestesiólogos asistentes</p>	<p>investigar a través del relato de anestesiólogos la comprensión del fenómeno receptivo entre estos profesionales.</p>	<p>técnica del Discurso del Sujeto Colectivo (DSC).</p>	<p>Se consideró como resultado de este estudio la respuesta de los anestesiólogos a la siguiente pregunta: “¿Qué opina sobre la práctica de la receptividad como estrategia para humanizar la relación médico-paciente?” El CDS de médicos presentó dos ideas centrales: 1) un abordaje holístico del paciente; 2) una estrategia que mejora la relación médico-paciente.</p>	<p>sobre las estrategias adoptadas por ellos para humanizar la relación con el paciente en el momento de la recepción, sus relatos fueron organizados a partir de tres ideas centrales: 1) observación de los derechos de los pacientes; 2) comunicación terapéutica; 3) visita preanestésica. Se constató que los médicos involucrados en la investigación reconocieron el valor de la receptividad como estrategia para humanizar la relación médico-paciente.</p>
<p>*Silva, RC., **Soares, MC., **Muniz, RM., *Andrade, FP., ***Torres, AAP., *Gomes, V.</p>	<p>2011</p>	<p>La concepción de los profesionales de salud sobre el parto humanizado en la adolescencia</p>	<p>estudio descriptivo y exploratorio con abordaje cualitativo</p>	<p>diez trabajadores de la salud efectivos</p>	<p>conocer la concepción de los profesionales de salud de un centro obstétrico del sur del Brasil sobre el parto humanizado de adolescentes</p>	<p>análisis de contenido cualitativo.</p>	<p>se destacaron dos temáticas: el ambiente como espacio de cuidado y las tecnologías leves como herramientas para la humanización de la atención a la parturiente adolescente. La investigación destacó que la atención humanizada al parto de adolescentes necesita más que resolución de problemas o uso de tecnologías duras y leves; exige actitudes y comportamientos de los trabajadores de la salud para que contribuyan al fortalecimiento del vínculo entre profesionales, usuarias, familia y comunidad.</p>	<p>Se constató que, a pesar de que los profesionales de salud conocían la propuesta de atención humanizada en el parto defendida por el Ministerio de Salud, mantuvieron una asistencia hegemónica, basada en acciones intervencionistas, muchas veces desconociendo los derechos de las parturientas, siendo meros espectadores de sus propios nacimientos.</p>
<p>Flavia Cardinali MSc1 Sara Carzaniga MSc1 Giorgia Duranti MSc1 </p>	<p>2020</p>	<p>A nationwide participatory programme to measure person-centred hospital care in Italy: Results and implications for</p>	<p>Exploratorio</p>	<p>1500 ciudadanos</p>	<p>Medir los servicios de salud centrados en el paciente en asociación con ciudadanos, profesionales de la salud y tomadores de decisiones</p>	<p>Se utilizó una lista de verificación ad hoc para evaluar el enfoque centrado en la persona</p>	<p>Las puntuaciones centradas en la persona fueron moderadamente altas, con una variación sustancial en general (puntuación mediana: 7,0, rango: 3,2-9,5) y por área (Procesos de atención: 6,8, 2,0-9,8; Acceso: 7,4, 2,7-9,7;</p>	<p>un programa participativo nacional para mejorar la atención centrada en el paciente en los hospitales italianos destacó áreas críticas con la participación directa de los ciudadanos.</p>

<p>Barbara Labella PhD1 Alessandro Lamanna MD1 Micaela Cerilli MSc1 Giovanni Caracci MD1 Fabrizio Carinci MSc1,2</p>		<p>continuous improvement</p>					<p>Transparencia: 6,7). , 3.4-9.5 y Relación: 7.3, 0.8-10.0). La regresión multivariante encontró puntajes más altos para volúmenes crecientes de actividad aumento de mosaico: +0.21; IC 95%: 0,13, 0,29) y puntuaciones más bajas en el sur e islas (-1,03; -1,62,-0,45).</p>	
<p>christina zampas, avni amin, lucinda oâ€™hanlon, alisha bjerregaard, hedieh mehrtash, rajat khosla, and Ózge tunâ€™salp</p>	<p>2020</p>	<p>Operationalizing a Human Rights-Based Approach to Address Mistreatment against Women during Childbirth</p>	<p>Revisión de alcance</p>	<p>65 estudios</p>	<p>describe los tipos de maltrato que ocurren durante el parto, para desentrañar los impulsores del maltrato de las mujeres durante el parto y cómo se entienden y abordan dentro de los derechos humanos</p>	<p>Síntesis cualitativa</p>	<p>Comprender los impulsores y las dimensiones de derechos humanos del maltrato de las mujeres durante el parto puede contribuir a acelerar el progreso hacia la cobertura universal de salud, incluido el acceso a los servicios de salud reproductiva, ya que el maltrato es una barrera clave para el acceso de las mujeres a dichos servicios</p>	<p>El artículo concluye ofreciendo orientación a los estados sobre un enfoque basado en los derechos humanos para abordar el maltrato contra las mujeres durante el parto en establecimientos de salud.</p>

<p>Dunstan R. Bishanga 1,2,* , Joseph Massenga 1 , Amasha H. Mwanamsangu 1 , Young-Mi Kim 3, John George 4, Ntuli A. Kapologwe 5, Jeremie Zoungrana 1 , Mary Rwegasira 1, Adrienne Kols 3 , Kathleen Hill 6, Marcus J. Rijken 7,8 and Jelle Stekelenburg 2,9</p>	<p>2019</p>	<p>Women's Experience of Facility-Based Childbirth Care and Receipt of an Early Postnatal Check for Herself and Her Newborn in Northwestern Tanzania</p>	<p>Descriptivo</p>	<p>732 mujeres</p>	<p>examinar Las experiencias negativas de atención como un impedimento para la utilización actual y/o futura de los servicios de salud basados en establecimientos</p>	<p>regresión logarítmica binomial</p>	<p>la asociación entre las experiencias de atención de las mujeres durante el parto y la recepción de controles posnatales tempranos antes del alta En general, el 73,1 % de las mujeres informó falta de respeto y abuso, al 60,1 % se le ofreció un acompañante para el parto, el 29,1 % pudo elegir la posición para el parto y el 85,5 % calificó la limpieza de las instalaciones como buena</p>	<p>Aproximadamente la mitad de las madres (46,3%) y los recién nacidos (51,4%) recibieron controles posnatales tempranos antes del alta. Los controles posnatales tempranos tanto para las madres como para los recién nacidos se asociaron con falta de respeto y abuso (RR: 1,23 y 1,14, respectivamente) y limpieza de las instalaciones (RR: 1,29 y 1,54, respectivamente). Los controles posnatales tempranos para las madres también se asociaron con la elección de la posición de parto (RR: 1,18)</p>
<p>Sara Viotti 1, Claudio Giovanni Cortese 1,* , Jacopo Garlasco 2 , Erika Rainero 2, Ifeoma Nneka Emelurumonye 2 , Stefano Passi 3, Flavio Boraso 3 and Maria</p>	<p>2020</p>	<p>The Buffering Effect of Humanity of Care in the Relationship between Patient Satisfaction and Waiting Time: A Cross-sectional Study in an Emergency Department</p>	<p>diseño transversal y no aleatorizado</p>	<p>260 pacientes</p>	<p>examinar si la humanidad de la atención y el confort ambiental desempeñaron un papel en la moderación de la relación entre el tiempo de espera y la satisfacción del paciente en un servicio de urgencias (SU).</p>	<p>regresión moderada</p>	<p>el tiempo de espera se asoció significativa e inversamente con la satisfacción del paciente. La humanidad del cuidado y el confort ambiental mostraron una asociación positiva y significativa con la satisfacción del paciente. Finalmente, el término de interacción entre el tiempo de espera y la humanidad del cuidado resultó significativo, mientras que el efecto de la interacción entre el tiempo de espera y</p>	<p>El efecto condicional mostró que cuando la humanidad de la atención era baja, el tiempo de espera se relacionaba negativa y significativamente con la satisfacción del paciente. Por el contrario, cuando la humanidad de la atención fue media y alta, la relación entre el tiempo de espera y la satisfacción del paciente no fue significativa.</p>

Michela Gianino							el confort ambiental no fue significativo.	
González-Mesa, E.; Jiménez-López, J.; Blasco-Alonso, M.; Lubián-López, D.	2021	González-Mesa, E.; Jiménez-López, J.; Blasco-Alonso, M.; Lubián-López, D. Obstetricians' Attitude towards Childbirth. Int. J. Environ. Res. Public Health 2021, 18, 10650. https://doi.org/10.3390/ijerph182010650	Exploratorio	384 participantes	determinar las actitudes de los obstetras hacia la humanización del parto y la promoción de una experiencia positiva del parto	análisis factoriales exploratorios y confirmatorios de la escala	Los obstetras mostraron un desempeño obstétrico clínico de alta calidad, pero algunas dificultades para identificar los factores de riesgo de trauma psicológico relacionados con el parto. Se encontraron algunas diferencias según la práctica y el género en el puntaje final y en las áreas de riesgo psicosocial, dolor, acompañamiento y expectativas de las mujeres	A la luz de los resultados, es recomendable emprender iniciativas de educación dirigidas a mejorar la interacción con las mujeres embarazadas. Palabras clave: evaluación de actitudes; CAVE; humanización del parto; trauma relacionado con el nacimiento
Karen Whitley Bell, RN	2012	In a Language Spoken and Unspoken: Nurturing Our Practice as Humanistic Clinicians	Cualitativo	N/A	Este artículo ofrece breves descripciones de cuatro acciones que los líderes de atención médica, los administradores y el personal clínico de todas las disciplinas pueden implementar y/o defender para promover la calidad continua de la atención biopsicosocial/espiritu al para aquellos a quienes servimos	N/A	La primera acción aborda cómo nosotros, como profesionales de la salud, mejoramos la prestación de atención a través de una metodología de mejora continua; el segundo, cómo mejoramos la capacitación de nuestra futura fuerza laboral aumentando las oportunidades de capacitación en el hogar;	el tercero, cómo ampliamos de manera rentable nuestra comprensión de la experiencia humana a través de la inclusión de las humanidades en nuestra capacitación y lugar de trabajo; y el cuarto, cómo aumentamos nuestra autoconciencia para mejorar nuestra capacidad de ejercer como clínicos humanistas
Perla Sueiras1, Victoria Romano-Betech1, Alejandro Vergil-Salgado1, Adalberto de Hoyos2	2017	Sueiras P, Romano-Betech V, Vergil-Salgado A, de Hoyos A, Quintana-Vargas S, Ruddick W, et al. (2017) Today's medical self and the other: Challenges and evolving solutions for enhanced	Exploratorio	15 participantes	La investigación se centra en los valores de la práctica clínica como un medio para encontrar formas de mejorar el emparejamiento de la Medicina Basada en la Evidencia (MBE) con la Medicina Basada en Valores	N/A	Se identificó un espacio de valores clínicos en el que los valores éticos y epistémicos emergen, crecen y se desarrollan dentro de las dimensiones biomédicas, éticas y socioeconómicas del cotidiano del cuidado de la salud. Se reconocieron tres valores principales, así	Un examen de las entrevistas sugirió que una adecuada conceptualización de los valores conduce a la formación de un sistema axiológico más amplio. El papel del clínico como asociado surgió como un ideal para lograr la excelencia médica.

<p>Silvia Quintana-Vargas³, William Ruddick⁴, Anaclara Castro-Santana^{5,6}, Sergio Islas-Andrade^{1,7}, Nelly F. Altamirano - Bustamante^{6*}, Myriam M. Altamirano - Bustamante^{1,7*}</p>		<p>humanization and quality of care. PLoS ONE 12(7): e0181514. https://doi.org/10.1371/journal.pone.0181514</p>			<p>(VBM) en la práctica diaria.</p>		<p>como los grupos dinámicos y las redes que tienden a formar: las relaciones entre el personal de salud y el paciente, la empatía y el respeto.</p>	
<p>Leandro Miletto Tonetto^{1*}, Valentina Marques da Rosa², Priscila Brust-Renck³, Megan Denham⁴, Pedro Marques da Rosa⁵, Craig Zimring⁶, Irini Albanti⁷ and Leslie Lehmann⁸</p>	<p>2021</p>	<p>Leandro Miletto Tonetto^{1*}, Valentina Marques da Rosa², Priscila Brust-Renck³, Megan Denham. Playful strategies to foster the well-being of pediatric cancer patients in the Brazilian Unified Health System: a design thinking approach</p>	<p>Cualitativa</p>	<p>16 voluntarios</p>	<p>identificar cómo el juego, cuando sea aplicable, puede ser utilizado como una estrategia para mejorar el bienestar subjetivo de los pacientes oncológicos pediátricos en el Sistema Único de Salud de Brasil.</p>	<p>N/A</p>	<p>Los voluntarios desarrollaron estrategias para ayudar a los niños a lidiar con el tiempo en el hospital, la estructura del hospital y la prestación de atención. Tales estrategias no se limitan a utilizar el juego como una forma de “divertirse”; privilegian las interfaces lúdicas, como los juguetes, para apoyar la atención psicosocial y la educación en salud. Su objetivo es abordar el cáncer y desarrollar la comunicación entre las familias y el personal de manera humanizada, educar a las familias sobre la enfermedad y diseñar entornos amigables para los niños.</p>	<p>Los voluntarios también generaron estrategias para ayudar a los niños a lidiar con las percepciones de la muerte, el dolor y sus cuerpos. Dichas estrategias tienen como objetivo apoyar la comprensión del significado de la vida y la muerte, comprender el dolor más allá de lo físico, ayudar a resignificar el cáncer y los cuerpos cambiantes de los niños y dar a los pacientes voces activas durante el tratamiento.</p>

<p>Lilian T. Mselle1*, Thecla W. Kohi2 and Justine Dol3</p>	<p>2018</p>	<p>Barriers and facilitators to humanizing birth care in Tanzania: findings from semistructured interviews with midwives and obstetricians</p>	<p>Cualitativa</p>	<p>6 parteras 2 obstetras</p>	<p>explorar las percepciones y prácticas del personal de salud capacitado sobre la humanización de la atención del parto en Tanzania mediante la identificación de las barreras y facilitadores actuales.</p>	<p>codificación temática.</p>	<p>El personal de salud capacitado identificó barreras sistemáticas para brindar una atención humanizada del parto. Las barreras sistemáticas incluyeron la falta de espacio y las instalaciones limitadas. Las normas y prácticas institucionales prohibían la participación de la familia durante el proceso del nacimiento, incluidas las creencias que limitaban la elección de la posición para el nacimiento, así como las creencias, tradiciones y cultura irrespetadas.</p>	<p>Los participantes también reconocieron cuatro facilitadores que mejoran la probabilidad de atención humanizada durante el parto en Tanzania: educación continua del personal de salud calificado sobre atención materna respetuosa, normas institucionales diseñadas para el apoyo clínico continuo durante el parto, creencia en el beneficio de que la familia se convierta en participantes activos y respetar los deseos maternos cuando sea apropiado.</p>
<p>C. Mandato1* †, M. A. Siano2†, A. G. E. De Anseris3,4, M. Tripodi2, G. Massa2, R. De Rosa2, M. Buffoli5, A. Lamanna6, P. Siani1 and P. Vajro2,3,4</p>	<p>2020</p>	<p>Humanization of care in pediatric wards: differences between perceptions of users and staff according to department type</p>	<p>Cualitativa</p>	<p>7 hospitales</p>	<p>analizar las diferencias entre los grados de humanización verificada existente frente a la percibida en una sala de pediatría</p>	<p>El grado de humanización existente fue evaluado por un grupo focal multidisciplinario</p>	<p>examinamos si existe concurrencia entre los grados de humanización percibidos por los usuarios (padres/visitantes) vs. los miembros del personal en cuatro indicadores: bienestar, aspectos sociales, seguridad y promoción de la salud</p>	<p>Los grupos focales mostraron que las áreas críticas comunes a todos los centros se relacionaron principalmente con los servicios de asistencia social, mediación, traducción e interpretación. Los puntos críticos específicos fueron los procesos asistenciales y organizativos orientados al respeto y la especificidad de la persona y el cuidado de la relación con el paciente. Los cuestionarios de humanización percibida revelaron una falta de instalaciones recreativas y servicios de mediación y traducción.</p>

<p>Natália M. Francoa,b, Gabriel F. Medeirosa, Edson A. Silvaa, Angela S. Murtaa, Aydano P. Machadob, Robson N. Fidalgoa</p>	<p>2015</p>	<p>A Model-Driven Approach to Customize the Vocabulary of Communication Boards: Towards More Humanization of Health Care</p>	<p>Cualitativa</p>	<p>N/A</p>	<p>Este trabajo presenta un Lenguaje de Modelado y su infraestructura tecnológica para personalizar el vocabulario de los Tableros de Comunicación (CB), que son herramientas importantes para brindar una mayor humanización de la atención en salud.</p>	<p>representación o elementos de notación), asignaciones entre sintaxis abstracta y concreta, y una descripción de la semántica</p>	<p>Nuestro ML y metamodelo permiten una mayor autonomía para los profesionales de la salud en la creación de CB personalizados porque abstrae las complejidades y les permite tratar solo los conceptos del dominio (por ejemplo, vocabulario y necesidades del paciente). Además, nuestra infraestructura proporciona un archivo de configuración que se puede usar para compartir y reutilizar modelos. De esta manera, el esfuerzo de modelado de vocabulario disminuirá con el tiempo, ya que las personas comparten modelos de vocabulario.</p>	<p>Nuestro estudio proporciona una infraestructura que tiene como objetivo abstraer la complejidad de la personalización del vocabulario CB, dando más autonomía a los profesionales de la salud cuando necesitan personalizar, compartir y reutilizar vocabularios para CB.</p>
<p>Martha Liliana Correa Zambrano¹</p>	<p>2016</p>	<p>LA HUMANIZACIÓN DE LA ATENCIÓN EN LOS SERVICIOS DE SALUD: UN ASUNTO DE CUIDADO</p>	<p>Reflexión</p>	<p>N/A</p>	<p>examina cuestiones relacionadas con la humanización de los servicios de salud, hace un exhorto sobre la responsabilidad de todos los actores del sistema de salud frente al paciente y la familia, y su participación en la práctica de la salud a través del cuidado</p>	<p>N/A</p>	<p>Se destacan algunos aspectos desde la ética y la integridad que ayudan a humanizar los servicios de salud involucrando a profesionales, gestores de salud y usuarios</p>	<p>Desde la perspectiva del usuario existen dificultades en la atención que brindan los profesionales de la salud, especialmente en su integridad, esto puede ocurrir como consecuencia del sistema de salud, donde la persona como sujeto de derecho es cada vez más invisibilizada.</p>

<p>Rosalynn Adeline Vega</p>	<p>2016</p>	<p>Vega, R. A. (2016). Commodifying Indigeneity: How the Humanization of Birth Reinforces Racialized Inequality in Mexico. <i>Medical Anthropology Quarterly</i>, 31(4), 499–518. doi:10.1111/maq.12343 REINFORCES RACIALIZED INEQUALITY IN MEXICO</p>	<p>investigación etnográfica</p>	<p>N/A</p>	<p>examina el movimiento del parto humanizado en México y analiza cómo la reconstrucción de la tradición —el regreso a las artes del parto “tradicionales” (parto en casa, parto asistido por parteras, parto “natural”)— inadvertidamente reinscribe “jerarquías” raciales.</p>	<p>etnografía multi-situada</p>	<p>La gran ironía del movimiento de parto humanizado radica en la perspectiva que tienen los padres de sí mismos como críticos del capitalismo tardío; mientras tanto, su propio rechazo al consumismo refuerza la mercantilización en curso de la "cultura indígena" y colapsa "indigeneidad", "naturaleza" y "tradicción" entre sí. Si bien el movimiento se está extendiendo rápidamente por todo México, las mujeres indígenas y sus parteras tradicionales están en gran medida excluidas de la emergente comunidad de parto humanizado.</p>	<p>A través de ejemplos etnográficos, el artículo sugiere que los individuos indígenas son actores agentes que se apropian de cartas en barajas apiladas contra ellos. No obstante, surgen ejemplos de resistencia dentro de un contexto de poder y economía política que a menudo capitaliza imágenes de indigeneidad mientras oscurece las vidas, experiencias y opiniones de los pueblos indígenas.</p>
-------------------------------------	-------------	---	----------------------------------	------------	--	---------------------------------	---	--

