




Experiencia del cuidado en una unidad de emergencia hospitalaria: un estudio fenomenológico-hermenéutico

Care Experience in a Hospital Emergency Unit: A Phenomenological-Hermeneutic Study

Experiência do cuidado em uma unidade de emergência hospitalar: um estudo fenomenológico-hermenêutico

 Francisca Medina-Pérez¹
 Margarita Poblete Troncoso¹
 Verónica Guerra Guerrero¹

¹ Universidad Católica del Maule, Chile

Recibido: 21/08/2025

Aceptado: 18/01/2026

Correspondencia:

Francisca Medina-Pérez
franciscamedinap@gmail.com

Cómo citar:

Medina-Pérez F, Poblete Troncoso M, Guerra Guerrero V. Experiencia del cuidado en una unidad de emergencia hospitalaria: un estudio fenomenológico-hermenéutico. *Enfermería: Cuidados Humanizados*. 2026;15(1):e4802. doi: 10.22235/ech.v15i1.4802

Financiamiento:

Este estudio no recibió ninguna financiación externa ni apoyo financiero.

Disponibilidad de datos:

El conjunto de datos que apoya los resultados de este estudio no se encuentra disponible.

Conflicto de interés: Los autores declaran no tener ningún conflicto de interés.



Resumen: Introducción: El cuidado humanizado es fundamental en enfermería, especialmente en contextos de urgencia donde la alta demanda asistencial y las limitaciones de recursos pueden afectar la percepción del usuario. Comprender la experiencia del usuario es clave para identificar brechas en la relación con el profesional de enfermería y orientar mejoras en la calidad del cuidado. Objetivo: Analizar las experiencias de usuarios hospitalizados en una unidad de emergencia respecto al cuidado de enfermería recibido. Metodología: Estudio cualitativo con enfoque fenomenológico-hermenéutico de Van Manen. Se realizaron entrevistas en profundidad a 10 participantes hospitalizados por más de 12 horas en una unidad de emergencia hospitalaria de la Región del Maule, Chile. Resultados: Emergieron dos temas principales: la experiencia de hospitalización, caracterizada como impersonal y traumática; y la experiencia del cuidado, que revela percepciones dispares, desde un cuidado cercano y respetuoso hasta prácticas distantes y poco empáticas. Conclusiones: El estudio aporta una comprensión profunda de los elementos que facilitan u obstaculizan el cuidado humanizado en las unidades de emergencia hospitalaria. Los hallazgos evidencian la necesidad de fortalecer habilidades interpersonales de los enfermeros y mejorar las estrategias institucionales que favorezcan un cuidado cercano, la garantía de tiempos adecuados y una infraestructura digna, para asegurar una experiencia de cuidado más humanizada.

Palabras clave: enfermería de urgencia; humanización de la atención; enfermería.

Abstract: Introduction: Humanized care is essential in nursing, especially in emergency situations where high demand for care and limited resources can affect the user's perception. Understanding the user experience is key to identifying gaps in the relationship with nursing professionals and guiding improvements in the quality of care. Objective: To analyze the experiences of users hospitalized in an emergency unit regarding the nursing care received. Methodology: Qualitative study using Van Manen's phenomenological-hermeneutic approach. In-depth interviews were conducted with 10 participants hospitalized for more than 12 hours in a hospital emergency unit in the Maule Region, Chile. Results: Two main themes emerged: the hospitalization experience, characterized as impersonal and traumatic; and the care experience, which reveals disparate perceptions, ranging from attentive and respectful care to distant and unempathetic practices. Conclusions: The study provides a deep understanding of the elements that facilitate or hinder humanized care in hospital emergency units. The findings highlight the need to strengthen nurses' interpersonal skills and improve institutional strategies that promote attentive care, adequate time, and decent infrastructure to ensure a more humanized care experience.

Keywords: emergency nursing; humanization of care; nursing.

Resumo: Introdução: O cuidado humanizado é fundamental na enfermagem, especialmente em contextos de urgência, nos quais a alta demanda por assistência e as limitações de recursos podem afetar a percepção do usuário. Compreender a experiência do usuário é essencial para identificar lacunas no relacionamento com o profissional de enfermagem e orientar melhorias na qualidade do cuidado. Objetivo: Analisar as experiências de usuários hospitalizados em uma unidade de emergência em relação ao cuidado de enfermagem recebido. Metodologia: Estudo qualitativo com abordagem fenomenológico-hermenêutica de Van Manen. Foram realizadas entrevistas em profundidade com 10 participantes hospitalizados por mais de 12 horas em uma unidade de emergência hospitalar da Região do Maule, Chile. Resultados: Emergiram dois temas principais: a experiência de hospitalização, caracterizada como impessoal e traumática; e a experiência do cuidado, que revela percepções díspares, desde um cuidado próximo e respeitoso até práticas distantes e pouco empáticas. Conclusões: O estudo oferece uma compreensão profunda dos elementos que facilitam ou dificultam o cuidado humanizado nas unidades de emergência hospitalar. Os resultados evidenciam a necessidade de fortalecer as habilidades interpessoais dos enfermeiros e aprimorar as estratégias institucionais que favoreçam um cuidado próximo, a garantia de tempos adequados e uma infraestrutura digna, para assegurar uma experiência de cuidado mais humanizada.

Palavras-chave: enfermagem de urgência; humanização da atenção; enfermagem.

Introducción

El cuidado de enfermería requiere que sea holístico y que se considere al paciente como un ser único y en forma integral. Este se sustenta a través de una relación enfermero-paciente, interconectada e intersubjetiva, de sensaciones compartidas entre el enfermero y el usuario. ⁽¹⁾

Watson reconoce que el cuidar es parte fundamental del ser y es el acto más primitivo que un ser humano realiza. ⁽²⁾ Y, para que este cuidado sea efectivo, debe existir una interrelación cercana con el otro. Este llamado desde el otro, que en este caso es la persona que requiere los cuidados, es la base del cuidado proporcionado por los profesionales de enfermería.

Cuando el cuidado va más allá del actuar habitual y simple de la enfermería e incorpora la interrelación cercana con el usuario y lo acompaña en el cuidado con sentimientos y emociones, se habla de cuidado humanizado. ⁽³⁾ Es por ello que el profesional de enfermería además de poseer competencias técnicas con altos estándares de calidad al cuidar, también requiere mantener sensibilidad en el trato a los usuarios que acuden a los centros de salud. ⁽⁴⁾ En este sentido, el cuidado humano tiene dos dimensiones esenciales: la integralidad en la atención y el cuidado centrado en la persona; esto se traduce en que el cuidado sea personalizado, promueva la autonomía y el bienestar en el usuario. ⁽⁵⁾

El cuidado en el contexto de la unidad de emergencia hospitalaria (UEH) difiere al de otros servicios hospitalarios, debido a múltiples factores que dificultan la atención humanizada y la satisfacción de las necesidades comunitarias en la forma que la población espera. ⁽⁶⁾ La Subsecretaría de Redes Asistenciales de Chile ⁽⁷⁾ define la UEH como una unidad de atención ambulatoria, de tránsito, donde se realiza el proceso de atención de pacientes, considerando los subprocesos clínicos de selección de demanda, diagnósticos y tratamiento, y los subprocesos no clínicos de soporte administrativo. Esta unidad debe resolver todas las atenciones de urgencia y emergencia, definida como cualquier consulta espontánea o derivada que llega a dicha unidad.

Por otra parte, Watson define la experiencia vivida como el proceso subjetivo y relacional mediante el cual la persona otorga significado a las interacciones de cuidado, enmarcadas por su vulnerabilidad, necesidades emocionales y contexto de salud. ⁽²⁾ En relación con las experiencias de cuidado que tienen los usuarios que acuden por atención en las instituciones de salud, algunos estudios señalan que una de las dificultades para otorgar este cuidado humanizado está en la comunicación que se establece entre enfermero y paciente. ⁽⁸⁾ Los procesos de salud en unidades de emergencia se tornan complejos debido a la alta demanda asistencial, ya que atienden principalmente las necesidades de la población mayor, disminuyendo la entrega de información a los usuarios y dificultando el acceso a las prestaciones. ⁽⁹⁾

Las unidades de emergencia hospitalaria en Chile enfrentan una alta demanda asistencial, con tiempos de espera prolongados que afectan la percepción del cuidado recibido. Según el informe Health at a Glance (OCDE, 2023), Chile cuenta con solo 2 camas hospitalarias por cada 1.000 habitantes, lo que genera hospitalizaciones transitorias en espacios no habilitados, como pasillos. ⁽¹⁰⁾ En este contexto, se vuelve esencial comprender la experiencia vivida del usuario y el enfoque fenomenológico-

hermenéutico de Van Manen permite explorar el significado profundo de estas vivencias, favoreciendo una interpretación desde la subjetividad del usuario. ⁽¹¹⁾

En el contexto latinoamericano, un estudio en Brasil ha mostrado las dificultades para compatibilizar las demandas de eficiencia con la atención centrada en la persona, donde aspectos como la empatía y la comunicación efectiva se ven opacados por la sobrecarga laboral y limitaciones estructurales. ⁽¹²⁾ Además, revisiones e investigaciones llevadas a México destacan la necesidad de fortalecer procesos de cuidado que integren la dimensión emocional y de relación interpersonal en las UEH. ^(13, 14)

En Chile, la evidencia reciente sobre cuidado humanizado en contextos de urgencia es limitada. Durante los últimos cinco años, los estudios nacionales han abordado la percepción del cuidado en unidades de hospitalización general, sin profundizar en la experiencia vivida del usuario en UEH. Por lo tanto, se torna necesario generar evidencia cualitativa contemporánea que permita comprender cómo los usuarios experimentan el cuidado en este escenario crítico, reforzando la pertinencia y oportunidad del presente estudio. En este contexto, surge la siguiente interrogante: ¿Cuál es la experiencia vivida de los usuarios respecto del cuidado recibido por parte de los profesionales de enfermería, durante su hospitalización en una UEH?

Metodología

Este estudio se basa en el método cualitativo bajo el enfoque fenomenológico-hermenéutico de Van Manen que se orienta hacia la descripción e interpretación de las estructuras esenciales de la experiencia vivida. ⁽¹¹⁾

El estudio se realizó en una UEH de un hospital de la región del Maule, en el año 2022. Respecto a los participantes, se utilizó un muestreo por conveniencia, debido a la pertinencia metodológica, dado que permitió acceder a quienes poseían vivencias recientes, facilitando la recolección de datos significativos sobre el fenómeno estudiado. La muestra final fue de 10 participantes, con la cual se obtuvo la saturación de datos, la que se determinó cuando las entrevistas dejaron de aportar información nueva y emergente. El tamaño muestral de 10 participantes se justificó metodológicamente a partir del enfoque fenomenológico-hermenéutico de Van Manen que privilegia la profundidad del relato por sobre la cantidad de casos. ⁽¹¹⁾ Las entrevistas ofrecieron suficiente riqueza narrativa, diversidad de experiencias y densidad interpretativa para caracterizar la vivencia del cuidado en urgencias.

En cuanto a la diversidad de la muestra, los participantes se encontraban en un rango etario entre 24 y 86 años, donde el 50 % era de sexo femenino y el 50 % de sexo masculino, además de diferentes condiciones clínicas, lo que enriqueció la comprensión del fenómeno desde múltiples perspectivas. Esta heterogeneidad permitió explorar experiencias variadas dentro del contexto hospitalario.

Los criterios de inclusión fueron: usuarios mayores de 18 años con una hospitalización mínima de 12 horas en una UEH, que estuvieran conscientes, orientados en tiempo y espacio, sin deterioro cognitivo y capaces de comunicarse verbalmente, y con resolución de su patología aguda. Los criterios de exclusión fueron: usuarios que estuvieron hospitalizados por otra vía de entrada (derivación interna desde otro centro, rescate de usuario vía Unidad de Gestión Centralizada de Camas), con hospitalización por causa psiquiátrica y usuarios sin alta médica.

Los participantes que cumplieron con los criterios de inclusión fueron contactados el día de su alta médica, a través de la Unidad de Gestión de Camas del recinto, cuyos enfermeros a cargo entregaron una cartilla informativa con invitación a participar en el estudio. Ninguno de estos usuarios había sido cuidado o atendido por la investigadora responsable de este estudio, quien tiene experiencia laboral en este tipo de unidades de salud. Esto es un elemento que pudo influir en la interpretación de los datos, dado el desarrollo de cercanía y empatía que facilitaron la comprensión del fenómeno, pero también implicó desarrollar de forma constante la reflexividad para evitar sesgos, manteniendo una postura crítica y ética durante todo el proceso investigativo.

La información fue recolectada a través de una entrevista individual en profundidad a través de tres preguntas orientadoras, las que fueron sometidas previamente a juicio de tres expertos antes de

ser aplicadas; doctores con experiencia en investigación cualitativa, docencia universitaria y gestión del cuidado, garantizando la pertinencia y profundidad del instrumento. Las preguntas incluían aspectos generales de los participantes y aspectos específicos a la hospitalización como, por ejemplo: ¿Puede usted relatarme su experiencia de hospitalización? Además de esto, se utilizaron preguntas de sondeo con la finalidad de profundizar en los relatos, favorecer la espontaneidad narrativa y explorar aspectos emocionales y contextuales de la experiencia vivida.

La entrevista se llevó a cabo de común acuerdo posterior al alta, en un lugar que acomodara al entrevistado, en este caso, su domicilio, en un ambiente cómodo, privado y libre de ruidos externos, y fueron grabadas en formato de audio para posteriormente generar una transcripción fidedigna. Las entrevistas se realizaron durante el mes de diciembre del año 2022 y tuvieron un rango de duración entre 14 y 26 minutos. Si bien la duración de las entrevistas fue relativamente breve, se logró una densidad narrativa adecuada, debido a la comodidad del ambiente, la participación y el uso de preguntas de sondeo que facilitaron la expresión de vivencias significativas.

Para resguardar el anonimato de los participantes, las entrevistas fueron codificadas, sin incluir datos personales en las transcripciones. Además, los audios se almacenaron en una carpeta digital encriptada, bajo responsabilidad exclusiva de la investigadora. La información de esta investigación será conservada por un período de cinco años, conforme a las normas éticas institucionales.

En relación con los aspectos éticos, el estudio fue evaluado por el Comité de Ética Científico de la Universidad Católica del Maule mediante el acta N°236/2022, además se obtuvo la autorización de la dirección del Hospital donde se concretó la investigación.

Previo a la ejecución, se solicitó consentimiento informado a todos los participantes, manteniendo la confidencialidad en todo momento.

El análisis de datos fue de tipo temático, siguiendo las cuatro fases propuestas por Van Manen, permitiendo una comprensión profunda del fenómeno, a través de la interpretación de los sucesos y experiencias, buscando el encuentro del ser humano consigo mismo y otorgándole la posibilidad de analizar el fenómeno significativo que puede hacer consciente. ⁽¹¹⁾

El análisis se operacionalizó de la siguiente manera:

1. Clarificación de presupuestos: se identificaron los preconceptos y supuestos propios de la investigadora respecto al fenómeno, los que se registraron y reflexionaron previo al inicio del análisis.
2. Recogida de la experiencia vivida: las entrevistas fueron transcritas de forma fidedigna y se leyeron de forma inicial para captar el sentido global de cada experiencia.
3. Reflexión estructural: se realizó una codificación manual de los textos, identificando unidades de significado que fueron agrupadas en temas y subtemas, buscando la esencia de la experiencia vivida.
4. Escritura reflexiva: se elaboraron descripciones profundas de los temas que emergieron, integrando citas de los participantes y reflexiones interpretativas que permitieron comprender el fenómeno desde su vivencia personal.

Respecto a los temas y subtemas, como una forma de fortalecer la credibilidad del análisis, se realizó una triangulación analítica en conjunto con dos investigadores adicionales, quienes poseen una amplia experiencia en investigación cualitativa. Ambos participaron en la identificación de unidades de significado y en la construcción de los temas y subtemas. Las diferencias en la interpretación fueron discutidas en sesiones personalizadas, lo que permitió asegurar mayor coherencia y profundidad en la interpretación de los datos.

Cabe señalar que el análisis fue realizado de forma manual, sin el uso de *software* especializado, siguiendo el enfoque fenomenológico-hermenéutico de Van Manen, a través de lecturas sucesivas, codificación inductiva, extracción de unidades de significado y construcción reflexiva de temas y subtemas. ⁽¹¹⁾ La decisión se basó en la necesidad de mantener una inmersión directa y reflexiva en las narraciones, priorizando la lectura profunda, la escritura interpretativa y el contacto cercano con los relatos de los participantes.

El diseño metodológico se alinea de forma coherente con el objetivo general de este estudio. El enfoque fenomenológico-hermenéutico de Van Manen permitió explorar los relatos, interpretando el significado profundo de las vivencias sin imponer juicios previos. Por otra parte, las preguntas de

investigación fueron formuladas favoreciendo la narración libre y reflexiva, lo que facilitó el acceso a las estructuras esenciales de la experiencia del cuidado desde la perspectiva del usuario.

El rigor metodológico se aseguró siguiendo los criterios de credibilidad, transferibilidad, dependencia y confirmabilidad. La credibilidad se fortaleció mediante validación por participantes y triangulación entre investigadores; la transferibilidad, a través de una descripción detallada del contexto y de los participantes; la dependencia, mediante una trazabilidad completa del proceso analítico; y la confirmabilidad, por medio de reflexividad, notas de campo y auditoría de las decisiones interpretativas.

Resultados

De acuerdo con los datos recolectados, el perfil sociodemográfico de los entrevistados corresponde en un 50 % a sexo femenino y 50 % a sexo masculino, el rango etario va desde 24 a 86 años de edad (ver Tabla 1).

Tabla 1

Perfil sociodemográfico de los entrevistados

Entrevistado	Sexo	Edad
E1	Masculino	35
E2	Masculino	24
E3	Femenino	65
E4	Masculino	46
E5	Masculino	74
E6	Femenino	67
E7	Femenino	42
E8	Masculino	86
E9	Femenino	65
E10	Femenino	64

A través de los relatos se identificaron dos temas principales con sus respectivos subtemas por concepto empírico (ver Tabla 2).

Tabla 2

Temas y subtemas de los resultados

Temas	Subtemas
Experiencia de hospitalización	Complicada por ser transitoria Contacto con personas con otras enfermedades Experiencia negativa de hospitalización
Experiencia de cuidado	Buena atención y cobertura Cuidado centrado en la persona Aspectos negativos del cuidado

Tema 1: Experiencia de hospitalización

Subtema: Complicada por ser transitoria

El primer subtema menciona la complicación generada en los usuarios debido a lo pasajero de la estadía, es decir, el corto período de estancia que se vive en una hospitalización en las UEH. Los participantes sienten que, al ser una hospitalización transitoria, se vuelve complejo experimentarla.

Lo pasajero de urgencias es como lo más complicado por el tema de que llega mucha gente con diversas enfermedades (E1, M, 35a).

El cambio de escenario de hospitalización fue completamente brusco para mí (E2, M, 24a).

Subtema: Contacto con personas con otras enfermedades

El segundo subtema menciona cómo viven la hospitalización los usuarios en una UEH, manteniendo contacto con personas que padecen otras enfermedades. Los participantes expresan lo complejo que es convivir con otros usuarios, evidenciando lo negativo e impactante de relacionarse con personas que se encuentran en el mismo lugar y que, además, se mantienen con diagnósticos de patologías psiquiátricas. Lo anterior se registra con frases como:

Estar al lado de los pacientes como comunidad ahí es complicado, es como lo más traumático que uno puede vivir (E1, M, 35a).

Desafortunadamente me tocó al lado una paciente con esquizofrenia [...] el personal médico, se encargaba de tranquilizar a la paciente, aunque ellos recibían golpes y escupitajos (E2, M, 24a).

Subtema: Experiencia negativa de hospitalización

El tercer subtema aborda la experiencia negativa de hospitalización que vivieron los participantes durante su estadía en la UEH. Mencionaron lo vivido como una experiencia “traumática, impersonal, brusca y chocante”:

Lo más traumante ha sido ver el tema de estar en urgencias (E1, M, 35a).

De este mismo modo, se hace referencia al cuidado recibido por las personas mayores, siendo ellos una voz externa:

El trato hacia el adulto mayor me dejó loca (E7, F, 42a).

Esta experiencia desfavorable según refieren los usuarios, deja tal sensación de hostilidad que llevan a aflorar sentimientos de ansiedad e inquietud por volver a sus hogares, registrando frases como:

Solo quería salir, huir, muchas veces yo me quise escapar porque no podía soportar eso (E7, F, 42a).

Además de lo expuesto, los participantes también relacionan esta mala experiencia de hospitalización en la UEH al lugar físico, siendo el “pasillo” un espacio que genera desagrado e incomodidad:

En el pasillo he tenido una muy mala experiencia (E6, F, 67a).

Ver el cambio de escenario a un pasillo fue fuerte (E2, M, 24a).

En este mismo subtema se dio énfasis al ambiente del lugar, mencionando el espacio físico e inmuebles. Respecto al espacio, los usuarios se mantienen disconformes, refiriendo que:

En urgencias se ve de todo y están todos hacinados ahí (E1, M, 35a).

Incluso el mobiliario genera incomodidad (E3, F, 65a).

Dentro de las experiencias, se genera una situación puntual en cuanto a desperfectos de infraestructura:

Hubo una inundación, se estaba inundando todo el pasillo por unas llaves antiguas que seguramente cedieron (E6, F, 67a).

Tema 2: Experiencia del cuidado

Subtema: Buena atención y cobertura

En este caso, los usuarios indican que sintieron que obtuvieron una buena atención, lo que se relaciona mucho con sentir que se les entregaron las prestaciones correspondientes en el tiempo oportuno. Se registran frases como:

El trato fue bueno y encuentro que igual la atención ha sido buena porque me han hecho, me hicieron todos los exámenes habidos y por haber (E1, M, 35a).

Me pusieron medicamentos varias veces, [...]el médico calculaba lo que duraba el efecto y me ponían más (E5, M, 74a).

Por otra parte, para los participantes también fue importante el confort otorgado dentro de la hospitalización en la UEH, que se traduce en preocupación hacia ellos. Esto, lo evidencian con frases como:

Pasaban a cada rato, entonces cada vez que necesitaba algo les hablaba no más, así que fue bueno (E9, F, 65a).

Me atendieron bien, con hartas frazaditas [...] me cuidaron todos muy bien y di las gracias (E10, F, 64a).

Subtema: Cuidado centrado en la persona

Este subtema hace referencia directamente a los enfermeros. Los participantes se refieren a los profesionales de enfermería como personas discretas, con buen trato y que se preocupan por realizar su trabajo de buena manera. Ejemplo de lo anterior, son frases como:

Hablan poco, pero lo necesario, son amistosos (E2, M, 24a).

Son muy amorosos [...] atentos en los remedios, todas las cosas (E3, F, 65a).

Dentro de este subtema, los usuarios refirieron la importancia del trabajo que realizan los enfermeros en la UEH y valoran de forma importante el temple y paciencia que mantienen mientras realizan sus labores, considerando condiciones especiales en el ambiente en que se desenvuelven. Los participantes se refieren de la siguiente manera respecto a esto:

Valoro mucho la paciencia que tienen ellos (E2, M, 24a).

Subtema: Aspectos negativos del cuidado

En este subtema se mencionan en primera instancia los extensos tiempos de espera para recibir atención. Para los usuarios, los tiempos de espera son factores importantes y decisivos al momento de tener una opinión de su hospitalización. En este caso, los participantes consideran excesiva la espera, tanto para la atención médica como para satisfacer sus necesidades básicas. Lo anterior, es reflejado en frases de tipo:

La tramitan mucho a uno, aunque usted esté muriéndose afuera, ellos no la atienden de inmediato (E3, F, 65a).

La espera fue la más jodida (E9, F, 65a).

Finalmente, se hace énfasis al trato recibido durante la hospitalización en la UEH. Algunos participantes refieren haber sido tratados de forma impersonal, evidenciado con frases como:

Es chocante. Muy frío primero. Muy impersonal (E6, F, 67a).

Incluso, los participantes hacen alusión a que el personal de salud trabaja solo por el dinero, sin que ellos sean tomados en cuenta durante su hospitalización:

Yo los veo que es plata, sueldo, eso veo en ellos, no le importa (E7, F, 42a).

En este sentido, algunos usuarios se sintieron desatendidos o afirmaron que el personal de salud se molestaba ante solicitudes o manifestaciones de sus necesidades, debido muchas veces a la atención por el dispositivo móvil, lo que se evidencia en frases como:

Mucho teléfono, si usted le dice señorita me trae la chata, no pescan a nadie (E3, F, 65a).

Discusión

Los resultados muestran que la experiencia vivida de hospitalización en la UEH se experimenta como una interrupción abrupta del mundo cotidiano, marcada por la vulnerabilidad y la búsqueda de presencia humana significativa. Desde Van Manen, ⁽¹¹⁾ este tipo de vivencias evidencia un quiebre entre la temporalidad y la relacionalidad: el tiempo de espera se experimenta como un “tiempo perdido”, asociado a incertidumbre y desprotección, mientras que el distanciamiento relacional se traduce en la sensación de no ser reconocido como persona. Esta vivencia coincide con hallazgos internacionales que vinculan la presión asistencial con una comunicación restringida y una atención fragmentada, ^(15, 16) lo cual tensiona la posibilidad de sostener un cuidado transpersonal en los términos planteados por Watson. ⁽²⁾

Los participantes de esta investigación percibieron, además, una falta importante de recurso humano, más que de recurso material, incluso cuando la infraestructura es de tamaño pequeño y muchas veces deben estar hospitalizados en un pasillo y no en una sala cerrada con cama. En este contexto algunas investigaciones concluyen que aumentar el recurso humano y material mejora el trato directo del cuidador al enfermo y, por lo tanto, es un factor importante para culminar en una atención humanizada del usuario. ⁽¹⁶⁾

Por otro lado, Marrero señala que el profesional de enfermería debe mantener la empatía y la cercanía con los enfermos. ⁽¹⁷⁾ Además, este mismo autor menciona que el enfermero debe establecer una relación que permita la comunicación constante con la persona cuidada. Sin embargo, si el recurso humano es deficiente, difícilmente los profesionales de enfermería podrán construir y fomentar un cuidado que mejore y profundice el trato, la sensibilidad y la comunicación brindada por parte de los enfermeros y el equipo de salud. ⁽¹⁷⁾ En este contexto, el personal de salud debe velar por contar con infraestructura, recurso humano e insumos necesarios para prestar una atención de calidad y satisfacer las necesidades del usuario. ⁽¹⁸⁾

Un aspecto negativo que afecta los cuidados y genera incomodidad de los participantes son los tiempos de espera, los que fueron considerados excesivos debido, según su percepción, a la falta de personal, generando una relación técnica y laboral, y con enfermeros que mantenían la cercanía solo para entregar cuidados puntuales y administrar tratamientos. Esto concuerda con el trabajo de Busch et al., ⁽¹⁶⁾ quienes concluyen que es la presión asistencial, debido a la carga laboral excesiva y falta de profesionales, lo que produce una repercusión negativa en las atenciones, al generar mayor espera por el cuidado y un distanciamiento en la relación con el enfermo, dado por el tiempo limitado con el que cuentan para atender, priorizando lo procedimental y la dimensión biológica del cuidado, quedando relegada la dimensión psicosocial y espiritual. ⁽¹⁶⁾ Este distanciamiento incluye la ausencia de presencia auténtica, interacciones enfocadas solo en lo técnico y limitaciones impuestas por la presión asistencial. Estas formas de separación constituyen una ruptura del encuentro transpersonal del cuidado humanizado descrito por Watson. ⁽²⁾

En la relación con los cuidados, los participantes mencionaron tratos impersonales e incluso agresivos hacia el usuario, lo que coincide con otros estudios donde se reconoce que la violencia en la UEH es una actitud que poco a poco ha ido normalizándose, afectando la calidez humana y la empatía

que debiese ejercer todo profesional de la salud y en particular el profesional de enfermería, debido a su formación centrada en la humanización. ^(19, 20)

En este contexto, se considera que una forma de ejercer violencia hacia los usuarios es mediante la espera y la alienación del derecho a la salud, generando incertidumbre y sensación de arbitrariedad en la atención. Asimismo, la alienación del derecho de salud hace referencia a personas que acuden en busca de atención de salud y que no son reconocidas como sujetos de derecho. ⁽²⁰⁾

En otro punto, los participantes valoran la buena atención, el buen trato, la cercanía del profesional, el hecho de entregar las coberturas necesarias para su enfermedad, incluso el mantener el confort adecuado en su estadía. Estos detalles son señalados por otros autores, quienes refieren que las personas enfermas y con más requerimientos de atención valoran la cercanía del enfermero, porque son ellos quienes brindan la calidez y soporte emocional, incluso la contención cuando la familia no se encuentra cerca. ⁽²¹⁾

Lo anterior se apoya en otros estudios que hablan del cuidado humanizado como una necesidad que debe ser identificada por los profesionales de enfermería, la que además está basada en la ética, el respeto y el deseo de poder brindar una atención de calidad a las personas con las que se relaciona el equipo de salud. De este mismo modo, hacen referencia a la calidad asistencial, relacionándola con el cuidado humanizado desde una perspectiva emocional y que enfatiza la salud psicológica como consecuencia positiva del trato digno. ^(22, 23)

Así mismo, la empatía es clave para generar un nexo cercano entre enfermeros y usuarios, demostrando el compromiso hacia el cuidado y la capacidad de identificar las necesidades de quienes requieren atención. ⁽²⁴⁾ Por ello, el cuidado humanizado mejora la calidad de atención y la experiencia de la persona, promoviendo la empatía, comunicación efectiva y satisfacción usuaria. ⁽²⁵⁾

Otro aspecto esencial es la compasión, la que permite identificar y entender el sufrimiento ajeno, ayudando a mejorar el deseo de poner fin al dolor, promoviendo la entrega de cuidados con amor, comprensión, empatía y motivación. ⁽²⁶⁾ Esto, sin dejar de lado que la calidez y el acompañamiento del enfermero que son insustituibles. ⁽²⁷⁾

La teoría del cuidado transpersonal de Jean Watson ⁽²⁸⁾ permite profundizar en la comprensión de las vivencias relatadas, al destacar la importancia de la presencia auténtica, la empatía y la conexión espiritual en el acto de cuidar. Si bien el análisis se centró en la experiencia vivida sin imponer marcos teóricos, los conceptos de Watson enriquecen la interpretación y permiten proyectar implicancias éticas y prácticas para la enfermería en UEH. Con relación a este punto, los participantes de esta investigación manifestaron un trato poco empático, distante y alejado de la conexión que debería establecerse entre enfermeros y pacientes, llevando a la sensación de que sus necesidades no fueron identificadas y mucho menos satisfechas.

Por otra parte, la atención al detalle, la reflexión y el autoconocimiento son elementos que se relacionan directamente con una atención humanizada. ⁽²⁹⁾ En este sentido, dentro de los testimonios reunidos para este estudio existen participantes que sintieron una hospitalización acogedora, con satisfacción de necesidades y un trato cercano por los profesionales de enfermería, ya que sintieron preocupación de parte de los enfermeros. Pero también, otros participantes no percibieron esta conexión, ni sienten que fueron el centro del quehacer, sintiendo abandono y falta de cuidado, especialmente los tratos dirigidos hacia los adultos mayores y hacia los usuarios que padecen de enfermedades de salud mental, lo que se traduce según Watson ⁽²⁸⁾ en un cuidado que no genera un interés profundo por el otro, no es un cuidado holístico y no hay una relación de entrega que permita la recuperación o trascendencia del dolor.

Los hallazgos se relacionan estrechamente con la teoría del cuidado centrado en la persona de Watson ^(2, 28) que aborda la relación transpersonal y la importancia de la presencia auténtica del profesional. Las experiencias positivas descritas por los usuarios reflejan la activación de procesos caritativos vinculados a la sensibilidad, el respeto y la relación de ayuda-confianza. Por el contrario, las vivencias de trato distante o frío expresan una ruptura de este encuentro, coherente con lo reportado en investigaciones recientes sobre cuidado en urgencias, ^(12, 16) donde la presión asistencial limita la comunicación y dificulta prácticas humanizadas. Estos elementos refuerzan la necesidad de fortalecer enfoques relacionales en las UEH.

Además, los hallazgos sugieren la necesidad de fortalecer la formación de profesionales de enfermería en habilidades blandas, comunicación empática y manejo de emociones en contextos de atención clínica de urgencia. Asimismo, se hace necesario valorar el espacio físico que limita el cuidado centrado en la persona, promoviendo infraestructuras adecuadas y tiempos de atención que promuevan la creación de momentos auténticos de cuidado.

Respecto a las limitaciones, este estudio presenta un tamaño de muestra reducida que, si bien permitió alcanzar la saturación de datos, limita la transferibilidad de los hallazgos. Además, la duración de las entrevistas fue relativamente breve, lo que pudo restringir la exploración de ciertos aspectos sensibles. Es por esto que, para mitigar las limitaciones, se aplicaron estrategias de rigor cualitativo como la triangulación analítica, la reflexividad de la investigadora y la validación del instrumento por expertos.

Conclusiones

Respecto a las experiencias de atención que vivieron los usuarios, estas fueron percibidas como complejas, por ser vivencias transitorias y permanecer hospitalizados en un lugar desconocido, con un espacio físico reducido y con otras personas que padecen diferentes enfermedades donde muchos poseen diagnósticos de patología mental descompensada, lo que afecta las propias experiencias de cuidado.

En cuanto a los factores contextuales que condicionan el cuidado, los testimonios reflejan un entorno hospitalario marcado por una elevada carga laboral, espacios físicos insuficientes y la necesidad de otorgar cuidados en salas e incluso pasillos. Las percepciones evidencian que las condiciones estructurales y organizacionales no solo impactan en la dinámica de trabajo, sino también en la experiencia subjetiva de los pacientes, generando tensiones entre la eficacia técnica y la humanización del cuidado.

En este mismo contexto, la marcada disconformidad con los tiempos de espera, percibidos como excesivos para acceder a la atención es considerado una forma de ejercer violencia. Esto se evidencia desde el primer contacto con el centro asistencial y se prolonga durante las distintas etapas del proceso, incluyendo la espera para la realización de exámenes y la administración de tratamientos.

Finalmente, respecto a la percepción del cuidado recibido, las experiencias relatadas por los participantes evidencian la coexistencia de prácticas que favorecen un cuidado humanizado y otras que generan obstáculos para llevarlo a cabo. Esta dualidad permite reflexionar sobre la necesidad inminente de fortalecer habilidades interpersonales en los profesionales de enfermería, especialmente en unidades que experimentan situaciones de alta demanda asistencial, como las UEH.

Asimismo, estos hallazgos demuestran la urgencia de implementar estrategias institucionales, tanto públicas como privadas, que garanticen tiempos de atención adecuados, una relación auténtica y comunicación efectiva, que son elementos esenciales para generar vínculos terapéuticos y humanos significativos. Por lo tanto, relevar estos aspectos representa una oportunidad para impulsar intervenciones orientadas a humanizar el cuidado, disminuir la distancia percibida entre la relación de enfermero y usuario y promover prácticas de cuidado que permitan responder de forma integral y holística a las necesidades físicas, emocionales y sociales de las personas.

En el ámbito formativo, la experiencia vivida de los usuarios evidencia la necesidad de fortalecer en pregrado y posgrado el desarrollo de competencias relacionales, comunicación terapéutica, manejo de emociones y presencia auténtica, debiendo practicarse sistemáticamente en escenarios simulados y en campos clínicos con supervisión reflexiva.

Desde la gestión de las UEH, los resultados subrayan la importancia de asegurar condiciones organizacionales que faciliten el encuentro de cuidado: tiempos suficientes para la atención, dotación adecuada de personal, espacios dignos para la espera y hospitalización, y modelos de trabajo que prioricen la continuidad del vínculo terapéutico.

Finalmente, en el contexto institucional, las vivencias relatadas por los participantes evidencian que las UEH requieren lineamientos estructurales que promuevan un enfoque centrado en la persona, incorporando estándares de humanización, indicadores de calidad relacional y protocolos que aseguren comunicación efectiva, trato digno y acompañamiento emocional. Integrar estas medidas no solo

fortalece la calidad del cuidado, sino que también mejora la experiencia del usuario, la satisfacción laboral del equipo de enfermería y la seguridad del paciente.

Referencias

1. Guerrero-Ramírez R, Meneses-La Riva ME, De La Cruz-Ruiz M. Cuidado humanizado de enfermería según la teoría de Jean Watson en el servicio de medicina del Hospital Daniel Alcides Carrión. *Rev Enferm Hered.* 2017;9(2):133. doi: 10.20453/renh.v9i2.3017
2. Watson J. *Unitary caring science: Philosophy and praxis of nursing*. Boulder: University Press of Colorado; 2018.
3. Vialart Vidal N. La gestión del cuidado humanizado de enfermería en la era digital. *Rev Cubana Enferm.* 2019;35(4):e3059. Disponible en: <https://revenfermeria.sld.cu/index.php/enf/article/view/3059>
4. Monje VP, Miranda CP, Oyarzún GJ, Seguel PF, Flores GE. Percepción de cuidado humanizado de enfermería desde la perspectiva de usuarios hospitalizados. *Cienc Enferm.* 2018;24:5. doi: 10.4067/S0717-95532018000100205
5. Bermejo JC. Atención centrada en la persona. *Rev Chil Endocrinol Diabetes.* 2015;8(3):121–122. Disponible en: <https://www.josecarlosbermejo.es/wp-content/uploads/2021/05/Atenci%C3%B3n-centrada-en-la-persona.pdf>
6. Landmann C, Canales S, Garay V, García P, López C, Pérez J, et al. Cuidado humanizado desde la perspectiva del enfermero de emergencia en un hospital de Quillota, Chile. *Enfermería Cuidados Humanizados.* 2015;3(2):12–21. doi: 10.22235/ech.v3i2.564
7. Subsecretaría de Redes Asistenciales de Chile. Guía de diseño para establecimientos hospitalarios de mediana complejidad. Santiago: Ministerio de Salud; 2019. Disponible en: <https://www.aarqhos.cl/wp-content/uploads/2020/06/Copia-de-D301.-Guia-Hospitales-Mediana-UEH-nov-2019.pdf>
8. Melita AB, Jara Concha P, Moreno-Mansivais MG. Percepción de pacientes hospitalizados en unidades médico-quirúrgicas sobre el cuidado humanizado de enfermería. *Enfermería Cuidados Humanizados.* 2021;10(1):89–105. doi: 10.22235/ech.v10i1.2481
9. Centro Políticas Públicas UC. Experiencia usuaria en salud: hacia un modelo de atención que escucha a los usuarios [Internet]. 2021 [citado 2024 dic 8]. Disponible en: <https://politicaspublicas.uc.cl/publicacion/experiencia-usuaria-en-salud-hacia-un-modelo-de-atencion-que-escucha-a-los-usuarios/>
10. Organización para la Cooperación y el Desarrollo Económicos. *Health at a Glance 2023* [Internet]. Paris: OECD Publishing; 2023 [citado 2025 sep 30]. doi: 10.1787/7a7afb35-en
11. Van Manen M. *Investigación educativa y experiencia vivida: Ciencia humana para una pedagogía de la acción y de la sensibilidad*. Barcelona: Idea Books; 2003.
12. Da Silva Trotta V. Humanização nos atendimentos de urgência e emergência. *Rev Saude dos Vales* [Internet]. 2025 [citado 2025 jun 13];7(1):1–11. doi:10.61164/rsv.v7i1.3556
13. Gardeta MR, Sancho Raimundo SE, Tundidor Martin A, Gil Torres A, Murillo Moreno R, Hernández García AI. La humanización del cuidado en los servicios de Urgencias: una perspectiva desde la Enfermería. *Rev Med Ocronos.* 2025;8(5):724. Disponible en: <https://revistamedica.com/humanizacion-cuidado-urgencias-perspectiva-enfermeria/>
14. Vizcaíno AJ, Vizcaíno-Marín VP, Fregoso-Jasso GS. Análisis de la satisfacción de pacientes del servicio de urgencias en un hospital público de Jalisco. *Horiz sanit* [Internet]. 2019 [citado 2025 ago 11];18(1):27–36. doi:10.19136/hs.a18n1.2103

15. Huamán M, Huamán M, Munayco C. Cuidado humanizado de enfermería en pacientes en estado de agonía en el Servicio de Emergencia del Hospital de Apoyo María Auxiliadora [Tesis de especialidad]. Lima, Perú: Universidad Peruana Cayetano Heredia; 2018. Disponible en: <https://hdl.handle.net/20.500.12866/3948>
16. Busch I, Moretti F, Travaini G, Wu A, Rimondini M. Humanization of care: Key elements identified by patients, caregivers, and healthcare providers. A systematic review. *Patient*. 2019;12(5):461–474. doi: 10.1007/s40271-019-00370-1
17. Marrero González CM. Análisis reflexivo sobre las vivencias de padres con niños que sufren cáncer. *Cult Cuid Rev Enferm Humanid*. 2022;(63). doi: 10.14198/cuid.2022.63.03
18. Pachas Y. La humanización en salud para promover la descentralización en los centros de salud. *Dilemas Contemp Educ Política Valores*. 2023;2(10). doi: 10.46377/dilemas.v2i10.3546
19. Salazar S, Suárez E, Suárez R, Valdez V, Villadiego C. La humanización en los servicios de urgencia: una revisión narrativa [Tesis de grado]. Cartagena, Colombia: Universidad de Cartagena; 2021. Disponible en: <https://repositorio.unicartagena.edu.co/bitstream/handle/11227/11661/Salazar%20Trujillo%2c%20Silvana%20Elvira.pdf>
20. Bellamy C, Castro R. Formas de violencia institucional en la sala de espera de urgencias en un hospital público de México. *Rev Cienc Salud*. 2019;17(1):120–137. doi: 10.12804/revistas.urosario.edu.co/revsalud/a.7621
21. Sánchez K, Santos G. Significado del cuidado humanizado para la enfermera en un servicio de emergencia en tiempos de COVID-19. *Rev Cubana Enferm*. 2021;37(1). Disponible en: <http://www.revenfermeria.sld.cu/index.php/enf/article/view/4368/717>
22. Moro L, González M. La atención humanizada en el cuidado del paciente oncológico. *Cult Cuid Rev Enferm Humanid*. 2022;(64). doi: 10.14198/cuid.2022.64.22
23. Menezes B, De Souza H, Large S. A enfermagem na assistência às mulheres em situação de perda fetal e aborto: revisão integrativa. *Rev Enferm UFPE On Line*. 2022;16(1). doi: 10.5205/1981-8963.2022.253023
24. Mufato L, Gaíva M. Empatia de enfermeiras com recém-nascidos hospitalizados em unidades de terapia intensiva neonatal. *Acta Paul Enferm*. 2022;35. doi: 10.37689/acta-ape/2022ao00492
25. Pabón-Ortíz E, Mora-Cruz J, Castiblanco-Montañez R, Buitrago-Buitrago C. Estrategias para fortalecer la humanización de los servicios en salud en urgencias. *Rev Cienc Cuid*. 2021;18(1):94–104. doi: 10.22463/17949831.2512
26. Méndez Toledo JR. Beneficios, desafíos y estrategias en la implementación del cuidado humanizado de enfermería en hospitalización: revisión narrativa. *Enferm Cuidados Humanizados [Internet]*. 2025;14(1). doi: 10.22235/ech.v14i1.4309
27. Caicedo-Lucas LI, Mendoza-Macías CE, Moreira-Pilligua JI, Ramos-Arce GC. Cuidado humanizado: Reto para el profesional de enfermería. *Salud y Vida [Internet]*. 2023;7(14):17–29. doi: 10.35381/s.v.v7i14.2511
28. Watson J. *Nursing: Human science and human care*. 2nd ed. Sudbury, MA: Jones and Bartlett; 2012.
29. Díaz M, Alcántara L, Aguilar D, Puertas E, Cano M. Orientaciones formativas para un cuidado humanizado en enfermería: una revisión integrativa de la literatura. *Enferm Glob*. 2020;19(2):640–672. doi: 10.6018/eglobal.392321

Contribución de los autores (Taxonomía CRediT): 1. Conceptualización; 2. Curación de datos; 3. Análisis formal; 4. Adquisición de fondos; 5. Investigación; 6. Metodología; 7. Administración de proyecto; 8. Recursos; 9. Software; 10. Supervisión; 11. Validación; 12. Visualización; 13. Redacción: borrador original; 14. Redacción: revisión y edición.

F. M. P. ha contribuido en 1, 2, 3, 4, 5, 6, 7, 8, 9, 12, 13, 14; M. P. T. en 10, 11, 14; V. G. G. en 10, 11, 14.

Editora científica responsable: Dra. Natalie Figueredo.
