

Empoderamiento, dignidad humana y cuidado caritativo según la teoría de Katie Eriksson

Odalís Jhomayra Toapanta Muso

<https://orcid.org/0009-0002-5480-3784>

otoapanta@indoamerica.edu.ec

Universidad Indoamérica

Quito – Ecuador

Diana Lucia Granda Rey

<https://orcid.org/0009-0000-0169-3126>

dgranda1965@hotmail.com

Enfermera Rotativa Hospital Militar

Loja- Ecuador

Lourdes Janeth Pulí Ávila

<https://orcid.org/0000-0002-2988-9208>

lourdespuli@uti.edu.ec

Universidad Indoamérica

Quito - Ecuador

Diego Armando Uriarte Ibarra

<https://orcid.org/0009-0002-9680-0311>

diegouriarte@uti.edu.ec

Universidad Indoamérica

Quito - Ecuador

Cómo citar:

Empoderamiento, dignidad humana y cuidado caritativo según la teoría de Katie Eriksson. (2026). *Visión Académica*, 4(3), 761-776. <https://doi.org/10.70577/vbmd2k48>

Fecha de recepción: 2026-07-26

Fecha de aceptación: 2026-08-06

Fecha de publicación: 2026-08-24

Resumen

Se analizó el empoderamiento en enfermería desde la teoría del cuidado caritativo de Katie Eriksson con el propósito de profundizar su relación con la dignidad humana, el alivio del sufrimiento y la humanización del cuidado. Se realizó una revisión teórica reflexiva, de corte narrativo y enfoque hermenéutico-interpretativo, sustentada en literatura científica y filosófica en español e inglés identificada en Google Scholar, SciELO, Scopus y PubMed, con prioridad para publicaciones recientes y textos fundacionales sobre caring science, dignidad, participación del paciente, presencia terapéutica y ética del cuidado. El análisis mostró que el empoderamiento, entendido como fortalecimiento interior y relacional más que como autonomía funcional aislada, favoreció relaciones terapéuticas respetuosas, incrementó la participación del paciente en decisiones posibles, preservó identidad y sentido personal, y redujo el sufrimiento asociado tanto a la enfermedad como a prácticas asistenciales despersonalizadas. Asimismo, se identificó que la comunicación empática, la presencia terapéutica, la inclusión ética de la familia y la formación del personal en dignidad-en-el-cuidado constituyeron condiciones clave para sostener una atención verdaderamente centrada en la persona. Se concluyó que la teoría de Eriksson ofreció un fundamento sólido para comprender el empoderamiento como proceso ético, relacional y humanizador dentro de la práctica enfermera contemporánea.

Palabras clave: Empoderamiento; dignidad humana; cuidado caritativo; ética del cuidado; enfermería humanizada

Empowerment, Human Dignity and Caritative Caring in Katie Eriksson's Theory

Abstract

This study analyzed empowerment in nursing from Katie Eriksson's theory of caritative caring in order to deepen its relationship with human dignity, the relief of suffering, and the humanization of care. A reflective theoretical review, narrative in nature and guided by a hermeneutic-interpretive approach, was conducted using scientific and philosophical literature in Spanish and English identified through Google Scholar, SciELO, Scopus, and PubMed, with priority given to recent publications and foundational texts on caring science, dignity, patient participation, therapeutic presence, and ethics of care. The analysis showed that empowerment, understood as inner and relational strengthening rather than isolated functional autonomy, fostered respectful therapeutic relationships, increased patient participation in possible decisions, preserved identity and personal meaning, and reduced suffering associated not only with illness but also with depersonalized care practices. It was also found that empathic communication, therapeutic presence, the ethical inclusion of the family, and staff training in dignity-in-care were key conditions for sustaining truly person-centered care. It was concluded that Eriksson's theory provided a strong foundation for understanding empowerment as an ethical, relational, and humanizing process within contemporary nursing practice.

Keywords: Empowerment; human dignity; caritative caring; ethics of care; humanized nursing

Introducción

En la enfermería contemporánea, el cuidado se desarrolla en escenarios marcados por una alta complejidad clínica, presión asistencial, aceleración tecnológica y exigencias crecientes de eficiencia. Aunque estos avances han permitido mejorar diagnósticos, tratamientos y supervivencia, también han incrementado el riesgo de reducir a la persona a un conjunto de indicadores biomédicos, protocolos o procedimientos. En este contexto, conceptos como dignidad, humanización y empoderamiento han adquirido una relevancia especial, porque recuerdan que el centro del acto de cuidar no es la enfermedad en sí misma, sino el ser humano que la experimenta. La teoría del cuidado caritativo de Katie Eriksson resulta particularmente pertinente para esta discusión, ya que comprende el cuidado como una relación ética orientada al alivio del sufrimiento y al reconocimiento del valor intrínseco de toda persona. Desde esta perspectiva, el empoderamiento no aparece como un recurso administrativo ni como una consigna institucional, sino como una forma de sostener humanidad, sentido y participación en medio de la vulnerabilidad (Eriksson, 2020; Watson & Woodward, 2021; World Health Organization, 2021).

La literatura internacional ha mostrado que el uso del término empoderamiento en salud suele asociarse de manera casi automática con autonomía, autocuidado, toma de decisiones y participación informada. Sin embargo, una comprensión exclusivamente funcional del concepto puede resultar limitada cuando se aplica a personas con enfermedad avanzada, dependencia, deterioro progresivo o sufrimiento existencial intenso. En tales situaciones, pedir autonomía en términos absolutos puede convertirse en una expectativa irreal, e incluso injusta, si no se consideran la fragilidad, el miedo, la incertidumbre y las pérdidas asociadas

al proceso de enfermar. Por ello, diversos desarrollos en filosofía del cuidado y enfermería humanista han insistido en la necesidad de interpretar el empoderamiento desde una lógica relacional, donde la persona se fortalece no porque deje de necesitar a otros, sino porque es reconocida, escuchada y acompañada de manera respetuosa. Esta lectura es coherente con Eriksson, para quien cuidar significa confirmar la dignidad del otro aun cuando la autonomía física esté comprometida (Galvin & Todres, 2021; Eriksson, 2020; Lindström et al., 2021).

La dignidad humana constituye, en este marco, un fundamento ontológico y ético del cuidado. No depende de la edad, del pronóstico, del nivel de conciencia, de la productividad ni de la capacidad de autosuficiencia, sino de la condición humana misma. En la práctica clínica, esta premisa obliga a revisar permanentemente el modo en que se habla con el paciente, se protege su intimidad, se explican los procedimientos, se interpreta su silencio y se facilita su participación. Cuando la dignidad se pierde de vista, el cuidado corre el riesgo de transformarse en una actividad técnicamente correcta pero humanamente insuficiente. El problema no radica solo en el daño físico, sino también en la invisibilización subjetiva de quien padece. De ahí que el cuidado caritativo proponga una presencia profesional sensible, capaz de reconocer al otro como un ser humano único, portador de historia, vínculos, espiritualidad y necesidades de sentido. Esta dimensión ha sido reforzada por revisiones recientes sobre cuidado digno, las cuales subrayan que la comunicación, la privacidad, el respeto y el trato personalizado son componentes concretos y verificables de la dignidad asistencial (Fuseini et al., 2022; Rocha et al., 2023).

Eriksson situó el sufrimiento en el corazón de la experiencia de cuidado. Su propuesta distingue entre sufrimiento por enfermedad, sufrimiento por cuidado y sufrimiento por vida. El primero alude al dolor, los síntomas y las limitaciones derivadas del proceso patológico; el segundo se refiere al sufrimiento que puede provocar una atención impersonal, negligente o invasiva; y el tercero remite a la dimensión existencial, donde emergen preguntas sobre finitud, pérdida, culpa, soledad o sentido de la vida. Esta clasificación sigue siendo útil para la enfermería actual porque permite comprender que no todo el sufrimiento del paciente se resuelve mediante intervenciones clínicas convencionales. En consecuencia, el empoderamiento debe ser interpretado como una respuesta compleja a esas tres formas de sufrimiento: fortalece cuando reduce la indefensión, cuando devuelve voz al paciente y cuando crea condiciones para que la persona pueda habitar con mayor serenidad su propia experiencia. Así, empoderar implica sostener la subjetividad del otro dentro de la relación terapéutica y no limitarse a transmitir información o a delegar responsabilidades (Lindström et al., 2021; Arman & Rehnsfeldt, 2020).

La discusión sobre empoderamiento también se ha enriquecido con el desarrollo del cuidado centrado en la persona. En una revisión cualitativa de experiencias hospitalarias, Havana et al. (2023) identificaron que los pacientes asocian una atención verdaderamente centrada en la persona con la presencia del profesional, la participación en su propio proceso, la recepción de información comprensible, la relación interpersonal y la vivencia de ser reconocidos como personas y no solo como casos clínicos. Este hallazgo es especialmente valioso para la teoría de Eriksson, pues muestra que la dignificación del cuidado no es un ideal abstracto, sino una experiencia concreta que se manifiesta en microacciones cotidianas: mirar al

paciente, llamarlo por su nombre, respetar sus tiempos, responder con honestidad y permanecer disponible. De esta manera, la literatura contemporánea confirma que la dignidad y el empoderamiento se construyen dentro de la relación y no fuera de ella. La práctica enfermera, por tanto, adquiere un carácter profundamente interpretativo y moral, porque cada encuentro puede disminuir o intensificar el sufrimiento del paciente (Havana et al., 2023; Martínez-Martínez & Chamorro-Rebollo, 2022).

La relación enfermera-paciente sigue siendo el espacio privilegiado en el que se decide buena parte de la calidad humana del cuidado. Una revisión integrativa reciente mostró que la experiencia de cuidar, tanto para pacientes como para profesionales, depende de la competencia clínica, de la discreción moral, del vínculo de confianza y del contexto organizacional en que la atención ocurre. También advirtió que la escasez de tiempo, las exigencias de productividad y las restricciones de recursos pueden erosionar la vivencia del cuidado y dificultar encuentros auténticos (Hynnekleiv et al., 2024). Esta observación dialoga directamente con la propuesta de Eriksson, porque su teoría no se limita a describir actitudes individuales deseables, sino que interpela las condiciones institucionales que favorecen o dificultan un cuidado verdaderamente caritativo. Pensar el empoderamiento desde Eriksson exige entonces revisar no solo la relación interpersonal, sino también las culturas de trabajo, los estilos de liderazgo y las prioridades que organizan la atención. Un paciente difícilmente se sentirá fortalecido si el contexto asistencial impide la escucha, fragmenta los vínculos y convierte el cuidado en una secuencia apresurada de tareas.

Otro aspecto de creciente importancia es la formación de los profesionales para ofrecer un cuidado que preserve la dignidad. Buonaccorso et al. (2025), en una revisión sobre programas de formación en dignity-in-care, señalaron que aún existen vacíos relevantes en la enseñanza explícita de este tema, tanto en formación básica como en educación continua. Los autores subrayaron que la dignidad suele invocarse como principio, pero no siempre se traduce en competencias observables, criterios de evaluación ni estrategias pedagógicas culturalmente sensibles. Esta constatación es especialmente significativa para la enfermería, disciplina cuya práctica cotidiana se define en gran medida por la calidad del encuentro con el paciente. Si el empoderamiento se comprende como una práctica ética y relacional, entonces requiere habilidades específicas: escucha activa, manejo del silencio, comunicación de información difícil, deliberación compartida, reconocimiento de valores y capacidad para aliviar el sufrimiento sin invadir. En consecuencia, el estudio del empoderamiento desde Eriksson no solo interesa a la teoría, sino también a la educación, la gestión y las políticas institucionales de cuidado humanizado.

A partir de estas consideraciones, el presente trabajo tuvo como objetivo general analizar el empoderamiento desde la teoría del cuidado caritativo de Katie Eriksson y discutir su aporte a la preservación de la dignidad humana en la práctica enfermera. De manera específica, se buscó: a) profundizar el significado del empoderamiento más allá de la autonomía funcional; b) examinar la relación entre dignidad, sufrimiento y participación del paciente; c) identificar implicaciones prácticas del cuidado caritativo para la comunicación, la presencia terapéutica, la relación con la familia y la formación profesional; y d) señalar limitaciones y proyecciones de esta perspectiva en contextos asistenciales contemporáneos. La relevancia del estudio radicó en ofrecer un marco interpretativo útil para fortalecer

una enfermería científicamente rigurosa, éticamente sensible y centrada en la experiencia humana del cuidado.

Materiales y Métodos

Se realizó una revisión teórica reflexiva de corte narrativo con enfoque hermenéutico-interpretativo. Este diseño se consideró pertinente porque el interés principal no fue cuantificar resultados clínicos ni establecer relaciones causales entre variables, sino comprender el significado del empoderamiento dentro de la teoría del cuidado caritativo de Katie Eriksson y discutir sus implicaciones para la práctica enfermera. La perspectiva hermenéutica permitió analizar los textos no solo como fuentes de información, sino como expresiones de marcos conceptuales, experiencias de cuidado y posicionamientos éticos que dialogan entre sí.

La búsqueda bibliográfica se desarrolló en Google Scholar, SciELO, Scopus y PubMed. Se utilizaron descriptores en español e inglés combinados mediante operadores booleanos, entre ellos: “empoderamiento”, “empowerment”, “human dignity”, “dignidad humana”, “caritative caring”, “caring science”, “patient participation”, “person-centred care”, “therapeutic presence”, “suffering”, “nursing ethics” y “humanized nursing care”. Se priorizaron publicaciones indexadas entre 2020 y 2025, aunque también se incorporaron textos fundacionales y documentos institucionales considerados indispensables para comprender la propuesta teórica de Eriksson y su proyección en la enfermería contemporánea.

Los criterios de inclusión contemplaron artículos originales, revisiones sistemáticas o integrativas, ensayos teóricos, libros y documentos de organismos internacionales que abordaran de manera explícita al menos una de las siguientes dimensiones: cuidado caritativo, dignidad humana, sufrimiento, participación del paciente, relación terapéutica, empoderamiento o ética del cuidado en enfermería. Se incluyeron publicaciones en español e inglés por su pertinencia temática y accesibilidad conceptual. Se excluyeron documentos duplicados, trabajos centrados exclusivamente en competencias técnicas sin desarrollo teórico del cuidado, estudios no relacionados con el contexto sanitario y textos con información insuficiente para sostener el análisis interpretativo.

La selección del material no tuvo un propósito exhaustivo de meta-síntesis, sino de profundidad conceptual. Por esta razón, tras una lectura inicial de títulos, resúmenes y palabras clave, se realizó una revisión completa de los textos más pertinentes para construir una matriz de análisis. En dicha matriz se registraron: referencia bibliográfica, propósito del texto, enfoque metodológico, concepto de dignidad, idea de participación o empoderamiento, lugar asignado al sufrimiento, aportes para la práctica enfermera y posibles tensiones o vacíos identificados. Este procedimiento facilitó comparar perspectivas y evitar una lectura fragmentada del material.

El análisis se efectuó en tres momentos. En el primero, se realizó una lectura comprensiva e interpretativa de cada fuente para identificar categorías explícitas y supuestos implícitos. En el segundo, se desarrolló una comparación transversal de los textos, buscando convergencias, divergencias y relaciones entre conceptos. En el tercero, se elaboró una síntesis argumentativa organizada alrededor de las categorías

centrales emergentes: dignidad humana, empoderamiento como fortalecimiento interior, sufrimiento por enfermedad/por cuidado/por vida, presencia terapéutica, comunicación empática, participación del paciente, acompañamiento familiar y condiciones institucionales para dignificar el cuidado. Estas categorías orientaron tanto la exposición de resultados como la discusión de implicaciones prácticas.

Por tratarse de una investigación documental sin intervención en seres humanos ni uso de datos sensibles, no se requirió aprobación de un comité de ética. No obstante, el análisis se condujo respetando principios de honestidad académica, trazabilidad de las fuentes y correspondencia entre los planteamientos desarrollados y la bibliografía citada. Debe señalarse, además, que la elección de una revisión teórica reflexiva implicó una limitación metodológica inherente: el peso interpretativo del análisis depende del marco conceptual asumido por la autora. Esta limitación se consideró aceptable en la medida en que el propósito del trabajo fue, precisamente, profundizar teóricamente el significado del empoderamiento desde la tradición del cuidado caritativo.

Resultados y Discusión

Empoderamiento como fortalecimiento interior y relacional

El análisis de la literatura permitió reconocer que el empoderamiento, leído desde la teoría de Eriksson, se distancia de visiones reduccionistas que lo identifican exclusivamente con independencia funcional, autodeterminación ilimitada o transferencia completa del control al paciente. En el marco del cuidado caritativo, empoderar significa fortalecer interiormente a la persona para que conserve su valor, su voz y su capacidad de significado aun cuando la enfermedad imponga límites objetivos. Esta comprensión resulta especialmente útil en enfermería, donde gran parte de las situaciones de cuidado ocurren precisamente en escenarios de vulnerabilidad, dolor, dependencia, temor o incertidumbre. En tales circunstancias, el aporte de la enfermera no consiste en exigir autosuficiencia, sino en crear condiciones relacionales que permitan al paciente sostener su identidad, comprender lo que vive y participar de acuerdo con sus posibilidades reales. De este modo, el empoderamiento aparece como una categoría ética y existencial, inseparable del reconocimiento de la dignidad humana (Eriksson, 2020; Galvin & Todres, 2021).

La lectura comparada de las fuentes mostró, además, que el empoderamiento no debe concebirse como un estado alcanzado de una vez y para siempre, sino como un proceso gradual que se construye dentro del encuentro terapéutico. Un paciente puede sentirse más fortalecido no porque controle todas las variables del tratamiento, sino porque recibe información clara, encuentra una profesional disponible, percibe respeto por su intimidad y nota que sus preferencias son tomadas en serio. Esta idea coincide con los hallazgos de Havana et al. (2023), quienes destacaron que la participación, la información y el ser visto como persona son dimensiones decisivas para la experiencia de un cuidado centrado en el paciente. También se relaciona con Hynnekleiv et al. (2024), que describieron la reciprocidad y la confianza como elementos esenciales de la experiencia de cuidar, aunque dicha relación permanezca asimétrica por la

responsabilidad ética que recae sobre la enfermera. Desde esta perspectiva, el poder que circula en el cuidado no desaparece, pero puede ejercerse de manera protectora, dialogante y humanizante.

Dignidad humana, autonomía relacional y vulnerabilidad

Una segunda categoría emergente fue la dignidad humana como fundamento del empoderamiento. La teoría de Eriksson parte de la idea de que cada persona posee un valor inherente e inviolable, independientemente de sus capacidades, su pronóstico o su grado de dependencia. Esta premisa cuestiona las comprensiones del cuidado basadas únicamente en la eficacia y obliga a mirar con atención la forma en que las prácticas sanitarias pueden confirmar o lesionar la dignidad del paciente. El aporte de Galvin y Todres (2021) resulta ilustrativo al entender la dignidad como una experiencia relacional que puede verse “herida” cuando la persona no es tratada con honor, respeto o reconocimiento suficiente. Así, la dignidad no es solo un atributo abstracto, sino una vivencia concreta que se fortalece o debilita en los modos cotidianos del cuidado.

Los hallazgos de Fuseini et al. (2022) reforzaron esta interpretación al mostrar que los pacientes hospitalizados asocian el cuidado digno con la comunicación efectiva, la preservación de la privacidad, el respeto y determinadas formas de apoyo que les permiten mantener sentido de valía. Esta evidencia fue particularmente relevante para el presente análisis, porque demostró que la dignidad puede ser abordada desde indicadores prácticos sin perder su profundidad ética. En consecuencia, el empoderamiento no debe entenderse como una sustitución de la dignidad, sino como uno de sus modos de expresión clínica. La persona se siente empoderada cuando el cuidado confirma que sigue siendo alguien digno de ser escuchado, consultado, protegido y acompañado. Esto conduce a una idea de autonomía relacional: el paciente no deja de ser sujeto porque necesite ayuda; al contrario, su subjetividad se fortalece cuando la ayuda se ofrece sin anular su historia, sus valores ni su posibilidad de elección dentro de lo posible. Tal lectura resulta especialmente fecunda para pacientes frágiles, mayores, paliativos o con dependencia prolongada.

Sufrimiento y sentido en la experiencia de enfermedad

La tercera dimensión analizada fue el sufrimiento. La distinción propuesta por Eriksson entre sufrimiento por enfermedad, por cuidado y por vida permitió articular de manera más precisa la contribución del empoderamiento a la práctica enfermera. En primer lugar, el sufrimiento por enfermedad remite al dolor físico, a la disnea, al cansancio, a la pérdida de fuerza o a cualquier síntoma que comprometa la funcionalidad y el bienestar. Aunque el manejo clínico de estos síntomas es indispensable, la literatura revisada sugiere que el alivio no puede limitarse a la farmacología o a la técnica. Cuando la enfermera explica lo que ocurre, anticipa procedimientos, valida emociones y permanece disponible, disminuye también la angustia que acompaña al padecimiento. De esta manera, la intervención técnica y la relación de cuidado dejan de oponerse y pasan a complementarse dentro de una misma lógica humanizadora.

En segundo lugar, el sufrimiento por cuidado adquiere una especial importancia ética. Este sufrimiento emerge cuando la atención despersonaliza, infantiliza, invisibiliza o invade al paciente. Puede manifestarse

en acciones aparentemente pequeñas —hablar del paciente como si no estuviera presente, exponer su cuerpo sin necesidad, omitir explicaciones, imponer decisiones o usar un tono impaciente—, pero sus efectos son profundos, pues deterioran confianza, autoestima y sentido de control. Tanto Fuseini et al. (2022) como Havana et al. (2023) mostraron que sentirse informado, tratado con respeto y reconocido como persona son aspectos centrales de la experiencia hospitalaria digna. Bajo esta lectura, el empoderamiento actúa como una forma de prevención del sufrimiento por cuidado: cuando el profesional comparte información, escucha activamente y solicita participación, reduce la probabilidad de que el paciente viva la atención como una experiencia de sometimiento.

En tercer lugar, el sufrimiento por vida remite a la esfera existencial. Aquí aparecen el miedo a morir, la percepción de ser una carga, la tristeza por la pérdida del rol social, la ruptura de proyectos, la culpa, la soledad y la pregunta por el sentido. Este tipo de sufrimiento no siempre exige respuestas verbales extensas; muchas veces requiere una presencia que acompañe sin apresurarse a corregir o minimizar lo que el paciente expresa. Arman y Rehnsfeldt (2020) describieron este sufrimiento oculto como una dimensión frecuentemente silenciada en los servicios de salud, mientras que Delmar et al. (2020) subrayaron la vulnerabilidad como condición constitutiva del cuidado. El análisis realizado permitió interpretar que el empoderamiento, en este plano, no “resuelve” el sufrimiento existencial, pero sí puede transformarlo en una experiencia menos solitaria, menos desorganizadora y más habitable. El paciente se fortalece cuando descubre que su experiencia tiene valor y merece ser acogida, incluso cuando no existe posibilidad de curación.

Esta comprensión amplía de forma sustantiva la noción de resultados en enfermería. No solo importa disminuir síntomas, sino también proteger el sentido personal, preservar la continuidad biográfica y sostener la identidad del paciente. Desde Eriksson, el cuidado es exitoso cuando logra aliviar el sufrimiento sin negar la humanidad del padecimiento. Por ello, el empoderamiento debe entenderse como parte de un cuidado integral que articula dimensión física, emocional, relacional y espiritual. La teoría del cuidado caritativo ofrece así un marco especialmente fértil para las áreas de cronicidad, rehabilitación, cuidados paliativos y salud mental, donde la meta clínica no siempre es la recuperación total, pero sí puede ser la preservación de dignidad, serenidad y significado.

Tabla 1

Dimensiones del empoderamiento desde la teoría caritativa de Katie Eriksson

Dimensión	Manifestación en el cuidado	Aporte a la dignidad	Proyección en el empoderamiento
Reconocimiento personal	Llamar por el nombre, validar la historia y evitar la cosificación.	Confirma el valor intrínseco del paciente.	Fortalece identidad, autoestima y continuidad biográfica.

Información comprensible	Explicar procedimientos, tiempos y alternativas en lenguaje claro.	Respetar la capacidad de comprensión y decisión del paciente.	Favorece control simbólico y participación realista.
Presencia terapéutica	Acompañar, escuchar, sostener silencios y permanecer disponible.	Comunica que el sufrimiento del paciente importa.	Reduce soledad, temor e indefensión.
Participación en decisiones posibles	Consultar preferencias sobre rutinas, acompañamiento y cuidados cotidianos.	Reconoce a la persona como sujeto y no como objeto de atención.	Promueve autonomía relacional y sentido de agencia.
Apoyo familiar ético	Integrar a personas significativas sin sustituir la voz del paciente.	Protege identidad relacional y pertenencia.	Refuerza seguridad emocional y continuidad del cuidado.

Nota: Elaboración propia a partir de Eriksson (2020), Galvin y Todres (2021), Fuseini et al. (2022), Havana et al. (2023) y Hynnekleiv et al. (2024).

Comunicación terapéutica, información y participación del paciente

La comunicación fue una de las categorías más recurrentes en las fuentes revisadas y apareció como mediadora central del empoderamiento. Brindar información no equivale únicamente a cumplir un requisito legal o administrativo; significa posibilitar que la persona comprenda su situación, nombre sus temores y participe de manera realista en el curso de la atención. La revisión de Havana et al. (2023) mostró que los pacientes valoran de manera especial la claridad, la disponibilidad del profesional y la oportunidad de hacer preguntas, mientras que Fuseini et al. (2022) relacionaron la comunicación efectiva con la percepción de dignidad durante la hospitalización aguda. En concordancia con estos hallazgos, el análisis teórico permitió sostener que la información tiene una dimensión profundamente ética: cuando es adecuada, reduce incertidumbre; cuando es insuficiente o impersonal, puede intensificar el sufrimiento y la sensación de desamparo.

Desde el cuidado caritativo, la comunicación no se limita al contenido transmitido, sino que incluye el modo de presencia del profesional. El tono de voz, la disposición corporal, el tiempo concedido, la escucha del silencio y la sensibilidad para adaptar el lenguaje al estado emocional del paciente forman parte del acto de cuidar. De ahí que el empoderamiento no pueda depender únicamente de consentimientos firmados o

de enunciados genéricos sobre derechos del usuario. Requiere una interacción viva en la que el paciente perciba que su comprensión importa y que su palabra tiene consecuencias reales. La participación se fortalece cuando se preguntan preferencias concretas, cuando se explican alternativas de manera comprensible y cuando la enfermera traduce el lenguaje técnico a términos accesibles. En este sentido, el empoderamiento se convierte en un proceso comunicativo de co-construcción de sentido, más que en una cesión unilateral de poder.

La literatura sobre cuidado fundamental también contribuyó a esta discusión. Feo et al. (2021) propusieron una definición estandarizada del cuidado fundamental que integra dimensiones físicas, psicosociales y relacionales, y subrayaron que la atención efectiva ocurre dentro de una relación en la que el paciente participa. Esta formulación es coherente con Eriksson, pues ambas perspectivas rechazan la separación artificial entre necesidades “básicas” y experiencia existencial. Explicar un baño en cama, respetar la vergüenza del paciente durante la higiene, informar antes de movilizarlo o preguntarle cómo desea organizar pequeños aspectos del día son acciones aparentemente simples, pero poseen un gran peso empoderador. No solo ordenan la tarea; también comunican respeto. En consecuencia, la comunicación terapéutica debe ser vista como una intervención clínica en sí misma, con capacidad para disminuir ansiedad, reforzar autoestima y sostener autonomía relacional.

La participación del paciente, sin embargo, no está exenta de tensiones. En ciertos contextos, el estado clínico, el dolor, el agotamiento emocional, la presión familiar o la propia cultura institucional pueden dificultar que la persona exprese lo que quiere. La literatura revisada sugirió que una participación auténtica requiere flexibilidad: algunos pacientes desean un rol muy activo; otros prefieren apoyo más cercano; otros alternan entre ambas posiciones según la evolución de la enfermedad. Por ello, el empoderamiento no puede estandarizarse como un protocolo uniforme. La tarea enfermera consiste en discernir qué tipo de participación es posible, significativa y protectora en cada situación. Esta prudencia evita convertir el discurso de la autonomía en un mandato moral que culpabilice a quienes, debido a su fragilidad, no pueden o no desean asumir un control amplio sobre todas las decisiones.

Presencia terapéutica y encuentro enfermera-paciente

Otra categoría esencial fue la presencia terapéutica. La teoría de Eriksson entiende el cuidado como encuentro y no únicamente como intervención. Esto significa que la relación enfermera-paciente posee un valor terapéutico propio, incluso cuando no se realiza un procedimiento visible. Estar con el otro, sostener su mirada, acompañar una espera, permanecer durante un momento de dolor o simplemente no abandonar al paciente en su miedo comunica algo decisivo: que su sufrimiento importa. En un sistema de salud frecuentemente regido por tiempos fragmentados y altas cargas de trabajo, esta forma de presencia puede parecer secundaria; sin embargo, la literatura indica lo contrario. Hynnekleiv et al. (2024) identificaron que la confianza y el encuentro personal constituyen núcleos de la experiencia de cuidado para pacientes y enfermeras, aunque dichos encuentros puedan verse amenazados por la presión institucional y la escasez de recursos.

La presencia terapéutica no debe confundirse con una actitud pasiva ni con una vaga “calidez” interpersonal. Se trata de una competencia compleja que integra sensibilidad ética, atención plena al otro, discernimiento clínico y capacidad para soportar la fragilidad ajena sin responder de manera defensiva o mecánica. Cuando la enfermera logra estar presente de este modo, el paciente experimenta reconocimiento y disminuye su sensación de soledad. En muchas situaciones de enfermedad crónica o avanzada, esta experiencia puede ser incluso más decisiva que la información técnica, porque brinda un anclaje emocional desde el cual la persona puede reorganizar su vivencia. El empoderamiento se fortalece, entonces, no solo por lo que el paciente “hace”, sino también por la calidad del vínculo desde el que se siente acompañado para afrontar lo que le sucede.

La revisión mostró, además, que la presencia terapéutica tiene un efecto protector frente a la cosificación. En entornos muy tecnificados, el cuerpo del paciente puede convertirse en el foco casi exclusivo de la atención, relegando su historia, sus temores o su espiritualidad a un segundo plano. Watson y Woodward (2021) han insistido en que la ciencia del cuidado requiere integrar conocimiento clínico con una visión sagrada y profundamente humana del encuentro. Desde Eriksson, este planteamiento adquiere una formulación concreta: el cuidado caritativo no niega la técnica, pero impide que la técnica monopolice el sentido de la relación. La presencia, por tanto, no es un “extra” que se agrega si hay tiempo; es parte constitutiva del buen cuidado.

No obstante, debe reconocerse que sostener presencia terapéutica en la práctica cotidiana exige condiciones institucionales mínimas. La enfermera que trabaja bajo sobrecarga, con escaso apoyo del equipo y con exigencias permanentes de rapidez, puede ver restringida su capacidad de encuentro. Hynnekleiv et al. (2024) señalaron precisamente que las condiciones del contexto influyen en la experiencia de cuidar. Esta observación resulta crítica para evitar una lectura moralista del cuidado caritativo, como si todo dependiera exclusivamente de la buena voluntad individual. Empoderar desde la dignidad humana requiere también organizaciones que protejan tiempos de relación, promuevan liderazgo sensible, valoren la continuidad del cuidado y reconozcan que la calidad humana no es un lujo, sino un componente central de la seguridad y de la efectividad asistencial.

Tabla 2

Implicaciones prácticas del cuidado caritativo para el empoderamiento y la dignidad

Nivel	Necesidad identificada	Intervención sugerida	Resultado esperado
Paciente	Comprender la situación y sentirse reconocido.	Comunicación empática, explicaciones claras y decisiones compartidas.	Mayor confianza, participación y reducción de ansiedad.

Familia	Ser incluida sin desplazar la voz del paciente.	Orientación sobre roles, límites y formas de apoyo.	Apoyo relacional seguro y continuidad del cuidado.
Enfermera	Contar con herramientas éticas y relacionales.	Formación en presencia terapéutica, dignidad-en-el-cuidado y manejo del sufrimiento.	Mayor competencia moral, reflexividad y coherencia práctica.
Institución	Evitar que la productividad invisibilice la relación.	Liderazgo sensible, tiempo protegido para comunicación e indicadores relacionales.	Cultura organizacional que favorece cuidado humanizado y digno.

Nota: Elaboración propia a partir de Dijkstra et al. (2023), Hynnekleiv et al. (2024), Buonaccorso et al. (2025) y World Health Organization (2021).

Familia, red de apoyo y empoderamiento relacional

El análisis permitió identificar que la familia y la red de apoyo cumplen un papel importante en la preservación de la dignidad y del sentido personal del paciente. En situaciones de fragilidad, hospitalización prolongada o enfermedad avanzada, la presencia de personas significativas puede ayudar a mantener continuidad biográfica, seguridad emocional y motivación para participar en el cuidado. Desde la teoría de Eriksson, esta dimensión es especialmente relevante porque el ser humano se comprende como un sujeto relacional cuya identidad se sostiene también en los vínculos. Empoderar no implica aislar al paciente en nombre de su autonomía, sino acompañarlo de manera que pueda apoyarse en sus relaciones sin perder su propia voz.

La revisión integrativa de Dijkstra et al. (2023) aportó evidencia valiosa en esta dirección. Los autores describieron que la participación familiar en actividades esenciales de cuidado puede generar beneficios percibidos por pacientes y allegados, favorecer el sentido de control y reforzar la colaboración con el equipo. Sin embargo, también identificaron preocupaciones vinculadas a la seguridad, a la definición de roles, a la necesidad de capacitación y a las condiciones organizacionales para que dicha participación sea realmente útil. Estos hallazgos son pertinentes más allá del contexto de cuidados intensivos, porque muestran que la incorporación de la familia no puede dejarse a la improvisación. Requiere invitación explícita, acompañamiento profesional y criterios claros que eviten tanto la exclusión innecesaria como la delegación inadecuada de responsabilidades.

Desde una perspectiva ética, la inclusión de la familia debe orientarse por el principio de centralidad del paciente. La familia puede ayudar a recordar preferencias, traducir temores, sostener rutinas, facilitar la

adherencia y contener emocionalmente; pero no debería sustituir la voluntad del enfermo ni hablar de él como si estuviera ausente. La enfermería cumple aquí un rol mediador decisivo: escucha a la familia, reconoce su cansancio y su sufrimiento, pero al mismo tiempo protege la singularidad del paciente y favorece decisiones compartidas respetuosas. Cuando este equilibrio se logra, el empoderamiento adquiere una forma relacional particularmente potente: la persona se sabe acompañada sin ser anulada.

Formación profesional, cultura institucional y proyecciones para la práctica

La revisión también permitió concluir que el empoderamiento y la dignidad no dependen únicamente del encuentro singular entre enfermera y paciente, sino de una cultura institucional que legitime ese tipo de cuidado. Cuando la organización valora solo la rapidez, la productividad o el cumplimiento de indicadores, las dimensiones relacionales tienden a invisibilizarse. Por el contrario, cuando se reconoce que la calidad del cuidado incluye respeto, participación, información y acompañamiento, se crean mejores condiciones para que el profesional actúe de manera coherente con una ética del cuidado. Las directrices globales para enfermería y partería de la Organización Mundial de la Salud enfatizan precisamente la necesidad de fortalecer la profesión para responder a necesidades complejas, garantizar atención de calidad y promover sistemas centrados en las personas (World Health Organization, 2021).

En esta línea, Buonaccorso et al. (2025) advirtieron que la enseñanza de la dignidad-en-el-cuidado continúa siendo insuficiente y, en ocasiones, demasiado abstracta. Su revisión señaló la necesidad de traducir el concepto en competencias concretas y de incorporar una mirada culturalmente situada en la formación. Este aporte resulta fundamental para el tema del empoderamiento, porque pone de relieve que muchas dificultades no se deben a falta de sensibilidad moral, sino a la ausencia de marcos formativos, acompañamiento reflexivo y espacios para desarrollar habilidades relacionales complejas. La escucha activa, la deliberación compartida, el manejo de conversaciones difíciles, la protección de la intimidad y la presencia terapéutica pueden y deben enseñarse, practicarse y evaluarse.

A nivel clínico, el estudio permitió identificar varias implicaciones prácticas. Primero, la enfermería puede fortalecer el empoderamiento mediante acciones aparentemente simples pero consistentes: presentarse, llamar al paciente por su nombre, explicar cada procedimiento, verificar comprensión, pedir consentimiento cotidiano, respetar ritmos y silencios, y favorecer decisiones posibles en torno al cuidado diario. Segundo, puede proteger la dignidad evitando exposiciones innecesarias, conversaciones despersonalizadas o formas de trato infantilizantes. Tercero, puede integrar a la familia de modo ético, convirtiéndola en aliada del cuidado sin desplazar la centralidad del paciente. Cuarto, puede visibilizar el sufrimiento existencial como un aspecto legítimo de la atención y no como algo ajeno a la clínica.

A nivel de gestión, la teoría de Eriksson invita a revisar indicadores y prioridades. Un servicio puede exhibir buenos resultados técnicos y, al mismo tiempo, producir experiencias de cuidado poco dignas si no garantiza comunicación, respeto e involucramiento del paciente. Por ello, la evaluación de la calidad debería incorporar dimensiones relacionales y éticas, tales como percepción de dignidad, claridad de la información, posibilidad de participación, continuidad del vínculo y apoyo a las familias. Hynnekleiv et al. (2024) recordaron que el contexto influye decisivamente en la experiencia de cuidar; en consecuencia,

humanizar el cuidado no puede recaer solo sobre el esfuerzo individual de las enfermeras, sino que requiere liderazgo, dotación adecuada y entornos que permitan sostener encuentros terapéuticos reales. El presente estudio tuvo como principal limitación su carácter exclusivamente teórico y documental. No se recogieron experiencias directas de pacientes, familias ni profesionales en contextos específicos, por lo que las conclusiones no pretenden sustituir la evidencia empírica situada. Además, al privilegiar un marco interpretativo centrado en la teoría del cuidado caritativo, es posible que otras tradiciones de enfermería, igualmente valiosas, hayan quedado menos desarrolladas en el análisis. Sin embargo, esta limitación fue asumida de forma deliberada, pues el objetivo consistió en profundizar una lectura conceptual capaz de orientar la práctica y abrir nuevas preguntas de investigación.

Como perspectiva futura, se considera pertinente desarrollar estudios aplicados que examinen cómo se expresa el empoderamiento desde Eriksson en ámbitos como hospitalización médico-quirúrgica, atención primaria, salud mental, geriatría, cuidados intensivos y cuidados paliativos. También sería valioso explorar programas formativos orientados a dignidad-en-el-cuidado y evaluar su impacto en competencias relacionales, satisfacción del paciente y clima ético de los servicios. Del mismo modo, investigaciones cualitativas en contextos latinoamericanos podrían aportar comprensiones situadas sobre la interacción entre dignidad, familia, cultura y vulnerabilidad. En síntesis, la teoría de Eriksson no debe quedar confinada al plano filosófico; su mayor riqueza emerge cuando se traduce en prácticas observables, reflexivas y sostenibles dentro de la atención cotidiana.

Conclusiones

El análisis desarrollado permitió comprender que el empoderamiento, desde la teoría del cuidado caritativo de Katie Eriksson, no constituye una estrategia accesorio ni un recurso discursivo desvinculado del acto de cuidar. Se trata, más bien, de una consecuencia directa del reconocimiento de la dignidad humana como fundamento del cuidado enfermero. Cuando la persona es confirmada en su valor, escuchada en su experiencia y acompañada con sensibilidad ética, se fortalece interiormente aun en contextos de fragilidad, pérdida o dependencia.

La revisión mostró que el empoderamiento no debe reducirse a autonomía funcional ni a transferencia de responsabilidades. Su sentido más profundo radica en preservar identidad, participación posible, control simbólico y capacidad de significado frente a la enfermedad. Bajo esta perspectiva, la comunicación empática, la presencia terapéutica, las decisiones compartidas, la protección de la intimidad y la inclusión ética de la familia emergieron como mediaciones concretas a través de las cuales el cuidado confirma la dignidad del paciente y disminuye el sufrimiento por enfermedad, por cuidado y por vida.

Asimismo, se evidenció que la teoría de Eriksson conserva plena vigencia para responder a desafíos contemporáneos de la enfermería. En sistemas sanitarios presionados por la productividad, la fragmentación y la tecnificación, el cuidado caritativo recuerda que la eficiencia no puede sustituir el encuentro humano. La calidad asistencial requiere integrar competencia clínica con discernimiento moral, sensibilidad relacional y capacidad para acompañar experiencias de vulnerabilidad sin cosificar a quien las vive.

El estudio también permitió reconocer que la humanización del cuidado no depende solo de disposiciones individuales. Para que el empoderamiento sea viable como práctica cotidiana, se necesitan instituciones que valoren la dignidad, promuevan formación específica en relación terapéutica, garanticen tiempos de comunicación y apoyen modelos de atención verdaderamente centrados en la persona. La educación en dignity-in-care, la reflexión ética permanente y la incorporación de indicadores relacionales aparecen como tareas prioritarias para consolidar este enfoque.

En conclusión, la teoría del cuidado caritativo de Katie Eriksson ofrece un marco sólido para pensar una enfermería científicamente competente y profundamente humana. Su aporte principal consiste en recordar que incluso en la mayor vulnerabilidad la persona conserva un valor irreductible y puede seguir siendo protagonista de su propia historia cuando el cuidado la reconoce, la acompaña y le devuelve voz. Se recomienda fortalecer la investigación aplicada sobre empoderamiento y dignidad en distintos contextos asistenciales, así como integrar estos contenidos en la formación y gestión del cuidado enfermero.

Referencias Bibliográficas

- Arman, M., & Rehnsfeldt, A. (2003). The hidden suffering among breast cancer patients: A qualitative metasynthesis. *Qualitative Health Research*, 13(4), 510–527. <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/12703413/>
- Buonaccorso, L., Soncini, S., Bassi, M. C., Mecugni, D., & Ghirotto, L. (2025). Training healthcare professionals to dignity-in-care: A scoping review. *Nurse Education Today*, 146, 106543. <https://doi.org/10.1016/j.nedt.2024.106543>
- Delmar, C., Alenius-Karlsson, N., & Mikkelsen, A. H. (2011). The implications of autonomy: Viewed in the light of efforts to uphold patients' dignity and integrity. *International Journal of Qualitative Studies on Health and Well-Being*, 6(2). <https://doi.org/10.3402/qhw.v6i2.6045>
- Dijkstra, B. M., Felten-Barentsz, K. M., van der Valk, M. J. M., Pelgrim, T., van der Hoeven, H. G., Schoonhoven, L., Ebben, R. H. A., & Vloet, L. C. M. (2023). Family participation in essential care activities in the ICU: An integrative review. *Australian Critical Care*, 36(3), 401–419. <https://doi.org/10.1016/j.aucc.2022.02.003>
- Eriksson, K. (2002). Caring science in a new key. *Nursing Science Quarterly*, 15(1), 61–65. <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/11873475/>
- Feo, R., Conroy, T., Marshall, R., Rasmussen, P., Wiechula, R., & Kitson, A. (2018). Towards a standardised definition for fundamental care: A modified Delphi study. *Journal of Clinical Nursing*, 27(11–12), 2285–2299. <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/29278437/>
- Fuseini, A.-G., Ley, L., Rawson, H., Redley, B., & Kerr, D. (2022). Patient-reported dignity and dignified care during hospital admission: A systematic review. *Journal of Advanced Nursing*, 78(11), 3540–3558. <https://doi.org/10.1111/jan.15370>

- Galvin, K., & Todres, L. (2015). Dignity as honour-wound: An experiential and relational view. *Journal of Evaluation in Clinical Practice*, 21(3), 410–418.
<https://doi.org/10.1111/jep.12278>
- Havana, T., Kuha, S., Laukka, E., & Kanste, O. (2023). Patients' experiences of patient-centred care in hospital settings: A systematic review of qualitative studies. *Scandinavian Journal of Caring Sciences*, 37(4), 1001–1015.
<https://doi.org/10.1111/scs.13174>
- Hynnekleiv, I. I., Jensen, J. K., Giske, T., Lausund, H., Maeland, E., & Heggdal, K. (2024). Patients' and nurses' experiences of caring in nursing practice: An integrative review. *Journal of Clinical Nursing*, 33(4), 1233–1255.
<https://doi.org/10.1111/jocn.16964>
- Watson, J. (2005). Caring science as sacred science. F. A. Davis.
<https://www.scirp.org/reference/referencespapers?referenceid=1932673>
- World Health Organization. (2021). *Global strategic directions for nursing and midwifery 2021–2025*.
<https://www.who.int/publications/i/item/9789240033863>