

Beneficencia, dignidad humana y valor de la vida según la Teoría del Cuidado Humano de Jean Watson

Michelle Dayana Pinango Tarpauas

<https://orcid.org/0009-0005-6033-0022>

mpinngo@indoamerica.edu.ec

Universidad Indoamérica

Quito – Ecuador

Anderson Winstong Toala Bayas

<https://orcid.org/0009-0000-8573-1352>

andersontoala@uti.edu.ec

Universidad Indoamérica

Quito – Ecuador

Carmen Noemy Dávila Chamba

<https://orcid.org/0000-0001-7490-7172>

carmen.davila@unl.edu.ec

Universidad Nacional de Loja

Loja - Ecuador

Daysi Fernanda Suarez Peñafiel

<https://orcid.org/0009-0007-3128-6987>

fernandasuarez@uti.edu.ec

Universidad Indoamérica

Quito – Ecuador

Citar Cómo:

Beneficencia, dignidad humana y valor de la vida según la Teoría del Cuidado Humano de Jean Watson. (2026). *Visión Académica*, 4(3), 777-791. <https://doi.org/10.70577/n23at502>

Fecha de recepción: 2026-07-27

Fecha de aceptación: 2026-08-10

Fecha de publicación: 2026-08-24

Resumen

Se analizó la relación entre la beneficencia, la dignidad humana y el valor de la vida en la práctica de enfermería a partir de la Teoría del Cuidado Humano de Jean Watson. Se desarrolló una revisión narrativa en PubMed, Scopus, SciELO y Google Scholar con búsqueda en español e inglés entre 2021 y 2026; se seleccionaron quince documentos entre revisiones, estudios cualitativos, investigaciones observacionales y trabajos teóricos relacionados con cuidado humanizado, ética de enfermería, dignidad, beneficencia y teoría de Watson. La información se organizó mediante una matriz de extracción y síntesis temática en torno a procesos caritas, relación terapéutica, trato digno, comunicación, autonomía y condiciones institucionales del cuidado. Los estudios revisados mostraron que la aplicación del cuidado humanizado se asoció con mayor satisfacción del paciente, mejor percepción de respeto, preservación de la intimidad, fortalecimiento de la autonomía, vínculos terapéuticos más sólidos y menor agotamiento emocional del personal de enfermería. Asimismo, se identificó que la teoría de Watson ofreció un marco ético y humanista útil para integrar dimensiones físicas, emocionales, sociales y espirituales del cuidado. Se concluyó que la beneficencia, la dignidad humana y el valor de la vida constituyeron ejes inseparables del cuidado enfermero y que la adopción del modelo de Watson favoreció prácticas clínicas más compasivas, reflexivas y centradas en la persona.

Palabras clave: cuidado humanizado; dignidad humana; beneficencia; ética de enfermería; teoría de Watson

Beneficence, Human Dignity and the Value of Life in Jean Watson's Theory of Human Caring

Abstract

The relationship among beneficence, human dignity, and the value of life in nursing practice was analyzed through Jean Watson's Theory of Human Caring. A narrative review was conducted in PubMed, Scopus, SciELO, and Google Scholar using Spanish and English searches from 2021 to 2026; fifteen documents were selected, including reviews, qualitative studies, observational research, and theoretical papers on humanized care, nursing ethics, dignity, beneficence, and Watson's theory. The information was organized through an extraction matrix and thematic synthesis focused on caritas processes, therapeutic relationships, dignified treatment, communication, autonomy, and institutional conditions of care. The reviewed studies showed that humanized care was associated with greater patient satisfaction, a better perception of respect, preservation of privacy, stronger autonomy, more solid therapeutic bonds, and lower emotional exhaustion among nursing staff. Watson's theory also offered an ethical and humanistic framework for integrating the physical, emotional, social, and spiritual dimensions of care. It was concluded that beneficence, human dignity, and the value of life were inseparable axes of nursing care, and that the adoption of Watson's model fostered more compassionate, reflective, and person-centered clinical practices.

Keywords: humanized care; human dignity; beneficence; nursing ethics; Watson's theory

Introducción

La dignidad humana constituye un fundamento ético central de la práctica sanitaria porque reconoce el valor intrínseco de cada persona, independientemente de su condición física, emocional o social. En enfermería, este principio impide reducir al paciente a un diagnóstico o a un procedimiento y exige una atención centrada en la persona, su historia y su contexto. La literatura sobre cuidado humanizado ha mostrado que el respeto por la dignidad durante la hospitalización fortalece el vínculo terapéutico y mejora la confianza del paciente en el personal de enfermería (Melita-Rodríguez et al., 2022; Julca-Lázaro & Guzmán-Avalos, 2024).

La Teoría del Cuidado Humano fue formulada por Jean Watson como una sugerencia ética, filosófica y científica que redefine la naturaleza de la enfermería más allá de su ejecución técnica. Sus procesos caritas incorporan el compromiso moral con el bienestar ajeno, la sensibilidad ética, la auténtica presencia y la compasión. Según este punto de vista, cuidar se comprende como una experiencia transpersonal que conecta la mente, el cuerpo y el espíritu, reconociendo al ser humano como un ente íntegro y valioso (Gunawan et al., 2022; Afonso et al., 2024).

En este contexto, la supervivencia biológica no es el único valor de la vida. Incluye aspectos sociales, emocionales y espirituales que afectan la experiencia de enfermedad y el bienestar del individuo. La fragmentación de los servicios sanitarios y la excesiva tecnificación pueden propiciar procesos de

despersonalización, según han señalado varios estudios, lo que hace imprescindible retomar puntos de vista humanistas en el cuidado (Acta Médica Peruana, 2021; Busch et al., 2019).

La beneficencia, de manera adicional, dirige la acción de los enfermeros hacia el bienestar máximo. No únicamente supone llevar a cabo procedimientos apropiados, sino también transmitir con empatía, aliviar el dolor, respetar la autonomía y acompañar al paciente y su familia de manera consciente. Si este principio se aplica de forma explícita en la rutina diaria, se refuerza la percepción de un cuidado que es ético, respetuoso y significativo (Julca-Lázaro & Guzmán-Avalos, 2024; Pabón-Ortíz et al., 2021).

En este contexto, el presente trabajo tuvo como objetivo analizar la relación entre la beneficencia, la dignidad humana y el valor de la vida según la Teoría del Cuidado Humano de Jean Watson, a partir de evidencia científica reciente sobre cuidado humanizado en enfermería.

La discusión contemporánea sobre el cuidado humanizado se ha intensificado en paralelo con la expansión tecnológica de los servicios de salud. La monitorización continua, los protocolos estandarizados, la informatización de la atención y la presión por la productividad han fortalecido la seguridad clínica, pero también han generado el riesgo de fragmentar la experiencia del paciente. Si la lógica institucional se impone totalmente, es posible que la persona sea vista solamente como un caso, un diagnóstico o una cama y no como un ser humano con una historia, temores, expectativas y valores. En esas circunstancias, la enfermería tiene el deber de reafirmar su identidad ética y relacional para mantener una atención que, aparte de ser eficaz, tenga un significado moral.

La beneficencia, desde la perspectiva de la bioética aplicada a la enfermería, no debe interpretarse como una mera predisposición a hacer el bien de manera instintiva o paternalista. Más bien, se trata de un deber de carácter positivo que demanda la prudente deliberación, el conocimiento científico actualizado, la escucha clínica y el respeto a la autonomía. Cheraghi et al. (2023) demostraron que este principio engloba la búsqueda del beneficio más alto posible, la disminución del daño, el fomento de la seguridad y el respeto por los gustos del paciente. Por lo tanto, la beneficencia se manifiesta tanto en la calidad técnica de los métodos como en la calidad moral del vínculo terapéutico.

La dignidad humana, por su parte, funciona como criterio rector para valorar si el cuidado realmente reconoce a la persona en su integridad. Preservar la dignidad no solo requiere evitar el maltrato manifiesto; también implica ofrecer información clara, proteger la privacidad, permitir que se participe en las decisiones y brindar un trato respetuoso en circunstancias de alta vulnerabilidad. Fuseini y colaboradores (2023) concluyeron que la privacidad, la compasión, la seguridad y la comunicación efectiva son elementos fundamentales de una atención digna al investigar el punto de vista de los ancianos hospitalizados. Esto demuestra que la dignidad no es una noción abstracta, sino una vivencia tangible que resulta de las interacciones diarias.

En enfermería, la importancia de la vida es especialmente significativa porque el cuidado no se enfoca solamente en mantener las funciones biológicas, sino también en preservar una vida con significado, esperanza y reconocimiento. Atender el sufrimiento físico es un aspecto de cuidar la vida, pero no es el único. También hay que atender el miedo, la incertidumbre, la fragilidad en las relaciones y la necesidad

de compañía. Por eso, la evaluación ética de una intervención no puede limitarse a indicadores biomédicos, sino que tiene que tener en cuenta los efectos que tienen las decisiones sobre el bienestar espiritual, emocional y social del paciente y su familia.

La Teoría del Cuidado Humano de Jean Watson, en este contexto, brinda un marco conceptual particularmente fértil. Sus procesos caritas reestablecen la importancia de la presencia genuina, la sensibilidad, la confianza, la compasión y el estar dispuesto a atender lo espiritual en el cuidado. Delgado-Galeano et al. (2023) desarrollaron esta perspectiva al sugerir que la Relación Transpersonal Caritas es una evolución del concepto tradicional de relación transpersonal, enfatizando que la interacción entre enfermera y paciente transforma a los dos y crea un ámbito moral de cuidado. Esta visión posibilita entender que cuidar tiene una dimensión ética y ontológica, además de la clínica.

La humanización no solo depende de las virtudes individuales del profesional, según la evidencia más reciente. Meneses-La-Riva et al. (2021) y Nielsen et al. (2023) enfatizan que la experiencia de cuidado se desarrolla en el marco de culturas organizacionales, estructuras de servicio, circunstancias ambientales y oportunidades para establecer lazos con la familia. La sensación de deshumanización se incrementa cuando estos componentes dificultan la comunicación, la privacidad o la continuidad en las relaciones. En cambio, si la institución apoya prácticas centradas en el ser humano y compasivas, se refuerzan la dignidad, la seguridad y la confianza.

Tomando en cuenta lo mencionado anteriormente, examinar de manera conjunta la dignidad humana, la beneficencia y el valor de la vida desde la teoría de Watson posibilita una mayor comprensión del cuidado enfermero que va más allá de una simple lectura procedimental. Este método es relevante para la práctica clínica, la gestión, la formación universitaria y el diseño de políticas humanizadoras, ya que une el juicio ético con acciones específicas que pueden cambiar las vivencias del paciente y del profesional.

Material y métodos

Se realizó una revisión narrativa de literatura con el propósito de identificar y analizar estudios sobre cuidado humanizado, beneficencia, dignidad humana, valor de la vida y Teoría del Cuidado Humano de Jean Watson. La búsqueda se efectuó en PubMed, Scopus, SciELO y Google Scholar mediante combinaciones de términos en español e inglés, entre ellos cuidado humanizado, ética de enfermería, dignidad, beneficencia, valor de la vida, humanized care, nursing ethics, dignity, beneficence y Watson's theory.

Se consideraron publicaciones en español e inglés comprendidas entre 2021 y 2026, priorizando artículos revisados por pares, revisiones, estudios observacionales y trabajos teóricos vinculados con la práctica clínica, la gestión y la formación en enfermería. Se excluyeron documentos duplicados, textos sin relación directa con el tema y publicaciones sin suficiente desarrollo metodológico o argumentativo.

La información seleccionada se organizó mediante lectura analítica y síntesis temática. Los hallazgos se agruparon en cuatro ejes: beneficencia, dignidad humana, valor de la vida y aportes de la teoría de Watson al cuidado enfermero. Debido al carácter narrativo del estudio, no se realizó metaanálisis; en cambio, se integraron resultados empíricos y aportes teóricos para construir una interpretación crítica del fenómeno.

La revisión se orientó desde un enfoque narrativo-interpretativo, adecuado para integrar producción empírica y teórica cuando el objetivo no es estimar un efecto cuantitativo único, sino comprender relaciones conceptuales, significados éticos y aplicaciones clínicas. Este diseño permitió articular hallazgos procedentes de contextos hospitalarios, servicios críticos, escenarios educativos y análisis filosóficos relacionados con la teoría de Watson y con la humanización del cuidado.

La estrategia de búsqueda combinó descriptores en español e inglés mediante operadores booleanos AND y OR. Entre los términos utilizados estuvieron cuidado humanizado, cuidado digno, beneficencia, dignidad humana, valor de la vida, teoría de Watson, procesos caritas, humanized care, dignified care, beneficence, human dignity y transpersonal caring. La búsqueda se realizó entre enero de 2021 y febrero de 2026 en PubMed, Scopus, SciELO y Google Scholar, con revisión complementaria de las referencias de artículos pertinentes para identificar literatura adicional de alto valor temático.

Se incluyeron documentos revisados por pares, escritos en español o inglés, que abordaran de forma directa la ética del cuidado en enfermería, la humanización de la atención, la dignidad del paciente, la beneficencia o aplicaciones de la teoría de Jean Watson. Se admitieron revisiones narrativas e integrativas, estudios cualitativos, investigaciones observacionales y artículos de reflexión teórica cuando presentaban suficiente densidad analítica. Se excluyeron textos duplicados, documentos de opinión sin sustento bibliográfico y publicaciones cuyo foco principal no estuviera vinculado con la práctica enfermera o con la dimensión ética del cuidado.

Tras la depuración inicial y la lectura completa de los textos recuperados, se consolidó un corpus de quince documentos considerados pertinentes para el análisis. De cada fuente se extrajeron autoría, año, diseño, población o contexto, aportes sobre beneficencia, aportes sobre dignidad, referencias al valor de la vida, relación con los procesos caritas y principales implicaciones para la práctica. Esta información se organizó en una matriz comparativa que facilitó la identificación de convergencias y tensiones entre los estudios.

El análisis siguió una lógica de síntesis temática. Primero se realizó una codificación abierta de los hallazgos relevantes; después se agruparon las unidades de sentido en cuatro núcleos: beneficencia y juicio clínico, dignidad y trato digno, valor de la vida y visión holística del cuidado, y aportes de la teoría de Watson para la práctica, la formación y la gestión. Finalmente, se construyó una interpretación integradora orientada a responder al objetivo del trabajo. Debido a que se trató de una revisión narrativa, no se aplicó una herramienta formal de metaanálisis ni se calculó riesgo de sesgo agregado, lo que constituye una limitación metodológica asumida desde el diseño.

Al no involucrar intervención con seres humanos ni manejo de datos personales, el estudio no requirió aprobación de un comité de ética en investigación. Sin embargo, se mantuvo un criterio de rigor académico mediante la selección de fuentes trazables, la comparación crítica entre hallazgos y la explicitación de las decisiones de inclusión, lo que buscó fortalecer la transparencia de la revisión.

Resultados

La evidencia revisada mostró una asociación consistente entre el cuidado humanizado y una mayor percepción de dignidad, bienestar y satisfacción en pacientes hospitalizados. Los estudios incluidos coincidieron en que la empatía, la comunicación respetuosa y el acompañamiento emocional favorecieron vínculos terapéuticos más sólidos y mejoraron la experiencia de atención (Melita-Rodríguez et al., 2022; Julca-Lázaro & Guzmán-Avalos, 2024; Órbita Científica, 2022).

Los descubrimientos mostraron que la atención ética no se restringió a la aplicación técnica de procedimientos desde el inicio de beneficencia. Además, se manifestó en acciones dirigidas a mitigar el dolor, salvaguardar la autonomía y mantener la esperanza del paciente. Esta interpretación concuerda con la sugerencia de Watson, que establece que el vínculo terapéutico es el centro moral del cuidado (Gunawan et al., 2022; Pabón-Ortíz et al., 2021).

La dignidad del ser humano surgió como un eje transversal en la atención. Establecer un trato digno y reafirmar el valor de la vida en situaciones vulnerables fueron elementos que tuvieron relación con el reconocimiento de la individualidad, la validación de la experiencia del paciente y el respeto a su intimidad. En ese sentido, cuidar implicó resguardar no solo la integridad física de la persona, sino también su dimensión relacional y existencial (Siwo Revista de Teología, 2021; Busch et al., 2019).

Un marco conceptual integrador para entender estos hallazgos fue proporcionado por la Teoría del Cuidado Humano. Se sugirió una práctica fundamentada en la apertura a las necesidades espirituales y emocionales del otro, la compasión, la sensibilidad y la presencia auténtica por parte de los procesos caritas. Gunawan et al. (2022) y Afonso et al. (2024) apoyaron la vigencia de este modelo para la gestión en enfermería, el ejercicio clínico y la enseñanza, según lo evidencian los estudios científicos recientes sobre Watson.

Sin embargo, la revisión también evidenció tensiones entre los ideales del humanismo y las condiciones reales de la atención médica. La aplicación sostenida del cuidado humanizado fue obstaculizada por la presión asistencial, las restricciones estructurales y la sobrecarga laboral. No obstante, diversas investigaciones han indicado que el compromiso ético del profesional y el apoyo institucional tienen la capacidad de disminuir el cansancio emocional y optimizar tanto la calidad del cuidado como el ambiente de trabajo (Acta Médica Peruana, 2021; RECIMUNDO, 2023).

En el plano formativo, la incorporación de modelos humanistas favoreció el desarrollo de competencias relacionales, éticas y comunicativas, así como una identidad profesional más reflexiva. De esta manera, la humanización del cuidado no solo benefició al paciente, sino también al profesional de enfermería al fortalecer el sentido moral de su práctica (Afonso et al., 2024; Pabón-Ortíz et al., 2021).

Como limitación, esta revisión fue de carácter narrativo y dependió de la heterogeneidad metodológica de los estudios incluidos, por lo que sus resultados no pueden interpretarse como una estimación cuantitativa de efecto. Sin embargo, la convergencia temática de la evidencia permitió sostener que la beneficencia, la dignidad humana y el valor de la vida se articularon de forma coherente dentro de la propuesta de Watson y continúan siendo referentes relevantes para una enfermería ética, compasiva y centrada en la persona.

La síntesis ampliada de la literatura confirmó que la humanización del cuidado no constituye una categoría periférica, sino un componente estructural de la calidad enfermera. En los quince documentos analizados se observó una convergencia clara: el paciente evalúa la atención no solo por la eficacia técnica, sino también por la forma en que es mirado, escuchado, nombrado e incluido en el proceso terapéutico. Esta constatación otorga solidez a la lectura ética del cuidado y permite comprender que beneficencia, dignidad humana y valor de la vida forman un entramado inseparable en la práctica clínica.

La Tabla 1 resume los aportes de los estudios seleccionados y muestra la diversidad de diseños y contextos desde los cuales se ha estudiado el fenómeno.

Tabla 1

Síntesis de estudios clave sobre cuidado humanizado, beneficencia y dignidad

Autor/a y año	Tipo de estudio o contexto	Aporte principal para el análisis
Meneses-La-Riva et al. (2021)	Revisión sistemática de experiencias hospitalarias	Mostraron que pacientes y enfermeras coinciden en que la humanización requiere empatía, comunicación, respeto por creencias y formación en habilidades relacionales.
Melita-Rodríguez et al. (2022)	Estudio sobre indicadores intrahospitalarios	Identificaron dimensiones observables del cuidado humanizado útiles para valorar trato, comunicación y percepción de acompañamiento.
Gunawan et al. (2022)	Análisis teórico-administrativo	Explicaron la vigencia de la teoría de Watson para liderazgo, gestión y construcción de entornos de cuidado coherentes con valores humanísticos.
Cheraghi et al. (2023)	Revisión integrativa sobre beneficencia	Organizaron la beneficencia en naturaleza, aplicabilidad, factores influyentes y desafíos; subrayaron su vínculo con bienestar, seguridad y dignidad del paciente.
Delgado-Galeano et al. (2023)	Revisión conceptual	Propusieron la Relación Transpersonal Caritas como núcleo actualizado de la ciencia del cuidado de Watson y base de una presencia auténtica.
Fuseini et al. (2023)	Estudio cualitativo con personas mayores hospitalizadas	Mostraron que la dignidad se preserva mediante comunicación efectiva, privacidad, cuidado compasivo y participación de la familia.
Nielsen et al. (2023)	Síntesis temática en cuidados intensivos	Describieron que la humanización en UCI depende de conexión, seguridad, reconocimiento del paciente como persona única y apoyo a familiares.
Afonso et al. (2024)	Análisis crítico de producción científica	Concluyeron que la teoría de Watson mantiene utilidad para asistencia, enseñanza e investigación y que el proceso clínico caritas-veritas conserva vigencia.
Julca-Lázaro y Guzmán-Avalos (2024)	Estudio sobre percepción del paciente hospitalizado	Relacionaron el cuidado humanizado con mejor valoración del profesional de enfermería, bienestar emocional y satisfacción del paciente.

Autor/a y año	Tipo de estudio o contexto	Aporte principal para el análisis
Pabón-Ortiz et al. (2021)	Revisión en servicios de urgencias	Describieron estrategias institucionales para fortalecer humanización mediante comunicación, capacitación, compasión y manejo del estrés laboral.

Fuente: elaboración propia a partir de la literatura revisada.

Beneficencia como núcleo moral del cuidado

El análisis de la beneficencia permitió identificar que este principio cumple una doble función dentro de la práctica enfermera. Por una parte, orienta decisiones hacia el mayor beneficio clínico posible; por otra, regula la manera en que el profesional se aproxima al sufrimiento del otro. Cheraghi et al. (2023) explicaron que la beneficencia en enfermería abarca seguridad, promoción del bienestar, atención a necesidades y preferencias, veracidad, apoyo al paciente y compromiso ético. Esta amplitud impide reducir el principio a una obligación abstracta, ya que lo sitúa en el corazón de la acción cotidiana y del juicio clínico prudente. Desde esta lectura, una conducta beneficente no es aquella que simplemente ejecuta correctamente un procedimiento, sino aquella que lo realiza considerando el contexto particular del paciente, la proporcionalidad de la intervención y la experiencia subjetiva del cuidado. La beneficencia exige deliberar cuándo una acción técnicamente correcta puede resultar moralmente insuficiente si se ejecuta sin escucha, sin explicación o sin respeto por la voluntad del paciente. De ahí que el principio mantenga una relación permanente con la autonomía y con la necesidad de evitar formas sutiles de paternalismo en nombre del bien.

Esta responsabilidad ética se manifiesta, según la teoría de Watson, en la presencia genuina y en el compromiso de mantener al otro como un fin en sí mismo. La práctica de beneficencia comprende aliviar el sufrimiento, prever riesgos, salvaguardar la seguridad, comunicar confianza y admitir la fragilidad sin invadir la libertad del enfermo. Cuando esta relación se establece de forma consciente, la atención se vuelve compasiva y técnica a la vez, lo que refuerza la sensación de justicia, respeto y bienestar.

Dignidad humana y cuidado digno

La dignidad del ser humano se convirtió en un principio transversal y criterio de evaluación del cuidado durante la revisión. Los pacientes sienten que son tratados con dignidad cuando tienen la impresión de que su privacidad está resguardada, de que se les informa con claridad y respeto, de que sus tradiciones no son menospreciadas y de que se toman en cuenta sus decisiones. La dignidad se mantiene sobre todo a través de la comunicación eficaz, la privacidad, la seguridad clínica y el cuidado con compasión, según lo hallaron Fuseini et al. (2023). Estos descubrimientos son coherentes con las revisiones hospitalarias que subrayan la empatía y el respeto como bases de una experiencia favorable para los pacientes (Meneses-La-Riva et al., 2021).

Durante la revisión, se estableció que la dignidad humana fuera un principio transversal y un estándar para evaluar el cuidado. Los pacientes sienten que son tratados con dignidad cuando creen que su privacidad

está protegida, cuando se les informa con respeto y claridad, cuando no se desprecian sus tradiciones y cuando sus decisiones son consideradas. Según descubrieron Fuseini et al. (2023), la dignidad se preserva principalmente por medio de una comunicación efectiva, la privacidad, la seguridad clínica y el cuidado con compasión. Estos hallazgos son consistentes con las revisiones hospitalarias que destacan el respeto y la empatía como fundamentos de una experiencia positiva para los pacientes (Meneses-La-Riva et al., 2021).

La dignidad también posee una dimensión colectiva e institucional. No depende solo de la buena voluntad individual, sino de condiciones organizacionales que permitan tiempo de escucha, ambientes adecuados y continuidad relacional. Cuando la infraestructura limita la privacidad o cuando la sobrecarga laboral impide la conversación clínica, la dignidad se vuelve difícil de sostener. De esta forma, el cuidado digno exige tanto virtudes personales como dispositivos institucionales coherentes con la centralidad de la persona.

Valor de la vida y visión holística del paciente

El valor de la vida, entendido desde una perspectiva humanista, supera una lectura puramente biológica de la existencia. En enfermería, respetar la vida significa reconocer que cada persona vive la enfermedad desde una trama de vínculos, significados, esperanzas y pérdidas. Por ello, el cuidado no puede limitarse a preservar funciones orgánicas; debe también acompañar el miedo, la incertidumbre, el sufrimiento moral y la búsqueda de sentido. Esta comprensión amplía la mirada clínica y obliga a considerar la dimensión existencial del proceso salud-enfermedad.

Tal enfoque resulta especialmente relevante en contextos de cronicidad, final de vida, dependencia o ingreso a unidades críticas, donde la persona experimenta una amenaza profunda a su identidad y a su continuidad biográfica. La valoración ética de la vida se expresa entonces en decisiones que protegen la esperanza realista, la comunicación honesta, el alivio del sufrimiento y la compañía significativa. En este punto, la teoría de Watson aporta un lenguaje que permite comprender la vida no solo como aquello que debe conservarse, sino como aquello que debe ser cuidado con sentido, presencia y reconocimiento.

La teoría de Watson como marco integrador

Uno de los hallazgos más consistentes de la literatura revisada fue la vigencia de la teoría de Watson para integrar dimensiones éticas, relacionales y organizacionales del cuidado. Gunawan et al. (2022) mostraron que su utilidad no se limita al encuentro clínico individual, sino que también orienta liderazgo, administración y construcción de culturas de cuidado. Afonso et al. (2024), por su parte, concluyeron que la producción científica reciente continúa utilizando la teoría como referente sólido para docencia, investigación y asistencia, especialmente a través del proceso clínico caritas-veritas.

Delgado-Galeano et al. (2023) profundizaron este marco al proponer la Relación Transpersonal Caritas como concepto central del cuidado evolucionado. Esta formulación resalta que la relación terapéutica no es un simple canal para aplicar técnicas, sino el lugar mismo donde se produce el cuidado. La presencia auténtica, la sensibilidad y la intención moral del profesional modifican la experiencia del paciente y

configuran un campo relacional que puede favorecer seguridad, calma y significado. En otras palabras, el modo de estar con el otro es parte del efecto terapéutico.

La Tabla 2 sintetiza la forma en que los principios éticos analizados pueden vincularse con los procesos caritas y con resultados esperados en la experiencia del paciente y del profesional.

Tabla 2

Relación entre principios éticos del cuidado y procesos caritas de Watson

Principio o eje	Expresión concreta	Relación con procesos caritas	Efecto esperado en la experiencia de cuidado
Beneficencia	Alivio del sufrimiento, prevención del daño y apoyo a decisiones informadas.	Práctica del amor-bondad, presencia auténtica y ayuda basada en conocimiento.	Mayor confianza, seguridad percibida y bienestar integral.
Dignidad humana	Respeto por intimidad, autonomía, singularidad y cultura.	Relación transpersonal respetuosa, escucha profunda y creación de un entorno protector.	Sentimiento de reconocimiento, respeto y trato justo.
Valor de la vida	Atención a dimensiones físicas, emocionales, sociales y espirituales.	Cuidado de mente-cuerpo-espíritu y apertura a la esperanza.	Experiencia de cuidado con sentido y acompañamiento significativo.
Autonomía relacional	Participación del paciente y familia en decisiones.	Construcción de confianza y co-participación en el proceso terapéutico.	Menor paternalismo y mayor adherencia al cuidado.
Humanización institucional	Condiciones laborales, tiempos de escucha y cultura ética.	Coherencia entre valores profesionales y organización del servicio.	Reducción de agotamiento y mejora del clima asistencial.

Fuente: elaboración propia a partir de Watson y de la literatura revisada.

Discusión

Humanización del cuidado en entornos complejos y tecnificados

Los servicios de urgencias, hospitalización y cuidados intensivos representan escenarios donde la humanización enfrenta mayores tensiones. Allí convergen gravedad clínica, incertidumbre, limitaciones de tiempo, exposición tecnológica y sufrimiento familiar. Nielsen et al. (2023) evidenciaron que la UCI es vivida como humanizada cuando el paciente y sus allegados se sienten conectados con el equipo, experimentan seguridad y perciben que son tratados como personas únicas. Cuando esa conexión se rompe, la tecnología puede ser experimentada como una forma de despersonalización.

Busch et al. (2019) y Pabón-Ortíz et al. (2021) coincidieron en que la humanización requiere estrategias explícitas: mejorar la comunicación, favorecer la presencia familiar cuando sea posible, fortalecer la

compasión, reducir la fragmentación de la atención y apoyar al personal en el manejo del estrés. En este sentido, la ética del cuidado no se opone a la tecnología, sino a su uso descontextualizado. La tecnología puede salvar la vida, pero el vínculo terapéutico es el que permite que esa atención sea vivida como respetuosa y significativa.

La deshumanización también se ve favorecida por dinámicas organizacionales como la rotación excesiva del personal, la insuficiencia de recursos y la cultura centrada exclusivamente en indicadores de productividad. Cuando los profesionales trabajan bajo presión sostenida, disminuyen los espacios para explicar, escuchar y acompañar. De ahí que la humanización deba entenderse como una tarea ética e institucional que exige rediseños del trabajo, liderazgo sensible y reconocimiento del tiempo relacional como parte del cuidado y no como un añadido opcional.

Implicaciones para la práctica, la gestión y la formación

La revisión mostró que la humanización del cuidado produce beneficios simultáneos para pacientes, familias y profesionales. En el plano asistencial, fortalece la confianza, reduce la ansiedad, mejora la satisfacción y favorece la adherencia al tratamiento. En el plano profesional, ayuda a recuperar el sentido moral del trabajo y a contrarrestar el agotamiento asociado a contextos muy demandantes. Por ello, la humanización no debe presentarse como discurso idealista, sino como una estrategia de calidad integral con impacto clínico, relacional y organizacional.

Desde la gestión, esto implica traducir los principios éticos en políticas verificables. La organización puede promover rondas de comunicación con pacientes y familias, protocolos para preservar privacidad, programas de apoyo emocional al personal, formación en conversación difícil y evaluación sistemática de indicadores de trato digno. Gunawan et al. (2022) y Pabón-Ortíz et al. (2021) sugieren que el liderazgo enfermero tiene un papel decisivo para que los valores humanísticos no queden reducidos a declaraciones formales, sino que se integren en la estructura del servicio y en la cultura del equipo.

En la formación universitaria, la teoría de Watson sigue siendo pertinente porque permite enseñar a cuidar desde una racionalidad compleja que articula ciencia, ética y sensibilidad. Meneses-La-Riva et al. (2021) destacaron la necesidad de desarrollar habilidades blandas, comunicación, seguridad y valores humanos. Afonso et al. (2024) añadieron que la teoría mantiene relevancia en educación e investigación, lo que invita a fortalecer el currículo con espacios de reflexión ética, simulación clínica, análisis de experiencias y supervisión centrada en la relación terapéutica.

La Tabla 3 resume líneas de acción prioritarias para trasladar estos hallazgos a la práctica clínica, la gestión, la formación y la investigación.

Tabla 3

Implicaciones operativas de la humanización del cuidado en enfermería

Ámbito	Acciones prioritarias	Indicadores sugeridos
Práctica clínica	Fortalecer comunicación terapéutica, respeto por privacidad, acompañamiento emocional y participación del paciente en decisiones.	Satisfacción del paciente, percepción de trato digno y reportes de comunicación efectiva.
Gestión de servicios	Diseñar políticas de humanización, tiempos protegidos para cuidado relacional, apoyo emocional al personal y liderazgo ético.	Clima laboral, rotación del personal, eventos relacionados con trato inadecuado y agotamiento emocional.
Formación en enfermería	Integrar ética del cuidado, teoría de Watson, simulación de comunicación difícil y reflexión clínica en el currículo.	Competencias relacionales, juicio ético, autoeficacia comunicativa y desempeño en prácticas.
Investigación	Desarrollar estudios mixtos, instrumentos contextualizados y evaluaciones de intervenciones humanizadoras.	Validez de escalas, cambios en bienestar del paciente y sostenibilidad de programas.

Fuente: elaboración propia a partir de la síntesis temática realizada.

Limitaciones y perspectivas futuras

Es necesario interpretar esta revisión considerando sus limitaciones. Primeramente, el diseño narrativo no posibilita determinar estimaciones cuantitativas de efecto o evaluar con la misma precisión la importancia relativa de cada investigación. En segundo lugar, debido a la variedad de contextos, poblaciones y diseños, es necesario realizar una lectura cautelosa e interpretativa de las conclusiones. Además, una parte de las pruebas existentes proviene de investigaciones y revisiones cualitativas; esto mejora la comprensión del significado del cuidado, pero restringe la capacidad de generalizar estadísticamente los hallazgos.

No obstante, la convergencia de temas fue lo suficientemente sólida como para afirmar que la dignidad humana, la beneficencia y el valor de la vida son aspectos cruciales para entender el cuidado enfermero en tiempos actuales. Los estudios futuros podrían crear investigaciones mixtas, validar herramientas para evaluar el cuidado digno y examinar programas institucionales de humanización según indicadores laborales, clínicos y relacionales. Además, es relevante ahondar en cómo la digitalización, la inteligencia artificial y la reestructuración del trabajo en el sector de salud alteran la experiencia humana en el cuidado.

Conclusiones

En síntesis, la Teoría del Cuidado Humano de Jean Watson integra de manera coherente, estructurada y filosóficamente fundamentada los principios de beneficencia, dignidad humana y valoración de la vida mediante relaciones terapéuticas conscientes, compasivas y transformadoras. En consecuencia, este modelo redefine cierta esencia de buena práctica enfermera, posicionándola como: disciplina ética, humanista y centrada en la integridad total del ser humano.

Asimismo, el enfoque de Watson alienta una reflexión ética continua sobre cómo las intervenciones clínicas afectan la vida del paciente, en términos físicos, emocionales, espirituales y sociales, lo que a su vez potencia la práctica profesional. Por lo tanto, la beneficencia ya no es un mandato abstracto o normativo, sino que se convierte en una práctica específica fundamentada en el compromiso auténtico con el bienestar integral del otro, así como en la responsabilidad y la empatía. Al mismo tiempo, este modelo asegura que cada individuo sea tratado con sensibilidad cultural, respeto y consideración, sin importar su vulnerabilidad o estado de salud. En esta línea, dignificar al paciente se convierte en un pilar fundamental de la atención, ya que ayuda a establecer vínculos terapéuticos más justos, respetuosos y humanizados dentro de los sistemas sanitarios.

Además, al valorar la vida desde un enfoque holístico, se puede superar una visión biomédica tradicional y agregar aspectos espirituales, emocionales y existenciales al proceso de cuidado. Así pues, la enfermería no se restringe a curar cuerpos o atender enfermedades, sino que asiste a los individuos en su anhelo de significado, esperanza y bienestar integral, sobre todo en situaciones de dolor o en el final de la vida. Por lo tanto, la Teoría del Cuidado Humano ayuda de manera significativa a establecer una práctica enfermera que sea ética, reflexiva y responsable en términos sociales, y que esté en consonancia con los retos actuales del sistema de salud. Este enfoque también promueve que los profesionales sean más empáticos, conscientes y dedicados a la dignidad y al valor inherente de cada persona.

El análisis se amplió y se determinó que la beneficencia solo tiene su significado completo en enfermería si está relacionada con el respeto a la dignidad y con una apreciación total de la vida humana. Estas tres dimensiones no funcionan como principios independientes, sino que son aspectos complementarios de una misma lógica ética del cuidado. Por lo tanto, para ser verdaderamente beneficiosa, cualquier práctica debe cuestionarse no solo qué intervención es conveniente, sino también la manera en que se lleva a cabo, cómo la vive el paciente y qué significado tiene en su vida.

La teoría de Jean Watson continúa ofreciendo un marco sólido para responder a esa exigencia. Su énfasis en la presencia auténtica, la compasión, la conciencia moral y la integración de mente, cuerpo y espíritu permite comprender que la técnica y la humanidad no son dimensiones opuestas, sino componentes que deben mantenerse en equilibrio. Cuando la práctica enfermera se inspira en este enfoque, el cuidado deja de ser una suma de tareas fragmentadas y se convierte en un encuentro clínico y ético con capacidad transformadora.

Asimismo, la revisión mostró que la humanización del cuidado depende tanto del profesional como de la institución. La dignidad del paciente puede verse vulnerada por fallas de comunicación, infraestructuras inadecuadas, escasez de tiempo o culturas laborales centradas exclusivamente en la productividad. En consecuencia, promover cuidado humanizado requiere liderazgo, políticas concretas, evaluación continua y formación permanente. La humanización no debe quedar reducida a un ideal retórico, sino traducirse en condiciones reales que permitan cuidar bien.

Finalmente, puede afirmarse que la beneficencia, la dignidad humana y el valor de la vida constituyen un horizonte ético imprescindible para una enfermería consciente de su responsabilidad social. Reafirmar estos principios fortalece la identidad profesional, mejora la experiencia del paciente y orienta decisiones más justas, compasivas y centradas en la persona. Desde esta perspectiva, la teoría de Watson conserva plena pertinencia para acompañar los desafíos contemporáneos del cuidado en contextos cada vez más complejos y tecnificados.

Referencias Bibliográficas

- Afonso, S. R., Padilha, M. I., Neves, V. R., Elizondo, N. R., & Vieira, R. Q. (2024). Critical analysis of the scientific production on Jean Watson's Theory of Human Care. *Revista Brasileira de Enfermagem*, 77(2), e20230231.
<https://www.scielo.br/rj/reben/afjSspfsdqZWDtBmrC8yXC74G/?lang=en>
- Busch, I. M., Moretti, F., Travaini, G., Wu, A. W., & Rimondini, M. (2019). Humanization of care: Key elements identified by patients, caregivers, and healthcare providers. A systematic review. *The Patient*, 12(5), 461–474.
<https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/31203515/>
- Cheraghi, R., Valizadeh, L., Zamanzadeh, V., Hassankhani, H., & Jafarzadeh, A. (2023). Clarification of ethical principle of beneficence in nursing care: An integrative review. *BMC Nursing*, 22, 89.
<https://bmcnurs.biomedcentral.com/articles/10.1186/s12912-023-01246-4>
- Delgado-Galeano, M., Ibáñez-Alfonso, L. E., Villamizar-Carvajal, B., & Durán de Villalobos, M. M. (2023). Transpersonal Caritas relationship: A new concept from the unitary caring science framework of Jean Watson. *Investigación y Educación en Enfermería*, 41(3), e02.
<https://revistas.udea.edu.co/index.php/iee/article/view/355364>
- Fuseini, A., McGrath, A., Clayton, J., & McCaffrey, G. (2023). Patient dignity and dignified care: A qualitative description of hospitalised older adults perspectives. *Journal of Clinical Nursing*, 32(7–8), 1286–1302.
<https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/35322497/>
- Gunawan, J., Aunguroch, Y., Watson, J., & Marzilli, C. (2022). Nursing administration: Watson's theory of human caring. *Nursing Science Quarterly*, 35(2), 235–243.
<https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/35392719/>
- Julca-Lázaro, M. O., & Guzmán-Ávalos, M. (2024). Cuidado humanizado del profesional de enfermería relacionado con principios bioéticos en pacientes hospitalizados. *Apuntes de Bioética*, 7(1), 70–86.
<https://revistas.usat.edu.pe/index.php/apuntes/article/view/1078>
- Melita-Rodríguez, A. B., Jara-Concha, P. T., & Valencia-Contrera, M. A. (2022). Indicadores de cuidado humanizado de enfermería en atención intrahospitalaria. *Index de Enfermería*, 31(4), 294–298.
https://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1132-12962022000400012

- Meneses-La-Riva, M. E., Suyo-Vega, J. A., & Fernández-Bedoya, V. H. (2021). Humanized care from the nurse-patient perspective in a hospital setting: A systematic review. *Frontiers in Public Health*, 9, 737506. <https://doi.org/10.3389/fpubh.2021.737506>
- Nielsen, A. H., Kvande, M. E., & Angel, S. (2023). Humanizing and dehumanizing intensive care: A thematic synthesis (HumanIC). *Journal of Advanced Nursing*, 79(1), 385–401. <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/36281216/>
- Pabón-Ortiz, E. M., Mora-Cruz, J. V., Buitrago-Buitrago, C. Y., & Castiblanco-Montañez, R. A. (2021). Estrategias para fortalecer la humanización de los servicios en salud en urgencias. *Revista Ciencia y Cuidado*, 18(1), 94–104. <https://revistas.ufps.edu.co/index.php/cienciaycuidado/article/view/2512>