

Intervenciones de enfermería orientadas al cuidado humanizado en el área de obstetricia: una revisión sistemática

Nursing interventions oriented towards humanized care in the area of obstetrics: a systematic review

<https://doi.org/10.47606/ACVEN/MV0322>

Andrés Geovanny León-Sigua^{1*}

<https://orcid.org/0009-0000-3931-2923>
agleons@pucesd.edu.ec

Heidy Nohelia Macías-Valdez¹

<https://orcid.org/0009-0005-7623-5281>
hnmacias@pucesd.edu.ec

David Eduardo González-Naranjo¹

<https://orcid.org/0000-0002-9620-8409>
degonzalezn@puce.edu.ec

Recibido: 18/01/2026

Aceptado: 06/03/2026

RESUMEN

Introducción: El cuidado humanizado en obstetricia constituye un eje fundamental de la práctica de enfermería, al reconocer a la mujer como un ser integral con necesidades físicas, sociales, culturales y emocionales; no obstante, su aplicación en los servicios obstétricos aún presenta limitaciones en varios sentidos. **Objetivo:** Analizar la evidencia científica disponible sobre las intervenciones de enfermería orientadas al cuidado humanizado en obstetricia y su impacto en la satisfacción y el bienestar de las mujeres gestantes, parturientas y púerperas. **Materiales y métodos:** El estudio consistió en una revisión sistemática siguiendo la declaración PRISMA, consultando estudios publicados en las bases de datos Scopus, PubMed, Redalyc, Dialnet, SciELO y Google Scholar, entre 2020 y 2025. Se incluyeron estudios primarios y revisiones sistemáticas en español e inglés. La calidad metodológica se evaluó mediante el modelo *Johns Hopkins Nursing Evidence-Based Practice* (JHNEBP). De 1209 registros iniciales, se incluyeron 24 estudios, en los que se advierten cinco dimensiones del cuidado humanizado: comunicativa-emocional, ética y de derechos, técnica-asistencial, cultural y espiritual. **Resultados:** Las intervenciones más efectivas fueron la psicoprofilaxis obstétrica, el acompañamiento continuo, la comunicación terapéutica, los planes de parto individualizados, y la educación para el autocuidado. Los estudios reportan mejoras en satisfacción materna, reducción de la ansiedad y violencia obstétrica, así como mejores indicadores perinatales. **Conclusiones:** Se concluye que las intervenciones de enfermería orientadas al cuidado humanizado mejoran la experiencia de las mujeres y constituyen un indicador de calidad asistencial, cuya implementación requiere políticas institucionales y formación continua para garantizar un cuidado integral y respetuoso

Palabras clave: Cuidado humanizado, obstetricia, enfermería, gestantes, satisfacción materna.

¹Pontificia Universidad Católica del Ecuador

* Autor de correspondencia: agleons@pucesd.edu.ec

ABSTRACT

Introduction: Humanized care in obstetrics is a fundamental pillar of nursing practice, recognizing women as holistic beings with physical, social, cultural, and emotional needs; however, its application in obstetric services still faces limitations in several areas. **Objective:** To analyze the available scientific evidence on nursing interventions focused on humanized care in obstetrics and their impact on the satisfaction and well-being of pregnant, laboring, and postpartum women. **Materials and methods:** This study consisted of a systematic review following the PRISMA guidelines, consulting studies published in the Scopus, PubMed, Redalyc, Dialnet, SciELO, and Google Scholar databases between 2020 and 2025. Primary studies and systematic reviews in Spanish and English were included. Methodological quality was assessed using the Johns Hopkins Nursing Evidence-Based Practice (JHNEBP) model. Of the initial 1209 records, 24 studies were included, revealing five dimensions of humanized care: communicative-emotional, ethical and rights-based, technical-assistance, cultural, and spiritual. **Results:** The most effective interventions were obstetric psychoprophylaxis, continuous support, therapeutic communication, individualized birth plans, and self-care education. The studies reported improvements in maternal satisfaction, reductions in anxiety and obstetric violence, as well as better perinatal outcomes. **Conclusions:** It is concluded that nursing interventions focused on humanized care improve women's experiences and constitute an indicator of quality care. Their implementation requires institutional policies and ongoing training to guarantee comprehensive and respectful care.

Keywords: Humanized care, obstetrics, nursing, pregnant women, maternal satisfaction.

INTRODUCCIÓN

El cuidado humanizado constituye la premisa fundamental del actuar de enfermería, pues sitúa a la persona como un ser biopsicosocial cuyas dimensiones físicas, emocionales y sociales interactúan de manera continua. En el ámbito de la obstetricia, la humanización de los servicios reproductivos ha sido analizada desde las experiencias de las mujeres. Se evidencia la necesidad de transformar las prácticas asistenciales para garantizar un trato digno y respetuoso (1). La atención obstétrica centrada en la persona se presenta como un modelo que integra el respeto a la autonomía, la privacidad y la toma de decisiones informadas, que impacta en la mejora de los resultados maternos y perinatales (2).

No obstante, la percepción de las mujeres sobre el cuidado humanizado durante el parto revela que, aunque en ocasiones se reciba una buena atención, subsisten determinadas deficiencias sobre todo, en materia de comunicación y acompañamiento continuo (3). Para superar estas brechas, se ha propuesto una perspectiva de calidad integral en las maternidades, basada en los derechos humanos, que procura reducir las intervenciones innecesarias y así lograr una experiencia positiva del nacimiento (4). En Ecuador, estudios demuestran que la humanización de los cuidados en obstetricia y ginecología es aún

insuficiente en la mayoría de sus dimensiones, excepto en espiritualidad y diferenciación del cuidado, lo que patentiza que se logra una aplicación parcial del cuidado humanizado (5).

El parto humanizado y la labor de enfermería son fundamentales en función de lograr la educación de la gestante, y además para prevenir la violencia obstétrica y fomentar prácticas no invasivas que a la vez respeten la fisiología del parto (6). En este sentido, el parto humanizado implica la integración de las percepciones, requerimientos emocionales y valores de la mujer y su familia a lo largo de todo el proceso, desde la gestación hasta el puerperio tardío (7). La psicoprofilaxis obstétrica, se perfila como una estrategia complementaria que contribuye a la educación prenatal de la mujer, a la vez que le desarrolla habilidades para desempeñar un rol más activo en el trabajo de parto (8).

Desde el punto de vista teórico, el cuidado humanizado se sustenta en modelos multidisciplinarios. Las vivencias del profesional de enfermería en el cuidado de personas con diversidad de género, destacan el compromiso moral de proteger y realzar la dignidad humana (9). La omisión del cuidado ha sido objeto de revisiones sistemáticas que señalan el deterioro de la humanización cuando se prioriza la patología sobre la persona (10). Complementariamente, la teoría de relaciones interpersonales de Hildegard Peplau aporta herramientas para establecer una comunicación efectiva y una colaboración activa del paciente en su propio cuidado (11,12). Estos estudios han demostrado que las relaciones interpersonales adecuadas favorecen el afrontamiento en situaciones de vulnerabilidad, como el aislamiento social (13).

El autocuidado constituye otro pilar fundamental. Su aplicación permite empoderar a la gestante mediante la educación y la promoción de prácticas independientes que mejoran su bienestar y el de la familia (14,15). No obstante, lograr la humanización del cuidado durante el parto requiere, además de un modelo adaptado para cada institución, que tome en consideración la realidad local, la infraestructura disponible, la cultura organizacional y las necesidades específicas de cada paciente (16).

Esa práctica humanizada, requiere orientaciones formativas que desarrollen competencias comunicativas y emocionales en los profesionales de enfermería. Para lograrlo se necesitan estrategias pedagógicas que fortalezcan la relación terapéutica entre estos y las pacientes (17). La formación debe incluir principios bioéticos, ya que existe una correlación positiva entre el cuidado humanizado y la aplicación de la autonomía,

beneficencia, no maleficencia y justicia en la atención hospitalaria (18). La medición de ese cuidado humanizado es posible mediante instrumentos validados que evalúan la percepción de los usuarios sobre el acompañamiento emocional y técnico del personal de enfermería (19).

El enfoque cultural es otro componente del cuidado humanizado. Si bien está marcado por el desarrollo tecnológico, la cercanía y la empatía siguen siendo irremplazables (20, 21). Otra arista del tema es la necesidad de incentivar la motivación y la preparación del personal de enfermería para llevarlo exitosamente a la práctica, sobre todo en contextos donde aparecen manifestaciones de estrés y sobrecarga laboral (22).

Desde la mirada de las propias gestantes, aun cuando temores y preocupaciones, comprensibles en el proceso del parto, la atención humanizada puede atenuar esas angustias y fortalecer el sentido de autonomía (23), además de que puede contribuir a la reducción de la violencia obstétrica (24). En esencia se trata de articular una atención técnica-profesional de calidad con el acompañamiento humano (25).

A partir de estos antecedentes, el problema científico que guía esta revisión sistemática es: ¿En mujeres gestantes, parturientas o púerperas, las intervenciones de enfermería, orientadas al cuidado humanizado, comparadas con los cuidados obstétricos convencionales, mejoran la satisfacción y bienestar durante la atención obstétrica? A partir de esta idea, se plantea como objetivo: Analizar la evidencia científica disponible sobre las intervenciones de enfermería orientadas al cuidado humanizado en obstetricia y su impacto en la satisfacción y el bienestar de las mujeres gestantes, parturientas y púerperas.

MATERIALES Y MÉTODOS

Para el desarrollo de esta investigación se realiza una revisión sistemática de la literatura científica siguiendo las directrices de la declaración de PRISMA (*Preferred Reporting Items for Systematic reviews and Meta-Analyses*), con el propósito de garantizar transparencia, reproductibilidad y rigor metodológico en cada etapa del proceso (1).

La interrogante que guio la revisión se formuló bajo el formato PICO: ¿En mujeres gestantes, parturientas o púerperas (P), las intervenciones de enfermería, orientadas al cuidado humanizado (I), comparadas con los cuidados obstétricos convencionales (C), mejoran la satisfacción y bienestar durante la atención obstétrica (O)?

Se consultaron las bases de datos Scopus, PubMed, Redalyc, Dialnet y SciELO, complementadas con búsquedas en Google Scholar para ampliar la cobertura. El período de búsqueda comprendió desde enero de 2020 y hasta diciembre de 2025, con el fin de incluir estudios recientes y relevantes.

La estrategia de búsqueda se diseñó con los descriptores en Ciencias de la Salud (DeCS/MeSH) y operadores booleanos (AND, OR). Se adaptaron términos específicos para cada base de datos según las diferencias en su indexación.

En total, se identificaron 1209 potenciales registros: 20 de PubMed, 1000 de Scopus, 153 en Redalyc, 6 en Dialnet y 30 en SciELO. Todos los registros fueron exportados al gestor bibliográfico Mendeley. La tabla 1 muestra las estrategias de búsqueda empleadas para cada base de datos.

Tabla 1.
DeCS/MeSH – Estrategias de búsqueda

Nº	Estrategia de búsqueda adaptada	Base de datos	Artículos identificados
1	Humanized care AND Obstetric care AND Maternal health OR Maternity services AND Nursing.	PubMed	20
2	Cuidado humanizado OR Humanized care AND Obstetricia OR Obstetric care AND Mujer embarazada OR Pregnant woman AND Enfermería OR Nursing.	Scopus	1000
3	Respectful maternity care AND Humanized childbirth AND Obstetric services OR Maternal health care AND Health personnel.	Redalyc	153
4	Cuidado humanizado OR Atención humanizada AND Parto respetado OR Humanized childbirth AND Servicios obstétricos OR Obstetric units AND Profesionales de salud OR Health professionals.	Dialnet	6
5	Humanized care OR Respectful care AND Obstetric services OR Maternity care AND Women OR Pregnant women AND Nursing care.	SciELO	30

Fuente: Elaboración propia

Se establecieron criterios de inclusión y de exclusión para garantizar la pertinencia de los estudios.



- Criterios de inclusión:
 - Estudios primarios cuantitativos, cualitativos o mixtos y revisiones sistemáticas.
 - Publicaciones en español o inglés.
 - Período de publicación entre 2020 y 2025.
 - Centrados en el cuidado humanizado en el área de obstetricia, ya sea en el embarazo, el parto o el puerperio.
 - Que incluyeran intervenciones de enfermería o evaluaran la percepción sobre el cuidado humanizado.
- Criterios de exclusión:
 - Documentos no revisados por pares, como cartas al editor, editoriales, resúmenes de congresos u otros informes.
 - Publicaciones anteriores a 2020.
 - Estudios realizados en otras áreas diferentes a la obstetricia.
 - Investigaciones que no guardaran alguna relación con el cuidado humanizado o las intervenciones de enfermería.

Proceso de selección de estudios

La selección se realizó en dos fases:

- I. Cribado por títulos y resúmenes: Dos revisores independientes (León y Macías) excluyeron los artículos que no cumplían con los criterios de inclusión
- II. Evaluación de texto completo: Los artículos preseleccionados fueron leídos en su totalidad para verificar su elegibilidad

Las discrepancias se resolvieron mediante consenso y, en los casos en que persistieran tiene lugar la participación de un tercer revisor (González). Finalmente se incluyeron 24 estudios en la revisión sistemática. Se diseñó una hoja de Excel que incluyó: Autores y año, país, tipo de estudio, población, muestra, intervenciones de enfermería orientadas al cuidado humanizado y comparación cuando se señalaba, principales resultados relacionados esencialmente con satisfacción, bienestar u otra experiencia positiva, y limitaciones reportadas. La extracción fue realizada por los dos revisores de manera independiente y posteriormente fue cruzada para verificar consistencia.



Para la evaluación de la calidad metodológica de los estudios seleccionados se empleó el *Johns Hopkins Nursing Evidence – Based Practice Model* (JHNEBP) (26). Los artículos fueron clasificados según:

- Nivel de evidencia (I – V): I (ensayos clínicos), II (estudios cuasiexperimentales), III (estudios observacionales, cualitativos o revisiones sistemáticas), IV (opinión de expertos), V (estudios de caso o series de caso)
- Calidad (A – C): A (Alta), B (Buena), C (Baja).

Dos revisores independientes aplicaron los criterios establecidos en los *Appendix E* y *Appendix F* del manual del revisor de JHNEBP. Cualquier desacuerdo se resolvió por discusión. Esta herramienta permitió valorar la solidez científica, validez interna, consistencia de resultados y aplicabilidad de cada estudio para garantizar la rigurosidad de la revisión. Los resultados mostraron que el 62,5% (15/24) de los estudios presentaron nivel de evidencia III, el 29,2% (7/24) nivel IV y un 8,3% (2/24) nivel I. En cuanto a la calidad, el 33,3% (8/24) fueron calificados como A, el 54,2% (13/24) como B y el 12,5% (3/24) como C.

Debido a la heterogeneidad metodológica de los estudios, con diferentes diseños, poblaciones, intervenciones y tipos de resultados, no se realizó un metaanálisis. Se decidió realizar, por tanto, una síntesis narrativa estructurada por dimensiones del cuidado humanizado, tipos de intervenciones y resultados maternos reportados

Al tratarse de una revisión sistemática de literatura publicada, no se requirió aprobación por un comité de ética. Se respetaron las fuentes originales, citando cada estudio.

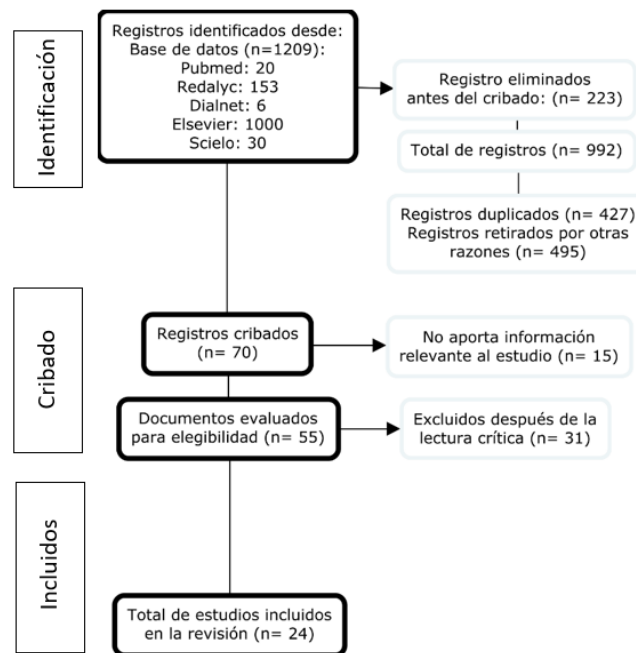
RESULTADOS

Selección de los estudios

La búsqueda inicial identificó 1209 registros. Tras la eliminación de 421 duplicados, se cribaron 788 títulos y resúmenes, de los cuales se excluyeron 718 por no cumplir los criterios de inclusión. Se evaluaron 70 artículos a texto completo, y 46 fueron descartados por: no centrarse en obstetricia (n=18), no abordar intervenciones de enfermería (n=12), no presentar desenlaces de satisfacción o bienestar (n=10), o ser documentos no originales (n=6). Finalmente, se incluyeron 24 estudios en la revisión sistemática, tal como se muestra en el diagrama PRISMA (Figura 1).

Figura 1.

Diagrama de flujo PRISMA del proceso de selección de estudios.



Fuente: Elaboración propia basado en la declaración PRISMA

Características de los estudios

Los estudios abarcaron diferentes países de América Latina y Europa, con predominio de diseños observacionales y cualitativos. Según el modelo JHNEBP, el 62,5% (15/24) correspondió al nivel de evidencia III, el 29,2 % (7/24) a nivel IV y el 4,2 % (1/24) a nivel I. En cuanto a la calidad, el 33,3% (8/24) fueron clasificados como A (alta), el 54,2% (13/24) como B (buena) y el 12,5% (3/24) como C (baja).

Dimensiones del cuidado humanizado

Los estudios coincidieron en que el cuidado humanizado es multidimensional, identificándose cinco dimensiones centrales:

1. Comunicativo-emocional: La comunicación efectiva y la empatía fueron las más citadas. Borges Damas et al. (3) reportaron que el 75,2% de las mujeres percibió cualidades positivas en el trabajo de enfermería. Sin embargo Espinoza Vidal et al. (5) hallaron deficiencias en la mayoría de las dimensiones, excepto la espiritualidad.
2. Ética y derechos: Incluye respeto a la autonomía, consentimiento informado y trato digno. Julca Lázaro & Guzmán Ávalos (18) demostraron correlación positiva

- entre cuidado humanizado y principios bioéticos. Ospina Venegas et al. (1) denunciaron vulneraciones a la privacidad y relaciones de poder autoritarias.
3. Técnico-asistencial: Se refiere a la competencia clínica y de seguridad. (Távora Orozco (2) señaló que la evidencia respalda sustituir prácticas rutinarias por atención centrada en la persona.
 4. Cultural: Suárez Máximo & Meza García (20) destacaron la importancia de integrar conocimientos tradicionales y cosmovisión. Mientras Troncoso Espinoza & Figueroa Lassalle (4) subrayaron que el respeto a la cultura forma parte de la calidad integral.
 5. Espiritual: Espinoza Vidal et al. (5), encontraron que la espiritualidad fue una de las dimensiones mejor valoradas, con correlación significativa con la edad.

Intervenciones de enfermería orientadas al cuidado humanizado

Las intervenciones se agruparon en cinco categorías principales:

- Educativas: La psicoprofilaxis obstétrica (8) y la preparación al parto (6,14) reducen la medicalización y mejoran el control del dolor. Marbella Palencia & Sinchi Sinchi (14) aplicaron la teoría para fomentar el autocuidado.
- Centradas en la mujer: Planes de parto individualizados y decisiones compartidas (2,7,23). Lafaurie Villamil et al. (23) reportaron que la atención empática disminuye la ansiedad y fortalece la autonomía.
- Organizacionales: Acompañamiento continuo y adecuación de infraestructura (1,3,6,24). Becerra et al (24) demostraron que el acompañamiento mejora la experiencia emocional.
- Basadas en derechos: Protocolos para prevenir violencia obstétrica y garantizar el consentimiento informado (1,6,18).
- Relacionales: Comunicación terapéutica y apoyo emocional continuo (12,13,17,19). Hermosilla Ávila et al. (19) diseñaron un instrumento validado para evaluar acompañamiento emocional y técnico.

Impacto en los resultados maternos

Los estudios reportaron efectos positivos en varios desenlaces.

- Satisfacción materna: Borges Damas (3) hallaron que el 88,42 % de las mujeres identificó el trabajo humanizado “casi siempre”.
- Reducción de ansiedad y temor: Lafaurie Villamil et al. (23) observaron menor angustia en gestantes con atención empática.
- Disminución de la violencia obstétrica: Ospina Vanegas et al. (1) y Cobo Pérez & Jiménez Jiménez (6) asociaron el cuidado humanizado con la erradicación del maltrato.
- Mejores indicadores perinatales: Távara Orozco (2) y Colmenares & Ramírez (7) señalaron reducción de complicaciones y maternidad más segura.

Barreras para la implementación

Se identificaron obstáculos sistémicos y formativos:

- Sobrecarga laboral y burnout: Caicedo Lucas et al. (21) señalaron que la alta demanda limita la humanización. Méndez Toledo (22) destacó el estrés laboral como desafío.
- Infraestructura inadecuada: Ospina Vanegas et al. (1) y Coral Ibarra (16) describen espacios con condiciones inadecuadas y con falta de privacidad.
- Formación insuficiente: Díaz Rodríguez et al. (17) evidenciaron carencia de competencias emocionales y comunicativas
- Actitudes deshumanizantes: Ramírez Moreno et al. (9) y Mendoza Añamíse et al. (11) describieron prácticas centradas en la patología y no en la persona y sus peculiaridades físicas y psicológicas

Síntesis de la evidencia

La tabla 2 resume las intervenciones más efectivas y su nivel de evidencia. La psicoprofilaxis obstétrica (8, 14) y el acompañamiento continuo (1, 3, 24) son las estrategias con mayor respaldo. La comunicación terapéutica (12, 13, 17) y los planes de parto individualizado (2, 7) refuerzan la autonomía y confianza durante el parto.

Tabla 2.

Intervenciones más efectivas, nivel de evidencia e impacto

Intervención	Estudios que la respaldan	Nivel de evidencia (JHNEBP)	Impacto reportado
--------------	---------------------------	-----------------------------	-------------------

Psicoprofilaxis obstétrica	(8, 14)	III, IV	Disminución del miedo, empoderamiento y reducción del dolor
Acompañamiento continuo	(1, 3, 24)	I, III	Disminución de la violencia obstétrica y aumento de la satisfacción de la mujer
Comunicación terapéutica	(12, 13, 17)	III, IV	Fortalecimiento de la relación entre el personal de enfermería y la paciente
Planes de parto individualizado	(2, 7)	IV	Aumento de la autonomía y preferencias
Educación para el autocuidado	(14, 15)	III, IV	Promoción de la independencia y el bienestar

DISCUSIÓN

Los hallazgos de esta revisión sistemática demuestran que las intervenciones de enfermería orientadas al cuidado humanizado en obstetricia constituyen un eje esencial para mejorar la satisfacción, el bienestar y en general la experiencia vivida por las mujeres en su embarazo, parto y puerperio. La evidencia apunta a que el cuidado humanizado es multidimensional e integra aspectos comunicativos, éticos, técnicos, culturales y espirituales (1, 5). Esto demuestra que la atención de enfermería en el área obstétrica no debe limitarse a la dimensión clínica, sino que también debe considerar a la mujer como un sujeto integral, con carencias emocionales o sociales y con derechos que requieren un acompañamiento constante (1, 2).

La dimensión comunicativo-emocional emerge como la vía más valorada por las gestantes, quienes identifican la empatía y la comunicación efectiva como factores decisivos en función de la disminución de la ansiedad y el temor durante el parto (3, 23). No obstante, estudios realizados en Ecuador evidencian la existencia de limitaciones en la aplicación de este enfoque, especialmente en cuanto a la comunicación y el acompañamiento continuo (5). Este hallazgo patentiza una brecha entre la teoría y la práctica, que debe abordarse mediante programas formativos que comprendan el desarrollo de competencias emocionales y comunicativas (17).

Desde el punto de vista ético, la correlación positiva entre cuidado humanizado y principios bioéticos como la autonomía, beneficencia y justicia (18) refuerza la importancia de desarrollar protocolos institucionales que garanticen consentimiento informado y un trato digno a las gestantes. Los estudios consultados refieren que la ausencia de estos principios puede favorecer la violencia obstétrica y el establecimiento de relaciones de poder autoritarias entre el personal de enfermería y la paciente (1, 6). En este sentido, la enfermería desempeña un rol estratégico como garante de derechos, educación a las gestantes y promoción de prácticas respetuosas (6).

Las intervenciones educativas, como la psicoprofilaxis obstétrica, demostraron su efectividad para empoderar a la mujer y mejorar el control del dolor (8, 14). Estas estrategias promueven el autocuidado y la independencia, fortaleciendo la participación de la gestante en su proceso reproductivo (14). Del mismo modo, los planes para el parto individualizado y la toma de decisiones compartida (2, 7) son herramientas que potencian el respeto a la autonomía y las preferencias de las mujeres, favoreciendo una maternidad segura y con las intervenciones que sean realmente necesarias.

Otros estudios de calidad (1, 3, 24), refieren que el acompañamiento continuo se consolida como una de las intervenciones más efectivas, por disminuir la violencia obstétrica y aumentar la satisfacción materna. Mientras otros resultados apuntan a la importancia de la presencia familiar y de la adecuación de infraestructuras para garantizar la privacidad necesaria (24). No obstante, la implementación de estas prácticas enfrenta barreras asociadas a la sobrecarga laboral o a la escasez del personal de enfermería (21, 22), lo que limita la capacidad de brindar un cuidado cercano y empático.

La dimensión cultural también resulta decisiva, pues es necesario reconocer las creencias y prácticas tradicionales de las mujeres gestantes, pues esto favorece el cuidado intercultural y la comunicación (20). En sociedades caracterizadas por la diversidad como la ecuatoriana, este enfoque es imprescindible para garantizar respeto a la cosmovisión materna y evitar prácticas discriminatorias o deshumanizantes (9, 11). La integración de saberes tradicionales con la atención clínica moderna constituye un desafío, pero a la vez, es una oportunidad para enriquecer la práctica obstétrica.

En cuanto al impacto en los resultados maternos, los trabajos consultados reportan mejoras significativas en la satisfacción, la reducción de la ansiedad y la disminución de violencia obstétrica (3, 6, 23). Por otra parte, la atención centrada en la persona se relaciona con mejores indicadores perinatales y reducción de complicaciones en el parto (2, 7). Estos hallazgos refuerzan la hipótesis de que el cuidado humanizado no solo tiene beneficios emocionales, sino también clínicos, consolidándose como un modelo integral de atención de salud.

No obstante, persisten barreras estructurales que limitan su implementación. La falta de formación específica en humanización (17), la infraestructura inadecuada (1, 16) y las actitudes centradas en la patología (9, 11) frenan la consolidación de este enfoque. Superar estas limitaciones demanda prácticas y políticas institucionales que jerarquicen

la humanización como indicador de calidad, así como programas de capacitación continua para el personal de enfermería vinculado al área de obstetricia.

El cuidado humanizado, en esta especialidad médica, no debe entenderse como un estándar aislado, sino como una práctica relativa a los principios éticos y humanísticos de la profesión médica y de enfermería. Una efectiva comunicación, el autocuidado y el acompañamiento continuo son ejes desde los que se articulan la confianza y el confort de las mujeres gestantes, que impactan de forma favorable en el núcleo familiar. La enfermería, como disciplina comprometida con la dignidad humana, tiene la responsabilidad de conducir un cambio cultural en los servicios obstétricos.

Entre las limitaciones de esta revisión sistemática figura la heterogeneidad metodológica de los estudios incluidos, lo que impidió realizar un metaanálisis. La mayoría de los trabajos presentó diseños observacionales o cualitativos, con un número reducido de ensayos clínicos, lo que limita la solidez de los resultados y recomendaciones formuladas. Por otra parte, la búsqueda se limitó a artículos publicados originalmente en español e inglés, con lo que pueden quedar excluidas perspectivas recogidas en artículos de otros idiomas. Otra limitante consistió en que la variabilidad de los instrumentos de medición de la satisfacción materna obstaculizó la comparación de los resultados con toda la objetividad que se necesitaba.

Futuras investigaciones deberían orientarse al desarrollo de ensayos clínicos aleatorios que permitan evaluar intervenciones de enfermería para contextos culturalmente diversos. También resultarían interesantes estudios mixtos que integren la percepción de las mujeres y los profesionales sobre las limitaciones o barreras y sobre los elementos facilitadores para la implementación del cuidado humanizado en gestantes. Finalmente se recomienda identificar vías para la evaluación del impacto económico de estas intervenciones y su sostenibilidad en los sistemas de salud, con el fin de generar políticas institucionales que consoliden la humanización como un indicador clave de la calidad asistencial.

CONCLUSIONES

La revisión sistemática realizada permite afirmar que las intervenciones de enfermería con enfoque en el cuidado humanizado en obstetricia constituyen un pilar esencial para asegurar la satisfacción, el bienestar y la experiencia positiva de las mujeres gestantes,

parturientas y puérperas. La evidencia disponible confirma que el seguimiento de estrategias como el acompañamiento continuo, la comunicación efectiva, la psicoprofilaxis obstétrica, los planes de parto individualizados y la educación para el autocuidado contribuyen al fortalecimiento de la autonomía de la mujer, a la vez que conducen a la reducción de la violencia obstétrica y permiten alcanzar mejores resultados en los indicadores de cuidados maternos y perinatales.

El cuidado humanizado es un garante del cumplimiento de los principios éticos y bioéticos de la profesión de enfermería, especialmente del área de obstetricia. Desde los estudios consultados emergen dimensiones que lo operacionalizan, tal es el caso de las comunicativas, culturales y espirituales que garantizan un trato digno y respetuoso. A pesar de esto, su implementación enfrenta barreras relacionadas esencialmente con la sobrecarga laboral del personal de enfermería, la disponibilidad de una infraestructura inadecuada y la insuficiente formación en competencias emocionales y comunicativas. Estas limitaciones demuestran la necesaria implementación de políticas institucionales que identifiquen la humanización como una prioridad. Se llega incluso a identificarla como un indicador de calidad asistencial, y por ende, se diseñen programas de capacitación continua relacionados con el fortalecimiento de competencias del personal de enfermería.

En el contexto ecuatoriano, la humanización del cuidado obstétrico se presenta como un indicador directamente proporcional a los indicadores de satisfacción de las gestantes y sus familias. Esto repercute positivamente en el bienestar materno-fetal y en la experiencia reproductiva de la pareja. A tales efectos, se recomienda a las áreas de obstetricia de los centros asistenciales integrar de manera sistemática las intervenciones humanizadas como parte de sus protocolos de atención. Solo de esta forma la mujer puede erigirse como verdadera protagonista de su proceso de gestación, parto y puerperio, potenciándose la consolidación de un modelo de cuidado integral, respetuoso y empático.

REFERENCIAS

1. Ospina Vanegas DP, Cristancho Gómez SM, Lafaurie Villamil MM, Rubio León DC. Humanización de los servicios reproductivos desde las experiencias de las mujeres: aportes para la reflexión. *Rev Cuid.* 2020;11(2). doi:10.15649/cuidarte.1005
2. Távara Orozco L. Atención Obstétrica Centrada en la Persona. *Rev Peru Ginecol Obstet.* 2023;69(2). doi:10.31403/rpgo.v69i2512

3. Borges Damas LB, Díaz Herrera L, Fuentes Suárez M, et al. Percepción de mujeres sobre el cuidado humanizado de enfermería durante la atención en el parto. *Rev Cuba Enferm.* 2021;37:e4295.
4. Troncoso-Espinoza PV, Figueroa-Lassalle CF. Hacia una atención de calidad integral en las maternidades con perspectiva de derechos humanos. *Rev Chil Obstet Ginecol.* 2022;87(2):8488. doi:10.24875/RECHOG.21000037
5. Espinosa Vidal DJ, Lojan VL, Urgilés-Barahona CE, Sigcho MIO. Humanización de los cuidados en ginecología y obstetricia. *Eur Public Soc Innov Rev.* 2024;9:1-19. doi:10.31637/epsir-2024-739
6. Cobo Pérez A, Jiménez Jiménez EI. Parto humanizado y la función de enfermería en los establecimientos de salud pública. *Enferm Investiga.* 2022;7(1):73-8. doi:10.31243/ei.uta.v7i1.994.2022
7. Colmenares J, Ramírez B. Let's go back to humanized childbirth. *Rev Obstet Ginecol Venezuela.* 2024;84(03):316-28. doi:10.51288/00840313
8. Martínez Schulte A, Karchmer Krivitzky S. Psicoprofilaxis obstétrica. La realidad actual. *Acta Médica Grupo Ángeles.* 2021;19(3):361-7. doi:10.35366/101728
9. Ramírez Moreno P, Santelices Tello C, Correa Quiroz A, Silva Morales B, Venegas Rojas B. Vivencias del profesional de enfermería en el cuidado humanizado a personas con diversidad de género. *Enferm Cuid Humaniz.* 2024;13(2):e3757. doi:10.22235/ech.v13i2.3757
10. Caiza-Cañar BM, López-Rúales RDP, González-Salas R. Cuidado humanizado de enfermería en el postquirúrgico del paciente oncológico: revisión sistemática. *Rev Arbitr Interdiscip Cienc Salud Salud Vida.* 2025;9(2):90-8. doi:10.35381/s.v.v9i2.4721
11. Mendoza Añamíse YA, Castillo Castillo MA, Herrera Jiménez MA, Pillajo-Pillajo SJ, Villao MC. Omisión del cuidado de enfermería y la teoría de Jean Watson: Una revisión sistemática. *Rev Científica Arbitr En Investig Salud GESTAR.* 2024;7(14):17-45. <https://journalgestar.org/index.php/gestar/article/view/107>
12. Naranjo Hernández Y. La teoría de relaciones interpersonales de Hildegard E Peplau en Enfermería. *Enferm Investiga.* 2024;9(2):118-23. doi:10.31243/ei.uta.v9i2.2488.2024.
13. Dal'Bosco EB, Floriano LSM, Rangel AGSS, Ribas MC, Cavalheiro APG, Silva CL da, et al. Coping in mental health during social isolation: analysis in light of Hildegard Peplau. *Rev Bras Enferm.* 2022;75:e20201207. doi:10.1590/0034-7167-2020-1207
14. Marbella Palencia E, Sinchi Sinchi HF. Autocuidado personal para la salud y bienestar; una mirada multidisciplinaria para abordar la situación de violencia en los adolescentes afrodescendientes. *Prohominum.* 2024;6(1):22-30. doi:10.47606/ACVEN/PH00222
15. Bernal Becerril ML, Pérez Zepeda M, Moreno Ferguson ME. Significado del cuidado obstétrico desde el cotidiano del estudiante de enfermería. *Enferm Univ.* 2018;15(3):242-53. doi:10.22201/eneo.23958421e2018.3.654.
16. Coral Ibarra RC. Humanización del cuidado de enfermería durante el parto. *Rev UDCA Actual Divulg Científica.* 2008;11(1):99-106. doi:10.31910/rudca.v11.n1.2008.601
17. Díaz Rodríguez M, Alcántara Rubio L, Aguilar García D, Puertas Cristobal E, Cano Valero M. Orientaciones formativas para un cuidado humanizado en enfermería: una

- revisión integrativa de la literatura. *Enferm Glob.* 2020;19(2):640-72. doi:10.6018/eglobal.392321
18. Julca-Lázaro MO, Guzmán-Ávalos M. Cuidado humanizado del profesional de enfermería relacionado con principios bioéticos en pacientes del hospital Víctor Ramos Guardia, Huaraz, 2022. *Apunt Bioét.* 2024;7(1):70-86. doi:10.35383/apuntes.v7i1.1078
 19. Hermosilla Ávila A, Mendoza Llanos R, Contreras Contreras S. Instrumento para valoración del cuidado humanizado brindado por profesionales de enfermería a personas hospitalizadas. *Index Enferm.* 2016;25(4):273-7. <https://www.index-f.com/index-enfermeria/v25n4/10312.php>
 20. Suárez Máximo JD, Meza García CF. Análisis del concepto cuidado en el parto con enfoque cultural: revisión de literatura. *Cult Cuid.* 2023;27(65):147-160. doi:10.14198/cuid.2023.65.12.
 21. Caicedo-Lucas LI, Mendoza-Macías CE, Moreira-Pilligua JI, Ramos-Arce GC. Cuidado humanizado: Reto para el profesional de enfermería. *Rev Arbitr Interdiscip Cienc Salud Salud Vida.* 2023;7(14):17-29. doi:10.35381/s.v.v7i14.2511
 22. Méndez Toledo JR. Beneficios, desafíos y estrategias en la implementación del cuidado humanizado de enfermería en hospitalización: revisión narrativa. *Enferm Cuid Humaniz.* 2025;14(1):e4309. doi:10.22235/ech.v14i1.4309
 23. Lafaurie Villamil MM. Atención humanizada del embarazo: la mirada de gestantes que acuden a una unidad hospitalaria de salud. *Enferm Actual En Costa Rica.* 2020;(38). doi:10.15517/revenf.v0i38.38376
 24. Becerra L, Huamaní M, Mendoza JDV. Humanización del parto y de la atención en hospitales: Una revisión sistemática. *Rev Vive.* 2025;8(23):485-99. doi:10.33996/revistavive.v8i23.391
 25. Mastarreno Cedeño MP, Briones Mera ÁR, Sánchez Sánchez SA, Farfán Vélez LC. Percepción del cuidado humanizado por parte del profesional de enfermería en el área de emergencia. *Rev Koinonia.* 2023;8(Supl 1):123-37. doi:10.35.381/r.k.v8i1.2568.
 26. Costa L.S, Souza MF. Evaluación del modelo de prácticas basada en evidencias Johns Hopkins: estudio preliminar con enfermeros clínicos. *Texto Contexto-Enfermagen,* 2025;34:e20240268 <https://doi.org/10.1590/1980-265X-TCE-2024-0268es>.