

## INVESTIGACIÓN

# PERCEPCIÓN DEL CUIDADO CENTRADO EN LA PERSONA EN PACIENTES HOSPITALIZADOS

## PERCEPTION OF PERSON-CENTERED CARE IN HOSPITALIZED PATIENTS

Yadany Elizabeth Carreto Salas<sup>1a</sup> | Isabel Álvarez-Solorza<sup>1b</sup> | Mariela Guzmán Vázquez<sup>2c</sup> |  
Vicenta Gómez Martínez<sup>1d</sup> | Blanca Estela Cervantes Guzmán<sup>3e</sup> | María Juana Gloria Toxqui Tlachino<sup>1f</sup>

### RESUMEN

**INTRODUCCIÓN.** Los cuidados centrados en la persona (CCP) corresponden a un modelo de atención sanitaria que aborda el proceso salud-enfermedad-atención-cuidados (PSEAC) desde una perspectiva biopsicosocial. Este enfoque destaca la importancia de la interacción entre el personal sanitario y los pacientes durante el proceso clínico para tomar decisiones conjuntas. **OBJETIVO.** Analizar la percepción de los pacientes hospitalizados sobre los cuidados centrados en la persona. **METODOLOGÍA.** Estudio cuantitativo, transversal y descriptivo, se realizó en un hospital de segundo nivel. La muestra fue no probabilística por casos consecutivos y se integró a 125 pacientes hospitalizados entre febrero y junio de 2024. Se incluyeron personas mayores de 18 años, de ambos sexos, con al menos 48 horas de estancia hospitalaria. Se excluyeron pacientes con ventilación mecánica o alteraciones cognitivas que impidieran responder el cuestionario. La recolección de datos se llevó a cabo mediante la aplicación directa del instrumento «Atención Centrada en la Persona», previo consentimiento informado. **RESULTADOS.** El 43,2 % de los participantes tenía entre 18 y 30 años, 54,4 % eran mujeres y el nivel educativo predominante fue primaria, 41,6 %. El 47,2 % calificó la atención recibida como regular. En la dimensión «atención personalizada» 82 % la consideró buena; en «comunicación» 60,8 % la evaluó como deficiente; y el 37,6 % manifestó una mala percepción en la dimensión «empoderamiento». **CONCLUSIONES.** Los hallazgos evidencian la necesidad de fortalecer la comunicación y el empoderamiento en los cuidados centrados en la persona, al considerar las características sociodemográficas de los pacientes para brindar una atención más adecuada y efectiva.

**Palabras clave:** Cuidado, modelo centrado en la persona, atención dirigida al paciente, salud holística.

### ABSTRACT

**INTRODUCTION.** Person-centered care (PCC) is a healthcare model that addresses the health-disease-care process from a biopsychosocial perspective. This approach emphasizes the importance of interaction between healthcare personnel and patients during the clinical process to support shared decision-making. **OBJECTIVE.** To analyze hospitalized patients' perceptions of person-centered care. **METHODOLOGY.** A quantitative, cross-sectional, and descriptive study was conducted with a non-probabilistic sample of 125 individuals. The "Person-Centered Care" instrument was applied after obtaining participants' informed consent. **RESULTS.** According to the sociodemographic data, 43,2% of participants were aged 18 to 30 years, 54,4% were women, and the predominant educational level was primary education (41,6%). Overall, 47,2% rated the care received as average. In the "personalized care" dimension, 82% evaluated the care as good. In contrast, 60,8% rated communication as poor, and 37,6% reported a negative perception of care in the "empowerment" dimension. **CONCLUSIONS.** The findings highlight the need to improve communication and empowerment in person-centered care and to consider patients' sociodemographic characteristics in order to provide more tailored and effective care. Evaluating patients' perceptions of the care received helps identify areas for improvement within the person-centered care model.

**Keywords:** Care; person-centered model; patient-focused care; holistic health.

<sup>1</sup> Facultad de Enfermería y Obstetricia, Universidad Autónoma del Estado de México, Toluca, México | <sup>2</sup> Complejo Científico Ortopédico Internacional "Frank País, La Habana, Cuba | <sup>3</sup> Hospital Juárez de México, México | <sup>a</sup> <https://orcid.org/0009-0009-5967-1179> | <sup>b</sup> <https://orcid.org/0000-0002-1340-1300> | <sup>c</sup> <https://orcid.org/0000-0003-0935-3817> | <sup>d</sup> <https://orcid.org/0000-0003-3125-927X> | <sup>e</sup> <https://orcid.org/0009-0003-3878-4074> | <sup>f</sup> <https://orcid.org/0000-0003-1307-2428> |

## INTRODUCCIÓN

Los cuidados centrados en la persona (CCP) corresponden a un modelo de atención sanitaria que aborda el proceso salud-enfermedad-atención-cuidados (PSEAC), desde un enfoque biopsicosocial en el que se destaca la importancia de la interacción médico-paciente durante el proceso clínico, con el fin de fomentar la creación de una agenda compartida y la toma de decisiones conjunta<sup>(1)</sup>. Este modelo guarda una estrecha relación con el método clínico centrado en el paciente (MCCP), el cual considera los aspectos biomédicos de la consulta, la experiencia del paciente al enfermar y la relación médico-paciente. El enfoque sitúa a la persona y su entorno en el centro de los servicios de salud, busca priorizarla como eje central de la medicina y la salud; en consonancia con las raíces más antiguas de la medicina, las cuales tendían a conceptualizar la salud de forma amplia y holística(1-4).

En la interacción médico-paciente del MCCP, el paciente proporciona la mayor cantidad de información posible y expresa sus sentimientos, mientras que el médico utiliza habilidades como la escucha activa y la interpretación de indicios verbales y no verbales para profundizar en la comprensión de la dolencia<sup>(1)</sup>. Tanto los cuidados centrados en la persona, como el método clínico centrado en el paciente, se enfocan en la atención y el cuidado integrales, con el objetivo de promover la salud, la calidad de vida y el bienestar.

Al retomar la expresión de la Organización Mundial de la Salud (OMS), se sostiene que “el disfrute del más alto nivel de salud posible es uno de los derechos fundamentales de todo ser humano”<sup>(5)</sup>. El cual está estrechamente vinculado con otros derechos humanos, como la no discriminación, el acceso a la información y la participación; ello implica que las personas tienen derecho a ejercer control sobre su salud. Estos principios son componentes esenciales del modelo de Atención Centrada en la Persona (ACP), que la OMS define como: “Un modelo que implica la necesidad de establecer una buena relación entre el equipo de salud, las personas, sus familias y la comunidad, enfatizando en los derechos y deberes de los involucrados y basado en la corresponsabilidad en el cuidado de la salud”<sup>(5)</sup>.

La estrategia mundial de la OMS reconoce que no existe un único modelo de atención centrada en la persona que pueda ser adoptado universalmente,

pues debe adaptarse a cada país y generar evidencia contextualizada que permita una práctica apropiada, aceptable y factible<sup>(6)</sup>.

La principal diferencia entre el modelo de ACP y el modelo tradicional de atención radica en su objetivo. Mientras que el modelo tradicional centra la responsabilidad en el profesional de salud, la ACP busca involucrar activamente a los pacientes en la toma de decisiones sobre su salud, haciéndolos corresponsables de estas bajo la supervisión del equipo sanitario. La evidencia disponible respalda el impacto positivo de la ACP en los resultados de salud; diversos estudios han demostrado que los enfoques centrados en la persona aumentan la satisfacción y el compromiso, tanto de los pacientes como del personal de salud, mejoran la orientación hacia las tareas, reducen la ansiedad y contribuyen a una mejor calidad de vida<sup>(7)</sup>.

La ACP se considera un indicador clave de calidad, esencial para promover servicios integrados, orientados a la recuperación de la salud. Para abordar estos aspectos, es necesario planificar la atención desde esta perspectiva; por ello, esta intervención fomenta la creación colaborativa de un plan de atención centrado en la recuperación y en el logro de las metas vitales de la persona<sup>(8)</sup>.

Este enfoque implica tratar a las personas como individuos únicos en su proceso de curación. Es un cuidado personalizado, coordinado y facilitador que debe ser multidisciplinario, pues una persona puede requerir el apoyo de múltiples profesionales. Trabajar bajo esta lógica implica reconocer las capacidades y el potencial de las personas para gestionar y mejorar su propia salud, viéndolas como participantes activos y no como víctimas o receptores pasivos de atención<sup>(9)</sup>.

Según lo planteado en el modelo de atención centrada en la persona, el cuidado es un elemento esencial en la práctica de enfermería, así como la relación de las enfermeras con el usuario del servicio —fundamental para su experiencia de cuidado— porque el rol del usuario es de colaboración, no el de un receptor pasivo de cuidados. Una relación centrada en la persona promueve la autoestima, la autoeficacia y la participación informada en las decisiones relacionadas con su salud<sup>(10)</sup>. En México, el Modelo del Cuidado de Enfermería centrado en la persona es definido como “una estrategia para orientar la práctica profesional de enfermería y es esencial para la toma de decisiones relacionadas con el cuidado de las personas, familia y grupos o comunidades que reciben los cuidados”<sup>(11)</sup>.

Evidentemente, la práctica centrada en la persona prioriza la personalidad de los individuos. Se sustenta en los valores éticos y profesionales de la enfermería, los cuales promueven una atención respetuosa que reconoce los derechos y la dignidad de cada uno, para generar una experiencia de cuidado más humana, empática y centrada en las necesidades reales de quienes reciben los servicios de salud<sup>(12)</sup>. En diversos países se ha investigado la percepción de los pacientes sobre la atención centrada en la persona, encontrando que en los hospitales públicos esta práctica es percibida como deficiente en comparación con los hospitales privados. Evaluar la calidad de la atención percibida por los pacientes permite desarrollar y establecer estrategias de mejora continua. Por lo tanto, si se desea ofrecer una atención segura y de calidad, es necesario fomentar en el personal de salud una cultura orientada a la ACP<sup>(13)</sup>. De ahí que el objetivo de la investigación sea analizar la percepción de los pacientes hospitalizados sobre los cuidados centrados en la persona.

## MÉTODO

Se trata de un estudio cuantitativo, descriptivo y transversal, realizado en un hospital de segundo nivel de atención. La muestra fue no probabilística por casos consecutivos, seleccionada durante los meses de febrero a junio de 2024, debido a consideraciones prácticas y logísticas propias del entorno hospitalario: alta rotación de pacientes, disponibilidad limitada de tiempo del personal y la necesidad de aplicar los instrumentos durante las jornadas de atención. Asimismo, se consideró que este tipo de muestreo permitiría acceder de manera continua a los pacientes disponibles en los distintos servicios durante su estancia hospitalaria, sin interferir en el proceso asistencial.

La muestra final se integró por 125 pacientes. Se incluyeron personas de ambos sexos, mayores de 18 años, con un periodo mínimo de hospitalización de 48 horas. Se excluyeron aquellos que estuvieran bajo ventilación mecánica o presentaran alguna alteración cognitiva que les impidiera responder el cuestionario. También se eliminaron del estudio los cuestionarios de los participantes que retiraron su consentimiento, respondieron de manera incompleta o duplicada.

### Instrumento y recolección de los datos

Para determinar la percepción de los pacientes sobre el cuidado centrado en la persona, se empleó el instrumento "Atención Centrada en la Persona" de

Guzmán Vázquez<sup>(14)</sup>. Este instrumento está integrado por 25 preguntas con respuestas tipo Likert (2="Siempre", 1="A veces" y 0="Nunca"). La puntuación mínima es de 0 y la máxima de 50. Los puntos de corte establecidos para evaluar la percepción del cuidado recibido por el paciente son los siguientes: 48 a 50 puntos indican percepción "excelente"; 40 a 47 "buena"; 35 a 39 "regular"; y menos de 35 "mala".

El instrumento se compone de tres dimensiones:

- **Atención personalizada:** Se refiere al grado en que los cuidados prestados por el personal de salud se ajustan a las características, necesidades, preferencias y contexto individual de cada paciente. Evalúa aspectos relacionados con el traslado hospitalario, la comodidad física y emocional, y la adaptación del entorno a la persona (ítems 1, 2, 3, 21, 22, 23 y 24)<sup>(14)</sup>.
- **Comunicación:** Evalúa la calidad, claridad, oportunidad y bidireccionalidad de la información proporcionada por el equipo de salud. Incluye explicaciones sobre el diagnóstico, tratamientos, tiempo de espera y disposición para escuchar al paciente (ítems 4, 5, 6, 7, 8, 9, 12, 14, 17, 18, 19 y 20)<sup>(14)</sup>.
- **Empoderamiento:** Indica el nivel de participación, autonomía y seguridad que experimenta el paciente durante la atención. Engloba la toma de decisiones, expresión de preferencias y seguridad durante la estancia (ítems 10, 11, 13, 15, 16 y 25)<sup>(14)</sup>.

### Adaptación del instrumento.

La adaptación del instrumento se realizó mediante juicio de expertos, con el objetivo de garantizar la validez de contenido y la adecuación cultural del cuestionario en el contexto mexicano<sup>(15)</sup>. Se seleccionaron seis expertos, cuatro nacionales y dos internacionales, bajo los siguientes criterios de inclusión: a) Grado académico de doctorado o maestría en ciencias de la salud. b) Experiencia en evaluación de calidad en servicios de salud. c) Trayectoria en investigación o docencia en temas relacionados con el cuidado centrado en la persona. Los expertos nacionales fueron contactados de forma presencial y los internacionales por vía electrónica. Se empleó una escala de puntuación ordinal de 0 a 3 para evaluar cada ítem del instrumento, donde:

- 0 = No pertenece (NP)
- 1 = Probablemente no pertenece (PNP)
- 2 = Probablemente sí pertenece (PSP)
- 3 = Sí pertenece (SP)

Para cada ítem se calcularon los promedios de puntuación asignados por los expertos. Aquellos con una media inferior a 1,5 fueron eliminados del instrumento. Los ítems con puntajes entre 1,6 y 2,0 fueron considerados con validez débil, entre 2,1 y 2,5 con validez aceptable, y los mayores a 2,6 con validez fuerte, según la escala propuesta por el autor original. El Índice de Validez de Contenido (IVC) global fue de 0,89, considerado alto, lo que respalda la consistencia de los juicios emitidos por los expertos.

Tras la evaluación, se incorporaron sugerencias lingüísticas y culturales pertinentes para garantizar la comprensión por parte de los pacientes hospitalizados en el contexto mexicano. La versión final del instrumento quedó conformada por 25 ítems, distribuidos en tres dimensiones (Anexo 1). Posteriormente, se realizó una prueba piloto con 30 pacientes hospitalizados que cumplían con los criterios de inclusión, con el propósito de evaluar la comprensibilidad, consistencia interna y confiabilidad del instrumento en su versión adaptada. Esta prueba arrojó un coeficiente alfa de Cronbach de 0,92, lo cual se interpretó como una confiabilidad aceptable. Los participantes de la prueba piloto no fueron incluidos en la muestra final del estudio, con el fin de evitar sesgos por exposición previa al instrumento.

### Análisis de los datos

Los datos obtenidos fueron analizados con el software estadístico SPSS versión 25. Se realizaron análisis descriptivos utilizando frecuencias y porcentajes para las variables cualitativas. En el caso de las variables cuantitativas, se calcularon medidas de tendencia central y de dispersión. Se aplicaron pruebas estadísticas bivariadas para evaluar asociaciones entre las características sociodemográficas y la percepción del cuidado centrado en la persona. En los casos que lo requirieron, se empleó la prueba exacta de Fisher y la prueba de chi cuadrado de Pearson, considerando un valor de  $p < 0,05$  como estadísticamente significativo.

### Consideraciones Éticas

El estudio se llevó a cabo conforme a los principios éticos de la Declaración de Helsinki y lo estipulado en el Reglamento de la Ley General de Salud en Materia de Investigación para la Salud<sup>(16)</sup>. Previo a su participación, se obtuvo el consentimiento informado de todos los pacientes. El protocolo fue aprobado por el Comité de Ética de la Facultad de Enfermería y Obstetricia de la Universidad Autónoma del Estado de México, con número de registro MEFGEN-0224.

## RESULTADOS

En relación con las características sociodemográficas de los participantes, se identificó que 43,2 % se encontraba en el rango de edad de 18 a 30 años, la mayoría (54,4 %) fueron mujeres y 41,6 % tenía como máximo nivel académico la educación primaria (Tabla 1).

**Tabla 1.** Personas según características sociodemográficas.

Características	Personas	%
<b>Edad</b>		
18-30	54	43,2
31-50	34	27,2
51-80	37	29,5
<b>Sexo</b>		
Masculino	57	45,6
Femenino	68	54,4
<b>Escolaridad</b>		
Primaria	52	41,6
Secundaria	49	39,2
Bachillerato y más	24	19,2

Fuente: Cuestionario aplicado

Del total de participantes, 47,2 % percibió que el cuidado de enfermería en general fue regular. Al analizar cada una de las dimensiones del instrumento, se encontró que en la dimensión "atención personalizada" 82,4 % de los pacientes consideró que el cuidado recibido fue bueno. En la dimensión "comunicación" 60,8 % de los encuestados la calificó como mala. Por otro lado, 37,6 % manifestó una percepción negativa en la dimensión de "empoderamiento" (Tabla 2).

**Tabla 2.** Pacientes según percepción del cuidado de enfermería centrado en la persona y por dimensiones.

Cuidado centrado en la persona	Personas	%
<b>Cuidado Global</b>		
Buena	12	9,6
Regular	59	47,2
Mala	54	43,2
<b>Atención Personalizada</b>		
Buena	103	82,4
Regular	9	7,2
Mala	13	10,4
<b>Comunicación</b>		
Buena	24	19,2
Regular	25	20,0
Mala	76	60,8
<b>Empoderamiento</b>		
Buena	32	25,6
Regular	46	36,8
Mala	47	37,6

Fuente: Cuestionario aplicado

Al comparar las características sociodemográficas de los pacientes con la percepción global del cuidado centrado en la persona, se observó que la proporción de sujetos que percibieron un buen cuidado fue mayor en los pacientes más jóvenes, en contraste con los mayores de 31 años. No obstante, esta diferencia no fue estadísticamente significativa (valor  $p=0,07$ ). Tampoco se encontraron diferencias considerables con el resto de las variables sociodemográficas (Tabla 3).

Al examinar la percepción del cuidado en las distintas dimensiones del instrumento con las características sociodemográficas, se obtuvieron los siguientes resultados: 42,7 % de las personas con escolaridad primaria percibieron como buena la atención personalizada. 58,3 % de quienes reportaron buena atención personalizada eran mujeres, pero en el grupo de 18 a 30 años también predominó esta percepción positiva. A pesar de que la proporción de pacientes con percepción favorable fue mayor entre quienes tenían

**Tabla 3.** Pacientes según características sociodemográficas y percepción global del cuidado centrado en la persona.

Características	Cuidado centrado en la persona (percepción global)			Valor- p <sup>a</sup>
	Buena f (%)	Regular f (%)	Mala f (%)	
<b>Edad</b>				
18-30	9 (75,0)	19 (32,2)	27 (50,0)	0,07
31-50	1 (8,3)	19 (32,2)	12 (22,2)	
51-80	2 (16,7)	21 (35,6)	15 (27,8)	
<b>Sexo</b>				
Masculino	47 (41,7)	32 (54,2)	20 (37,0)	0,17
Femenino	56 (58,3)	27 (45,8)	34 (63,0)	
<b>Escolaridad</b>				
Primaria	4 (33,3)	24 (40,7)	24 (44,4)	0,22
Secundaria	3 (25,0)	27 (45,8)	19 (35,2)	
Bachillerato y más	5 (41,7)	8 (13,6)	11 (20,4)	

Fuente: Cuestionario aplicado. Abreviaturas: f. Frecuencia. a Se empleó la prueba estadística Exacta de Fisher para diferencia de proporciones

**Tabla 4.** Pacientes según características sociodemográficas y percepción del cuidado centrado en la persona en cada una de las dimensiones (n=125).

Caract.	Atención personalizada				Valor p <sup>a</sup>	Comunicación				Valor p <sup>a</sup>	Empoderamiento			Valor p <sup>b</sup>
	Buena f (%)	Regular f (%)	Mala f (%)			Buena f (%)	Regular f (%)	Mala f (%)			Buena f (%)	Regular f (%)	Mala f (%)	
<b>Edad</b>														
18-30	44 (42,7)	5 (55,6)	6 (46,1)	0,38	13 (54,2)	7 (28,0)	35 (46,1)	0,10	14 (43,7)	19 (41,3)	22 (46,8)	0,52		
31-50	24 (23,3)	3 (33,3)	5 (38,5)		2 (8,3)	10 (40,0)	20 (26,3)		10 (31,3)	14 (43,7)	8 (17,0)			
51-80	35 (24,0)	1 (11,1)	2 (15,4)		9 (37,5)	8 (32,0)	21 (27,6)		8 (25,0)	13 (28,3)	17 (36,2)			
<b>Sexo</b>														
Masculino	47 (41,7)	4 (44,4)	6 (46,2)	0,99	13 (54,2)	10 (40,0)	34 (44,7)	0,61	16 (50,0)	19 (41,3)	22 (46,8)	0,73		
Femenino	56 (58,3)	5 (55,6)	7 (53,8)		11 (45,8)	15 (60,0)	42 (55,3)		16 (50,0)	27 (58,7)	25 (53,2)			
<b>Escolaridad</b>														
Primaria	44 (42,7)	2 (22,2)	6 (46,2)	0,09	10 (41,7)	9 (36,0)	33 (43,4)	0,90	12 (37,5)	16 (34,8)	25 (51,1)	0,55		
Secundaria	43 (41,8)	2 (22,2)	4 (30,7)		8 (33,3)	11 (44,0)	30 (39,5)		3 (40,6)	21 (45,6)	15 (31,9)			
Bachillerato y más	16 (15,5)	5 (55,6)	3 (23,1)		6 (25,0)	5 (20,0)	13 (17,1)		7 (21,9)	9 (19,6)	8 (17,0)			

Fuente: Cuestionario aplicado. Abreviaturas: f. Frecuencia. Pruebas estadísticas empleadas: a. Prueba estadística Exacta de Fisher para diferencia de proporciones; b. X<sup>2</sup> de Pearson para diferencia de proporciones

menor nivel educativo, esta diferencia no fue significativa (valor  $p = 0,09$ . Tabla 4). No se observaron diferencias relevantes en las otras dimensiones.

## DISCUSIÓN

Los resultados de este estudio muestran que, en el contexto hospitalario analizado, la impresión global del cuidado de enfermería centrado en la persona fue predominantemente regular. Se obtuvo una valoración positiva en la dimensión de atención personalizada, pero percepciones desfavorables en las dimensiones de comunicación y empoderamiento. Esta combinación sugiere que, si bien el personal de enfermería logra ofrecer cuidados individualizados en aspectos básicos y de confort, persisten debilidades importantes en la interacción comunicativa y en la promoción activa del rol del paciente como sujeto de cuidado.

La dimensión mejor evaluada fue la de atención personalizada, en la cual más del 80 % de los pacientes reportaron una percepción favorable. Este hallazgo puede explicarse por la estructura organizativa del cuidado básico brindado en hospitales públicos, donde el personal de enfermería se mantiene en contacto directo con los pacientes para cubrir sus necesidades inmediatas (movilización, higiene, alimentación y confort). No obstante, esta percepción positiva no se extendió a otras dimensiones claves del modelo de atención centrada en la persona.

En contraste, la dimensión de comunicación fue evaluada negativamente por el 60,8% de los participantes. Ello evidencia una brecha persistente entre el cuidado técnico y la calidad de la relación interpersonal entre profesionales y pacientes. La falta de información clara, la ausencia de escucha activa y la escasa retroalimentación fueron señaladas de forma reiterada, lo cual coincide con lo documentado por Vega<sup>(17)</sup> y Suárez<sup>(18)</sup>, quienes destacan que la comunicación efectiva es uno de los aspectos más débiles en la práctica hospitalaria contemporánea. Redondo y Ramírez<sup>(19)</sup> añaden que esta debilidad se agrava en contextos donde la atención continua centrada en la enfermedad y en los procedimientos, más que en las personas.

La dimensión de empoderamiento también recibió evaluaciones negativas por parte del 37,6% de los pacientes. Este hallazgo refleja una escasa participación de los usuarios en las decisiones sobre su atención, una limitada promoción de su autonomía y una visión aún pasiva del paciente dentro del pro-

ceso asistencial. Estos resultados coinciden con lo planteado por Torres et al.<sup>(20)</sup>, quienes argumentan que la autonomía del paciente constituye un eje prioritario del cuidado centrado en la persona, pero cuya implementación sigue siendo compleja en los sistemas sanitarios fragmentados. La falta de empoderamiento puede estar relacionada con la ausencia de estrategias institucionales, orientadas a fortalecer el papel activo del paciente, con la escasa formación del personal en habilidades de acompañamiento y co-construcción del cuidado.

Respecto a las características sociodemográficas, no se encontraron diferencias estadísticamente significativas entre los grupos de edad, sexo o nivel educativo en relación con la percepción global del cuidado. Aunque se observó una mayor proporción de percepción positiva entre los pacientes más jóvenes y aquellos con menor escolaridad, estas diferencias no alcanzaron significación estadística ( $p = 0,07$ ), por lo que deben interpretarse con cautela. Este hallazgo contrasta con lo reportado por Al-Sahli et al.<sup>(7)</sup>, quienes encontraron que la percepción del cuidado varía según sexo y nivel educativo, aunque las diferencias también pueden estar mediadas por factores culturales, expectativas previas y condiciones institucionales.

Los resultados deben entenderse a la luz del contexto institucional donde se realizó el estudio: un hospital público de segundo nivel, con alta demanda asistencial, recursos humanos limitados y dinámicas organizacionales rígidas. Elementos que constituyen barreras estructurales para la implementación efectiva del cuidado centrado en la persona, especialmente en las dimensiones que requieren mayor tiempo, reflexión ética y relación colaborativa. Como plantean Carvajal<sup>(21)</sup> y Coulter y Oldham<sup>(9)</sup>, el paso de un modelo centrado en la enfermedad hacia un modelo centrado en la persona requiere transformaciones profundas en la cultura organizacional, la capacitación del personal y la estructura de los servicios<sup>(22,23)</sup>.

En este sentido, los datos del presente estudio refuerzan la necesidad de integrar el enfoque del cuidado centrado en la persona durante la formación profesional del personal de enfermería. Promover habilidades comunicativas, relacionales y éticas, y desarrollar instrumentos que permitan evaluar continuamente la calidad del cuidado desde la perspectiva del paciente.

Este estudio presenta algunas limitaciones que deben ser consideradas al interpretar sus resultados, como el uso de un muestreo no probabilístico por ca-

sos consecutivos, el cual reduce la representatividad de la muestra y restringe la posibilidad de generalizar los hallazgos a otros contextos hospitalarios. Además, al haberse realizado en un único hospital público de segundo nivel, los resultados reflejan únicamente la realidad institucional de dicho entorno, sin permitir comparaciones con hospitales privados o de otros niveles de atención.

El diseño transversal impide establecer relaciones causales entre las variables sociodemográficas y la percepción del cuidado. Finalmente, dado que los datos se obtuvieron mediante autoinforme, estos pueden estar influenciados por sesgos de discapacidad social o por las condiciones emocionales del paciente al momento de responder.

A pesar de estas limitaciones, el estudio aporta evidencia relevante sobre la percepción del cuidado de enfermería, desde el modelo centrado en la persona, e identifica áreas prioritarias para la mejora continua de la calidad asistencial en el ámbito hospitalario público.

## CONCLUSIONES

Los hallazgos de la investigación evidencian que, si bien los pacientes hospitalizados perciben de manera favorable la atención personalizada brindada por el personal de enfermería, existen áreas críticas de mejora en las dimensiones de comunicación y empoderamiento. Estos dos componentes, fundamentales en el modelo de atención centrada en la persona, fueron los peores evaluados por los participantes del estudio, quienes señalaron deficiencias en la información proporcionada, la interacción significativa con el personal y en su participación en decisiones relacionadas con su cuidado.

En consecuencia, resulta fundamental integrar estos aspectos en los programas universitarios de formación en enfermería, tanto de nivel de pregrado como de posgrado, a fin de que los futuros profesionales desarrollen habilidades de comunicación empática, comprensiva y culturalmente sensible, centradas en los deseos, necesidades y el contexto de vida de cada paciente.

La evaluación de la percepción de los pacientes sobre la atención recibida permitió identificar áreas de mejora en el cuidado centrado en la persona. Por tanto, resulta relevante desarrollar instrumentos de medición válidos y fiables que permitan evaluar este fenómeno en el contexto hospitalario.

## REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- (1) Cacace PJ, Giménez-Lascano G. Modelos de atención centrados en la persona: evolución de los conceptos humanizadores en nuestras prácticas. *Rev Mex Med Fam.* 2022; 9(2): 63–72. <https://doi.org/10.24875/rmf.21000070>
- (2) Mezzich JE, Perales A. Atención clínica centrada en la persona: principios y estrategias. *Rev Peru Med Exp Salud Publica.* 2016; 33(4): 794–800. <https://www.redalyc.org/articulo.oa?id=36349330026>
- (3) Pascual López JA, Gil Pérez T, Sánchez Sánchez JA, Menárguez Puche JF. Cuestionarios de atención centrada en la persona en atención primaria. Una revisión sistemática. *Aten Primaria.* 2019; 52(10): 738–49. <https://doi.org/10.1016/j.aprim.2019.11.004>
- (4) McCance T, McCormack B. The Person-centred Nursing Framework: a mid-range theory for nursing practice. *J Res Nurs.* 2025; 30<sup>(1)</sup>: 47–60. <https://doi.org/10.1177/17449871241281428>
- (5) Doís Castellón A. La atención centrada en la persona como eje del modelo de salud. *Horizonte Enferm.* 2022; 33(2): 97–9. [https://doi.org/10.7764/Horiz\\_Enferm.33.2.97-99](https://doi.org/10.7764/Horiz_Enferm.33.2.97-99)
- (6) Giusti A, Nkhoma K, Petrus R, Petersen I, Gwyther L, Farrant L, et al. The empirical evidence underpinning the concept and practice of person-centred care for serious illness: a systematic review. *BMJ Glob Health.* 2020; 5(12): 1–14. <http://dx.doi.org/10.1136/bmjgh-2020-003330>
- (7) Al-Sahli B, Eldali A, Aljuaid M, Al-Surimi K. Person-Centered Care in a Tertiary Hospital Through Patient's eyes: A Cross-Sectional Study. *Patient Prefer Adherence.* 2021; 15: 761–73. <http://doi.org/10.2147/PPA.S286237>
- (8) Stanhope V, Choy-Brown M, Williams N, Marcus SC. Implementing Person-Centered Care Planning: A Randomized Controlled Trial. *Psychiatr Serv.* 2021; 72(6): 641–46. [10.1176/appi.ps.202000361](https://doi.org/10.1176/appi.ps.202000361)
- (9) Coulter A, Oldham J. Person-centred care: what is it and how do we get there? *Future Hosp J.* 2016; 3(2): 114–16. [10.7861/futurehosp.3-2-114](https://doi.org/10.7861/futurehosp.3-2-114)
- (10) Chapman H. Nursing theories 1: person-centred care. *Nursing Times [Internet].* 2017. <https://www.nursingtimes.net/education-and-training/nursing-theories-1-person-centred-care-23-10-2017/>
- (11) Secretaría de salud. Modelo del cuidado de enfermería [Internet]. México: Dirección General de Calidad y Educación para en Salud; 2023. [Consulta: 3 de julio de 2025]. Disponible en: [http://www.cpe.salud.gob.mx/site3/publicaciones/docs/modelo\\_cuidado\\_enfermeria.pdf](http://www.cpe.salud.gob.mx/site3/publicaciones/docs/modelo_cuidado_enfermeria.pdf)

- (12) O'Donnell D, Cook N. Exploring person-centred practice. *Nurs Stand*. 2025; 40(3): 67-74. [10.7748/ns.2025.e12341](https://doi.org/10.7748/ns.2025.e12341)
- (13) Ewunetu M, Temesgen W, Zewdu D, Andargie A, Kebede M, Lidetu T. Patients' Perception of Patient-Centered Care and Associated Factors Among Patients Admitted in Private and Public Hospitals: A Comparative Cross-Sectional Study. *Patient Prefer Adherence*. 2023; 17: 1035-44. <https://doi.org/10.2147/PPA.S402262>
- (14) Guzmán Vázquez M, Torres Esperón JM, Martínez Trujillo N. Calidad de los cuidados en el proceso de hospitalización desde la atención centrada en la persona [tesis doctoral]. La Habana: CCOI "Frank País"; 2022. 100 p.
- (15) Lira MT, Caballero E. Adaptación transcultural de instrumentos de evaluación en salud: historia y reflexiones sobre el porqué, el cómo y el cuándo. *Rev Méd Clín Condes*. 2020; 31(1): 85-94. <https://doi.org/10.1016/j.rmclc.2019.08.003>
- (16) Asociación Médica Mundial. Declaración de Helsinki de la AMM: principios éticos para las investigaciones médicas en seres humanos [Internet]. México; 2023. [Consultado: 17 de julio de 2025]. Disponible en: [http://www.cpe.salud.gob.mx/site3/publicaciones/docs/modelo\\_cuidado\\_enfermeria.pdf](http://www.cpe.salud.gob.mx/site3/publicaciones/docs/modelo_cuidado_enfermeria.pdf)
- (17) Vega Saucedo ER. Calidad de la atención de enfermería en el adulto mayor hospitalizado: Revisión sistemática. *Rev VIVE*. 2024; 7(19): 244-59. <https://doi.org/10.33996/revistavive.v7i19.298>
- (18) Suárez Cuba MA. Medicina centrada en el paciente. *Rev Méd La Paz*. 2021; 18(1): 67-72.
- (19) Redondo-Sáenz D, Ramírez-Elizondo N. Cuidado centrado en la persona en la cirugía de extracción multiorgánica: ¿todavía es importante? *Index Enferm*. 2021 ; 30(1-2): 659. [https://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1132-12962021000100015](https://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1132-12962021000100015)
- (20) Torres Buenfil RG, Aguilar Erosa JA, Bolado García B. Calidad percibida sobre la atención de enfermería en el servicio de cardiología de la UMAE Mérida. *Rev Enferm Inst Mex Seguro Soc*. 2020; 28(1): 5-14.
- (21) Carvajal A. El cuidado centrado en la persona en fase avanzada de la enfermedad. *Aquichán*. 2017; 17(3): 241-42. <https://doi.org/10.5294/aqui.2017.17.3.1>
- (22) Fix GM, VanDeusen LC, Bolton RE, Hill JN, Mueller N, LaVela SL, Bokhour BG. Patient-centred care is a way of doing things: How healthcare employees conceptualize patient-centred care. *Health Expect*. 2018; 21(1): 300-7. [10.1111/hex.12615](https://doi.org/10.1111/hex.12615)
- (23) Alshahrani SH, Alshahrani TH, Paulsamy P, Ederango EL. Patient Centered Care and Centeredness Perspective. *Univ J Public Health*. 2022; 10(4): 339-45. [10.13189/ujph.2022.100407](https://doi.org/10.13189/ujph.2022.100407)

**Anexo 1. Instrumento**

No.	Preguntas
1	¿Cuándo fue trasladado para el ingreso hacia otros servicios, dentro o fuera del hospital, le acompañó un personal de asistencia (médico o enfermería)?
2	¿Cuándo llegó a la sala para su ingreso o procedente de otra área (quirófano, terapia intensiva u otros servicios) fue recibido por el personal de enfermería?
3	¿Cuándo llegó para su ingreso o procedente de otra área, como quirófano o terapia intensiva, recibió su cama tendida?
4	¿Recibió información sobre el reglamento hospitalario y otras normas necesarias a cumplir en la institución durante su hospitalización?
5	¿Recibió información y aclaración sobre su enfermedad, tratamiento, evolución, la operación y sus riesgos, por parte del personal médico?
6	¿Recibió información y aclaración sobre su enfermedad, tratamiento y evolución por parte del personal de enfermería?
7	¿Recibió información por parte de los profesionales cuando hubo cambios en la programación de algún tratamiento, como cirugía, pruebas diagnósticas, curaciones u otras?
8	¿Recibió información para su preparación por parte del personal de enfermería cuando le indicaron análisis u otros estudios durante su hospitalización?
9	¿El personal de enfermería en el cambio de turno fue a cama para explicarle de su evolución y ofrecer información?
10	¿Los profesionales que le atendieron lo llamaron por su nombre?
11	¿Cuándo el personal de enfermería le administró los medicamentos, le informaron sobre el procedimiento y tipo de medicamento?
12	¿Cuándo el personal de enfermería le realizó otro tipo de cuidados como curación, movilización, instalación de sondas u otras, le informaron y aclararon dudas?
13	¿Cuándo fue necesaria su aprobación para la cirugía, la aplicación de la anestesia u otro tratamiento firmó algún documento?
14	¿En la sala de operaciones los profesionales que le atendieron le explicaron los procedimientos antes de realizarlo?
15	¿El personal de enfermería le midió la temperatura, la presión arterial y la frecuencia cardiaca durante la hospitalización?
16	¿Los profesionales que le atendieron le enseñaron cómo cuidarse en su recuperación?
17	¿Si necesitó atención médica, el personal de guardia lo atendió en un lapso de 30 minutos?
18	¿Cuándo necesitó del personal de enfermería por algún malestar u otro cuidado recibió atención inmediata?
19	¿Le realizaron los análisis u otros estudios en las primeras 24 horas de la indicación?
20	¿Se cumplieron los horarios que le informaron de su tratamiento: duración, medicamentos, traslado a algún servicio, curación, análisis u otros?
21	¿El personal de enfermería se preocupa por su confort, higiene, frío, calor, luz u otros?
22	¿Se realiza cambio de ropa o bata?
23	¿La sala se mantuvo limpia?
24	¿La alimentación que recibió cumplió con los requisitos de calidad, como presentación, temperatura, cantidad y elaboración?
25	¿Recibió información necesaria para saber qué hacer después del alta hospitalaria?