

UNIVERSIDAD NACIONAL DE CHIMBORAZO
FACULTAD CIENCIAS DE LA SALUD
CARRERA ENFERMERÍA

Cuidado humanizado al paciente con SIDA en el primer nivel de atención

Trabajo de Titulación para optar al título de licenciada en enfermería

Autoras:
Guevara Silva Lizbeth Geomara
Montaño Ramirez Gabriela Estefany

Tutor:
Dra. Paola Maricela Machado Herrera

Riobamba, Ecuador. ***2026***

DECLARATORIA DE AUTORÍA

Nosotras, Guevara Silva Lizbeth Geomara y Montaño Ramírez Gabriela Estefany, con cédulas de ciudadanía 0605445436 / 0605567338, autoras del trabajo de investigación titulado: Cuidado humanizado al paciente con SIDA en el primer nivel de atención, certificamos que la producción, ideas, opiniones, criterios, contenidos y conclusiones expuestas son de nuestra exclusiva responsabilidad.

Asimismo, cedemos a la Universidad Nacional de Chimborazo, en forma no exclusiva, los derechos para su uso, comunicación pública, distribución, divulgación y/o reproducción total o parcial, por medio físico o digital; en esta cesión se entiende que el cesionario no podrá obtener beneficios económicos. La posible reclamación de terceros respecto de los derechos de autor (a) de la obra referida, será de nuestra entera responsabilidad; librando a la Universidad Nacional de Chimborazo de posibles obligaciones.

En Riobamba, 06 de noviembre del 2026.

Guevara Silva Lizbeth Geomara

C.I: 0605445436

Montaño Ramírez Gabriela Estefany

C.I: 0605567338

DICTAMEN FAVORABLE DEL PROFESOR TUTOR

Quien suscribe, Dra. Paola Maricela Machado Herrera, catedrático adscrito a la Facultad de Ciencias de la Salud, por medio del presente documento certifico haber asesorado y revisado el desarrollo del trabajo de investigación titulado: Cuidado humanizado al paciente con SIDA en el primer nivel de atención bajo la autoría de Guevara Silva Lizbeth Geomara y Montaño Ramírez Gabriela Estefany; por lo que se autoriza ejecutar los trámites legales para su sustentación.

Es todo cuanto informar en honor a la verdad; en Riobamba, a los 06 días del mes de noviembre del 2026

Dra. Paola Maricela Machado Herrera

C.I: 0604266890

CERTIFICADO DE LOS MIEMBROS DEL TRIBUNAL

Quienes suscribimos, catedráticos designados Miembros del Tribunal de Grado para la evaluación del trabajo de investigación Cuidado humanizado al paciente con SIDA en el primer nivel de atención por Guevara Silva Lizbeth Geomara con cédula de identidad número 0605445436 y Montaño Ramírez Gabriela Estefany con cédula de identidad número 0605567338, bajo la tutoría de Dra. Paola Maricela Machado Herrera; certificamos que recomendamos la APROBACIÓN de este con fines de titulación. Previamente se ha evaluado el trabajo de investigación y escuchada la sustentación por parte de su autor; no teniendo más nada que observar.

De conformidad a la normativa aplicable firmamos, en Riobamba 06 de noviembre del 2026

Mónica Alexandra Valdiviezo Maygua, Mgs.
PRESIDENTE DEL TRIBUNAL DE GRADO

Firma

Viviana del Rocio Mera Herrera, PhD.
MIEMBRO DEL TRIBUNAL DE GRADO

Firma

Carla Cristina Calderón Cabezas, Mgs.
MIEMBRO DEL TRIBUNAL DE GRADO

Firma

CERTIFICACIÓN

Que, **Gabriela Estefany Montaño Ramírez** con CC: **0605567338** y **Lizbeth Geomara Guevara Silva** con CC: **0605445436** estudiantes de la Carrera **de Enfermería**, Facultad de Ciencias de la Salud; han trabajado bajo mi tutoría el trabajo de investigación titulado "Cuidado humanizado al paciente con SIDA en el primer nivel de atención", cumple con el 8 %, de acuerdo al reporte del sistema Anti-plagio **Compilatio**, porcentaje aceptado de acuerdo a la reglamentación institucional, por consiguiente, autorizo continuar con el proceso.

Riobamba, 29 de octubre de 2026

PhD. Paola Maricela Machado Herrera
TUTORA

DEDICATORIA

A Dios, por guiarnos y darnos la fortaleza necesaria para llegar hasta este momento. A nuestras familias, por su amor, apoyo y paciencia durante este camino, por creer en nosotras y acompañarnos incluso en los días más difíciles. Este logro también les pertenece, porque detrás de cada esfuerzo estuvieron sus palabras de ánimo y su cariño incondicional. Hoy agradecemos profundamente todo lo que hicieron para ayudarnos a cumplir este sueño que alguna vez parecía tan lejano.

Y a nosotras, por elegirnos compañeras de este camino y, sobre todo, como amigas. Por cada desvelo, cada risa, cada preocupación y cada "sí podemos" que nos impulsó a seguir adelante. Este trabajo de titulación representa mucho más que un trabajo académico; representa nuestra perseverancia, nuestros sueños y una amistad que hizo más bonito el proceso. Qué privilegio haber vivido una etapa tan importante juntas, apoyándonos y creciendo una al lado de la otra. Hoy podemos mirar atrás con orgullo y decir: lo logramos juntas.

Con profundo amor, respeto y gratitud infinita, este trabajo de titulación está dedicado a nuestros amados padres.

Lizbeth Guevara y Gabriela Montaño

AGRADECIMIENTO

En primer lugar, agradecemos a Dios, por guiarnos durante este camino, darnos fortaleza en los momentos de dificultad y permitirnos alcanzar una meta que representa el resultado de años de esfuerzo, dedicación y aprendizaje. Sin duda, su presencia nos acompañó en cada paso y nos permitió seguir adelante aun cuando el cansancio y las dificultades parecían hacernos dudar.

A nuestros padres, nuestro agradecimiento más profundo, por ser nuestro mayor apoyo y por enseñarnos, con su ejemplo, el valor de la responsabilidad, la perseverancia y el esfuerzo. Gracias por cada sacrificio realizado, por sus palabras de aliento, por confiar en nuestras capacidades y por estar presentes en cada etapa de nuestra formación. Este logro es también de ustedes, porque detrás de él existe todo el amor, esfuerzo y apoyo que nos brindaron.

A nuestras familias, gracias por acompañarnos durante este proceso, por comprender nuestras ausencias, nuestros momentos de estrés y cansancio, y por celebrar cada pequeño avance como si fuera propio. Su cariño y apoyo fueron fundamentales para no rendirnos y continuar trabajando por nuestros sueños.

A la Universidad Nacional de Chimborazo, docentes y profesionales que contribuyeron a nuestra formación, expresamos nuestro sincero agradecimiento por los conocimientos, experiencias y enseñanzas compartidas durante nuestra carrera. Gracias por brindarnos las herramientas necesarias para crecer tanto académica como personalmente y por prepararnos para afrontar con responsabilidad y vocación nuestra vida profesional. Y de manera especial, a nuestra docente tutor del trabajo de titulación, por su guía, dedicación y valioso acompañamiento en el desarrollo de este trabajo investigativo, siendo un pilar clave en la culminación de este logro.

Finalmente, nos agradecemos mutuamente por haber recorrido este camino juntas. Por la paciencia, el compromiso, las noches de trabajo, las dudas, las risas, los momentos de cansancio y, sobre todo, por nunca dejar que la otra se rindiera. Realizar este trabajo de titulación juntas nos permitió aprender que los grandes sueños se disfrutan aún más cuando se comparten con alguien especial. Hoy cerramos esta etapa con orgullo y gratitud, sabiendo que este logro representa no solo nuestro esfuerzo, sino también todas las personas que caminaron a nuestro lado para hacerlo posible. Gracias a todos los que fueron parte de esta historia y de este sueño que hoy podemos llamar realidad.

Lizbeth Guevara y Gabriela Montaño

ÍNDICE GENERAL

DECLARATORIA DE AUTORÍA
DICTAMEN FAVORABLE DEL PROFESOR TUTOR
CERTIFICADO DE LOS MIEMBROS DEL TRIBUNAL
CERTIFICADO ANTIPLAGIO
DEDICATORIA
AGRADECIMIENTO
RESUMEN
ABSTRACT

CAPÍTULO I. INTRODUCCIÓN 12
CAPÍTULO II. MARCO TEÓRICO 17
2.1. Estado del arte: antecedentes científicos del cuidado humanizado 17
2.2. Fundamentos clínicos del VIH y el SIDA 20
2.3. Atención primaria y primer nivel de atención en personas con VIH/SIDA 22
2.4. Necesidades integrales de las personas con SIDA 23
2.5. Metaparadigma de enfermería y cuidado humanizado 25
2.6. Teoría del Cuidado Humano de Jean Watson 26
CAPÍTULO III. METODOLOGÍA 33
3.1. Diseño de investigación 33
3.2. Estrategia de búsqueda bibliográfica 33
3.3. Criterios de inclusión y exclusión 35
3.4. Selección, recogida y extracción de datos 36
3.5. Análisis de la información 38
3.6. Consideraciones éticas 38
3.7. Limitaciones metodológicas 38
CAPÍTULO IV. RESULTADOS Y DISCUSIÓN 40
4.1. Resultados 40
4.2. Discusión 46

CAPÍTULO V. CONCLUSIONES y RECOMENDACIONES 50
4.1. Conclusiones 50
4.2. Recomendaciones 51
5. BIBLIOGRAFÍA 53
6. ANEXOS 59

ÍNDICE DE TABLAS

Tabla 1. Estrategia de búsqueda bibliográfica 34
Tabla 2. Matriz de extracción y análisis de los documentos seleccionados 59

ÍNDICE DE FIGURAS

Figura 1. Algoritmo de búsqueda bibliográfica 37

RESUMEN

Introducción: El Síndrome de Inmunodeficiencia Adquirida (SIDA) constituye la fase más avanzada de la infección por el virus de la inmunodeficiencia humana (VIH) y representa un desafío sanitario debido a sus repercusiones biológicas, psicológicas, sociales y espirituales. En este contexto, el cuidado humanizado de enfermería adquiere relevancia para brindar una atención integral, respetuosa y centrada en las necesidades individuales. **Objetivo:** Analizar la evidencia científica disponible sobre las prácticas de cuidado humanizado de enfermería en personas con SIDA en el primer nivel de atención, considerando la Teoría del Cuidado Humano de Jean Watson. **Metodología:** Se realizó una revisión bibliográfica narrativa estructurada, de alcance descriptivo, mediante la búsqueda de publicaciones científicas en SciELO, Dialnet, Redalyc, Scopus, PubMed y Google Académico. Se consideró el período 2021-2026 y se analizaron 20 artículos científicos, correspondientes a 14 investigaciones originales y seis revisiones. **Resultados:** Se identificaron necesidades biológicas, psicológicas, sociales y espirituales. Las principales prácticas de enfermería comprendieron comunicación terapéutica, escucha activa, acompañamiento emocional, educación para el autocuidado, confidencialidad y continuidad asistencial. **Conclusiones:** El cuidado humanizado constituye un componente relevante de la atención integral de personas con SIDA. Los procesos *Caritas* de Jean Watson proporcionan un fundamento para interpretar las prácticas identificadas. Sin embargo, la evidencia específica del primer nivel de atención es limitada, por lo que se requiere fortalecer la investigación y las competencias humanísticas de enfermería.

Palabras clave: síndrome de inmunodeficiencia adquirida; virus de la inmunodeficiencia humana; humanización de la atención; enfermería; atención primaria de salud.

ABSTRACT

Acquired Immunodeficiency Syndrome (AIDS) represents the most advanced stage of human immunodeficiency virus (HIV) infection and poses a health challenge due to its biological, psychological, social, and spiritual impacts. In this context, humanized nursing care is crucial for providing comprehensive, respectful care centered on individual needs. This study analyzes available scientific evidence regarding humanized nursing care practices for people with AIDS in primary care, drawing on Jean Watson's Theory of Human Caring. We conducted a structured narrative literature review with a descriptive scope by searching for scientific publications in SciELO, Dialnet, Redalyc, Scopus, PubMed, and Google Scholar. The study covered the period from 2021 to 2026 and analyzed 20 scientific articles, comprising fourteen original research studies and six reviews. It examined biological, psychological, social, and spiritual needs. Key nursing practices included therapeutic communication, active listening, emotional support, self-care education, confidentiality, and continuity of care. Humanized care is a significant component of comprehensive care for people with AIDS. Jean Watson's Caritas Processes provide a framework for interpreting the identified practices. However, evidence from the primary care level remains limited; therefore, research and humanistic nursing competencies must be strengthened.

Keywords: acquired immunodeficiency syndrome; human immunodeficiency virus; humanization of assistance; nursing; primary health care.

Validar únicamente en FirmaEC.
Firmado electrónicamente por:
ANA ELIZABETH
MALDONADO LEON

Reviewed by:
Ms.C. Ana Maldonado León
ENGLISH PROFESSOR
C.I.0601975980

CAPÍTULO I. INTRODUCCIÓN

El SIDA constituye la fase clínica más avanzada de la infección por el VIH. Se caracteriza por un deterioro significativo del sistema inmunitario, que aumenta el riesgo de infecciones oportunistas y otras complicaciones graves. Los avances en el diagnóstico temprano y en el tratamiento antirretroviral (TAR) han mejorado la supervivencia y calidad de vida de las personas con VIH, reduciendo la progresión hacia el SIDA. Sin embargo, todavía existen dificultades relacionadas con el acceso oportuno a los servicios sanitarios, la continuidad terapéutica y la atención integral de las necesidades individuales (1).

Según el Programa Conjunto de las Naciones Unidas sobre el VIH/SIDA (ONUSIDA), durante 2024 aproximadamente 40,8 millones de personas vivían con VIH, se produjeron 1,3 millones de nuevas infecciones y alrededor de 630 000 personas fallecieron por causas relacionadas con el SIDA (2). Por su parte, la Organización Mundial de la Salud (OMS) estimó que, en 2025, existían 41 millones de personas con VIH y aproximadamente 570 000 muertes vinculadas con esta infección (1). Estas cifras evidencian que, pese a los avances sanitarios mundiales, persisten desafíos vinculados con la prevención, el diagnóstico, el tratamiento, la continuidad asistencial y el acceso equitativo a los servicios de salud.

En Ecuador, el Ministerio de Salud Pública (MSP), mediante el Informe anual de VIH 2024, se notificaron un total de 5.478 nuevos casos de VIH/SIDA en el país, de éstos, el 75,51% se concentraron en cinco provincias: Guayas 36,11% (1.978); Pichincha 18,47% (1.012); Manabí 6,57% (360); El Oro 5,28% (289); y Azuay 5,17% (283). Es fundamental considerar que las características socioculturales y estructurales del entorno urbano podrían incidir tanto en el diagnóstico oportuno como en la captación de casos. La vigilancia epidemiológica continua y el análisis de tendencias permiten orientar estrategias efectivas que respondan a las necesidades actuales y futuras de la población. (3)

El VIH/SIDA podría ocasionar en los pacientes dificultades emocionales, familiares y sociales que pueden afectar el bienestar y la continuidad del cuidado. Baca Chancafe et al. (4), en un estudio cualitativo publicado en 2024, identificaron que las personas con VIH/SIDA valoran la amabilidad, comunicación, seguridad y el acompañamiento espiritual durante la atención de enfermería. No obstante, también describieron experiencias de indiferencia y discriminación; estos hallazgos destacan la importancia de evitar que el cuidado se limite al diagnóstico.

Desde una perspectiva integral, Andino y Guevara Rumbos (5) destacan la necesidad de reconocer la experiencia individual de las personas con VIH/SIDA, las situaciones de estigmatización y el respeto por su dignidad. En personas con SIDA, el cuidado debe atender necesidades biológicas, psicológicas, sociales y espirituales. Entre las necesidades físicas se encuentran el seguimiento del estado de salud, la identificación oportuna de complicaciones y la educación para el autocuidado. También deben considerarse el apoyo emocional, las redes de apoyo y la confidencialidad.

Estas necesidades exigen intervenciones que trasciendan los procedimientos clínicos. Davoudi et al. (6), mediante una revisión sistemática, analizaron intervenciones psicosociales desarrolladas por profesionales de enfermería para personas con VIH/SIDA. Por su parte, Huang et al. (7) examinaron intervenciones de autocuidado lideradas por enfermería y sus resultados en variables relacionadas con la calidad de vida y el bienestar psicosocial. Sus resultados requieren interpretarse según los diseños, las poblaciones y los contextos estudiados.

En este escenario, enfermería desempeña un papel importante en la construcción de relaciones terapéuticas basadas en el respeto, la comunicación efectiva, la escucha activa, la empatía y la confianza. Bedert et al. (8), en un estudio fenomenológico con profesionales especializados en VIH, identificaron que la atención exige responder tanto a las necesidades clínicas como a las preocupaciones emocionales y sociales de los pacientes. Asimismo, destacaron la importancia de establecer vínculos continuos y adaptar el acompañamiento a las experiencias de estigma. Estos hallazgos muestran que el cuidado humanizado comprende tanto la competencia técnica como la atención sensible a las circunstancias individuales.

El primer nivel de atención constituye un espacio fundamental para la promoción de la salud, la prevención, la detección oportuna, la educación sanitaria, el seguimiento y la coordinación asistencial. En personas con VIH/SIDA, estas funciones deben coordinarse con los servicios especializados. Martínez-Sanz et al. (9), mediante un documento de consenso publicado en 2024, destacan la importancia del manejo compartido entre atención primaria y hospitalaria, sustentado en mecanismos de comunicación, coordinación y seguimiento. Este planteamiento favorece la continuidad asistencial.

Desde esta perspectiva, el personal de enfermería del primer nivel puede participar en la orientación individualizada, la identificación de barreras de acceso, el acompañamiento durante el tratamiento y la derivación oportuna. Estas acciones dependen de las competencias profesionales y recursos disponibles, sin sustituir la atención especializada (9). Además, el seguimiento debe respetar la autonomía de las personas, resguardar la información relacionada con el diagnóstico y favorecer su participación en las decisiones sobre la salud. Así, la coordinación institucional debe complementarse con un trato respetuoso.

El cuidado humanizado representa un fundamento esencial de enfermería, porque reconoce al paciente como una persona con necesidades, valores, experiencias y derechos propios. Requiere una relación terapéutica basada en la empatía, autonomía, confidencialidad y participación. Reyes-Téllez et al. (10), mediante una revisión sistemática, identificaron la comunicación, la formación profesional y las condiciones institucionales como elementos relevantes para promover prácticas humanizadas. Este enfoque también depende de entornos que favorezcan la dignidad y seguridad.

La atención centrada en la persona adquiere especial relevancia cuando el paciente convive con una enfermedad estigmatizada y requiere acompañamiento prolongado. Wachira et al. (11) destacan la importancia de considerar las experiencias y necesidades particulares de las personas atendidas en servicios relacionados con el VIH. La comunicación clara, la escucha activa y el respeto por las decisiones favorecen la confianza. Enfermería debe reconocer la participación activa del paciente y evitar prácticas discriminatorias. Además, es importante valorar sus condiciones familiares y sociales para adaptar las intervenciones a sus necesidades y preferencias.

El problema de investigación consiste en determinar la evidencia disponible sobre cuidado humanizado de enfermería en personas con SIDA en el primer nivel. La revisión busca identificar las necesidades integrales y describir las intervenciones documentadas, relacionándolas con la Teoría del Cuidado Humano de Jean Watson, sin asumir anticipadamente su eficacia. También diferenciará evidencia directa y aportes de otros contextos. En consecuencia, se plantea la siguiente interrogante: **¿Qué evidencia científica existe sobre las prácticas de cuidado humanizado de enfermería en personas con SIDA en el primer nivel de atención?**

La investigación se justifica por la necesidad de sistematizar la evidencia sobre las necesidades biológicas, psicológicas, sociales y espirituales de las personas con SIDA, así como las prácticas de enfermería relevantes para su atención en el primer nivel; fundamentada en la Teoría del Cuidado Humano de Jean Watson, que comprende el cuidado como una relación interpersonal sustentada en principios éticos y humanísticos. Los diez factores *caritas* originales de esta propuesta evolucionaron hacia los procesos *Caritas*, orientados a integrar el conocimiento científico con la sensibilidad humana, la presencia auténtica y la relación de ayuda y confianza. Valencia Contrera y Rodríguez (12) destacan la contribución de esta teoría a la humanización de la atención y su utilidad como fundamento para orientar las prácticas profesionales. Desde esta perspectiva, el paciente debe ser comprendido como un ser integral y no únicamente desde su condición clínica.

En la atención de personas con VIH/SIDA, la teoría de Watson permite reflexionar sobre el acompañamiento emocional, la empatía, el respeto por la dignidad y la creación de entornos protectores. Cárdenas Vargas et al. (13) destacan el cuidado holístico como componente ético de la atención integral de estos pacientes. Sin embargo, es necesario diferenciar el valor conceptual del modelo de las pruebas empíricas de eficacia. Las reflexiones teóricas y los estudios realizados en otras poblaciones no demuestran por sí mismos que aplicar los procesos *Caritas* mejore resultados clínicos específicos en personas con SIDA atendidas en el primer nivel. Esta distinción orienta la interpretación crítica de la evidencia.

El cuidado humanizado en personas con VIH/SIDA implica reconocer la influencia del estigma asociado a esta condición, que puede manifestarse mediante prejuicios, rechazo social, temor a revelar el diagnóstico y discriminación dentro de los servicios sanitarios. Estas situaciones pueden afectar la confianza y el seguimiento. Ebrahimi et al. (14), en una revisión de alcance publicada en 2024, analizaron intervenciones educativas orientadas a reducir el estigma e identificaron diversos enfoques de formación y sensibilización. Enfermería debe utilizar un lenguaje respetuoso, proteger la confidencialidad y evitar prejuicios.

Los principales beneficiarios de la revisión son los profesionales de enfermería, las instituciones del primer nivel de atención y las personas con SIDA. Los profesionales contarán con una síntesis para planificar cuidados; las instituciones podrán identificar necesidades y áreas de capacitación. Los pacientes, por su parte, son los destinatarios potenciales de una atención que respete su dignidad y sus derechos. Sin embargo, la

aplicación de estas orientaciones dependerá de los recursos disponibles, la preparación del personal y la coordinación con servicios especializados. Por tanto, los resultados deben interpretarse de acuerdo con el alcance de la evidencia analizada.

El objetivo general de la presente investigación es analizar la evidencia científica disponible sobre las prácticas de cuidado humanizado de enfermería en personas con SIDA en el primer nivel de atención, considerando la Teoría del Cuidado Humano de Jean Watson. Asimismo, se plantean como objetivos específicos identificar las necesidades biológicas, psicológicas, sociales y espirituales de las personas con SIDA descritas en la evidencia científica pertinente para su atención en el primer nivel de atención, así como describir las prácticas de cuidado humanizado de enfermería relevantes para esta población, relacionándolas con los procesos Caritas de Jean Watson

CAPÍTULO II. MARCO TEÓRICO

2.1. Estado del arte: antecedentes científicos del cuidado humanizado

El estudio del cuidado humanizado en personas con VIH/SIDA ha adquirido relevancia debido a la necesidad de integrar la atención clínica con las experiencias emocionales, sociales y espirituales de quienes viven con esta condición. Baca Chancafe et al. (4), mediante una investigación cualitativa publicada en 2024, analizaron las percepciones de personas con VIH/SIDA sobre los cuidados de enfermería y encontraron experiencias relacionadas con la comunicación, la amabilidad, la seguridad y el acompañamiento espiritual. También identificaron situaciones de indiferencia y discriminación. Estos hallazgos permiten reconocer necesidades que trascienden los procedimientos clínicos, aunque no corresponden exclusivamente al primer nivel de atención.

Bedert et al. (8), en 2024, desarrollaron un estudio fenomenológico interpretativo mediante 21 entrevistas a profesionales de enfermería especializados en VIH en los Países Bajos. Los investigadores identificaron tensiones entre los avances biomédicos del tratamiento y las dificultades emocionales y sociales que continúan experimentando las personas con esta infección. El estudio destacó la importancia de mantener relaciones terapéuticas, reconocer las experiencias de estigma y responder a las preocupaciones individuales. Sus resultados aportan elementos para comprender el acompañamiento profesional, aunque proceden de servicios especializados y no demuestran directamente los efectos de estas prácticas en personas con SIDA atendidas en el primer nivel.

Davoudi et al. (6), mediante una revisión sistemática publicada en 2023, examinaron intervenciones psicosociales realizadas por profesionales de enfermería en personas con VIH/SIDA. Identificaron modalidades de apoyo y acompañamiento dirigidas a necesidades psicológicas y sociales. Posteriormente, Huang et al. (7), en una revisión sistemática con metaanálisis de ensayos clínicos aleatorizados publicada en 2025, evaluaron intervenciones de autocuidado lideradas por enfermería en personas con VIH, considerando la calidad de vida, el apoyo social, la depresión y la ansiedad. Ambas investigaciones aportan evidencia sobre intervenciones profesionales, pero sus hallazgos deben diferenciarse de la aplicación específica de la teoría de Jean Watson y del contexto del primer nivel de atención.

Martínez-Sanz et al. (9), en un documento de consenso publicado en 2024, abordaron el manejo compartido de las personas con VIH entre atención primaria y hospitalaria. Los

autores destacaron la importancia de la coordinación asistencial, el seguimiento continuo y la comunicación entre profesionales para responder a las necesidades de una población que requiere atención prolongada. Por otra parte, Wachira et al. (11), en una revisión centrada en servicios de VIH del África subsahariana, analizaron la atención centrada en la persona y la necesidad de considerar sus experiencias, preferencias y condiciones particulares. Estas publicaciones respaldan la pertinencia de organizar los cuidados desde una perspectiva integral y coordinada.

En relación con el estigma, Ebrahimi et al. (14), en 2024, realizaron una revisión de alcance sobre intervenciones educativas destinadas a reducir los prejuicios asociados al VIH. Los autores identificaron diferentes estrategias de sensibilización y formación, destacando la necesidad de adaptar las intervenciones al contexto. De manera complementaria, Janek et al. (15) desarrollaron una revisión de alcance publicada en 2024 sobre intervenciones contra el estigma en establecimientos sanitarios de Estados Unidos. Identificaron solamente tres estudios de intervención recientes, lo que evidencia limitaciones de la investigación disponible. Ambas revisiones respaldan la necesidad de fortalecer las prácticas libres de discriminación, sin generalizar sus resultados a todos los servicios sanitarios.

Grados-Castro y Huarcaya-Victoria (16), en un estudio publicado en 2023, analizaron la relación entre ansiedad, depresión y recuentos de linfocitos T CD4+ en personas con VIH atendidas en un hospital general de Lima, Perú. La investigación examinó las manifestaciones de salud mental en relación con indicadores inmunológicos, aportando evidencia sobre la importancia de incorporar la valoración psicológica al seguimiento clínico. Sin embargo, al tratarse de un estudio hospitalario, sus resultados no describen directamente las condiciones asistenciales del primer nivel. Su aporte consiste en fundamentar la necesidad de reconocer y atender el malestar emocional, especialmente cuando existen complicaciones relacionadas con la enfermedad.

Magaña-Reyes et al. (17), en una investigación publicada en 2025, estudiaron el apoyo social y la resiliencia como factores asociados con la adherencia terapéutica en personas con VIH atendidas en una unidad de medicina familiar de México. Los autores analizaron la relación de estos factores con el cumplimiento del tratamiento, resaltando la importancia del contexto psicosocial. Este antecedente resulta especialmente pertinente por desarrollarse en un servicio de medicina familiar, próximo al ámbito de la atención primaria. No obstante, sus

asociaciones no deben interpretarse como relaciones causales ni atribuirse exclusivamente a personas diagnosticadas con SIDA.

Desde una perspectiva organizacional, Lucas et al. (18), en 2023, realizaron un estudio transversal, descriptivo y analítico con 1 059 profesionales de enfermería de atención primaria en Portugal. Investigaron las relaciones entre el ambiente laboral, la percepción de calidad de los cuidados y la seguridad del paciente. Identificaron asociaciones entre condiciones del entorno profesional, disponibilidad de recursos, participación organizacional y calidad asistencial percibida. Aunque la investigación no estudió específicamente a personas con VIH/SIDA, aporta evidencia complementaria sobre la importancia de contar con ambientes laborales favorables para proporcionar cuidados seguros, respetuosos y continuos.

Meneses-La-Riva et al. (19), en un estudio fenomenológico publicado en 2025, investigaron las experiencias de profesionales de enfermería sobre el cuidado humanizado en un hospital público peruano, utilizando la teoría de Jean Watson como fundamento interpretativo. La investigación permitió reconocer la importancia de las relaciones humanas, la sensibilidad profesional y las experiencias subjetivas durante el cuidado. Sin embargo, sus hallazgos proceden del contexto hospitalario general y no constituyen evidencia específica sobre personas con SIDA en atención primaria. Su contribución principal reside en mostrar cómo el marco de Watson puede orientar la comprensión de las experiencias profesionales.

Afonso et al. (20), en una revisión integrativa publicada en 2025, analizaron la aplicabilidad de la Teoría del Cuidado Humano de Jean Watson en la atención y la educación de enfermería. Los autores organizaron los hallazgos en dimensiones relacionadas con el cuidado, las relaciones profesionales y la gestión organizacional, destacando la utilidad conceptual de los procesos *Caritas*. Esta revisión ofrece fundamentos para interpretar prácticas humanizadas y fortalecer la formación profesional. No obstante, los estudios incluidos abarcan distintas poblaciones y escenarios, por lo que sus resultados no deben utilizarse como demostración de eficacia clínica en personas con SIDA.

En conjunto, los antecedentes científicos muestran una producción diversa sobre experiencias de cuidado, intervenciones psicosociales, adherencia terapéutica, atención centrada en la persona y modelos humanísticos de enfermería. Se identifican investigaciones cualitativas, estudios observacionales, revisiones sistemáticas y documentos de consenso

desarrollados en distintos contextos. Esta heterogeneidad permite disponer de aportes complementarios, pero exige diferenciar la evidencia directamente relacionada con VIH/SIDA de aquella obtenida en otros servicios o poblaciones. Por esta razón, el presente estudio utiliza los antecedentes como fundamento para interpretar críticamente las necesidades y prácticas asistenciales, evitando atribuir efectos no demostrados a la teoría de Jean Watson.

2.2. Fundamentos clínicos del VIH y el SIDA

La infección por el VIH constituye una condición transmisible que afecta progresivamente el sistema inmunitario y requiere seguimiento continuo. Gracias al desarrollo de la terapia antirretroviral, muchas personas con VIH pueden mantener una adecuada calidad de vida y evitar la progresión hacia estadios avanzados. No obstante, la continuidad del tratamiento, la detección de complicaciones y el acceso oportuno a los servicios sanitarios siguen siendo necesarios para mantener el control clínico. La Organización Mundial de la Salud señala que el VIH puede tratarse eficazmente, aunque actualmente no existe una cura de uso generalizado que elimine la infección (1).

Desde el punto de vista fisiopatológico, el VIH afecta principalmente a los linfocitos T CD4+, células fundamentales para coordinar la respuesta inmunitaria. La replicación viral persistente y la disminución de estas células favorecen una mayor vulnerabilidad frente a diferentes microorganismos y enfermedades asociadas. El virus puede transmitirse mediante determinados fluidos corporales, principalmente sangre, semen, secreciones vaginales y leche materna, cuando concurren condiciones que permiten la infección. Sin embargo, no se transmite al compartir alimentos, abrazar, dar la mano o mantener contacto cotidiano. Difundir esta información resulta importante para combatir mitos y prevenir comportamientos discriminatorios (1).

Es necesario distinguir los conceptos de VIH y SIDA, debido a que no representan la misma condición. El VIH es el agente causal de la infección, mientras que el SIDA corresponde a su estadio clínico más avanzado, caracterizado por inmunodeficiencia significativa y determinadas enfermedades definitorias. La OMS también emplea el concepto de enfermedad avanzada por VIH, que en adultos y adolescentes se relaciona con un recuento de linfocitos T CD4+ inferior a 200 células/mm³ o con acontecimientos clínicos correspondientes a los estadios 3 o 4 de su clasificación (21). Estas denominaciones tienen criterios específicos que deben interpretarse según las guías clínicas aplicables.

La enfermedad avanzada por VIH incrementa la susceptibilidad a complicaciones infecciosas y requiere intervenciones oportunas para reducir la morbimortalidad. Entre las condiciones de especial importancia se encuentran la tuberculosis, las infecciones por criptococos, la neumonía por *Pneumocystis jirovecii* y otras enfermedades relacionadas con la inmunodepresión. La OMS recomienda identificar tempranamente a quienes presentan enfermedad avanzada y proporcionar un conjunto integral de actuaciones, que incluye evaluación clínica, pruebas diagnósticas, prevención de infecciones, tratamiento antirretroviral y seguimiento intensificado. Estas medidas deben adaptarse a las características del paciente y a la organización de los servicios sanitarios (21).

Aguilar-Molina et al. (22), en un estudio observacional retrospectivo publicado en 2023, analizaron a 190 pacientes adultos con VIH e infecciones oportunistas atendidos en un hospital de tercer nivel de Cali, Colombia. Identificaron que el 86 % presentaba recuentos de linfocitos T CD4+ iguales o inferiores a 200 células/mm³ y que las infecciones más frecuentes fueron tuberculosis, neumocistosis y toxoplasmosis. Estos hallazgos evidencian la importancia de la detección y el tratamiento oportunos. Sin embargo, corresponden a una población hospitalizada y no representan necesariamente la frecuencia de estas complicaciones en todos los pacientes con SIDA del primer nivel de atención.

La terapia antirretroviral constituye el tratamiento esencial para controlar la replicación del VIH, reducir la carga viral y favorecer la recuperación inmunológica. Su efectividad requiere acceso a medicamentos apropiados, seguimiento clínico y manejo de posibles dificultades relacionadas con la adherencia. La educación sanitaria desempeña un papel importante para que las personas comprendan la finalidad del tratamiento y participen en su cuidado. También resulta necesario explicar que mantener una carga viral indetectable mediante tratamiento sostenido evita la transmisión sexual del VIH, sin que ello signifique la eliminación definitiva de la infección o de la necesidad de seguimiento sanitario (1).

La adherencia terapéutica comprende la toma adecuada de los medicamentos prescritos y la participación activa en las actividades necesarias para el control de la infección. Las dificultades pueden relacionarse con efectos adversos, problemas de acceso, dificultades económicas, temor a revelar el diagnóstico o falta de apoyo. Magaña-Reyes et al. (17) estudiaron la asociación del apoyo social y la resiliencia con la adherencia en personas con VIH, mientras que Huang et al. (7) analizaron intervenciones de autocuidado lideradas por enfermería. Ambos trabajos muestran la relevancia de considerar factores psicosociales

durante la planificación del seguimiento, sin interpretar sus resultados como equivalentes a la eficacia de una teoría humanística específica.

2.3. Atención primaria y primer nivel de atención en personas con VIH/SIDA

La Atención Primaria de Salud (APS) representa una estrategia de organización sanitaria orientada a facilitar servicios accesibles, integrales, continuos y centrados en las necesidades de las personas. El primer nivel constituye uno de sus espacios principales de prestación, mediante actividades de promoción, prevención, evaluación inicial, seguimiento y coordinación con otros establecimientos. En personas con VIH/SIDA, estas funciones adquieren relevancia debido al carácter prolongado del tratamiento y a la necesidad de detectar oportunamente dificultades clínicas y psicosociales. La atención debe desarrollarse mediante mecanismos de articulación con servicios especializados, respetando las competencias de cada nivel asistencial (9).

Martínez-Sanz et al. (9) destacan que el manejo compartido de las personas con VIH requiere coordinación entre atención primaria y hospitalaria. Desde esta perspectiva, el primer nivel puede contribuir a la educación sanitaria, la identificación de dificultades relacionadas con el tratamiento y el seguimiento de otras condiciones de salud. No obstante, determinadas evaluaciones inmunológicas, procedimientos terapéuticos y complicaciones clínicas requieren atención especializada. La responsabilidad compartida implica establecer rutas de referencia, contrarreferencia y comunicación entre profesionales. De esta manera, la continuidad del cuidado no depende únicamente de consultas aisladas, sino de la articulación efectiva de los servicios.

En Ecuador, el Modelo de Atención Integral de Salud Familiar, Comunitario e Intercultural (MAIS-FCI) constituye un referente institucional para organizar la atención desde principios de integralidad, participación social, interculturalidad y enfoque de derechos. Este modelo reconoce la importancia de comprender las necesidades de salud considerando el contexto familiar y comunitario, además de las condiciones biológicas del paciente (23). En personas con VIH/SIDA, su aplicación puede orientar actividades de educación, seguimiento y coordinación asistencial, siempre respetando la confidencialidad del diagnóstico. La participación familiar debe desarrollarse con consentimiento del paciente, sin asumir que toda persona dispone de una red de apoyo o desea involucrarla.

El profesional de enfermería desempeña funciones de valoración, orientación, educación y seguimiento dentro del equipo del primer nivel de atención. Estas actividades requieren identificar necesidades físicas y emocionales, reconocer barreras sociales y coordinar respuestas con otros profesionales. La atención individualizada debe considerar el nivel de comprensión, las preferencias, la cultura y las circunstancias personales del paciente. Wachira et al. (11) destacan la importancia de la atención centrada en la persona en servicios relacionados con VIH. Por consiguiente, la planificación del cuidado debe construirse mediante la participación del usuario y no mediante decisiones exclusivamente profesionales.

Las condiciones organizacionales también influyen en las posibilidades de proporcionar cuidados continuos y humanizados. Lucas et al. (18) encontraron asociaciones entre el entorno laboral de enfermería, los recursos disponibles y la percepción de calidad y seguridad de la atención primaria en Portugal. Estos resultados respaldan la importancia de disponer de tiempo suficiente, personal capacitado, espacios adecuados y mecanismos de coordinación. Sin embargo, corresponden a percepciones profesionales y no permiten demostrar que una modificación organizacional específica produzca determinados efectos en personas con SIDA. Su utilidad consiste en reconocer condiciones que pueden facilitar o dificultar la implementación de prácticas asistenciales respetuosas.

2.4. Necesidades integrales de las personas con SIDA

Las necesidades de las personas con SIDA deben comprenderse desde una perspectiva integral que considere las dimensiones biológica, psicológica, social y espiritual. La progresión de la infección puede generar complicaciones clínicas, pero también repercusiones emocionales y cambios en las relaciones familiares, laborales y comunitarias. Estas necesidades no se presentan de forma idéntica en todas las personas, debido a las diferencias en la evolución clínica, los recursos disponibles y las experiencias individuales. Por ello, enfermería debe realizar valoraciones personalizadas y evitar atribuir automáticamente aislamiento, dependencia o sufrimiento emocional a todas las personas diagnosticadas con SIDA (4,5).

En la dimensión biológica, las principales necesidades incluyen el seguimiento del estado de salud, la prevención de complicaciones, el control de síntomas y la continuidad del tratamiento. También pueden presentarse problemas relacionados con el estado nutricional, el descanso, el dolor, la fatiga y otras enfermedades concomitantes. Aguilar-Molina et al.

(22) identificaron infecciones oportunistas relevantes en pacientes hospitalizados con inmunosupresión avanzada, lo que refuerza la importancia de reconocer signos de alarma. En el primer nivel, enfermería puede realizar una valoración inicial, desarrollar actividades educativas, identificar cambios clínicos y coordinar oportunamente la derivación cuando corresponda.

Las necesidades psicológicas pueden incluir ansiedad, tristeza, temor al deterioro de la salud, incertidumbre y preocupación por las relaciones personales. Grados-Castro y Huarcaya-Victoria (16) analizaron la ansiedad, la depresión y los indicadores inmunológicos en personas con VIH atendidas en un hospital peruano. Su investigación muestra la pertinencia de valorar la dimensión emocional junto con la evolución clínica, aunque no permite generalizar las mismas manifestaciones a todas las personas con SIDA. En el primer nivel, enfermería puede favorecer la expresión de sentimientos, detectar señales de sufrimiento psicológico y gestionar la derivación cuando sea necesario.

La atención psicológica también comprende el acompañamiento durante los cambios terapéuticos, las complicaciones de salud y las experiencias de rechazo. Davoudi et al. (6) examinaron intervenciones psicosociales realizadas por profesionales de enfermería y destacaron diferentes posibilidades de apoyo a personas con VIH/SIDA. El cuidado humanizado requiere escuchar las preocupaciones del paciente sin minimizarlas ni imponer interpretaciones sobre sus experiencias. La comunicación debe proporcionar información clara y permitir la participación en las decisiones. Ante manifestaciones persistentes de ansiedad, depresión u otras alteraciones importantes, corresponde promover la evaluación por profesionales capacitados en salud mental.

En la dimensión social, el estigma y la discriminación representan situaciones que pueden afectar la participación comunitaria, la búsqueda de atención sanitaria y las relaciones personales. Baca Chancafe et al. (4) identificaron experiencias de trato discriminatorio en personas con VIH/sida, mientras que Ebrahimi et al. (14) analizaron estrategias educativas destinadas a reducir el estigma. Estas investigaciones muestran la importancia de examinar tanto las actitudes individuales como las condiciones institucionales. Enfermería debe proteger la información clínica, evitar comentarios que revelen el diagnóstico y contribuir a generar relaciones asistenciales basadas en el respeto y la igualdad.

El apoyo social constituye otra dimensión relevante, debido a que algunas personas pueden necesitar orientación para afrontar dificultades familiares, laborales o económicas. Magaña-Reyes et al. (17) analizaron la asociación del apoyo social y la resiliencia con la adherencia terapéutica en pacientes con VIH atendidos en medicina familiar. Sus resultados ofrecen elementos para reconocer la importancia de las redes de apoyo, sin considerar que todas las personas disponen de ellas. El profesional de enfermería debe identificar los recursos que el paciente reconoce como útiles y respetar su decisión sobre quién puede conocer el diagnóstico o participar en el cuidado.

Las necesidades espirituales comprenden las creencias, valores, expectativas, sentido de vida y formas personales de afrontar la enfermedad. La espiritualidad no se limita a la participación religiosa, sino que puede expresarse mediante la búsqueda de esperanza, tranquilidad y significado ante situaciones difíciles. Andino y Guevara Rumbos (5) destacan la importancia de reconocer el mundo particular de la persona, mientras que Cárdenas Vargas et al. (13) reflexionan sobre el cuidado holístico como componente ético. Enfermería debe respetar las convicciones individuales y ofrecer acompañamiento espiritual únicamente cuando responda a las preferencias del paciente, sin imponer creencias o prácticas religiosas.

2.5. Metaparadigma de enfermería y cuidado humanizado

El metaparadigma de enfermería comprende cuatro conceptos fundamentales: persona, salud, entorno y enfermería. Estos elementos permiten interpretar el cuidado desde una perspectiva que supera la atención exclusivamente biomédica. La persona con SIDA debe reconocerse como sujeto de derechos, con experiencias, decisiones y necesidades propias; la salud comprende tanto el estado clínico como el bienestar percibido. Por su parte, el entorno incluye las relaciones familiares, los servicios sanitarios y las condiciones sociales que influyen en el cuidado. La enfermería articula estos componentes mediante conocimientos científicos, juicio clínico, comunicación y compromiso ético (5,12).

La interacción entre los componentes del metaparadigma favorece la comprensión de situaciones complejas que requieren respuestas individualizadas. Una persona puede mantener dificultades emocionales pese a presentar estabilidad clínica, mientras que otra puede disponer de apoyo familiar y enfrentar barreras para acceder a los servicios. Estas diferencias exigen valorar simultáneamente las condiciones de salud, los recursos personales y las características del entorno. Reyes-Téllez et al. (10) destacan que la humanización requiere reconocer barreras profesionales e institucionales, además de promover relaciones

de cuidado respetuosas. Por ello, el enfoque humanizado se relaciona tanto con las acciones individuales como con la organización asistencial.

2.6. Teoría del Cuidado Humano de Jean Watson

La Teoría del Cuidado Humano de Jean Watson considera que enfermería integra conocimientos científicos y valores humanísticos mediante una relación de cuidado auténtica y respetuosa. Su propuesta reconoce la experiencia subjetiva de la persona y la importancia de establecer relaciones transpersonales que permitan comprender sus necesidades y expectativas. Valencia Contrera y Rodríguez (12) destacan la utilidad de esta teoría para reflexionar sobre la humanización asistencial. Asimismo, Afonso et al. (20) identificaron aplicaciones del modelo en la práctica y educación profesional. Este enfoque proporciona un fundamento conceptual para organizar las prácticas de cuidado, sin sustituir los procedimientos clínicos basados en evidencia.

Es importante diferenciar los diez factores carativos originales de Watson de los diez procesos *Caritas*, que representan su desarrollo conceptual posterior. Los primeros se formularon como elementos orientadores del cuidado humano, mientras que los segundos profundizan en la compasión, la presencia auténtica, las relaciones transpersonales y la dimensión espiritual del encuentro asistencial. El Watson Caring Science Institute presenta los procesos *Caritas* como referentes para la práctica profesional y la formación en enfermería (24). En este trabajo se empleará principalmente la denominación procesos Caritas, y se señalará su correspondencia con los factores originales cuando resulte pertinente.

Guerrero-Castañeda et al. (25), en 2025, desarrollaron una propuesta metodológica para analizar narrativas de momentos de cuidado mediante los procesos *Caritas*. Su contribución consiste en ofrecer una forma estructurada de interpretar experiencias de enfermería y reconocer elementos humanos presentes en la interacción asistencial. Esta propuesta no corresponde a un ensayo clínico ni demuestra resultados terapéuticos en personas con SIDA. Sin embargo, permite comprender cómo los procesos de Watson pueden orientar el análisis de prácticas profesionales. En el presente estudio se consideran como un marco interpretativo para relacionar las necesidades integrales con las acciones humanizadas

El primer proceso *Caritas* “valores humanísticos, compasión y respeto” se relaciona con la práctica de la bondad, la compasión y la ecuanimidad hacia uno mismo y hacia los demás.

En personas con SIDA, este principio puede expresarse mediante un trato respetuoso, libre de prejuicios y centrado en la dignidad humana. La atención no debe variar por el diagnóstico, la identidad, las decisiones personales o las circunstancias sociales del paciente. Baca Chancafe et al. (4) identificaron experiencias relacionadas con el trato recibido por personas con VIH/sida, evidenciando la importancia de la sensibilidad profesional. Desde Watson, estos comportamientos se interpretan como expresiones de valores humanísticos que orientan la relación de cuidado (24).

El segundo proceso "presencia auténtica y fortalecimiento de la esperanza" se refiere a la presencia auténtica del profesional y al reconocimiento de las creencias, expectativas y esperanzas del paciente. En personas con SIDA, esta orientación implica acompañar de manera respetuosa, proporcionar información comprensible y reconocer las posibilidades de tratamiento y autocuidado sin generar falsas expectativas. La esperanza no debe confundirse con promesas de curación, sino con el apoyo para afrontar la enfermedad y participar en decisiones informadas. Bedert et al. (8) identificaron la importancia del acompañamiento profesional frente a las preocupaciones de personas con VIH. Estos hallazgos pueden interpretarse mediante el proceso de presencia auténtica descrito por Watson (24).

El tercer proceso "sensibilidad personal y autoconocimiento profesional" enfatiza el cultivo de la sensibilidad hacia uno mismo y hacia los demás, reconociendo que las emociones y experiencias del profesional influyen en el encuentro asistencial. En enfermería, esto requiere identificar prejuicios, regular las propias respuestas emocionales y mantener una actitud abierta ante las necesidades del paciente. Fookolaee et al. (26), mediante un estudio fenomenológico hermenéutico publicado en 2025, analizaron experiencias de ocho enfermeras de servicios hospitalarios sobre el cuidado basado en inteligencia emocional. El estudio aporta elementos sobre comunicación y regulación emocional profesional, aunque no investigó específicamente a personas con VIH/SIDA ni el primer nivel de atención.

El cuarto proceso "relación de ayuda, confianza y cuidado" se centra en desarrollar y mantener relaciones de cuidado sustentadas en la confianza. En personas con SIDA, este vínculo requiere comunicación respetuosa, confidencialidad y continuidad en la interacción profesional. La confianza puede favorecer que el paciente exprese preocupaciones relacionadas con el tratamiento, las dificultades familiares o las experiencias de estigma. Bedert et al. (8) destacaron la importancia de la relación terapéutica desde las experiencias de profesionales especializados en VIH. Asimismo, Wachira et al. (11) resaltan la atención

centrada en la persona. Estos aportes respaldan la pertinencia de construir vínculos profesionales que respeten las experiencias y decisiones individuales.

El quinto proceso "aceptación de sentimientos positivos y negativos" reconoce la necesidad de facilitar la expresión auténtica de sentimientos positivos y negativos durante el cuidado. En personas con SIDA pueden presentarse miedo, incertidumbre, tristeza o preocupación, pero estas manifestaciones deben valorarse individualmente y no suponerse presentes en todos los pacientes. El profesional de enfermería puede ofrecer espacios de escucha, validar las emociones y evitar respuestas descalificadoras. Grados-Castro y Huarcaya-Victoria (16) analizaron manifestaciones de ansiedad y depresión en personas con VIH, mientras que Davoudi et al. (6) estudiaron intervenciones psicosociales. Sus aportes orientan la atención emocional, sin demostrar específicamente los efectos de este proceso de Watson.

El sexto proceso "resolución creativa de problemas y juicio profesional" comprende el uso creativo del conocimiento científico, el razonamiento y las capacidades profesionales para responder a las necesidades de cuidado. En enfermería, se relaciona con el Proceso de Atención de Enfermería, que comprende valoración, diagnóstico, planificación, ejecución y evaluación. En personas con SIDA, este enfoque permite integrar datos clínicos, necesidades emocionales, condiciones sociales y preferencias personales. Guerrero-Castañeda et al. (25) proponen analizar momentos de cuidado mediante los procesos *Caritas*, resaltando su utilidad interpretativa. La aplicación práctica exige que las intervenciones se fundamenten en evidencia científica y se adapten a cada paciente, sin sustituir la evaluación clínica.

El séptimo proceso "enseñanza y aprendizaje interpersonal" promueve una relación educativa basada en el intercambio, la comprensión y la participación del paciente. En personas con SIDA, las actividades educativas pueden abordar el tratamiento antirretroviral, los signos de alarma, el autocuidado y los recursos asistenciales disponibles. Moropa et al. (27), en un estudio cualitativo publicado en 2025, analizaron las percepciones de docentes de enfermería sobre habilidades interpersonales necesarias para la formación profesional. Por su parte, Valencia-Gutiérrez (28) estudió una propuesta educativa sobre cuidado humanizado. Ambos aportes respaldan la importancia de fortalecer competencias comunicativas, aunque se refieren principalmente a la formación de profesionales y no a resultados clínicos en pacientes con SIDA.

La enseñanza interpersonal requiere adaptar los contenidos al nivel de comprensión, las necesidades, la cultura y las posibilidades del paciente. Desde este enfoque, la educación no consiste únicamente en transmitir instrucciones, sino en establecer un diálogo que permita resolver dudas y participar en decisiones informadas. Martínez-Sanz et al. (9) destacan la importancia del seguimiento compartido en personas con VIH, mientras que Huang et al. (7) analizaron intervenciones de autocuidado lideradas por enfermería. Estas contribuciones permiten fundamentar la orientación educativa dentro del primer nivel, sin afirmar que todos los programas produzcan los mismos resultados o que apliquen directamente la teoría de Jean Watson.

El octavo proceso "creación de un entorno de cuidado protector" se relaciona con la creación de ambientes de cuidado seguros, protectores y respetuosos en sus dimensiones físicas, psicológicas, sociales y espirituales. En personas con SIDA, este principio comprende disponer de espacios que garanticen privacidad, preservar la información clínica y evitar prácticas discriminatorias. Lucas et al. (18) identificaron asociaciones entre el ambiente laboral de enfermería, los recursos disponibles y la percepción de calidad y seguridad en atención primaria. Desde Watson, estos hallazgos pueden interpretarse como condiciones organizacionales relevantes para facilitar el cuidado, aunque el estudio no evaluó directamente los procesos *Caritas* ni la atención de pacientes con VIH/SIDA.

El noveno proceso "atención digna de las necesidades humanas" se orienta a satisfacer las necesidades humanas mediante acciones que reconozcan la dignidad y singularidad de cada persona. En pacientes con SIDA, incluye la valoración de la alimentación, higiene, descanso, dolor, fatiga, movilidad, comodidad y bienestar emocional. Estas necesidades deben abordarse según la situación clínica y las preferencias individuales, evitando intervenciones estandarizadas que no respondan al contexto del paciente. Baca Chancafe et al. (4) identificaron componentes de cuidado valorados por personas con VIH/sida, mientras que Afonso et al. (20) examinaron la aplicación de la teoría de Watson en diferentes escenarios. Ambos aportes permiten fundamentar conceptualmente una atención integral y respetuosa.

El décimo proceso "dimensión existencial y espiritual del cuidado" reconoce la dimensión espiritual, existencial y subjetiva de la experiencia humana. Durante una enfermedad avanzada, algunas personas pueden plantearse preguntas relacionadas con el futuro, la esperanza, las creencias, la familia y el sentido de vida. Enfermería debe acompañar estas experiencias con respeto, sin imponer interpretaciones religiosas o personales. Andino y

Guevara Rumbos (5) destacan la importancia de comprender el mundo particular de la persona con VIH/SIDA, mientras que Cárdenas Vargas et al. (13) reflexionan sobre el cuidado holístico. Estas contribuciones permiten interpretar la atención espiritual como parte del acompañamiento integral, siempre que responda a las preferencias del paciente.

2.7. Prácticas de cuidado humanizado de enfermería en el primer nivel de atención

Las prácticas de cuidado humanizado en personas con SIDA deben integrar competencias clínicas, comunicativas, educativas y éticas, considerando las posibilidades del primer nivel de atención. Entre las acciones relevantes se encuentran la comunicación terapéutica, la identificación de necesidades, la orientación para el autocuidado, el acompañamiento emocional y la coordinación con servicios especializados. Baca Chancafe et al. (4) destacan la importancia del trato respetuoso desde las experiencias de personas con VIH/sida, mientras que Bedert et al. (8) identificaron la necesidad de responder a preocupaciones que trascienden el tratamiento. Estas contribuciones permiten fundamentar prácticas centradas en la persona.

La comunicación terapéutica implica escuchar activamente, utilizar un lenguaje claro, respetar los silencios y comprobar la comprensión del paciente. Su propósito es facilitar un encuentro asistencial que permita expresar dudas y participar en decisiones informadas. Fookolaee et al. (26) analizaron las experiencias de profesionales de enfermería sobre la regulación emocional y la comunicación en el cuidado, aportando evidencia complementaria para comprender estas habilidades. En personas con SIDA, la comunicación debe evitar expresiones estigmatizantes y resguardar la confidencialidad. Su aplicación requiere sensibilidad profesional y espacios adecuados, sin asumir que una relación empática por sí sola produce determinados resultados clínicos.

La educación para la salud representa otra práctica importante en la atención de personas con VIH/SIDA, particularmente cuando existen necesidades de seguimiento prolongado. Puede incluir información sobre el tratamiento antirretroviral, el autocuidado, las medidas preventivas y los signos que requieren valoración médica. Huang et al. (7) evaluaron intervenciones de autocuidado lideradas por enfermería, mientras que Martínez-Sanz et al. (9) destacaron la coordinación entre niveles asistenciales. Estos antecedentes respaldan la pertinencia de ofrecer orientación individualizada y seguimiento, considerando el contexto,

la comprensión y la autonomía del paciente. La participación familiar debe contar con su autorización y respetar la privacidad del diagnóstico.

La prevención del estigma constituye una responsabilidad ética vinculada con la calidad del cuidado. Ebrahimi et al. (14) y Janek et al. (15) examinaron intervenciones educativas dirigidas a reducir comportamientos discriminatorios en distintos contextos sanitarios. Asimismo, Kutner et al. (29), mediante una revisión sistemática publicada en 2023, analizaron intervenciones destinadas a abordar el estigma relacionado con el VIH entre trabajadores y sistemas de salud de Estados Unidos. Estos estudios identifican estrategias de sensibilización y formación, aunque sus efectos dependen del diseño y las condiciones de aplicación. En el primer nivel, enfermería puede contribuir mediante el respeto, la confidencialidad y la identificación de prácticas institucionales excluyentes.

El acompañamiento emocional y social debe desarrollarse mediante la valoración individual de las necesidades y los recursos del paciente. Algunas personas pueden beneficiarse de espacios de escucha, orientación familiar autorizada o coordinación con servicios de salud mental y trabajo social. Davoudi et al. (6) analizaron intervenciones psicosociales realizadas por enfermería, mientras que Magaña-Reyes et al. (17) estudiaron el apoyo social y la resiliencia en relación con la adherencia. Estos antecedentes permiten reconocer posibles áreas de intervención, sin afirmar que todas las personas con VIH/SIDA requieren el mismo acompañamiento o que los beneficios se encuentran demostrados para cada práctica.

Desde la perspectiva de Jean Watson, las intervenciones descritas pueden interpretarse a través de los procesos *Caritas*, especialmente la relación de confianza, la sensibilidad personal, la expresión de sentimientos, la enseñanza interpersonal y el entorno protector. Esta articulación constituye una estrategia conceptual para organizar el cuidado y comprender sus dimensiones humanas, sin asumir que todas las investigaciones revisadas aplicaron directamente la teoría. Afonso et al. (20) y Guerrero-Castañeda et al. (25) respaldan la utilidad de los procesos *Caritas* como referentes para analizar las experiencias y prácticas profesionales. Su incorporación requiere mantener la distinción entre fundamentos teóricos y resultados empíricos.

En síntesis, el cuidado humanizado de enfermería en personas con SIDA requiere comprender las necesidades integrales y desarrollar prácticas ajustadas a la situación clínica, las experiencias y las preferencias individuales. El primer nivel de atención constituye un

espacio relevante para la educación, el acompañamiento, la identificación de necesidades y la coordinación con servicios especializados. La teoría de Jean Watson ofrece un marco conceptual que permite relacionar las prácticas identificadas con principios humanísticos y éticos. No obstante, los hallazgos deben interpretarse según las características y limitaciones de cada investigación, diferenciando evidencia específica, aportes complementarios y orientaciones teóricas, para mantener la coherencia con los objetivos de la revisión.

CAPÍTULO III. METODOLOGÍA

Se realizó una revisión bibliográfica narrativa estructurada, de alcance descriptivo, cuyo objetivo fue analizar la evidencia científica disponible sobre las prácticas de cuidado humanizado de enfermería en personas con SIDA en el primer nivel de atención, considerando la Teoría del Cuidado Humano de Jean Watson. Se desarrolló un proceso de búsqueda, selección, extracción y síntesis de información. No se recolectaron datos originales ni se realizó intervención en pacientes, sino que se recopiló evidencia clínica, epidemiológica y de enfermería sobre VIH y SIDA, teoría de Jean Watson, adherencia al tratamiento, estigma y práctica profesional.

3.1.Diseño de investigación

Se realizó una revisión bibliográfica narrativa estructurada, de alcance descriptivo, cuyo propósito fue analizar la evidencia científica sobre el cuidado humanizado de personas con SIDA en el primer nivel de atención. La unidad de análisis estuvo conformada por artículos científicos seleccionados sobre VIH/SIDA y cuidados de enfermería, mientras que los documentos oficiales, consensos y libros de texto se utilizaron únicamente como sustento teórico y normativo. El análisis se realizó mediante lectura crítica, agrupación temática y comparación de hallazgos para identificar las necesidades biológicas, psicológicas, sociales y espirituales, así como describir las prácticas de enfermería relacionadas con la teoría de Jean Watson. Los resultados se organizaron según los objetivos específicos, diferenciando la evidencia científica de la interpretación teórica.

3.2. Estrategia de búsqueda bibliográfica

Las fuentes de información consultadas fueron SciELO, Dialnet, Redalyc, Scopus, PubMed y Google Académico. Asimismo, se revisaron documentos oficiales de la Organización Mundial de la Salud (OMS), el Programa Conjunto de las Naciones Unidas sobre el VIH/SIDA (ONUSIDA) y el Ministerio de Salud Pública del Ecuador (MSP). Se emplearon términos libres en español e inglés, diferenciándolos de los descriptores controlados DeCS y MeSH. Entre los términos utilizados en la búsqueda se encontraron VIH/SIDA, cuidado humanizado, enfermería, atención primaria, Jean Watson, adherencia al tratamiento, estigma, apoyo emocional y primer nivel de atención.

Para la identificación de artículos científicos se utilizaron combinaciones como «cuidado humanizado AND VIH», «enfermería AND SIDA», «atención primaria AND VIH», «Jean

Watson AND cuidado humanizado», «adherencia AND tratamiento antirretroviral» y «estigma AND VIH/SIDA», junto con sus equivalentes en inglés. Se consideraron publicaciones científicas en español e inglés, comprendidas entre 2021 y 2026, priorizando estudios revisados por pares y disponibles a texto completo. Los documentos institucionales y las fuentes teóricas anteriores a este período se emplearon exclusivamente como sustento conceptual, epidemiológico o normativo, sin incorporarlos al corpus de estudios analizados.

Tabla 1. *Estrategia de búsqueda bibliográfica*

Fuente de información	**Expresión de búsqueda**	**Filtros aplicados**	**Fecha de búsqueda**	**Registros recuperados**
SciELO	"cuidado humanizado" AND VIH	2021–2026; español; texto completo	12/05/2026	29
Dialnet	enfermería AND SIDA	2021–2026; español; texto completo	19/05/2026	24
Redalyc	"cuidado humanizado" AND VIH	2021–2026; español; texto completo	27/05/2026	23
Scopus	TITLE-ABS-KEY("nursing care" AND HIV)	2021–2026; español e inglés; artículos científicos	09/06/2026	39
PubMed	"HIV Infections"[MeSH Terms] AND "Nursing Care"[MeSH Terms]	2021–2026; español e inglés	18/06/2026	53
Google Académico	"Jean Watson" AND "cuidado humanizado"	2021–2026; español e inglés	02/07/2026	37

OMS	VIH/SIDA; enfermedad avanzada por VIH	Documentos institucionales pertinentes	06/07/2026	Fuente complementaria
ONUSIDA	VIH/SIDA; informes epidemiológicos	Informes oficiales actualizados	08/07/2026	Fuente complementaria
MSP del Ecuador	VIH/sida; informes epidemiológicos; MAIS-FCI	Documentos oficiales nacionales	13/07/2026	Fuente complementaria
Total de registros científicos				205

Nota. Elaboración propia a partir de la estrategia de búsqueda aplicada.

3.3.Criterios de inclusión y exclusión

Se incluyeron artículos científicos en español o inglés, disponibles a texto completo y publicados entre 2021 y 2026, relacionados con VIH/SIDA, cuidado humanizado, enfermería, primer nivel de atención, adherencia al tratamiento, estigma y necesidades biopsicosociales y espirituales. Se priorizaron estudios sobre personas con SIDA en el primer nivel de atención; también se consideraron investigaciones sobre personas con VIH, profesionales de enfermería y otros contextos asistenciales cuando aportaron información pertinente para los objetivos, diferenciándolas como evidencia complementaria. Los documentos oficiales de la OMS, ONUSIDA y MSP, así como las fuentes teóricas de Jean Watson, se utilizaron únicamente como sustento conceptual, epidemiológico o normativo, sin contabilizarlos entre los estudios incluidos en los resultados.

Se excluyeron los registros duplicados, los textos sin identificación bibliográfica suficiente, los documentos no académicos, aquellos que abordaban otras patologías sin relación con el VIH/SIDA, los de acceso restringido y los que no respondían a los objetivos de investigación. También se descartaron los artículos científicos publicados antes de 2021 y aquellos cuyos resultados no permitían identificar necesidades de cuidado o prácticas de enfermería relacionadas con el tema. Se exceptuaron del límite temporal las fuentes teóricas fundamentales y los documentos normativos necesarios para contextualizar la investigación,

los cuales se mantuvieron exclusivamente como referencias de apoyo y no como parte del corpus documental analizado.

3.4. Selección, recogida y extracción de datos

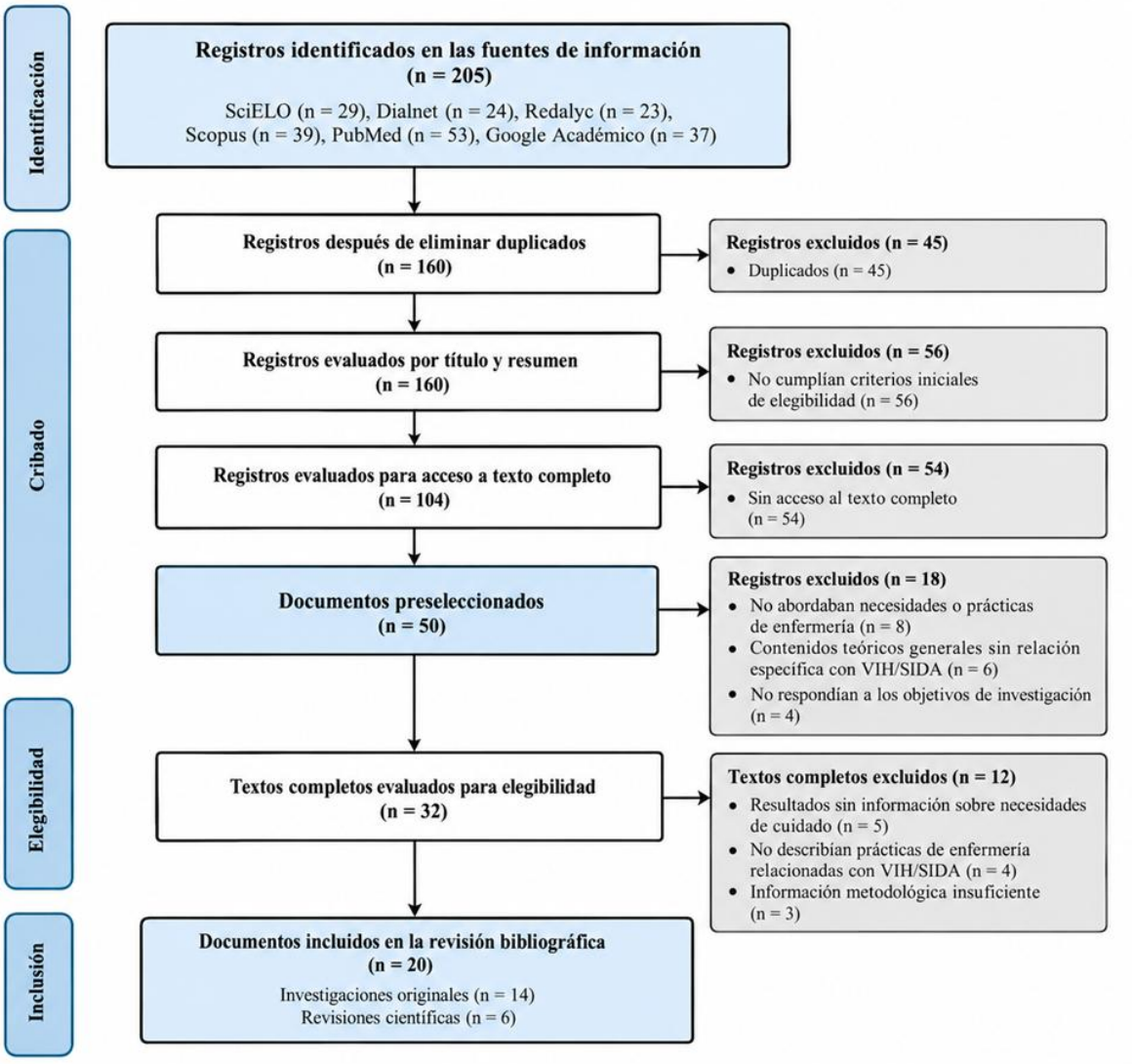
Durante la búsqueda bibliográfica se identificaron 205 registros en las diferentes fuentes de información. Inicialmente, se eliminaron 45 documentos duplicados, quedando 160 registros para la revisión de títulos y resúmenes. De estos, se excluyeron 56 por no cumplir los criterios iniciales de elegibilidad y 54 por no disponer de acceso al texto completo, obteniéndose 50 documentos preseleccionados. Posteriormente, se descartaron 18 publicaciones: ocho por no abordar necesidades o prácticas de enfermería, seis por presentar únicamente contenidos teóricos generales sin relación específica con VIH/SIDA y cuatro por no responder a los objetivos de investigación. De esta manera, 32 documentos continuaron a la evaluación de texto completo.

Durante la evaluación de elegibilidad se excluyeron 12 documentos adicionales: cinco porque sus resultados no permitían identificar necesidades de cuidado, cuatro porque no describían prácticas de enfermería relacionadas con el VIH/SIDA y tres porque presentaban información metodológica insuficiente para interpretar sus hallazgos. Finalmente, se seleccionaron 20 artículos científicos que cumplieron con los criterios establecidos para la revisión bibliográfica, de los cuales 14 correspondieron a investigaciones originales y seis a revisiones científicas. Los documentos seleccionados fueron organizados en una matriz de extracción y análisis, diferenciando los estudios sobre personas con SIDA en el primer nivel de atención de aquellos realizados con personas con VIH en general o en otros contextos asistenciales.

Para la extracción de información se registraron los siguientes datos: autor, año de publicación, país, diseño metodológico, población, contexto asistencial, objetivo y principales hallazgos de cada investigación. Para identificar las necesidades de cuidado se recopilaron resultados relacionados con las dimensiones biológica, psicológica, social y espiritual. Asimismo, para describir las prácticas de enfermería se extrajeron datos sobre comunicación terapéutica, apoyo emocional, educación para el autocuidado, adherencia al tratamiento, confidencialidad, prevención del estigma y continuidad asistencial. Esta información permitió establecer la correspondencia de los hallazgos con los objetivos específicos de la investigación.

Los documentos se organizaron mediante una matriz de extracción y análisis de la información, presentada en el Anexo 1, que permitió comparar las coincidencias, diferencias y aportes de los estudios seleccionados. Se distinguieron los hallazgos originales de las recomendaciones de los investigadores y de la interpretación de las autoras. Posteriormente, las necesidades y prácticas identificadas se relacionaron conceptualmente con los procesos Caritas de Jean Watson, considerando su pertinencia para el primer nivel de atención. Esta organización permitió sintetizar la evidencia científica disponible sin atribuir a los estudios resultados sobre poblaciones o contextos asistenciales diferentes de los investigados.

Figura 1. *Algoritmo de búsqueda bibliográfica*



Nota. Elaboración propia con base en el proceso de identificación, elegibilidad e inclusión de fuentes.

3.5.Análisis de la información

El análisis de la información se desarrolló mediante una síntesis temática. A partir de la lectura crítica de los 20 documentos incluidos, se identificaron y registraron en la matriz los hallazgos relacionados con las necesidades biológicas, psicológicas, sociales y espirituales de las personas con VIH/SIDA, así como las prácticas de cuidado humanizado de enfermería. Posteriormente, estos hallazgos se agruparon por afinidad temática en categorías relacionadas con las necesidades de cuidado y las intervenciones profesionales, considerando su correspondencia con los objetivos específicos de la investigación.

Luego, se compararon los hallazgos de los documentos para reconocer coincidencias, diferencias y aspectos insuficientemente estudiados, considerando el diseño metodológico, la población y el contexto asistencial de cada investigación. A partir de esta comparación, se elaboró una síntesis organizada por categorías, sustentada en las referencias correspondientes. Finalmente, los resultados se interpretaron mediante los procesos Caritas de Jean Watson (24), diferenciando los hallazgos originales de las interpretaciones realizadas por las autoras.

3.6. Consideraciones éticas

El estudio utilizó fuentes secundarias de acceso académico, sin intervención en personas ni recolección de datos personales. Se respetó la propiedad intelectual mediante citación numérica en formato Vancouver y referencias bibliográficas completas. Asimismo, se reconoció la autoría de las fuentes consultadas y se conservaron el sentido y el contexto de sus hallazgos, diferenciándolos de las interpretaciones realizadas por las autoras. No se incluyeron datos clínicos individuales, imágenes de pacientes ni información identificable. La información recopilada se utilizó exclusivamente con fines académicos, garantizando una presentación fiel y responsable de los resultados de las investigaciones analizadas.

3.7.Limitaciones metodológicas

Entre las principales limitaciones se identificó la escasa cantidad de artículos científicos que abordaron específicamente el cuidado humanizado de personas con SIDA en el primer nivel de atención. Por esta razón, se consideraron investigaciones sobre VIH/SIDA, atención primaria, adherencia al tratamiento, estigma, cuidado humanizado y teoría de Jean Watson. Sin embargo, varios estudios procedían de poblaciones con VIH en general o de contextos hospitalarios y especializados. Esta situación limitó la posibilidad de generalizar sus

hallazgos a personas con SIDA atendidas en el primer nivel, por lo que las conclusiones debieron formularse considerando las características de cada población y contexto asistencial.

Otra limitación estuvo relacionada con la heterogeneidad de los diseños metodológicos, las poblaciones y los resultados de los documentos analizados, debido a que se incluyeron investigaciones cualitativas, estudios observacionales, intervenciones clínicas y revisiones científicas. Estas diferencias dificultaron la comparación directa de los hallazgos y la determinación de la eficacia de las prácticas de cuidado humanizado. Asimismo, no todos los estudios utilizaron expresamente la teoría de Jean Watson, por lo que su relación con los procesos Caritas se estableció principalmente mediante una interpretación conceptual. En consecuencia, los resultados permitieron describir necesidades y prácticas de enfermería, pero no demostrar la eficacia clínica de dicha teoría en la población investigada.

CAPÍTULO IV. RESULTADOS Y DISCUSIÓN

4.1. Resultados

La revisión bibliográfica permitió identificar necesidades de cuidado y prácticas de enfermería relacionadas con la atención humanizada de personas con VIH/SIDA, considerando los fundamentos de la Teoría del Cuidado Humano de Jean Watson. Los hallazgos se organizaron conforme a los objetivos específicos de la investigación, diferenciando las necesidades biológicas, psicológicas, sociales y espirituales de las intervenciones profesionales descritas en los estudios. Se consideraron las características metodológicas, las poblaciones y los contextos asistenciales, debido a que no todas las publicaciones abordaron exclusivamente a personas con SIDA en el primer nivel de atención.

Se analizaron 20 publicaciones científicas correspondientes al período 2023-2025, de las cuales 14 fueron investigaciones originales y seis revisiones científicas. Los estudios originales incluyeron investigaciones cualitativas, observacionales, de métodos mixtos y un ensayo aleatorizado por conglomerados. Las publicaciones procedieron de diferentes países, entre ellos Perú, México, Colombia, Países Bajos, Indonesia, Australia, Zambia, Irán, Ghana, Sudáfrica, Corea del Sur y Tanzania. Esta diversidad permitió identificar distintas experiencias asistenciales, aunque también evidenció diferencias entre las poblaciones y servicios investigados, aspecto considerado durante la interpretación de los resultados.

Entre las investigaciones seleccionadas, Baca Chancafe et al. (4) estudiaron las percepciones de personas con VIH/sida sobre el cuidado de enfermería, mientras que Bedert et al. (8) y Rasad et al. (30) examinaron experiencias de profesionales que atendían a esta población. Otros estudios abordaron necesidades psicológicas, adherencia terapéutica, apoyo social, comunicación y continuidad asistencial (16,17,31, 33). Asimismo, las revisiones científicas aportaron información sobre intervenciones psicosociales, autocuidado, estigma y atención centrada en la persona (6,7,11,14,15,29). Los resultados se presentan diferenciando estos aportes según su procedencia y correspondencia con los objetivos de la investigación.

En relación con las necesidades biológicas, Aguilar-Molina et al. (22) estudiaron a 190 pacientes con VIH e infecciones oportunistas atendidos en un hospital de tercer nivel de Colombia. Encontraron que el 86 % presentaba recuentos de linfocitos T CD4+ iguales o

inferiores a 200 células/mm³, mientras que las infecciones más frecuentes fueron tuberculosis (28,4 %), neumocistosis (27,9 %) y toxoplasmosis (27,4 %). Estos resultados identificaron necesidades vinculadas con la vigilancia del estado inmunológico, el reconocimiento de complicaciones y el seguimiento clínico. Sin embargo, las frecuencias descritas correspondieron a una población hospitalizada y no representan necesariamente a todas las personas con SIDA atendidas en el primer nivel.

El seguimiento del tratamiento constituyó otra necesidad relevante. Magaña-Reyes et al. (17), en un estudio con 106 personas con VIH atendidas en una unidad de medicina familiar de México, identificaron asociaciones entre la adherencia terapéutica, el apoyo social y la resiliencia. Por su parte, Huang et al. (7) analizaron intervenciones de autocuidado lideradas por enfermería y sus resultados sobre el bienestar de personas con VIH. Estos hallazgos permitieron reconocer la importancia de valorar las dificultades que afectan la continuidad del tratamiento y la participación del paciente en su autocuidado. No obstante, los estudios presentaron diseños diferentes y no evaluaron exclusivamente a personas con SIDA.

Respecto a las necesidades psicológicas, Grados-Castro y Huarcaya-Victoria (16) analizaron a 144 personas con VIH atendidas en un hospital de Lima, Perú. Identificaron ansiedad en el 34 % y depresión en el 16,7 % de los participantes. Además, encontraron mayores niveles de ambas alteraciones en pacientes que se encontraban en estadio de SIDA, con diferencias estadísticamente significativas (p menor que 0,001). También observaron correlaciones inversas entre los niveles de ansiedad, depresión y el recuento de linfocitos T CD4+. Estos resultados respaldaron la importancia de reconocer necesidades emocionales durante la atención, sin establecer relaciones causales entre las variables estudiadas.

De manera complementaria, Nasir et al. (31), mediante entrevistas a 22 personas con VIH/SIDA en Indonesia, identificaron experiencias de autoestigmatización, dificultades de aceptación, necesidad de reconocimiento y temor relacionado con la muerte. Davoudi et al. (6), en una revisión sistemática, analizaron intervenciones psicosociales de enfermería dirigidas a personas con VIH/SIDA. Ambos estudios aportaron información sobre la importancia del acompañamiento emocional, aunque desde perspectivas metodológicas distintas. Mientras Nasir et al. describieron experiencias subjetivas, Davoudi et al. examinaron intervenciones documentadas en investigaciones previas. Esta diferencia permitió distinguir las necesidades expresadas por los pacientes de las respuestas profesionales estudiadas.

En la dimensión social, Baca Chancafe et al. (4) identificaron experiencias de indiferencia, insensibilidad y discriminación durante la atención de enfermería, junto con percepciones favorables relacionadas con el respeto y la comunicación. Por su parte, Kim et al. (34), mediante entrevistas a ocho personas con VIH y siete profesionales sanitarios en Corea del Sur, reconocieron la importancia de las redes de apoyo, las relaciones significativas y el sentido de pertenencia. Estos hallazgos permitieron identificar necesidades de aceptación, protección de la intimidad y fortalecimiento de los vínculos sociales. Sin embargo, las investigaciones no demostraron que todas las personas con VIH/SIDA experimentaran las mismas dificultades.

El apoyo social también se relacionó con la continuidad terapéutica. Magaña-Reyes et al. (17) identificaron que el apoyo social máximo fue más frecuente entre los pacientes adherentes (54,7 %) que entre los no adherentes (9,4 %). Asimismo, Okello et al. (35), en un estudio cualitativo realizado en Tanzania, reconocieron el estigma, la desconfianza hacia los profesionales, la falta de ingresos, las dificultades de transporte y la ausencia de apoyo como barreras para acudir a los servicios de VIH. Estos resultados evidenciaron la diversidad de condiciones sociales que deben considerarse durante la valoración de enfermería, especialmente al identificar dificultades para mantener el seguimiento asistencial.

En cuanto a las necesidades espirituales, Baca Chancafe et al. (4) identificaron la espiritualidad como una dimensión valorada por algunas personas con VIH/sida, quienes describieron experiencias de esperanza y acompañamiento durante el cuidado de enfermería. Nasir et al. (31) también reconocieron preocupaciones vinculadas con la aceptación de la enfermedad y el temor a la muerte, aunque su estudio no evaluó específicamente intervenciones espirituales. Estos hallazgos permitieron reconocer la necesidad de respetar las creencias, los valores personales y las formas individuales de afrontamiento. No obstante, la evidencia específica sobre intervenciones espirituales en personas con SIDA atendidas en el primer nivel resultó limitada.

Respecto a las prácticas de cuidado humanizado de enfermería, la comunicación terapéutica constituyó una de las prácticas relevantes identificadas en los estudios. Baca Chancafe et al. (4) encontraron que las personas con VIH/sida valoraban la amabilidad, el interés, la explicación de procedimientos y la comunicación respetuosa. Bedert et al. (8), mediante entrevistas a 21 profesionales de enfermería especializados en VIH en Países Bajos, describieron la importancia de responder a las preocupaciones emocionales y sociales que

permanecen pese a los avances del tratamiento. Estos hallazgos permitieron reconocer la escucha activa, el trato respetuoso y el acompañamiento como componentes de la relación asistencial, sin atribuirles efectos clínicos que no fueron evaluados.

La comunicación centrada en la persona también fue examinada por Mukamba et al. (33), quienes analizaron encuentros entre 478 personas con VIH y 139 profesionales de 24 establecimientos sanitarios de Zambia. Identificaron cuatro perfiles de interacción, de los cuales el 47,6 % correspondió a encuentros predominantemente biomédicos con escasas conductas centradas en la persona, mientras que el 7,5 % mostró una interacción altamente centrada en ella. Estos resultados evidenciaron diferencias en la comunicación asistencial y en la participación del paciente. Sin embargo, solamente el 14 % de los profesionales evaluados eran enfermeros, por lo que los hallazgos no corresponden exclusivamente a esta profesión.

En relación con la valoración de la experiencia del usuario, Posner et al. (36) realizaron un estudio de métodos mixtos en cinco establecimientos de atención del VIH en Ghana. Los investigadores compararon las percepciones de profesionales y pacientes mediante una herramienta de evaluación de atención centrada en la persona, identificando coincidencias en dos de los tres dominios examinados. También encontraron diferencias que mostraron la necesidad de considerar directamente la opinión de los usuarios. Estos resultados respaldaron la importancia de recoger experiencias relacionadas con la comunicación, el trato recibido y la participación en el cuidado, sin constituir una evaluación experimental de eficacia clínica.

El acompañamiento emocional y las intervenciones de autocuidado representaron otras prácticas identificadas. Huang et al. (7), mediante una revisión sistemática y metaanálisis de 19 ensayos clínicos aleatorizados con 2083 participantes, encontraron mejoras significativas en calidad de vida (DME = 0,45) y reducción de la depresión (DME = −0,46) mediante intervenciones de autocuidado lideradas por enfermería. No obstante, el efecto sobre el apoyo social no fue estadísticamente significativo y la evidencia relacionada con ansiedad resultó limitada. Estos hallazgos respaldaron determinadas intervenciones de enfermería, pero no permitieron atribuir sus resultados a la aplicación específica de la teoría de Jean Watson.

La prevención del estigma constituyó otra práctica relevante. Ebrahimi et al. (14) analizaron intervenciones educativas dirigidas a reducir los prejuicios asociados al VIH, mientras que Janek et al. (15) identificaron solamente tres estudios recientes de intervención sobre estigma y discriminación en establecimientos sanitarios estadounidenses. Asimismo, Kutner et al. (29) examinaron componentes y mecanismos de intervenciones dirigidas al personal sanitario. Estas revisiones identificaron estrategias relacionadas con formación, sensibilización y modificación de actitudes profesionales. Sin embargo, los resultados fueron heterogéneos y no permitieron afirmar que todas las estrategias produjeran efectos equivalentes sobre las experiencias de discriminación.

En cuanto a las barreras profesionales, Rasad et al. (30), mediante entrevistas a 15 enfermeros hospitalarios de Irán, identificaron cuatro categorías relacionadas con el cuidado de personas con VIH/SIDA: atención con temor, ética del cuidado, precauciones protectoras y dualidad de sentimientos. Los hallazgos describieron preocupaciones, actitudes y dificultades experimentadas por los profesionales durante la atención. De manera complementaria, Ngcobo et al. (37) encontraron limitaciones de privacidad, equipamiento, personal y apoyo institucional en clínicas móviles de VIH de Sudáfrica. Ambos estudios mostraron obstáculos profesionales y organizacionales, aunque procedían de contextos diferentes y no evaluaron directamente la efectividad de intervenciones humanizadas.

La continuidad asistencial también fue identificada como una dimensión importante del cuidado. Warner et al. (32), mediante entrevistas a 13 personas con VIH en Australia, describieron dificultades para comprender quién coordinaba la atención y experiencias relacionadas con la comunicación entre servicios especializados y atención primaria. Por su parte, Kim et al. (34) identificaron la continuidad de los servicios, el apoyo interpersonal y la pertenencia social como condiciones valoradas durante el seguimiento. Estos resultados respaldaron la importancia de establecer mecanismos de coordinación y comunicación, considerando que la continuidad del cuidado depende tanto de las relaciones profesionales como de la organización de los servicios sanitarios.

Sikombe et al. (38) evaluaron una intervención multicomponente de atención centrada en la persona mediante un ensayo aleatorizado por conglomerados desarrollado en 24 clínicas de VIH de Zambia. Los resultados mostraron una reducción de las experiencias asistenciales desfavorables, de las consultas perdidas y una mejora de la retención en los servicios. No obstante, no se demostró una mejora significativa del resultado virológico evaluado. Estos

hallazgos aportaron evidencia sobre determinados beneficios de una intervención dirigida a las prácticas de los profesionales y la experiencia del usuario, sin demostrar la eficacia específica de la teoría de Watson.

Finalmente, Wachira et al. (11) destacaron la importancia de organizar servicios de VIH centrados en las necesidades y preferencias del paciente, considerando las limitaciones de recursos y los procesos asistenciales. De manera complementaria, Ngcobo et al. (37) identificaron barreras operativas en servicios móviles, mientras que Okello et al. (35) describieron dificultades de vinculación al cuidado después del alta hospitalaria. Estas publicaciones permitieron reconocer prácticas relacionadas con la orientación individualizada, la coordinación entre profesionales y el seguimiento asistencial. Su aplicación en el primer nivel requiere considerar las condiciones institucionales y evitar extrapolar automáticamente resultados obtenidos en contextos especializados.

La interpretación de los resultados mediante los procesos *Caritas* de Jean Watson permitió relacionar las necesidades y prácticas identificadas con los fundamentos humanísticos del cuidado. Las experiencias de amabilidad, respeto y ausencia de discriminación descritas por Baca Chancafe et al. (4) se vincularon conceptualmente con la práctica de valores humanísticos y compasión. Las relaciones terapéuticas examinadas por Bedert et al. (8) y las experiencias de comunicación estudiadas por Mukamba et al. (33) se relacionaron con la presencia auténtica y el desarrollo de una relación de ayuda-confianza. Estas correspondencias representan interpretaciones de la revisión y no aplicaciones expresas de Watson evaluadas en dichos estudios.

Asimismo, las necesidades emocionales identificadas por Grados-Castro y Huarcaya-Victoria (16) y Nasir et al. (31) se relacionaron con la aceptación de sentimientos positivos y negativos. Las intervenciones de autocuidado examinadas por Huang et al. (7) se vincularon con la enseñanza-aprendizaje interpersonal, mientras que las condiciones organizacionales descritas por Ngcobo et al. (37) se relacionaron con la creación de entornos protectores. La dimensión espiritual identificada por Baca Chancafe et al. (4) permitió reconocer la pertinencia de considerar los valores y creencias individuales. No obstante, estas relaciones conceptuales no demuestran por sí mismas la eficacia clínica de los procesos *Caritas*.

4.2. Discusión

Los resultados permitieron reconocer que las necesidades psicológicas y sociales constituyen componentes relevantes de la experiencia de las personas con VIH/SIDA, aunque su manifestación varía según las condiciones individuales. Grados-Castro y Huarcaya-Victoria (16) identificaron mayores niveles de ansiedad y depresión en pacientes en estadio de SIDA, mientras que Nasir et al. (31) describieron temor, autoestigmatización y dificultades de aceptación. Estos hallazgos presentan correspondencia con Necho et al. (39), quienes, mediante una revisión de revisiones, identificaron una importante carga de síntomas depresivos en personas con VIH/SIDA y su asociación con dificultades de adherencia. Sin embargo, las diferencias metodológicas impiden comparar directamente las frecuencias obtenidas.

La relación entre salud mental y tratamiento también requiere una interpretación cuidadosa. Grados-Castro y Huarcaya-Victoria (16) observaron asociaciones entre ansiedad, depresión y recuentos de linfocitos T CD4+, pero su diseño no permitió establecer causalidad. Por su parte, Zeleke et al. (40), mediante una revisión sistemática y metaanálisis publicada en 2024, analizaron la relación entre depresión y adherencia antirretroviral en mujeres con VIH. La comparación permite comprender que el malestar emocional puede coexistir con dificultades terapéuticas, aunque estas relaciones dependen de la población y de las variables estudiadas. Por ello, el cuidado de enfermería debe incorporar la valoración emocional sin asumir consecuencias clínicas idénticas en todos los pacientes.

En relación con las necesidades sociales, Magaña-Reyes et al. (17) encontraron asociaciones entre apoyo social, resiliencia y adherencia terapéutica en personas con VIH atendidas en medicina familiar. Estos resultados coinciden parcialmente con los aportes de Shushtari et al. (41), quienes, mediante una revisión sistemática y metaanálisis de 17 ensayos controlados, identificaron efectos favorables de determinadas intervenciones de apoyo social sobre la adherencia antirretroviral. Sin embargo, existe una diferencia importante: el primer estudio examinó asociaciones, mientras que el segundo evaluó intervenciones. Esta distinción permite reconocer que los factores sociales son relevantes, pero su modificación requiere estrategias específicas cuya efectividad debe comprobarse según sus características.

Las dificultades para mantener el tratamiento también estuvieron relacionadas con factores clínicos y estructurales. Okello et al. (35) identificaron el estigma, la falta de ingresos, el transporte y la desconfianza profesional como barreras para acudir a los servicios de VIH.

De manera complementaria, Aytenew et al. (42), mediante una revisión sistemática y metaanálisis en Etiopía, encontraron asociaciones entre la falta de adherencia y factores como depresión, comorbilidades, dificultades de acceso y circunstancias relacionadas con la toma de medicamentos. Estos resultados permiten comprender que la continuidad terapéutica no depende únicamente de las decisiones del paciente, sino también de condiciones personales, sociales y asistenciales que deben considerarse durante el seguimiento.

Respecto al cuidado humanizado, Baca Chancafe et al. (4) y Bedert et al. (8) destacaron la importancia de las relaciones respetuosas y del acompañamiento profesional desde las experiencias de pacientes y enfermeros, respectivamente. Sin embargo, Mukamba et al. (33) observaron que una proporción importante de las consultas de VIH mantenía una orientación predominantemente biomédica, con participación limitada de conductas centradas en la persona. Esta comparación permite identificar una diferencia entre las características del cuidado valoradas por los pacientes y las prácticas observadas durante la atención. Por tanto, la comunicación humanizada debe analizarse como una dimensión concreta del servicio, y no solamente como una cualidad deseable del profesional.

En cuanto a la reducción del estigma, Ebrahimi et al. (14), Janek et al. (15) y Kutner et al. (29) identificaron intervenciones educativas y estrategias de sensibilización dirigidas a mejorar las actitudes del personal sanitario. Estos resultados son concordantes con Mohammadifirouzeh et al. (43), quienes, mediante una revisión sistemática, encontraron resultados favorables de determinadas intervenciones formativas para reducir actitudes estigmatizantes. No obstante, las estrategias variaron en contenido, duración y forma de evaluación. Esta heterogeneidad impide considerar que cualquier actividad educativa produzca automáticamente cambios sostenidos en las conductas profesionales o en los resultados clínicos de las personas con VIH/SIDA.

La eficacia de las estrategias contra el estigma requiere considerar los contextos en los que fueron evaluadas. Ferguson et al. (44), mediante una revisión sistemática con análisis comparativos, identificaron resultados variables en las intervenciones dirigidas a disminuir la discriminación relacionada con el VIH. Por su parte, Kimera et al. (45) encontraron resultados prometedores de intervenciones comunitarias en África subsahariana, aunque reconocieron limitaciones metodológicas y riesgos de sesgo en varios estudios. Estas diferencias permiten comprender que la reducción del estigma requiere intervenciones

adaptadas a las características de la población, la organización sanitaria y el entorno social, sin asumir resultados equivalentes entre hospitales, comunidades y establecimientos del primer nivel.

Las condiciones organizacionales también mostraron relevancia para la humanización del cuidado. Rasad et al. (30) describieron temores y dificultades experimentadas por enfermeros hospitalarios durante la atención de personas con VIH/SIDA, mientras que Ngcobo et al. (37) identificaron problemas de privacidad, equipamiento, personal y apoyo institucional en clínicas móviles. Estos resultados permiten reconocer que las habilidades individuales de comunicación y empatía pueden verse condicionadas por las características del servicio. La comparación de ambos estudios también evidencia que las barreras no son idénticas en todos los contextos, por lo que las acciones dirigidas al personal deben diferenciarse de las modificaciones necesarias en la organización asistencial.

La continuidad del cuidado presentó resultados diferentes según el diseño de los estudios. Warner et al. (32) identificaron experiencias de coordinación insuficiente entre servicios, mientras que Sikombe et al. (38) demostraron mejoras en determinados indicadores de experiencia asistencial y retención mediante una intervención multicomponente. Sin embargo, los resultados de Sikombe et al. no demostraron mejoras significativas en el resultado virológico evaluado. De manera complementaria, Msosa et al. (46), mediante una revisión de herramientas digitales para favorecer la adherencia, encontraron resultados heterogéneos y ausencia de efectos globales estadísticamente significativos. Esta comparación demuestra que mejorar la organización, la comunicación o el seguimiento no garantiza por sí solo mejores resultados clínicos.

La interpretación de los hallazgos desde la teoría de Jean Watson permitió integrar las dimensiones biológica, psicológica, social y espiritual con prácticas relacionadas con compasión, confianza, expresión emocional, educación y creación de entornos protectores. Sin embargo, los estudios revisados no constituyeron una evaluación homogénea de los procesos *Caritas* en personas con SIDA atendidas en el primer nivel. Por ello, la teoría se utilizó como fundamento conceptual para comprender las prácticas identificadas y no como una intervención de eficacia demostrada. Su principal aporte consistió en proporcionar una perspectiva humanística para organizar los hallazgos y reconocer aspectos del cuidado que trascienden los procedimientos exclusivamente clínicos.

La comparación de los documentos permitió identificar una diferencia importante entre la evidencia sobre necesidades de cuidado y aquella sobre resultados de intervenciones. Los estudios cualitativos describieron experiencias relacionadas con confianza, estigma, acompañamiento y comunicación, mientras que las investigaciones observacionales identificaron asociaciones entre variables psicológicas y sociales. Por su parte, los estudios experimentales y las revisiones de intervenciones aportaron resultados sobre determinadas acciones profesionales, aunque no siempre demostraron beneficios en todos los indicadores evaluados. Esta distinción constituye un aporte de la revisión, porque permite formular orientaciones fundamentadas sin confundir experiencias, asociaciones y efectos causales.

En síntesis, la revisión identificó necesidades biológicas relacionadas con inmunosupresión, infecciones oportunistas y seguimiento del tratamiento; necesidades psicológicas vinculadas con ansiedad, depresión, temor e incertidumbre; necesidades sociales relacionadas con apoyo, confidencialidad y prevención del estigma; y necesidades espirituales vinculadas con creencias, esperanza y sentido de vida. Asimismo, se identificaron prácticas de enfermería relacionadas con comunicación terapéutica, acompañamiento emocional, educación para el autocuidado, trato no discriminatorio y coordinación asistencial. Estas prácticas pueden interpretarse mediante los procesos *Caritas* de Jean Watson, aunque la evidencia específica sobre su aplicación en personas con SIDA atendidas en el primer nivel continúa siendo limitada.

CAPÍTULO V. CONCLUSIONES y RECOMENDACIONES

4.1. Conclusiones

- La revisión bibliográfica permitió identificar necesidades biológicas relacionadas con la vigilancia del estado inmunológico, la prevención de infecciones oportunistas y la continuidad del tratamiento antirretroviral. En el ámbito psicológico se reconocieron ansiedad, depresión, temor e incertidumbre; en el social, experiencias de estigma, discriminación y necesidades de apoyo; mientras que en el espiritual se identificaron inquietudes vinculadas con las creencias, la esperanza y el sentido de vida. Estas necesidades fueron descritas en poblaciones y contextos asistenciales diferentes, por lo que su manifestación debe valorarse individualmente, evitando generalizar los hallazgos a todas las personas con SIDA atendidas en el primer nivel de atención.
- Se identificaron diferentes prácticas de cuidado humanizado de enfermería, entre ellas la escucha activa, la comunicación terapéutica, el apoyo emocional, la protección de la confidencialidad, la educación para el autocuidado y la prevención del estigma. Asimismo, se reconoció la importancia de la coordinación asistencial y del seguimiento individualizado en el primer nivel de atención. Algunos estudios comunicaron resultados favorables sobre calidad de vida, bienestar emocional, experiencia asistencial y continuidad del tratamiento; sin embargo, estos beneficios no fueron uniformes ni demostraron la eficacia de todas las prácticas identificadas. Por ello, los resultados deben interpretarse considerando las características metodológicas y poblacionales de cada investigación.
- La interpretación de los hallazgos desde la Teoría del Cuidado Humano de Jean Watson permitió comprender las necesidades integrales de las personas con VIH/SIDA y organizar conceptualmente las prácticas de enfermería mediante los procesos Caritas. Los principios relacionados con los valores humanísticos, la relación de confianza, la expresión de sentimientos, la enseñanza interpersonal y la creación de entornos protectores proporcionaron un fundamento para comprender el cuidado centrado en la dignidad de la persona. No obstante, la revisión no demostró la eficacia clínica específica de esta teoría en personas con SIDA atendidas en el primer nivel, debido a que los estudios analizados no evaluaron de manera uniforme su aplicación.

- Finalmente, se identificó una disponibilidad limitada de investigaciones que abordaran simultáneamente el cuidado humanizado, las personas con SIDA y el primer nivel de atención. Una parte de la evidencia procedió de estudios sobre personas con VIH en general, servicios hospitalarios o establecimientos especializados, lo que restringió la formulación de conclusiones específicas para la población estudiada. Asimismo, entre los documentos incluidos no se identificaron investigaciones ecuatorianas centradas directamente en esta temática. Estas limitaciones evidencian la necesidad de interpretar los resultados según su procedencia y reconocer que los aportes complementarios no sustituyen la evidencia obtenida específicamente en el contexto del primer nivel de atención.

4.2. Recomendaciones

- Se recomienda a los responsables de los establecimientos del primer nivel de atención y a las coordinaciones de enfermería incorporar estrategias de cuidado humanizado, fundamentadas en la teoría de Jean Watson, en los programas de atención integral a personas con SIDA. Estas prácticas deben incluir comunicación empática, respeto por la dignidad, confidencialidad y valoración individualizada de las necesidades, con el propósito de favorecer la adaptación al diagnóstico, apoyar la adherencia al tratamiento y contribuir al bienestar y la calidad de vida, sin asumir efectos específicos de la teoría que no hayan sido demostrados.
- Se sugiere a las coordinaciones de enfermería, en conjunto con las unidades de capacitación de los establecimientos de salud, organizar talleres periódicos sobre cuidado humanizado, escucha activa, comunicación terapéutica y prevención del estigma. Estas actividades deben incluir análisis de casos y simulaciones de situaciones asistenciales para fortalecer las competencias del personal. Asimismo, se recomienda abordar el acompañamiento espiritual desde el respeto a las preferencias y creencias individuales, brindándolo únicamente cuando el paciente lo solicite o acepte, sin imponer convicciones personales.
- Se recomienda al personal de enfermería del primer nivel de atención proporcionar recursos educativos, crear espacios de orientación y fortalecer el seguimiento individualizado de las personas con SIDA. Los materiales deben incluir información sobre tratamiento antirretroviral, autocuidado, signos de alarma, prevención del estigma y servicios de apoyo disponibles. El acompañamiento continuo debe realizarse mediante consultas programadas, contactos de seguimiento acordados con

el paciente y derivaciones oportunas a servicios especializados, con la finalidad de identificar dificultades y favorecer la continuidad asistencial.

- Se recomienda a los equipos de promoción de la salud de las instituciones de salud públicas y privadas, en coordinación con organizaciones comunitarias, desarrollar campañas de sensibilización dirigidas a la población sobre VIH/SIDA, formas de transmisión, derechos humanos y prevención de la discriminación. Estas actividades deben emplear información científica actualizada y materiales educativos culturalmente pertinentes, abordando las barreras de estigma y rechazo identificadas en la revisión. Las campañas comunitarias deben desarrollarse de manera independiente de la capacitación del personal sanitario y garantizar la confidencialidad de las personas con VIH/SIDA.

5. BIBLIOGRAFÍA

1. Organización Mundial de la Salud. VIH y sida [Internet]. Ginebra: OMS; [citado 10 oct 2026]. Disponible en: https://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/hiv-aids
2. Programa Conjunto de las Naciones Unidas sobre el VIH/SIDA. Hoja informativa: últimas estadísticas sobre el estado de la epidemia de sida [Internet]. Ginebra: ONUSIDA; 2025 [citado 10 oct 2026]. Disponible en: https://www.unaids.org/es/resources/fact-sheet
3. Ministerio de Salud Pública del Ecuador. Informe anual de VIH 2024 [Internet]. Quito: MSP; 2025 [citado 10 oct 2026]. Disponible en: https://www.salud.gob.ec/wp-content/uploads/2025/09/informe_envih_2024.pdf
4. Baca Chancafe JM, Vega Ramírez AS, Díaz Manchay RJ, Mogollón Torres FM, Cervera Vallejos MF, Guerrero Quiroz ES. El cuidado de enfermería desde la percepción de las personas con VIH/sida. Rev Cubana Enferm. 2024;40. Disponible en: https://revenfermeria.sld.cu/index.php/enf/article/view/6085
5. Andino X, Guevara Rumbos B. El cuidado integral de la persona con VIH/SIDA: una oportunidad para acercarse al mundo del otro. Horiz Enferm. 2024;35(2):889-900. doi:10.7764/Horiz_Enferm.35.2.889-900.
6. Davoudi M, Heydari A, Manzari ZS. Psychosocial interventions by nurses for patients with HIV/AIDS: a systematic review. J Caring Sci. 2023;12(2):94-102. doi:10.34172/jcs.2023.30726.
7. Huang H, Zhang X, Tu L, Zhang L, Chen H. Effectiveness of nurse-led self-care interventions on quality of life, social support, depression and anxiety among people living with HIV: a systematic review and meta-analysis of randomized controlled trials. Int J Nurs Stud. 2025;161:104916. doi:10.1016/j.ijnurstu.2024.104916.
8. Bedert M, Moody K, Nieuwkerk P, van Holten N, de Wit J, van der Valk M. Between delivering chronic care and answering patients' burdens: understanding HIV specialist nurses' experiences in the age of treatment. J Adv Nurs. 2024;80(5):1943-1954. doi:10.1111/jan.15941.
9. Martínez-Sanz J, Losa-García JE, Orozco N, Alastrué I, Mascort J, Pérez-Elías MJ. Resumen ejecutivo del documento de consenso sobre el manejo compartido del

paciente con infección por VIH entre Atención Primaria y Hospitalaria. Rev Clin Med Fam. 2024;17(1):45-71. doi:10.55783/rcmf.170107.

10. Reyes-Téllez Á, González-García A, Martín-Salvador A, Gázquez-López M, Martínez-García E, García-García I. Humanization of nursing care: a systematic review. Front Med (Lausanne). 2024;11:1446701. doi:10.3389/fmed.2024.1446701.
11. Wachira J, Genberg BL, Wilson IB. Promoting patient-centered care within HIV care settings in sub-Saharan Africa. Curr Opin HIV AIDS. 2023;18(1):27-31. doi:10.1097/COH.0000000000000770.
12. Valencia Contrera MA, Rodríguez AM. Reflexión de la humanización de la atención: teoría de Jean Watson y propuesta de su aplicación. Benessere Rev Enferm. 2021;6(1). doi:10.22370/bre.61.2021.3037.
13. Cárdenas Vargas A, Flores Arias ML, Meza García CF, Cervera Vallejos MF. Empatía y humanización en enfermería, clave del cuidado holístico: imperativo ético en la atención integral del paciente con VIH/SIDA. ACC CIETNA. 2025;12(2). doi:10.35383/cietna.v12i2.1370.
14. Ebrahimi H, Atashzadeh Shoorideh F, Reza Sohrabi M, Ebrahimi M, Hosseini M. An analysis of approaches to reduction of HIV stigma across the world through educational interventions: a scoping review. Invest Educ Enferm. 2024;42(1). doi:10.17533/udea.iee.v42n1e06.
15. Janek SE, Knippler ET, Saslafsky AT, Mulawa MI. A scoping review of approaches to reduce stigma and discrimination against people with HIV in health-care settings in the United States: few recent interventions identified. Nurs Clin North Am. 2024;59(2):235-252. doi:10.1016/j.cnur.2023.12.002.
16. Grados-Castro D, Huarcaya-Victoria J. Relación entre ansiedad, depresión y linfocitos T CD4+ en pacientes con virus de inmunodeficiencia humana (VIH) en un hospital general de Lima. Rev Neuropsiquiatr. 2023;86(3):171-180. doi:10.20453/rnp.v86i3-1.4972.
17. Magaña-Reyes EU, Rosillo-Ortiz I, Villarreal-Ríos E, Escorcia-Reyes V, Galicia-Rodríguez L. Apoyo social y resiliencia como factores asociados con la adherencia terapéutica en pacientes VIH de una unidad de medicina familiar en México. Rev Multidiscip Sida. 2025;13(33):8-19. Disponible en: https://www.revistamultidisciplinardelsida.com/apoyo-social-y-resiliencia-como-factores-asociados-con-la-adherencia-terapeutica-en-pacientes-vih-de-una-unidad-de-medicina-familiar-en-mexico/

18. Lucas P, Jesus É, Almeida S, Araújo B. Relationship of the nursing practice environment with the quality of care and patients' safety in primary health care. BMC Nurs. 2023;22:413. doi:10.1186/s12912-023-01571-8.
19. Meneses-La-Riva ME, Fernández-Bedoya VH, Suyo-Vega JA, Ocupa-Cabrera HG, Paredes-Díaz SE. Humanized care in nursing practice: a phenomenological study of professional experiences in a public hospital. Int J Environ Res Public Health. 2025;22(8):1223. doi:10.3390/ijerph22081223.
20. Afonso SR, Padilha MI, Ramírez Elizondo N, Dal Vesco SP, Caravaca Morera JA, Neves VR. Jean Watson's theory of human caring and its applicability in nursing care and education: an integrative review. Enferm Actual Costa Rica. 2025;(48):4151. doi:10.15517/ed3htv17.
21. World Health Organization. WHO guidelines on the management of advanced HIV disease [Internet]. Geneva: WHO; 2025 [citado 10 oct 2026]. Disponible en: https://www.who.int/publications/i/item/9789240118164
22. Aguilar-Molina OE, Vallejo Serna RA, Escobar Mera MA, Barona Romy D, Gartner Lopez E, Matta-Cortés L. Infecciones oportunistas de acuerdo con el conteo de linfocitos T CD4+ en pacientes con VIH en un centro de referencia terciaria. Acta Med Colomb. 2023;48(1). doi:10.36104/amc.2023.2327.
23. Ministerio de Salud Pública del Ecuador. Manual del Modelo de Atención Integral de Salud: MAIS [Internet]. Quito: MSP; 2013 [citado 10 oct 2026]. Disponible en: https://aplicaciones.msp.gob.ec/salud/archivosdigitales/documentosDirecciones/dnn/archivos/manual_mais_2013.pdf
24. Watson Caring Science Institute. 10 Caritas Processes [Internet]. [citado 10 oct 2026]. Disponible en: https://www.watsoncaringscience.org/about-wcsi/jean-bio/caring-science-theory/10-caritas-processes/
25. Guerrero-Castañeda RF, Acevedo-López MN, Reyes-Medina BR, González-Soto CE. Propuesta metodológica de análisis del momento de cuidado a través del proceso Cáritas. Cult Cuidados. 2025;29(70):317-328. doi:10.14198/cuid.26314.
26. Fookolaee SP, Hadadian F, Feizi A, Jouybari L. Nurses' experiences of providing emotional intelligence-based nursing care: a hermeneutic phenomenological study. BMC Nurs. 2025;24:1013. doi:10.1186/s12912-025-03361-w.
27. Moropa TD, Matshaka L, Makhene A. Enhancing effective interpersonal interactions through soft skills: perceptions of nurse educators. BMC Nurs. 2025;24:380. doi:10.1186/s12912-025-02864-w.

28. Valencia-Gutiérrez NV. Modelo para la enseñanza-aprendizaje del cuidado humanizado a través de una intervención educativa. Rev Iberoam Educ Investig Enferm. 2025;15(1). doi:10.56104/Aladafe.2025.15.1021000462.
29. Kutner BA, Vaughn MP, Giguere R, Rodriguez-Hart C, McKinnon K, Kaighobadi F, et al. A systematic review of intervention studies that address HIV-related stigmas among US healthcare workers and health systems: applying a theory-based ontology to link intervention types, techniques, and mechanisms of action to potential effectiveness. Ann Behav Med. 2023;57(10):801-816. doi:10.1093/abm/kaad022.
30. Rasad R, Vaisi-Raygani A, Abdi A. Nursing care experiences of people living with HIV/AIDS (PLWHA): a phenomenological study from the West of Iran. Heliyon. 2024;10(21). doi:10.1016/j.heliyon.2024.e40077.
31. Nasir A, Yusuf A, Makhfudli, Harianto S, Okviasanti F, Kartini Y. Living experiences of people living with HIV-AIDS from the client's perspective in nurse-client interaction in Indonesia: a qualitative study. PLoS One. 2023;18(2). doi:10.1371/journal.pone.0282049.
32. Warner S, Cheung D, Condon A, Cunningham J, Bailie J, Minc A, et al. Communication and coordination of care for people living with HIV: a qualitative study of the patient perspective. BMC Prim Care. 2024;25:19. doi:10.1186/s12875-023-02243-x.
33. Mukamba N, Mwamba C, Redkar S, Foloko M, Lumbo K, Nyirenda H, et al. Patterns of person-centred communications in public HIV clinics: a latent class analysis using the Roter interaction analysis system. J Int AIDS Soc. 2023;26(Suppl 1). doi:10.1002/jia2.26119.
34. Kim GS, Shim MS, Jin J, Lee Y, Lee SA. "I'm in the Care Orbit": unveiling the enabling context of the HIV care continuum in people living with HIV. Nurs Inq. 2025;32(1). doi:10.1111/nin.12695.
35. Okello ES, Peck RN, Issarow B, Kisigo G, Abel K, Malibwa D, et al. "Ashamed of being seen in an HIV clinic": a qualitative analysis of barriers to engaging in HIV care from the perspectives of patients and healthcare workers in the Daraja clinical trial. BMC Public Health. 2025;25:69. doi:10.1186/s12889-024-21231-z.
36. Posner JE, Duffy M, Madevu-Matson C, Tagoe H, Casella A, Sharer M, et al. Do HIV provider and client perspectives align on person-centered care? Lessons learned from implementation of the Person-Centered Care Assessment Tool (PCC-AT) in

HIV treatment settings in Ghana. PLoS Glob Public Health. 2024;4(9). doi:10.1371/journal.pgph.0003457.

37. Ngcobo SJ, Makhado L, Sehularo LA. Registered nurses' experiences regarding operational factors influencing the implementation of HIV care services in the mobile health clinics of eThekwini Municipality in KwaZulu-Natal. BMC Nurs. 2024;23:102. doi:10.1186/s12912-024-01764-9.
38. Sikombe K, Mody A, Goss CW, Simbeza S, Beres LK, Pry JM, et al. Effect of a multicomponent, person-centred care intervention on client experience and HIV treatment outcomes in Zambia: a stepped-wedge, cluster-randomised trial. Lancet HIV. 2025;12(1). doi:10.1016/S2352-3018(24)00264-9.
39. Necho M, Zenebe Y, Tiruneh C, Ayano G, Yimam B. The global landscape of the burden of depressive symptoms/major depression in individuals living with HIV/AIDS and its effect on antiretroviral medication adherence: an umbrella review. Front Psychiatry. 2022;13:814360. doi:10.3389/fpsyt.2022.814360.
40. Zeleke TA, Alemu K, Ayele TA, Denu ZA, Mwanri L, Azale T. Systematic review and meta-analysis on the effect of depression on ART adherence among women living with HIV. PLoS One. 2024;19(6). doi:10.1371/journal.pone.0300106.
41. Shushtari ZJ, Salimi Y, Sajjadi H, Paykani T. Effect of social support interventions on adherence to antiretroviral therapy among people living with HIV: a systematic review and meta-analysis. AIDS Behav. 2023;27(5):1619-1635. doi:10.1007/s10461-022-03894-0.
42. Aytenew TM, Demis S, Birhane BM, Asferie WN, Simegn A, Nibret G, et al. Non-adherence to anti-retroviral therapy among adult people living with HIV in Ethiopia: systematic review and meta-analysis. AIDS Behav. 2024;28(2):609-624. doi:10.1007/s10461-023-04252-4.
43. Mohammadifirouzeh M, Oh KM, Tanner S. HIV stigma reduction interventions among health care providers and students in different countries: a systematic review. Curr HIV Res. 2022;20(1):20-31. doi:10.2174/1570162X19666211206094709.
44. Ferguson L, Gruskin S, Bolshakova M, Rozelle M, Yagyu S, Kasoka K, et al. Systematic review and quantitative and qualitative comparative analysis of interventions to address HIV-related stigma and discrimination. AIDS. 2023;37(13):1919-1939. doi:10.1097/QAD.0000000000003628.

45. Kimera E, Alanyo LG, Pauline I, Andinda M, Mirembe EM. Community-based interventions against HIV-related stigma: a systematic review of evidence in sub-Saharan Africa. Syst Rev. 2025;14:8. doi:10.1186/s13643-024-02751-6.
46. Msosa TC, Swai I, Aarnoutse R, Rinke de Wit TF, Ngowi K, Msefula C, et al. The effect of real-time medication monitoring-based digital adherence tools on adherence to antiretroviral therapy and viral suppression in people living with HIV: a systematic literature review and meta-analysis. J Acquir Immune Defic Syndr. 2024;96(5):411-420. doi:10.1097/QAI.0000000000003449.

6. ANEXOS

Tabla 2. *Matriz de extracción y análisis de los documentos seleccionados para la revisión bibliográfica*

Autor y referencia	Diseño, población y contexto	Necesidades identificadas en la fuente	Hallazgos originales y prácticas documentadas	Interpretación y aporte a los objetivos de la revisión
1. Baca Chancafe et al. (2024) (4)	Estudio cualitativo descriptivo con 12 personas con VIH/sida, seleccionadas por conveniencia entre usuarios vinculados al Centro de Salud José Olaya, Chiclayo, Perú. Se recogieron percepciones sobre experiencias de cuidado de enfermería.	Necesidades emocionales, sociales y espirituales vinculadas con confianza, comunicación, seguridad, aceptación y trato respetuoso.	Identificaron dos categorías: dimensiones del cuidado humano como amabilidad, interés, comunicación, seguridad y espiritualidad e indicios de cuidado deshumanizado como indiferencia, insensibilidad y discriminación. Los participantes describieron experiencias tanto favorables como desfavorables.	Objetivos 1 y 2. Aporta evidencia sobre las necesidades y experiencias del cuidado. Se relaciona conceptualmente con los procesos *Caritas* de compasión, confianza y aceptación de sentimientos. No demuestra eficacia clínica de Watson ni describe exclusivamente atención de primer nivel.
2. Bedert et al. (2024) (8)	Estudio fenomenológico interpretativo, realizado mediante 21 entrevistas a profesionales de enfermería especializados en VIH en Países Bajos.	Necesidades de acompañamiento emocional, reconocimiento de las experiencias de estigma y atención de preocupaciones psicosociales.	Los profesionales describieron la tensión entre los avances biomédicos del tratamiento y las dificultades personales, emocionales y sociales que continúan experimentando las personas con VIH.	Objetivo 2. Fundamenta la importancia de la relación terapéutica y el acompañamiento continuado. Se relaciona con la presencia auténtica y la ayuda-confianza de Watson. Su contexto corresponde a enfermería especializada.
3. Davoudi et al. (2023) (6)	Revisión sistemática sobre intervenciones psicosociales realizadas por enfermería en personas con VIH/SIDA.	Necesidades psicológicas relacionadas con sufrimiento emocional, afrontamiento y acompañamiento profesional.	Identificaron diferentes intervenciones psicosociales realizadas por enfermería. Los efectos y las características de las intervenciones variaron según los estudios incluidos.	Objetivos 1 y 2. Aporta información sobre intervenciones psicosociales, relacionadas conceptualmente con la sensibilidad y la expresión de sentimientos. La revisión no demuestra la eficacia específica de los procesos *Caritas*.
4. Huang et al. (2025) (7)	Revisión sistemática y metaanálisis de 19 ensayos clínicos aleatorizados con 2083 participantes que vivían con VIH.	Necesidades relacionadas con calidad de vida, salud mental, apoyo social y autocuidado.	Las intervenciones de autocuidado lideradas por enfermería mejoraron la calidad de vida (DME = 0,45) y redujeron la depresión (DME = −0,46). El efecto sobre apoyo social no fue significativo y la evidencia sobre ansiedad fue limitada.	Objetivo 2. Aporta evidencia cuantitativa sobre intervenciones de enfermería. Se relaciona con la enseñanza interpersonal y el autocuidado. No permite atribuir estos efectos a la teoría de Watson ni específicamente a personas con SIDA.

5. Grados-Castro y Huarcaya-Victoria (2023) (16)	Estudio observacional analítico con 144 personas con VIH atendidas en un hospital general de Lima, Perú. Se utilizó la Escala de Ansiedad y Depresión Hospitalaria.	Necesidades psicológicas relacionadas con ansiedad, depresión y seguimiento emocional en personas con VIH, particularmente en estadio de SIDA.	El 34 % presentó ansiedad y el 16,7 % depresión. Las personas en estadio de SIDA mostraron mayores niveles de ambas alteraciones (p menor que 0,001). Se identificaron correlaciones inversas entre ansiedad, depresión y recuento de CD4+.	Objetivo 1. Aporta evidencia sobre necesidades emocionales en el subgrupo con SIDA. Se relaciona con el proceso de aceptación de sentimientos. Las asociaciones observadas no establecen causalidad.
6. Magaña-Reyes et al. (2025) (17)	Estudio comparativo de asociación con 106 personas con VIH atendidas en una unidad de medicina familiar de México.	Necesidades de apoyo social, recursos de afrontamiento y continuidad del tratamiento antirretroviral.	El apoyo social máximo fue más frecuente entre las personas adherentes (54,7 %) que entre las no adherentes (9,4 %). La resiliencia alta también fue más frecuente en el grupo adherente (64,2 % frente a 18,9 %).	Objetivo 1. Aporta evidencia procedente de medicina familiar. Se relaciona con el entorno protector y el fortalecimiento de la esperanza. Los resultados representan asociaciones y no efectos causales.
7. Ebrahimi et al. (2024) (14)	Revisión de alcance sobre intervenciones educativas dirigidas a reducir el estigma relacionado con el VIH en distintos contextos internacionales.	Necesidades de aceptación social, trato respetuoso y protección frente a prejuicios y discriminación.	Analizaron enfoques educativos y estrategias de sensibilización contra el estigma. Su publicación sintetiza intervenciones de otros estudios y no corresponde a entrevistas cualitativas realizadas directamente por sus autores a personas con SIDA.	Objetivo 2. Aporta fundamentos para la educación y reducción del estigma. Se relaciona con los valores humanísticos y el entorno protector. No se le atribuyen efectos sobre adherencia, autoestima o ansiedad que no hayan sido demostrados específicamente.
8. Wachira et al. (2023) (11)	Revisión narrativa sobre la atención centrada en la persona en servicios de VIH del África subsahariana.	Necesidades de comunicación, participación, continuidad asistencial y reconocimiento de las preferencias individuales.	Analizaron avances y dificultades para implementar atención centrada en la persona, incluyendo recursos institucionales, relaciones terapéuticas y organización de servicios.	Objetivo 2. Respalda prácticas centradas en la persona. Se relaciona con la confianza, la enseñanza interpersonal y el entorno protector. No constituye una metasíntesis sobre etapas del duelo.
9. Aguilar-Molina et al. (2023) (22)	Estudio observacional retrospectivo con 190 adultos hospitalizados con VIH e infecciones oportunistas en un centro terciario de Cali, Colombia.	Necesidades biológicas relacionadas con inmunosupresión, detección de infecciones oportunistas y seguimiento clínico.	El 83 % se encontraba en clasificación C3 y el 86 % presentó CD4+ iguales o inferiores a 200 células/mm³. Las infecciones más frecuentes fueron tuberculosis (28,4 %), neumocistosis (27,9 %) y toxoplasmosis (27,4 %).	Objetivo 1. Aporta evidencia biológica sobre enfermedad avanzada. Permite fundamentar la vigilancia de signos de alarma y la referencia oportuna, pero las frecuencias corresponden a pacientes hospitalizados con infecciones oportunistas.
10. Janek et al. (2024) (15)	Revisión de alcance de intervenciones contra el estigma en establecimientos sanitarios de Estados Unidos.	Necesidades de trato no discriminatorio, confianza y seguridad durante la atención sanitaria.	Identificaron solamente tres estudios de intervención recientes. Destacaron la formación profesional, las simulaciones y la participación interprofesional, además de limitaciones en la evidencia disponible.	Objetivo 2. Aporta orientaciones sobre formación y reducción del estigma. Se relaciona con los valores humanísticos y el entorno protector. Sus conclusiones no demuestran eficacia en personas con SIDA del primer nivel de atención.

11. Kutner et al. (2023) (29)	Revisión sistemática de intervenciones dirigidas al estigma relacionado con VIH en trabajadores y sistemas sanitarios de Estados Unidos.	Necesidades de atención libre de prejuicios y de entornos sanitarios respetuosos.	Analizaron componentes, técnicas y mecanismos de intervenciones dirigidas a reducir el estigma. Los resultados proceden de los estudios incluidos y deben interpretarse según sus características.	Objetivo 2. Sustenta la importancia de la capacitación y sensibilización institucional. Se relaciona con la compasión y el entorno protector. Su aporte es complementario y no demuestra eficacia de Watson.
12. Nasir et al. (2023) (31)	Investigación cualitativa fenomenológica con 22 personas con VIH/SIDA en Indonesia, mediante entrevistas individuales sobre sus experiencias en la relación enfermero-paciente.	Necesidades de reconocimiento, aceptación, apoyo psicológico y social, y acompañamiento frente a temores relacionados con la enfermedad.	Identificaron seis subcategorías relacionadas con dificultades de acceso social, aceptación forzada de la situación, deseo de reconocimiento, autoestigma, pérdida de entusiasmo vital y temor a la muerte.	Objetivo 1. Aporta experiencias de personas con VIH/SIDA. Se relaciona con la escucha, la confianza y la expresión de sentimientos. Los hallazgos son cualitativos y no prueban resultados de una intervención.
13. Warner et al. (2024) (32)	Estudio cualitativo con 13 personas con VIH residentes en una región de Australia. Examinó la comunicación y coordinación del cuidado entre pacientes y servicios sanitarios.	Necesidades de continuidad, comunicación clara, orientación y coordinación entre atención primaria y especializada.	Identificaron incertidumbre sobre quién coordinaba la atención, además de experiencias favorables y dificultades en la comunicación entre profesionales y pacientes.	Objetivo 2. Especialmente pertinente para la coordinación del primer nivel. Se relaciona con la confianza y la enseñanza interpersonal. No evalúa directamente a una población exclusiva con SIDA.
14. Mukamba et al. (2023) (33)	Estudio cuantitativo mediante análisis de clases latentes de encuentros clínicos entre 478 personas con VIH y 139 profesionales de 24 establecimientos públicos de Zambia; el 14 % de los profesionales eran enfermeros.	Necesidades de comunicación centrada en la persona, valoración de barreras y participación en decisiones.	Se identificaron cuatro perfiles de interacción. El 47,6 % fue predominantemente biomédico, con escasas conductas centradas en la persona; solo el 7,5 % mostró un perfil altamente centrado en ella.	Objetivo 2. Aporta evidencia sobre comunicación asistencial en clínicas de VIH. Se relaciona con la comunicación terapéutica y la relación de confianza. Los resultados corresponden al conjunto de profesionales, no exclusivamente a enfermería.
15. Rasad et al. (2024) (30)	Estudio cualitativo fenomenológico con 15 profesionales de enfermería de servicios hospitalarios de Irán. Se analizaron entrevistas mediante el método de Colaizzi.	Necesidades profesionales de capacitación, seguridad y preparación para el cuidado libre de prejuicios; necesidades de los pacientes de confidencialidad y trato ético.	Identificaron cuatro temas: cuidado con temor, ética del cuidado, precauciones protectoras y dualidad de sentimientos. También describieron prejuicios, dificultades comunicativas y preocupaciones sobre transmisión.	Objetivo 2. Aporta información sobre barreras profesionales del cuidado. Se relaciona con autoconocimiento, sensibilidad y valores humanísticos. No representa percepciones de pacientes ni evidencia de atención primaria.
16. Sikombe et al. (2025) (38)	Ensayo aleatorizado por conglomerados, con implementación escalonada en 24	Necesidades de respeto, comunicación adecuada,	Las citas perdidas disminuyeron del 25,3 % al 21,5 % después de seis meses de intervención. La retención a 15 meses mejoró del 80,2 % al	Objetivo 2. Aporta evidencia de intervención sobre experiencia asistencial y continuidad del cuidado. Se relaciona con la confianza y el trato humanizado,

	clínicas públicas de VIH de Zambia. Evaluó una intervención multicomponente centrada en la persona.	asistencia a controles y continuidad del tratamiento.	83,6 %. No se identificó una mejora significativa del resultado virológico evaluado.	pero el estudio no evaluó los procesos *Caritas* de Jean Watson.
17. Posner et al. (2024) (36)	Estudio transversal de métodos mixtos con 37 profesionales y 20 usuarios en cinco establecimientos de atención de VIH de Ghana. Se evaluó una herramienta de atención centrada en la persona.	Necesidades de participación, escucha, comunicación y reconocimiento de la experiencia del usuario.	Dos de los tres dominios de la herramienta mostraron concordancia entre las valoraciones de profesionales y pacientes. También se identificaron diferencias de percepción relevantes para mejorar la evaluación del servicio.	Objetivo 2. Respalda la importancia de recoger la experiencia de los usuarios para orientar la atención. Se relaciona con la confianza y el entorno protector. No es un ensayo de eficacia clínica.
18. Ngcobo et al. (2024) (37)	Estudio cualitativo exploratorio y descriptivo con 13 profesionales de enfermería de clínicas móviles de VIH en KwaZulu-Natal, Sudáfrica.	Necesidades asistenciales de privacidad y acceso; necesidades organizacionales de recursos, personal, equipamiento y apoyo profesional.	Identificaron dificultades vinculadas con abandono del tratamiento, falta de privacidad, escasez de teléfonos y computadoras, inseguridad laboral, insuficiencia de personal y limitaciones de apoyo institucional.	Objetivo 2. Aporta evidencia relevante para servicios comunitarios y de atención primaria. Se relaciona con la creación de entornos protectores. Las necesidades organizacionales no deben confundirse con necesidades biopsicosociales de los pacientes.
19. Kim et al. (2025) (34)	Estudio cualitativo desarrollado en Corea del Sur, con entrevistas a ocho personas con VIH y siete profesionales de salud, incluidos enfermeros y médicos.	Necesidades de apoyo interpersonal, continuidad asistencial, acceso a recursos y pertenencia social.	Identificaron cinco temas: redes de apoyo y sistemas, beneficios individuales de la continuidad del cuidado, servicios sanitarios continuos y prácticos, presencia de personas significativas y pertenencia social.	Objetivo 1. Fundamenta la relevancia del entorno social y la continuidad asistencial. Se relaciona con la esperanza, la ayuda-confianza y el entorno protector. Los hallazgos no demuestran causalidad.
20. Okello et al. (2025) (35)	Estudio cualitativo vinculado al ensayo Daraja en Tanzania. Incluyó entrevistas a 40 personas con VIH y 20 profesionales sanitarios, entre ellos nueve enfermeros. Se centró en la vinculación al cuidado después del alta hospitalaria.	Necesidades relacionadas con estigma, confianza, transporte, ingresos económicos, vivienda, apoyo social y acceso a consultas.	Identificaron barreras para la vinculación y permanencia en los servicios de VIH. Los participantes describieron cómo la gestión de casos ayudaba a afrontar algunas dificultades relacionadas con el estigma, el apoyo y la orientación sanitaria.	Objetivos 1 y 2. Aporta información relevante para la continuidad entre niveles asistenciales. Se relaciona con la confianza y el acompañamiento. Los hallazgos de este artículo son cualitativos y no deben confundirse con los resultados experimentales del ensayo principal.