



Ciencia Latina Revista Científica Multidisciplinar, Ciudad de México, México.
ISSN 2707-2207 / ISSN 2707-2215 (en línea), marzo-abril 2026,
Volumen 10, Número 2.

https://doi.org/10.37811/cl_rcm.v10i2

**TRANSICIÓN DEL CUIDADO DEL ENTORNO
INSTITUCIONAL, A LOS ENTORNOS HOGAR Y
COMUNITARIO. UNA PROPUESTA DESDE LAS
PRÁCTICAS ACADÉMICAS**

**TRANSITION FROM INSTITUTIONAL CARE TO
HOME AND COMMUNITY SETTINGS: A PROPOSAL
FROM ACADEMIC PRACTICES**

Luis Emilio Zea Bustamante
Universidad de Antioquia, Colombia

Elvigia María Posada vera
Universidad de Antioquia, Colombia

DOI: https://doi.org/10.37811/cl_rcm.v10i2.23835

Transición del Cuidado del Entorno Institucional, a los Entornos Hogar y Comunitario. Una Propuesta desde las Prácticas Académicas

Luis Emilio Zea Bustamante¹luis.zea@udea.edu.co<https://orcid.org/0000-0003-0606-8375>

Nurse, Ph.D. Professor.

Faculty of Nursing at

Universidad de Antioquia

Medellín, Colombia

Elvigia María Posada veraemaria.posada@udea.edu.co<https://orcid.org/0000-0003-3944-8788>

Nurse, Ph.D. Professor.

Faculty of Nursing at

Universidad de Antioquia

Medellín, Colombia

RESUMEN

La transición de cuidados, como acción directa del profesional de enfermería, plantea la necesidad de desarrollar procesos de gestión entre los entornos institucional, domiciliario y comunitario, generando nuevos retos interprofesionales para el cuidado de la vida. Objetivos: Establecer un enfoque de gestión que permita a los profesionales de enfermería avanzar en el proceso de transición de cuidados. Método: En el marco de las prácticas académicas de estudiantes de último año de enfermería de una universidad de Medellín, se diseñó e implementó un proceso de cinco fases. Este proceso involucró a personas mayores de 60 años hospitalizadas en una unidad hospitalaria con enfermedades crónicas no transmisibles en Medellín, brindándoles apoyo en sus hogares y entornos comunitarios tras su alta hospitalaria. Este proceso se llevó a cabo entre 2023 y 2025. Resultados: Los resultados demuestran claramente la necesidad constante de que pacientes y cuidadores reciban apoyo y orientación oportunos y adecuados desde una perspectiva coordinada, atendiendo a sus necesidades en los diversos entornos donde el paciente vive y trabaja. Los profesionales de enfermería desempeñan un papel fundamental en esta coordinación. Conclusiones: Se concluye que este tipo de acciones coordinadas facilitan el autocuidado, fortalecen la relación cuidador-paciente y empoderan a los pacientes.

Palabras clave : cuidado de transición, cuidados de enfermería en el hogar, cuidado transicional

¹ Autor principal

Correspondencia: luis.zea@udea.edu.co

Transition from Institutional Care to Home and Community Settings: A Proposal from Academic Practices

ABSTRACT

The transition of care as a direct action of the nursing professional establishes the need to develop management processes between institutional, home, and community settings, posing new interprofessional challenges for the care of life. Objectives: To establish a management approach that allows nursing professionals to advance in the care transition process. Method: Within the framework of the academic practices of final-year nursing students at a university in Medellín, a five-phase process was designed and implemented. This process involved individuals over 60 years of age hospitalized in a hospital unit with chronic non-communicable diseases in Medellín, providing them with support in their home and community settings after their discharge from the healthcare institution. This process was carried out between 2023 and 2025. Results: The results clearly demonstrate the ongoing need for patients and caregivers to receive timely and appropriate support and guidance from a coordinated perspective, addressing their needs in the various environments where the patient lives and works. Nursing professionals play a key role in this coordination. Conclusions: It is concluded that these types of coordinated actions facilitate self-care, strengthen the caregiver-patient relationship, and empower patients.

Keywords: transitional care, home nursing care, transitional care

*Artículo recibido 02 abril 2026
Aceptado para publicación: 30 abril 2026*



INTRODUCCIÓN

Las enfermedades crónicas no transmisibles ECNT, se enmarcan en un proceso de evolución prolongada y un desarrollo poco predecible que no se resuelve espontáneamente y rara vez alcanzan una cura completa, lo que genera hospitalizaciones por descompensación e incapacidades frecuentes y una alta carga de dependencia socialⁱ en países de ingreso bajo y medianoⁱⁱ.

En Colombia, aunque las ECNT suelen asociarse a grupos de edad avanzada, originando el 71,8% de las muertes en personas mayores de 60 años, población que según proyección del Departamento administrativo Nacional de Estadística - DANE – va en aumento. Esto se ve reflejado en el incremento de las demandas de servicios de salud por descompensación o control de la ECNT; representando para Antioquia el 67,9% del total de consultas realizadas en el 2022, lo que equivale a 109.924.849 atenciones, las cuales aumentan proporcionalmente a medida que aumenta la edadⁱⁱⁱ.

Así mismo, estas ECNT generan nuevos roles en el cuidado en el hogar, es decir en el proceso de transición del cuidado, concepto que definido por Afaf Meléis da cuenta del cambio de una etapa, condición o estado de vida a otro. En este proceso transicional la persona está en diferentes entornos los cuales le ofrecen desafíos frente al mantenimiento de su salud, exigiéndole responsabilidad frente a su autocuidado, por lo que debe tener el conocimiento para enfrentar dichos desafíos^{iv}.

Es antes del alta hospitalaria donde inicia el proceso de transición, diferentes estudios^{v,vi,vii,viii} enfatizan en la importancia de contar con profesional de enfermería que al momento de alta puedan: verificar que él paciente y sus cuidadores estén preparados para el cuidado en casa, identificar el nivel de conocimiento de los pacientes y sus cuidadores; así como de sus capacidades y la disponibilidad de recursos para el cuidado. Las autoras recomiendan usar estrategias de intervención para favorecer una transición positiva, tales como: la conformación y coordinación de equipos interdisciplinarios, redes de apoyo, visitas familiares, seguimiento telefónico, educación permanente y una comunicación veraz, coordinada, continua, y transversal.

Bajo este panorama, los profesionales de enfermería cobran real importancia donde el acompañamiento, asistencia y educación, así como la capacidad de gestión permitan y aseguren la calidad y continuidad del cuidado, favoreciendo una adecuada transición en el cuidado^{ix}.



Esta necesidad de gestar procesos de transición del cuidado en un sistema de salud dividido en diferentes niveles de atención, y que cuenta con diferentes entornos de vida, hacen necesario evidenciar como sería un proceso de transición de cuidado en nuestro país, que contemple desde el momento de la internación del paciente en el hospital, su egreso, y su acompañamiento en el hogar y su comunidad^x.

MATERIALES Y MÉTODO

Tipo de estudio

Este estudio es el resultado de 2 años y medio de prácticas del curso de gestión 2 de una Facultad de Enfermería en la Ciudad de Medellín donde se busca construir una propuesta que articule las acciones realizadas por Enfermería en el entorno institucional, el comunitario y el hogar.

Para la selección de los participantes, se incluyeron personas internadas en el servicio de hospitalización que cumplieran los siguientes criterios: persona mayor de 60 años, con ECNT, polimedicado, residente en la zona Nororiental de la ciudad de Medellín y que acepte voluntariamente la participación.

Instrumentos y Métodos de análisis utilizados

El proyecto de transición de cuidados se llevó a cabo entre los años 2023-2025, y constó de 5 fases que se desarrollaron una por semestre de forma continua, en el marco de las prácticas académicas del curso Gestión 1 -práctica profesional- de Enfermería de la Universidad de Antioquia en una Unidad Hospitalaria de segundo nivel de atención ubicada en la comuna dos de la ciudad de Medellín. En todas las fases se mantuvieron principios éticos según la declaración de Helsinki y la resolución 8430 de 1993 del Ministerio de salud y protección social de Colombia, tales como: justicia, confidencialidad y responsabilidad. A continuación, se describen cada una de las fases:

La primera fase (2023/1) se desarrolló tomando en cuenta el proceso de alta intrahospitalaria, donde se buscó comprender las percepciones que el personal de salud y las familias de los pacientes hospitalizados tenían sobre el alta, esto incluyó: el papel del personal de salud, acciones de educación para la salud -EpS-, procesos de gestión, y la forma como los pacientes y familias recibían la información al momento de abandonar la unidad de salud. Para ello se realizaron entrevistas semiestructuradas a enfermeras del servicio que tuvieran a su cargo el proceso del alta; por otro lado, se realizaron entrevistas a los pacientes en sus hogares para reconocer el nivel de comprensión de la información recibida en el momento del alta y su valoración sobre el alta hospitalaria.



La segunda fase (2023/2) propuso la estructuración del proceso de transición del entorno institucional al hogar a través de visitas familiares. Para ello, se elaboraron bases de datos de pacientes para el proceso de preselección y selección, se diseñaron formatos de historia familiar para la recolección de información. Se realizaron visitas en el hogar donde se incluyó la prueba piloto del instrumento. La información obtenida en las visitas familiares fue incluida en la historia clínica digital de la institución de salud. Por otro lado, se inició el fortalecimiento del proceso del alta intrahospitalario.

La tercera fase (2024/1) correspondió al fortalecimiento de las acciones de transición desde el entorno institucional y hogar, al entorno comunitario. Para ello se propusieron algunas actividades como: estructuración de las visitas familiares de seguimiento enfocadas a los procesos de EpS, promoción de la salud y atención primaria en salud; y la identificación de grupos comunitarios que estuvieran en la comuna 2 que contaran con adultos mayores de 60 años. Se elaboraron instrumentos de recolección de información sobre riesgo cardiovascular para ser aplicados a los grupos y con la información obtenida, se diseñaron y desarrollaron acciones de EpS.

La fase 4 (2024-2) tuvo como objetivo el diseño e implementación del proceso de gestión a través de flujogramas de procesos de las primeras tres fases, así como la elaboración de indicadores de proceso y resultado. Por otro lado, se continuó con las acciones del alta, visitas familiares de caracterización y de seguimiento; y acciones educativas con colectivos humanos.

En la quinta y última fase (2025-1) se probaron y verificaron los flujogramas e indicadores presentados en la fase anterior. Durante este semestre se consolidó todo el proyecto y se dejó a la Unidad Hospitalaria donde se desarrolló el proyecto todos los insumos correspondientes, tales como: bases de datos de las personas y familias, grupos comunitarios con los cuales se trabajó y los nombres de los participantes, infografías realizadas para el trabajo de EpS con individuos, familias y comunidades, fotografías de cada una de las fases del proyecto y recomendaciones finales para su implementación.

RESULTADOS

Los resultados durante los 2 años y medio del proyecto muestran un proceso organizado y secuencial que buscó la integración de acciones de enfermería en los diferentes entornos de cuidado. A continuación, se presentan los resultados por cada una de las fases.



En la primera fase se realizaron 7 entrevistas a profesionales de enfermería donde éstos reconocen la importancia del alta para la continuidad de los cuidados, y a su vez, le dieron valor a su rol educador en dicho proceso. Reconocen que existen protocolos establecidos para el alta y ayudas didácticas para las acciones educativas, pero pocas veces son utilizadas por el poco tiempo disponible.

Se realizaron 12 entrevistas a pacientes en sus hogares, allí se reconoció que la información en el momento del alta es densa y técnica, donde se incluyen la toma de medicamentos, manejo de sondas, gestión de citas futuras, etc. Situación que no les permite una recordación de dicha información cuando llegan al hogar. Ninguno de estos pacientes tuvo seguimiento por la institución una vez egresaron de esta.

El análisis de dicha información proyectó recomendaciones para la institución: realizar un proceso de capacitación al personal para favorecer la comprensión del alta como un momento educativo, estructurar una guía de EpS que permita evidenciar un paso a paso para el procedimiento del alta, y realizar seguimiento telefónico al paciente y su familia.

La segunda fase se inicia el proceso de capacitación al personal de salud a través de 3 jornadas sobre la comprensión del alta hospitalaria como el primer momento del proceso de transición, así como la importancia de la EpS, 6 asesorías individuales, se diseñaron 5 infografías para el proceso educativo en el momento del alta (EPOC, ICC, DM, entre otras).

Se diseñó un instrumento de Historia Familiar para realizar la caracterización del paciente y sus familias a través de visitas familiares, este instrumento integró los determinantes sociales de la salud, estilos de vida, la diada paciente-cuidador, y una valoración de enfermería por sistemas, entre otros elementos. Se realizaron 20 visitas familiares a pacientes en sus hogares. La información obtenida fue ingresada a la historia clínica digital de la institución.

La tercera fase afianzó las relaciones de transición del cuidado desde el entorno institucional y hogar, al entorno comunitario. Entre las acciones realizadas en esta fase se destaca: la continuación del proceso de capacitación al personal sobre el alta con el uso de nuevas infografías. Se diseñó y pone a prueba el formato de Visita Familiar de Seguimiento, donde se incluyen las EpS para la familia y el paciente, producto de la visita de caracterización. Se realizaron en total 10 visitas de caracterización, y 4 visitas de seguimiento. Se realizaron 14 notas de enfermería en la historia clínica intrahospitalaria.



En el entorno comunitario se identificaron 3 club de vida con los cuáles se realizaron las siguientes actividades: acercamiento a los líderes de los grupos, tamizaje de riesgo cardio vascular, caracterización de los adultos, 9 encuentros educativos con la participación de más de 120 adultos con temáticas relacionadas a la promoción de la salud en ECNT, salud mental y actividad física.

La cuarta fase (2024-2) en esta fase se desarrollaron las siguientes acciones: capacitación a 20 integrantes del equipo de salud sobre la importancia del alta en el proceso de transición y se elaboraron 3 infografías con temas de respaldo. Se continuó con el proceso de acompañamiento a las familias en el entorno hogar, con un total de 7 visitas (4 caracterización, 3 seguimiento), y el uso de 10 infografías para afianzar procesos de EpS. Por otro lado, se realizaron dos encuentros educativos con 3 colectivos humanos (80 personas) en el entorno comunitario con temas como: alimentación saludable, actividad física y ECNT. Por último, se diseñaron tres flujogramas de proceso: egreso hospitalario, visita familiar integral, y acciones en el entorno comunitario, cada uno de ellos, cuenta con detalles operativos que explicitan el que, el cómo, cuando, quien y a quien. Con relación a los indicadores, se desarrollan 18 los cuales se distribuyeron así: institucional (2 proceso, 2 resultado), hogar (3 proceso, 3 resultado) y comunitario (3 proceso, 3 resultado).

La quinta fase (2025-1) tuvo como objetivo implementar los indicadores de proceso y resultados realizados en la fase anterior, con el fin de operativizarlos y mirar su validez y rigurosidad. Al finalizar el proceso, se eligen 8 indicadores los cuales se establecen de forma diferenciada para cada entorno: institucional (1 proceso, 1 resultado); hogar (2 proceso, 2 resultado), comunitario (1 proceso, 1 resultado).

Por otro lado, y en relación con las visitas de caracterización y seguimiento, se realizaron 4 visitas de caracterización y 3 visitas de seguimiento. Los principales temas abordados durante estas visitas fueron alimentación saludable, Diabetes Mellitus tipo 2, EPOC y conocimiento y adherencia al tratamiento farmacológico.



Cuadro 1

Actividades	Fases					Total
	1	2	3	4	5	
Número de actividades educativas con el equipo de salud sobre el alta hospitalaria	1	3	3	3	3	13
Número de participantes del equipo de salud en actividades educativas sobre el alta hospitalaria	10	14	14	20	20	79
Infografías utilizadas para la EpS de pacientes y familias		5	5	13	4	27
Visitas familiares de caracterización	12	15	10	4	4	45
Visitas familiares de seguimiento		5	4	4	3	16
Colectivos humanos ingresados al proyecto			2	3		5
Actividades con colectivos			9	3		12
Número de adultos de los colectivos			120	80		200
Indicadores Definitivos					8	8
Flujogramas Definitivos					8	8

creación de los autores

DISCUSIÓN

Recibir el diagnóstico de una enfermedad crónica, conlleva a una serie de emociones como ansiedad, incertidumbre, estrés, etc., inmersas entre la llegada de una cascada de procesos complejos de cuidado, que afectan la dinámica personal, familiar, social y económica de la persona que padece la enfermedad, enfrentándola a una serie de exigencias y requisitos institucionales para recibir la atención, en muchos casos con ansiedad, estrés, y con total desconocimiento de cómo proceder frente a su cuidado y frente a los trámites legales y administrativos que se deben seguir en el sistema de salud^{xi}.

Es por esto pacientes y familias, requieren apoyo y una orientación adecuada y oportuna del personal de salud, considerando sus necesidades físicas, psicosociales, económicas, sin desconocer las concepciones culturales que pueden influir en el manejo de su enfermedad, lo que facilitaría un cuidado óptimo evitando posibles complicaciones^{xii}.

El cuidado transicional favorece la seguridad del paciente al garantizar la continuidad de la atención de un entorno a otro y en este sentido, una mejor recuperación. La coordinación del traslado de la persona enferma de su hogar al hospital o viceversa, es un proceso que exige conocimiento y la planificación del cuidado que se debe dar en cada uno de estos entornos^{xiii}, por lo que se requiere de una comunicación



fluida entre ellos, que articule y coordine los diferentes procesos que los unen, siendo el profesional de enfermería^{xiv} un actor fundamental en esta articulación.

La formación del profesional de enfermería lo habilita para orientar y realizar acciones educativas con los pacientes y familiares, frente al cuidado que deben tener a lo largo de la trayectoria de la enfermedad, considerando sus necesidades de acuerdo con la etapa en la que ésta se encuentre, su pronóstico y al entorno en el que se desenvuelva la diada paciente cuidador. Estos profesionales^{xv} actúan como esa articulación que une la coordinación de los diferentes procesos que se dan entre un entorno y otro, son el puente entre los pacientes, sus cuidadores y las instituciones, favoreciendo la continuidad y la calidad de la atención en beneficio de cada uno de estos actores^{xvi}; razón por la cual deben ser incluidos y reconocidos en los equipos de trabajo multidisciplinarios con un perfil claro de actuación, lo que exige conciencia y voluntad de las directivas institucionales.

La experiencia de transición de cuidados para los pacientes, en este caso que padecen alguna ECNT^{xvii} o sus posibles consecuencias^{xviii}, ha demostrado la necesidad inmediata de asegurar tanto en ellos como en sus cuidadores el conocimiento suficiente, actualizado y oportuno sobre el manejo de su enfermedad, máxime cuando este proceso permanece en constante cambio, lo cual exige seguimiento desde un equipo interdisciplinario tanto intrahospitalariamente, como en el post-egreso, para detectar y reorientar a tiempo las fallas que se puedan dar en la atención brindada por medio de un abordaje integral.

La articulación y seguimiento a la satisfacción de las necesidades de la diada paciente- cuidador son el centro del modelo del cuidado transicional, donde se reconoce al profesional de enfermería como el pegamento que mantiene unidas dichas necesidades, independiente del entorno donde se encuentre el paciente, para esto utiliza estrategias claves de atención como las visitas familiares integrales, en las que se hace seguimiento, se evalúan acciones desde la promoción de la salud, la prevención de la enfermedad y la EpS, con el fin de disminuir posibles complicaciones.

CONCLUSIONES

El cuidado transicional es una estrategia que permite salvar distancias para la atención que se brinda entre los diferentes entornos en los que se mueve la diada paciente – cuidador, promoviendo el diagnóstico y el tratamiento precoz al eliminar barreras para una asistencia oportuna y adecuada que mejora la calidad de vida de los pacientes, en este sentido tiene el potencial de contribuir a un cambio



de paradigma que invita a transformar la manera como se presta el cuidado favoreciendo una atención holística donde la interdisciplinariedad es protagónica, sin desconocer las exigencias de los cambios que deben darse en la estructura organizativa de las instituciones, donde la rentabilidad de estos programas también debe tenerse en cuenta, desde el convencimiento de que es más rentable prevenir que curar.

La fragmentación de la atención de la diada paciente – cuidador en los diferentes entornos va en contravía de la visión de cuidado que tiene la enfermería como profesión y disciplina, lo cual está claramente evidenciado en la teoría de Afaf Meleis quien enfatiza en la importancia de un cuidado articulado y continuo con estrategias que aseguren la comprensión y capacidad de los pacientes para asumir el manejo de su enfermedad, siendo este uno de los objetivos centrales del cuidado enfermero, lo que hace a este profesional totalmente acorde con el manejo y coordinación de una propuesta de cuidado no fragmentada, como es el modelo de cuidado transicional.

La implementación del modelo de transición del cuidado conlleva necesariamente a la conformación de equipos interdisciplinarios con una visión clara y comprometida con la promoción de la salud y la prevención de la enfermedad, cuyas estrategias de atención integran la atención primaria con la terciaria, de acuerdo con las necesidades del paciente y cuidador en el marco de la trayectoria de la evolución de la enfermedad

La implementación del modelo de transición del cuidado favorece la conexión entre el sistema de salud, el paciente, y la familia lo que conlleva a la mejor utilización de los servicios de salud, impactando esto calidad, acceso y los recursos del Sistema de Salud.

RECOMENDACIONES

Se recomienda a las instituciones prestadoras de servicios de salud, el desarrollo de estudios que evalúen la efectividad de la atención de los equipos de trabajo que cubren las necesidades de la diada paciente – cuidador en sus distintos entornos, considerando el proceso de transición implementado en cada una de ellas, para demostrar así la eficacia e impacto de dichos procesos en relación con sus beneficios tanto para los pacientes y sus familias como para la institución misma.

Se recomienda involucrar a las instituciones formadoras de personal de salud, para que en la formación de sus estudiantes se enfatice en la implementación del modelo de transición del cuidado, considerando



sus ventajas, para el paciente, las familias, las instituciones y el impacto en el sistema de salud y en los perfiles de morbimortalidad del país.

REFERENCIAS BIBLIOGRAFICAS

-
- ⁱ Dandicourt C. El cuidado de enfermería con enfoque en la comunidad Nursing care with a community approach. *Revista Cubana de Medicina General Integral* [Internet]. 2018;34(1):55–62. Disponible en: <https://www.medigraphic.com/pdfs/revcubmedgenint/cmi-2018/cmi181g.pdf>
- ⁱⁱ Organización Mundial de la Salud. OMS. Enfermedades no transmisibles, 25 de septiembre de 2025. Disponible en Enfermedades no transmisibles consultado octubre 3 de 2025
- ⁱⁱⁱ Asis Antioquia. Análisis de Situación de Salud. participativo 2023. consultado: octubre 16 de 2025]. Disponible en: ASIS_ANTIOQUIA_2023_V2.pdf
- ^{iv} Sanhueza M, ParavicK T, Lagos M, La teoría de las transiciones como paradigma de apoyo al automanejo en personas con condiciones crónicas, *Enfermería Actual de Costa Rica* n.46 San José Jan./Jun. 2024. Consultado en https://www.scielo.sa.cr/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1409-45682024000100006 octubre 10 de 2025
- ^v Elliott B, DeAngelis M. Mejorar las transiciones del paciente del hospital al domicilio: Consejos prácticos de las enfermeras. *Nursing* [Internet]. 2018 [Consultado 2025 oct 11];35(4):45–9. Disponible en: <https://www.elsevier.es/es-revista-nursing-20-articulomejorar-transiciones-del-pacient e-del-S0212538218301055>
- ^{vi} Betancur Manrique, Yanier; García Muñoz, Xiomara. Efecto de un plan de alta de enfermería para mejorar el autocuidado en los pacientes con falla cardíaca. *Investigación en Enfermería: Imagen y Desarrollo*. 2022; 24: 01-8. <https://ciberindex.com/c/id/2412id>
- ^{vii} Alegría D, Bravo S, Villegas Y, Cuevas L, García D, Sotelo C et al. Evaluación del Plan de Alta por enfermería en el hospital San José, Popayán 2017. *Rev. médica Risaralda* [Internet] 2020; vol. 26(1) [Consultado 2025 octubre 15] Disponible en: http://www.scielo.org.co/scielo.php?pid=S0122-06672020000100061&script=sci_arttext



-
- viii Berghetti L, Danielle MBA, Winter VDB, Petersen AGP, Lorenzini E, Kolankiewicz ACB. Transición del cuidado de pacientes con enfermedades crónicas y su relación con las características clínicas y sociodemográficas. *Rev. Latino-Am. Enfermagem* 2023;31:e4013 [cited 2025. 10, 12]. Available from: URL <https://doi.org/10.1590/1518-8345.6594.4014scielo.br/j/rlae/a/JS9TYgwDxPbKhhtLP9KK8g/?format=pdf&lang=es>
- ix Paulín García, C., & Gallegos-Torres, R. M. (2020). El papel del personal de enfermería en la educación para la salud. *Horizonte De Enfermería*, 30(3), 271–285. Consultado en <https://revistacienciapolitica.uc.cl/index.php/RHE/article/view/10870/10010>
- x Sanhueza M, ParavicK T, Lagos M, La teoría de las transiciones como paradigma de apoyo al automanejo en personas con condiciones crónicas, *Enfermería Actual de Costa Rica* n.46 San José Jan./Jun. 2024. Consultado en https://www.scielo.sa.cr/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1409-45682024000100006 octubre 10 de 2025
- xi Coleman EA, Boulton C; American Geriatrics Society Health Care Systems Committee. Improving the quality of transitional care for persons with complex care needs. *J Am Geriatr Soc*. 2003 Apr;51(4):556-7. doi: 10.1046/j.1532-5415.2003.51186.x. PMID: 12657079.
- xii Hirschman KB, Shaid E, McCauley K, Pauly MV, Naylor MD. Continuity of Care: The Transitional Care Model. *Online J Issues Nurs*. 2015 Sep 30;20(3):1. PMID: 26882510.
- xiii Melo, Rafael; Delazeri, Franciela; Martins, Nikole; Riquinho, Deise. Transição e continuidade do cuidado dopós-alta hospitalar à atenção primária: uma revisão de escopo *Physis: Revista de Saúde Coletiva, Rio de Janeiro*, v. 35, n. 2, e350216, 2025. DOI: <http://dx.doi.org/10.1590/S0103-73312025350216pt>
- xiv Papel do enfermeiro na transição de cuidados do paciente: revisão de escopo. *Ver Enferm Atenção Saúde* [Internet]. 2025 [acesso: ____];14(1):e202553. DOI:<https://doi.org/10.18554/reas.v14i1.8073>



-
- ^{xv} Gómez-Torres D, Gómez-Alcántara KS. La enfermera de enlace: revisión de su actuación en la continuidad del cuidado. *Salud UIS*. 2023; 55: e23058. doi: <https://doi.org/10.18273/saluduis.55.e:23058>
- ^{xvi} Carreno Ojeda D, Gallardo Artiaga KB, Aravena Ulloa AB, Hernández Hernández VI. Importancia de la continuidad de los cuidados de enfermería en alta hospitalaria de pacientes adultos mayores para prevenir reingresos. *Rev. Conflu* [Internet]. 14 de octubre de 2025 [citado 10 de diciembre de 2025];8. Disponible en: <https://revistas.udd.cl/index.php/confluencia/article/view/1418>
- ^{xvii} Berghetti, L., Danielle, M. B. A., Winter, V. D. B., Petersen, A. G. P., Lorenzini, E., & Kolankiewicz, A. C. B. (2023). Transition of care of patients with chronic diseases and its relation with clinical and sociodemographic characteristics. Transición del cuidado de pacientes con enfermedades crónicas y su relación con las características clínicas y sociodemográficas. *Revista latinoamericana de enfermagem*, 31, e4013. <https://doi.org/10.1590/1518-8345.6594.4013>
- ^{xviii} Saucedo-Pahua G, López-González JA, Gómez-García A, Fhon JRS, Jiménez-GonzálezMJ. Transition in role of family caregiver of older adults after a stroke: *Specific theory. Aquichan*. 2023;23(3):e2334. DOI: <https://doi.org/10.5294/aqui.2023.23.3.4>

