



REPÚBLICA DEL ECUADOR

UNIVERSIDAD ESTATAL DE MILAGRO

VICERRECTORADO DE INVESTIGACIÓN Y POSGRADO

FACULTAD DE POSGRADOS

**REVISIÓN DE ALCANCE COMO MODALIDAD DE TITULACIÓN PREVIO A LA
OBTENCIÓN DEL TÍTULO DE:**

MAGÍSTER EN ENFERMERÍA CON MENCIÓN EN CUIDADOS CRÍTICOS

TEMA:

Cuidado humanizado y su relación con la calidad de la atención en Unidades de Cuidados
Críticos: revisión de alcance

MAESTRANTES:

Lcdo. Erick Alexander Ochoa Jaramillo

Lcda. Stefanny Iliana Rosales Borbor

Lcdo. Germaine Alexander Alcocer Herrera

Lcda. Cinthia Estefanía Mishquero Galarza

Lcda. Carmen Isabel Buele Morales

TUTORA:

Mgs. Fanny Isabel Zhunio Bermeo

MILAGRO, 2025

Derechos de Autor

Sr. Dr.

Fabricio Guevara Viejó

Rector de la Universidad Estatal de Milagro Presente.

Yo, **Stefanny Iliana Rosales Borbor con C.I.: 2450102211**, en calidad de autor y titular de los derechos morales y patrimoniales de este informe de investigación, mediante el presente documento, libre y voluntariamente cedo los derechos de Autor de este proyecto de desarrollo, que fue realizada como requisito previo para la obtención de mi Grado, de **Magíster en Enfermería con mención en Cuidados Críticos**, como aporte a la Línea de Investigación: **Salud Pública y Bienestar Humano Integral** de conformidad con el Art. 114 del Código Orgánico de la Economía Social de los Conocimientos, Creatividad e Innovación, concedo a favor de la Universidad Estatal de Milagro una licencia gratuita, intransferible y no exclusiva para el uso no comercial de la obra, con fines estrictamente académicos. Conservo a mi favor todos los derechos de autor sobre la obra, establecidos en la normativa citada.

Así mismo, autorizo a la Universidad Estatal de Milagro para que realice la digitalización y publicación de este Proyecto de Investigación en el repositorio virtual, de conformidad a lo dispuesto en el Art. 144 de la Ley Orgánica de Educación Superior.

El autor declara que la obra objeto de la presente autorización es original en su forma de expresión y no infringe el derecho de autor de terceros, asumiendo la responsabilidad por cualquier reclamación que pudiera presentarse por esta causa y liberando a la Universidad de toda responsabilidad.

Milagro, **31 de Julio del 2025**



STEFANNY ILIANA ROSALES BORBOR

C.I.: 2450102211

Derechos de Autor

Sr. Dr.

Fabricio Guevara Viejó

Rector de la Universidad Estatal de Milagro Presente.

Yo, **Carmen Isabel Buele Morales**, con **C.I.:092509151**, en calidad de autor y titular de los derechos morales y patrimoniales de este informe de investigación, mediante el presente documento, libre y voluntariamente cedo los derechos de Autor de este proyecto de desarrollo, que fue realizada como requisito previo para la obtención de mi Grado, de **Magíster en Enfermería con mención en Cuidados Críticos**, como aporte a la Línea de Investigación: **Salud Pública y Bienestar Humano Integral** de conformidad con el Art. 114 del Código Orgánico de la Economía Social de los Conocimientos, Creatividad e Innovación, concedo a favor de la Universidad Estatal de Milagro una licencia gratuita, intransferible y no exclusiva para el uso no comercial de la obra, con fines estrictamente académicos. Conservo a mi favor todos los derechos de autor sobre la obra, establecidos en la normativa citada.

Así mismo, autorizo a la Universidad Estatal de Milagro para que realice la digitalización y publicación de este Proyecto de Investigación en el repositorio virtual, de conformidad a lo dispuesto en el Art. 144 de la Ley Orgánica de Educación Superior.

El autor declara que la obra objeto de la presente autorización es original en su forma de expresión y no infringe el derecho de autor de terceros, asumiendo la responsabilidad por cualquier reclamación que pudiera presentarse por esta causa y liberando a la Universidad de toda responsabilidad.

Milagro, **31 de Julio del 2025**



CARMEN ISABEL BUELE MORALES

C.I.: 092509151

Derechos de Autor

Sr. Dr.

Fabricio Guevara Viejó

Rector de la Universidad Estatal de Milagro Presente.

Yo, **Germaine Alexander Alcocer Herrera con C.I.: 2350542722**, en calidad de autor y titular de los derechos morales y patrimoniales de este informe de investigación, mediante el presente documento, libre y voluntariamente cedo los derechos de Autor de este proyecto de desarrollo, que fue realizada como requisito previo para la obtención de mi Grado, de **Magíster en Enfermería con mención en Cuidados Críticos**, como aporte a la Línea de Investigación: **Salud Pública y Bienestar Humano Integral** de conformidad con el Art. 114 del Código Orgánico de la Economía Social de los Conocimientos, Creatividad e Innovación, concedo a favor de la Universidad Estatal de Milagro una licencia gratuita, intransferible y no exclusiva para el uso no comercial de la obra, con fines estrictamente académicos. Conservo a mi favor todos los derechos de autor sobre la obra, establecidos en la normativa citada.

Así mismo, autorizo a la Universidad Estatal de Milagro para que realice la digitalización y publicación de este Proyecto de Investigación en el repositorio virtual, de conformidad a lo dispuesto en el Art. 144 de la Ley Orgánica de Educación Superior.

El autor declara que la obra objeto de la presente autorización es original en su forma de expresión y no infringe el derecho de autor de terceros, asumiendo la responsabilidad por cualquier reclamación que pudiera presentarse por esta causa y liberando a la Universidad de toda responsabilidad.

Milagro, **31 de Julio del 2025**



Germaine Alexander
Alcocer Herrera



GERMAINE ALEXANDER ALCOCER HERRERA

C.I.: 2350542722

Derechos de Autor

Sr. Dr.

Fabrizio Guevara Viejó

Rector de la Universidad Estatal de Milagro Presente.

Yo, **Cinthia Estefanía Mishquero Galarza** con **C.I.: 0942199829**, en calidad de autor y titular de los derechos morales y patrimoniales de este informe de investigación, mediante el presente documento, libre y voluntariamente cedo los derechos de Autor de este proyecto de desarrollo, que fue realizada como requisito previo para la obtención de mi Grado, de **Magíster en Enfermería con mención en Cuidados Críticos**, como aporte a la Línea de Investigación: **Salud Pública y Bienestar Humano Integral** de conformidad con el Art. 114 del Código Orgánico de la Economía Social de los Conocimientos, Creatividad e Innovación, concedo a favor de la Universidad Estatal de Milagro una licencia gratuita, intransferible y no exclusiva para el uso no comercial de la obra, con fines estrictamente académicos. Conservo a mi favor todos los derechos de autor sobre la obra, establecidos en la normativa citada.

Así mismo, autorizo a la Universidad Estatal de Milagro para que realice la digitalización y publicación de este Proyecto de Investigación en el repositorio virtual, de conformidad a lo dispuesto en el Art. 144 de la Ley Orgánica de Educación Superior.

El autor declara que la obra objeto de la presente autorización es original en su forma de expresión y no infringe el derecho de autor de terceros, asumiendo la responsabilidad por cualquier reclamación que pudiera presentarse por esta causa y liberando a la Universidad de toda responsabilidad.

Milagro, **31 de Julio del 2025**



CINTHIA ESTEFANIA MISHQUERO GALARZA

C.I.: 0942199829

Aprobación del Tutor del Trabajo de Titulación

Yo, **Fanny Isabel Zhunio Bermeo**, en mi calidad de tutor del trabajo de titulación, elaborado por **Carmen Isabel Buele Morales** con C.I.: **0925091951**, **Erick Alexander Ochoa Jaramillo** con C.I.: **2300645948**, **Cinthia Estefanía Mishquero Galarza** con C.I.: **0942199829** **Germaine Alexander Alcocer Herrera** con C.I.: **2350542722**, **Stefanny Iliana Rosales Borbor** con C.I.: **2450102211**, cuyo tema es **Cuidado humanizado y su relación con la calidad de la atención en Unidades de Cuidados Críticos: revisión de alcance**, que aporta a la Línea de Investigación **Salud Pública y Bienestar Humano Integral**, previo a la obtención del Grado **Magíster en Enfermería con mención en Cuidados Críticos**. Trabajo de titulación que consiste en una propuesta innovadora que contiene, como mínimo, una investigación exploratoria y diagnóstica, base conceptual, conclusiones y fuentes de consulta, considero que el mismo reúne los requisitos y méritos necesarios para ser sometido a la evaluación por parte del tribunal calificador que se designe, por lo que lo **APRUEBO**, a fin de que el trabajo sea habilitado para continuar con el proceso de titulación de la alternativa de Informe de Investigación de la Universidad Estatal de Milagro.

Milagro, 31 de Julio del 2025



firmado electrónicamente por:
**FANNY ISABEL ZHUNIO
BERMEO**
validar únicamente con Firm@EC

FANNY ISABEL ZHUNIO BERMEO

C.I.: 0702419185

VICERRECTORADO DE INVESTIGACIÓN Y POSGRADO
FACULTAD DE POSGRADO
ACTA DE SUSTENTACIÓN
MAESTRÍA EN ENFERMERÍA

En la Facultad de Posgrado de la Universidad Estatal de Milagro, a los veintisiete días del mes de noviembre del dos mil veinticinco, siendo las 15:00 horas, de forma VIRTUAL comparece el/la maestrante, ENF. LIC. ROSALES BORBOR STEFANNY ILIANA, a defender el Trabajo de Titulación denominado "**CUIDADO HUMANIZADO Y SU RELACIÓN CON LA CALIDAD DE LA ATENCIÓN EN UNIDADES DE CUIDADOS CRÍTICOS: REVISIÓN DE ALCANCE**", ante el Tribunal de Calificación integrado por: Lic. FIERRO VALVERDE LAURA GABRIELA, Presidente(a), Mgs. SOLIS MANZANO ANGELICA MARIA en calidad de Vocal; y, JIMÉNEZ SANCHEZ LADY RUTH que actúa como Secretario/a.

Una vez defendido el trabajo de titulación; examinado por los integrantes del Tribunal de Calificación, escuchada la defensa y las preguntas formuladas sobre el contenido del mismo al maestrante compareciente, durante el tiempo reglamentario, obtuvo las siguientes calificaciones:

TRABAJO DE TITULACION	56.33
DEFENSA ORAL	35.33
PROMEDIO	91.67
EQUIVALENTE	MUY BUENO

Para constancia de lo actuado firman en unidad de acto el Tribunal de Calificación, siendo las 16:00 horas.



Firmado electrónicamente por:
**LAURA GABRIELA
FIERRO VALVERDE**
Validar Únicamente con FirmaEC

Lic. FIERRO VALVERDE LAURA GABRIELA
PRESIDENTE/A DEL TRIBUNAL



Firmado electrónicamente por:
**ANGELICA MARIA
SOLIS MANZANO**
Validar Únicamente con FirmaEC

Mgs. SOLIS MANZANO ANGELICA MARIA
VOCAL



Firmado electrónicamente por:
**LADY RUTH
JIMENEZ SANCHEZ**
Validar Únicamente con FirmaEC

JIMÉNEZ SANCHEZ LADY RUTH
SECRETARIO/A DEL TRIBUNAL



Firmado electrónicamente por:
**STEFANNY ILIANA
ROSALES BORBOR**
Validar Únicamente con FirmaEC

ENF. LIC. ROSALES BORBOR STEFANNY ILIANA
MAGÍSTER

VICERRECTORADO DE INVESTIGACIÓN Y POSGRADO
FACULTAD DE POSGRADO
ACTA DE SUSTENTACIÓN
MAESTRÍA EN ENFERMERÍA

En la Facultad de Posgrado de la Universidad Estatal de Milagro, a los veintisiete días del mes de noviembre del dos mil veinticinco, siendo las 15:00 horas, de forma VIRTUAL comparece el/la maestrante, LIC ALCOCER HERRERA GERMAINE ALEXANDER, a defender el Trabajo de Titulación denominado "**CUIDADO HUMANIZADO Y SU RELACIÓN CON LA CALIDAD DE LA ATENCIÓN EN UNIDADES DE CUIDADOS CRÍTICOS: REVISIÓN DE ALCANCE**", ante el Tribunal de Calificación integrado por: Lic. FIERRO VALVERDE LAURA GABRIELA, Presidente(a), Mgs. SOLIS MANZANO ANGELICA MARIA en calidad de Vocal; y, JIMÉNEZ SANCHEZ LADY RUTH que actúa como Secretario/a.

Una vez defendido el trabajo de titulación; examinado por los integrantes del Tribunal de Calificación, escuchada la defensa y las preguntas formuladas sobre el contenido del mismo al maestrante compareciente, durante el tiempo reglamentario, obtuvo las siguientes calificaciones:

TRABAJO DE TITULACION	56.33
DEFENSA ORAL	34.00
PROMEDIO	90.33
EQUIVALENTE	MUY BUENO

Para constancia de lo actuado firman en unidad de acto el Tribunal de Calificación, siendo las 16:00 horas.



Firmado electrónicamente por:
**LAURA GABRIELA
FIERRO VALVERDE**
Validar Únicamente con FirmaBC

Lic. FIERRO VALVERDE LAURA GABRIELA
PRESIDENTE/A DEL TRIBUNAL



Firmado electrónicamente por:
**ANGELICA MARIA
SOLIS MANZANO**
Validar Únicamente con FirmaBC

Mgs. SOLIS MANZANO ANGELICA MARIA
VOCAL



Firmado electrónicamente por:
**LADY RUTH
JIMENEZ SANCHEZ**
Validar Únicamente con FirmaBC

JIMÉNEZ SANCHEZ LADY RUTH
SECRETARIO/A DEL TRIBUNAL



Firmado electrónicamente por:
**GERMAINE ALEXANDER
ALCOCER HERRERA**
Validar Únicamente con FirmaBC

LIC ALCOCER HERRERA GERMAINE ALEXANDER
MAGÍSTER

VICERRECTORADO DE INVESTIGACIÓN Y POSGRADO
FACULTAD DE POSGRADO
ACTA DE SUSTENTACIÓN
MAESTRÍA EN ENFERMERÍA

En la Facultad de Posgrado de la Universidad Estatal de Milagro, a los veintisiete días del mes de noviembre del dos mil veinticinco, siendo las 15:00 horas, de forma VIRTUAL comparece el/la maestrante, LIC. MISHQUERO GALARZA CINTHIA ESTEFANIA, a defender el Trabajo de Titulación denominado "**CUIDADO HUMANIZADO Y SU RELACIÓN CON LA CALIDAD DE LA ATENCIÓN EN UNIDADES DE CUIDADOS CRÍTICOS: REVISIÓN DE ALCANCE**", ante el Tribunal de Calificación integrado por: Lic. FIERRO VALVERDE LAURA GABRIELA, Presidente(a), Mgs. SOLIS MANZANO ANGELICA MARIA en calidad de Vocal; y, JIMÉNEZ SANCHEZ LADY RUTH que actúa como Secretario/a.

Una vez defendido el trabajo de titulación; examinado por los integrantes del Tribunal de Calificación, escuchada la defensa y las preguntas formuladas sobre el contenido del mismo al maestrante compareciente, durante el tiempo reglamentario, obtuvo las siguientes calificaciones:

TRABAJO DE TITULACION	56.33
DEFENSA ORAL	35.33
PROMEDIO	91.67
EQUIVALENTE	MUY BUENO

Para constancia de lo actuado firman en unidad de acto el Tribunal de Calificación, siendo las 16:00 horas.



Firmado electrónicamente por:
**LAURA GABRIELA
FIERRO VALVERDE**
Validar únicamente con FirmaSC

Lic. FIERRO VALVERDE LAURA GABRIELA
PRESIDENTE/A DEL TRIBUNAL



Firmado electrónicamente por:
**ANGELICA MARIA
SOLIS MANZANO**
Validar únicamente con FirmaSC

Mgs. SOLIS MANZANO ANGELICA MARIA
VOCAL



Firmado electrónicamente por:
**LADY RUTH
JIMENEZ SANCHEZ**
Validar únicamente con FirmaSC

JIMÉNEZ SANCHEZ LADY RUTH
SECRETARIO/A DEL TRIBUNAL



Firmado electrónicamente por:
**CINTHIA ESTEFANIA
MISHQUERO GALARZA**
Validar únicamente con FirmaSC

LIC. MISHQUERO GALARZA CINTHIA ESTEFANIA
MAGÍSTER

VICERRECTORADO DE INVESTIGACIÓN Y POSGRADO
FACULTAD DE POSGRADO
ACTA DE SUSTENTACIÓN
MAESTRÍA EN ENFERMERÍA

En la Facultad de Posgrado de la Universidad Estatal de Milagro, a los veintisiete días del mes de noviembre del dos mil veinticinco, siendo las 15:00 horas, de forma VIRTUAL comparece el/la maestrante, ENF. BUELE MORALES CARMEN ISABEL, a defender el Trabajo de Titulación denominado " **CUIDADO HUMANIZADO Y SU RELACIÓN CON LA CALIDAD DE LA ATENCIÓN EN UNIDADES DE CUIDADOS CRÍTICOS: REVISIÓN DE ALCANCE**", ante el Tribunal de Calificación integrado por: Lic. FIERRO VALVERDE LAURA GABRIELA, Presidente(a), Mgs. SOLIS MANZANO ANGELICA MARIA en calidad de Vocal; y, JIMÉNEZ SANCHEZ LADY RUTH que actúa como Secretario/a.

Una vez defendido el trabajo de titulación; examinado por los integrantes del Tribunal de Calificación, escuchada la defensa y las preguntas formuladas sobre el contenido del mismo al maestrante compareciente, durante el tiempo reglamentario, obtuvo las siguientes calificaciones:

TRABAJO DE TITULACION	56.33
DEFENSA ORAL	35.00
PROMEDIO	91.33
EQUIVALENTE	MUY BUENO

Para constancia de lo actuado firman en unidad de acto el Tribunal de Calificación, siendo las 16:00 horas.



Firmado electrónicamente por:
**LAURA GABRIELA
FIERRO VALVERDE**
Validar únicamente con FirmaEC

Lic. FIERRO VALVERDE LAURA GABRIELA
PRESIDENTE/A DEL TRIBUNAL



Firmado electrónicamente por:
**ANGELICA MARIA
SOLIS MANZANO**
Validar únicamente con FirmaEC

Mgs. SOLIS MANZANO ANGELICA MARIA
VOCAL



Firmado electrónicamente por:
**LADY RUTH
JIMENEZ SANCHEZ**
Validar únicamente con FirmaEC

JIMÉNEZ SANCHEZ LADY RUTH
SECRETARIO/A DEL TRIBUNAL



Firmado electrónicamente por:
**CARMEN ISABEL
BUELE MORALES**
Validar únicamente con FirmaEC

ENF. BUELE MORALES CARMEN ISABEL
MAGÍSTER

DEDICATORIA

Dedico este logro a mi hija, la Estrella de mi vida y motivo constante para seguir adelante, quien me acompañó en este proceso. Su amor incondicional y alegría me han dado fuerza en los momentos más desafiantes. Este logro es también suyo.

A mi madre, por ser el pilar de mi vida. Su ejemplo de lucha, entrega y ternura me ha enseñado a no rendirme y a creer en mis sueños. A toda mi familia, por el apoyo silencioso pero invaluable, por creer en mí incluso cuando yo dudaba. Gracias por caminar a mi lado.

Y a todos los que, de una u otra manera, hicieron posible este logro: gracias por formar parte de mi historia.

Con cariño y gratitud,

Carmen Isabel

DEDICATORIA

A mis queridos padres, Sr. Rosales Orrala Segundo Aparicio; y Sra. Borbor Araujo Carmen Yovanny, por su amor incondicional, sacrificios silenciosos y fe constante en mis sueños.

A mi hermana, Srta. Rosales Borbor Carmen Gabriela, por ser mi compañera y compartir mis noches largas de estudio.

A toda nuestra familia, porque han sido inspiración y bendición en nuestras vidas, gracias por su apoyo, confianza y amor, una vez más por ser pilares fundamentales en este logro.

A la MSc. Fanny Zhunio Bermeo, por su orientación experta y por enseñarme a perseverar.

En memoria de mis abuelos y tíos, quien desde donde esté sigue inspirándome a dar lo mejor.

Este trabajo está dedicado con gratitud y profundo respeto a cada uno de ustedes.

Con cariño y gratitud,

Stefanny Rosales

DEDICATORIA

Dedico este logro a mi familia por su amor y apoyo incondicional en cada paso de mi vida académica. A todos los que han creído en mi por su confianza y apoyo en mi capacidad para alcanzar mis objetivos.

Con cariño y gratitud,

Cinthia

DEDICATORIA

Dedico este trabajo a las personas que han sido parte fundamental de mi vida y de este proceso académico.

A mi esposa, por su constante apoyo, comprensión y entrega incondicional. Su fortaleza y compañía han sido esenciales para sostenerme en los momentos más exigentes de este recorrido. Su amor y paciencia fueron luz en los días difíciles, y su presencia, un aliento permanente.

A mis hijos, cuya existencia representa para mí un motivo de superación continua. Ellos son la inspiración que me impulsa a dar siempre lo mejor de mí. Que este logro les recuerde que los sueños se alcanzan con esfuerzo, disciplina y fe.

A mis padres, por haberme formado con principios sólidos y haber sembrado en mí el valor del estudio, la responsabilidad y la perseverancia. Su ejemplo y apoyo constante han sido una base firme sobre la cual he edificado cada paso de mi formación.

Esta dedicatoria es un tributo a su amor, sacrificio y acompañamiento incondicional.

Con cariño y gratitud,

Germaine Alexander Alcocer Herrera

Agradecimientos

A Dios, por darme vida, salud y fortaleza en los momentos más difíciles para alcanzar esta meta.

A mi hija, por ser mi motor diario y la mayor inspiración para superarme.

A mi madre, por su amor incondicional y sabios consejos. Por estar siempre presente, incluso en silencio, con su ejemplo de valentía y entrega.

A mi familia, por acompañarme en cada etapa de este proceso, celebrando mis logros y alentándome en los tropiezos. Gracias por ser parte fundamental de esta travesía.

A todos los docentes de la maestría y en especial a Mgs. Fanny Bermeo Z. por orientarnos en la fase final.

A todos quienes de alguna forma contribuyeron a que hoy este sueño se haya hecho realidad, mi más sincero agradecimiento. Este logro es también suyo.

Con profundo agradecimiento,

Carmen Isabel

Agradecimientos

Agradezco a Dios por darnos el don de la sabiduría, capacidad y fortaleza espiritual necesarias para la realización de este trabajo y guiarnos a lo largo de nuestra vida, siendo apoyo y fortaleza incondicional en todo momento.

Gracias a mis padres, por ser autores principales en ayudarme a cumplir mis sueños, con su amor, paciencia y esfuerzo me permiten avanzar en mis metas, gracia por inculcar en mí el ejemplo de esfuerzo, valentía, confianza y creer en las habilidades y capacidad de su hija, para continuar en mi proceso de formación hacia el éxito.

A mi hermana, por brindarme su cariño, ánimos, momentos de distracción y su compañía durante todo este recorrido.

A mis familiares porque con sus consejos, palabras de aliento y oraciones me acompañan en este proceso.

A mis compañeros, por su compromiso ante el presente trabajo, su realización no hubiese sido posible sin la colaboración de todas y cada una de las personas que conforman esta prestigiosa investigación.

A la Universidad Estatal de Milagro «UNEMI», por facilitarme acceso a recursos, herramientas y espacios que fueron esenciales para la realización del estudio, gracias por la oportunidad de actualizar conocimientos y fortalecer nuestra prácticas personales y profesionales.

A mis tutores y cuerpo docente del Posgrado, extendiendo mi sincero agradecimiento por su inestimable orientación y apoyo constante. Sus perspicaces comentarios y su incansable búsqueda de la excelencia han sido un faro de luz en el proceso de investigación. Ha sido un honor y un privilegio aprender bajo su tutela.

Finalmente, a todos quienes me apoyaron, desde lo académico hasta lo emocional, mi más sincera gratitud.

Con profundo agradecimiento,

Stefanny

Agradecimientos

Quiero expresar mi más sincero agradecimiento a mi familia por su amor, apoyo y comprensión.

Gracias a todos los que han contribuido a la realización de esta maestría por su apoyo y colaboración han sido fundamentales para mí.

Con profundo agradecimiento,

Cinthia

Agradecimientos

Expreso, en primer lugar, mi más profundo agradecimiento a Dios, cuya gracia, sabiduría y fidelidad me han sostenido a lo largo de este proceso. En cada etapa de esta formación, su guía ha sido mi norte, y su paz, mi descanso. A Él, la honra por permitir la culminación de esta meta.

Agradezco sinceramente a mis padres, quienes, con su dedicación, esfuerzo y valores inculcados, forjaron en mí la capacidad de asumir retos con compromiso y responsabilidad. Su apoyo moral y emocional ha sido esencial para mantenerme firme en los momentos de dificultad.

A mi esposa, agradezco su presencia constante, su entrega generosa y su comprensión inquebrantable. Su respaldo ha sido determinante para avanzar sin desfallecer, especialmente en los momentos en que la carga académica y las responsabilidades personales se entrelazaban.

A mis hijos, por ser fuente diaria de inspiración, esperanza y alegría. Su amor ha renovado mis fuerzas en cada jornada.

Extiendo también mi gratitud a los docentes, tutores y compañeros de este proceso formativo, cuyas enseñanzas, aportes y colaboración enriquecieron significativamente mi desarrollo académico y personal.

A todos quienes de alguna manera contribuyeron a la culminación de este proyecto, les expreso mi sincero agradecimiento.

Con profundo agradecimiento

Germaine Alexander Alcocer Herrera

RESUMEN

El cuidado humanizado en las Unidades de Cuidados Críticos (UCC) representa un enfoque de atención centrado en la dignidad, empatía y respeto hacia el paciente crítico. Su importancia se ha incrementado globalmente debido al impacto positivo en los resultados clínicos y la experiencia del paciente, particularmente en entornos altamente tecnificados como las UCI.

Objetivo: El propósito de esta investigación fue analizar la relación que existe entre el cuidado humanizado y la calidad de la atención en las Unidades de Cuidados Críticos (UCC), mediante una revisión de alcance que sintetiza prácticas, enfoques teóricos y metodológicos actualizados

Metodología: Se siguió la metodología PRISMA-ScR, enmarcada en el modelo de Arksey y O'Malley, integrando estudios de 2020 a 2025. Se utilizó la estructura PICO para organizar la información y se recurrió a bases científicas reconocidas como PubMed, SciELO, Science direct, LILACS, la biblioteca virtual de la salud, EBSCO, Cochrane.

Resumen: e identificó que el cuidado humanizado contribuye mejorar la experiencia del paciente en las unidades críticas, reduciendo eventos adversos y fortaleciendo el vínculo terapéutico. Las estrategias más utilizadas en la investigación fue la UCI de puertas abiertas, la participación activa de la familia, la comunicación efectiva y el abordaje del sufrimiento. Sin embargo, se encontraron diferentes barreras, tales como: las institucionales, culturales y de formación profesional que dificultan su implementación. A nivel latinoamericano y ecuatoriano, se reconoce un avance parcial en la adopción de estas prácticas.

. **Conclusión:** El cuidado humanizado se posiciona como un factor indispensable e independiente en la mejora de la calidad asistencial en las UCC. La revisión enfatiza la necesidad de protocolos estandarizados, formación continua y marcos conceptuales sólidos para su implementación.

Palabras clave: cuidado humanizado, calidad de atención, UCC, enfermería, revisión de alcance

ABSTRACT

Humanized care in Critical Care Units (CCU) is a patient-centered approach focused on dignity, empathy, and respect. Its global relevance has increased due to its positive impact on clinical outcomes and patient experience, especially in highly technological environments like ICUs. **Objective:** To analyze the available scientific evidence on the relationship between humanized care and quality of care in Critical Care Units (CCUs) through a scoping review.

Methods: A scoping review was conducted following the PRISMA-ScR guidelines and the Arksey and O'Malley framework. Inclusion and exclusion criteria were applied to studies published between 2020 and 2025 in English, Spanish, and Portuguese. Searches were performed in Scopus, PubMed, SciELO, LILACS, Cochrane, EBSCO and Google Scholar.

Summary: The evidence shows that humanized care practices such as empathetic communication, family participation, respect for patient dignity, and personalized care significantly improve patient satisfaction, reduce delirium and post-ICU stress. However, there are structural, educational, and methodological barriers to its systematic implementation. Strategies such as the HU-CI Project and open-door ICU models were found to be effective.

Conclusion: Humanized care is positively associated with improved quality of care in CCUs, benefiting both patients and healthcare personnel. The implementation of standardized humanization protocols and training in non-technical skills is strongly recommended.

Keywords: humanized care, quality of care, critical care units, ICU, scoping review, nursing

Índice de Tablas

Tabla 1 Variables Conceptuales.....	28
Tabla 2 Variables Dimensionales Temáticas	29
Tabla 3 Variables Contextuales	30
Tabla 4 Variables Metodológicas	31
Tabla 5 Estructura PICO	51
Tabla 6 Selección Base de Datos	52
Tabla 7 Descriptores y Operadores Booleanos	53
Tabla 8 Criterios de Inclusión y Exclusión	53
Tabla 9 Palabras Clave	54
Tabla 10 Términos Controlados	55
Tabla 11 Artículos Seleccionados para revisión	59
Tabla 12 Divergencias Metodológicas y de Enfoque de 5 artículos más importantes	74

Índice

Derechos de Autor	2
Aprobación del Tutor del Trabajo de Titulación	4
DEDICATORIA	5
Agradecimientos	10
RESUMEN	18
ABSTRACT	19
INTRODUCCIÓN	20
CAPÍTULO I	22
1. El Problema de la Investigación	22
1.1 Planteamiento del problema	22
1.2 Delimitación del problema	23
1.3 Formulación del problema	25
1.4 Preguntas de investigación	25
1.5 Objetivos	25
Objetivo general	25
Objetivos Específicos	26
1.7 Justificación	26
1.8 Declaración de las variables	27
CAPÍTULO II	32
2.1 Antecedentes Referenciales	32
2.3.1. Cuidado Humanizado en Unidades de Cuidados Críticos	35
2.3.2. Teorías de Enfermería que Sustentan el Cuidado Humanizado	36
2.3.3. Calidad de la atención en UCC: dimensiones e indicadores	37
2.3.4. Indicadores de evaluación del cuidado humanizado	38
2.3.5. Componente de la Humanización en UCI	39
2.3.6. Proyecto HUCI	42
2.3.7. Manual de Buenas Prácticas y certificación HU-CI	43
2.3.8. Objetivos de la enfermería en UCI	47
2.3.9. Funciones de la enfermería en UCI	47
CAPÍTULO III	50
3. Diseño Metodológico	50

3.1	Tipo y diseño de Investigación	50
3.2	Población y Muestra	50
3.3	Los Métodos y las Técnicas de Recolección	51
2.	Selección de las bases de datos	51
3.	Selección de bases de datos científica	51
4.	Uso de descriptores y operadores booleanos	52
5.	Aplicación de filtros y límites	53
6.	Palabras clave	54
7.	Términos controlados	54
8.	Proceso de Flujograma PRISMA ScR	55
9.	Procesamiento estadístico de la información	57
CAPÍTULO IV		58
4.	ANÁLISIS E INTERPRETACIÓN DE RESULTADOS	58
4.1	Resultados	58
	Descripción de la interpretación general de los resultados	58
CAPÍTULO V		74
5.1.	Discusión	74
	Implicaciones para la Práctica Clínica de los estudios analizados	75
	Limitaciones y Brechas Identificadas	76
5.2.	Conclusiones	76
5.3.	Recomendaciones	78
6.	Referencias Bibliográficas	79

INTRODUCCIÓN

El cuidado humanizado en el contexto de enfermería podemos definirlo como una forma de atención que relaciona el conocimiento técnico-científico con el uso de tecnologías avanzadas, priorizando la atención directa hacia el paciente. Este tipo de cuidado se caracteriza por la presencia activa del profesional, la escucha atenta, la empatía y el respeto por las necesidades de cada individuo y su dignidad (Martínez Cona y Herrera Aliaga, 2023). Esta atención en lugar de limitarse solo a la planeación y ejecución de procedimientos clínicos, sitúa al ser humano como el centro del proceso, teniendo en cuenta sus dimensiones físicas, emocionales, sociales y espirituales (Holguín Macias y Encalada Bueno, 2023). En todos los entornos asistenciales, el cuidado humanizado busca establecer una conexión entre lo terapéutico y el bienestar de cada uno, tomando en cuenta su vulnerabilidad mediante intervenciones individualizadas ajustadas a sus valores, creencias y preferencias personales (Santos, 2023).

Las Unidades de Cuidados Críticos (UCC), también conocidas como Unidades de Cuidados Intensivos (UCI) o Unidades de Terapia Intensiva (UTI), son áreas hospitalarias especializadas de los hospitales de mayor complejidad en donde se brinda atención de salud a pacientes que se encuentran en estado de salud crítico o con problemas de salud potencialmente mortales (Waydhas et al., 2023). La epidemiología de las enfermedades críticas es difícil de precisar debido a que son parte de las camas no censables y a su vez, las incidencias de estas patologías pueden tener un sin número de orígenes, así como presentarse en diversos contextos afectando a pacientes de diferentes razas, etnias, grupos étnicos y sexo. Sin embargo, estas enfermedades representan una alta carga en países de ingresos bajos y medios, donde la disponibilidad de la información estadística es insuficiente (Crawford et al., 2023).

De acuerdo a los índices de gravedad médica, un cantidad indeterminada de pacientes ingresa a la UCI con un riesgo muy alto de muerte, así tenemos que en un estudio realizado en Brasil en 2021 fueron registradas 153 personas hospitalizadas en la UCI de un hospital docente, de estos ingresos; en relación al sexo de los individuos admitidos, hubo predominio de hombres (68,6%) con edad media de 53 años, oriundos de la ciudad de Maringá, internados por cerca de 17 días por traumas y/o fracturas, que demandaron intubación y prescindieron de drogas

vasoactivas y hemodiálisis, teniendo como evolución más frecuente la alta del sector, aunque la tasa de mortalidad haya sido de 37%, suscitando una alerta para los gestores (Peraro et al., 2024)

Dentro de las UCC, el cuidado humanizado es una estrategia para garantizar el respeto, la dignidad y el bienestar emocional del paciente crítico. En este contexto, tenemos el Proyecto HU-CI (Humanizando los Cuidados Intensivos) nacido en España, que ha tomado auge en los últimos años y se ha extendido a nivel internacional, cuyo objetivo es transformar el modelo tradicional de atención tecnificada, el cual promueve prácticas como la UCI de puertas abiertas, la participación familiar, la comunicación empática y la creación de entornos terapéuticos. Este modelo contribuye a la mejora de la calidad de atención, al equilibrar el conocimiento y tecnología avanzada con la calidez humana (Baeza, 2020).

A nivel mundial, la implementación del cuidado humanizado en las UCC ha logrado reconocimiento como el eje principal de la atención de calidad. El cuidado humanista se ha convertido en una preocupación y prioridad en la formación educativa de enfermería, impulsando iniciativas que buscan equilibrar la tecnología médica con la atención centrada en la persona (Crawford et al., 2023). En Latinoamérica, diversos países han desarrollado medidas para fomentar prácticas de atención más humanas en las UCI, comprendiendo que la calidad del servicio no se limita únicamente a los parámetros e indicadores clínicos, sino que también incluye la vivencia del paciente y su familia durante el tiempo de la hospitalización (Guamuse M., 2025).

En cuanto al contexto ecuatoriano, la aplicación del cuidado humanizado en las UCC ha mostrado avances significativos, aunque persisten desafíos particulares. Investigaciones en hospitales del país revelan que, el 43% del personal de enfermería practica un cuidado humanizado, lo que permite individualizar el tratamiento y priorizar intervenciones, mientras que el 29% presenta un nivel bajo y un 28% un nivel medio. Estos datos ponen de manifiesto la necesidad de fortalecer la capacitación y sensibilización del personal en esta área. Los estudios han identificado obstáculos como la sobrecarga laboral, la escasez de recursos y la falta de desarrollo en habilidades blandas, todos ellos factores que limitan una atención verdaderamente centrada en la persona (Macias, 2025).

CAPÍTULO I

1. El Problema de la Investigación

1.1 Planteamiento del problema

Durante las últimas décadas, las Unidades de Cuidados Críticos (UCC) han pasado por una evolución impulsada por el desarrollo tecnológico y la implementación de protocolos dirigidos, especializados y ejecutados. Si bien esta tecnología ha favorecido de manera significativa los resultados clínicos, también han generado un enfoque técnico que ha relegado aspectos fundamentales del cuidado, como la empatía, la comunicación asertiva y el respeto a la dignidad del paciente. Tal como advierte Cajas (2025), esta tendencia ha provocado un desequilibrio preocupante que requiere ser abordado con urgencia para garantizar una atención verdaderamente integral (Maza, 2023). En Ecuador, la situación empeora debido a limitaciones estructurales, como el número insuficiente de camas UCI pese a estas haber aumentado en relación al año anterior, la sobrecarga laboral del personal y la ausencia de protocolos sistematizados que promuevan la humanización del cuidado (Arrogante y Aparicio Zaldivar, 2020).

En Ecuador, de acuerdo con el INEC (2025), en el año 2024, Ecuador disponía de un total de 2126 camas en la UCI entre los sectores público y privado, y este representó un 3.45% más que el año anterior que correspondía a 2055 camas, lo que evidencia mejoras y aumento de la disponibilidad y de la dotación de recursos frente a una demanda en aumento. Así mismo, el INEC (2025) en sus reportes estadísticos más recientes evidencia la situación epidemiológica actual sobre las principales causas de morbilidades en el país, siendo la primera causa de ingreso hospitalario la Colelitiasis, seguido de la Neumonía y la Apendicitis aguda que, si bien sabemos que son enfermedades tratables, sus complicaciones son un diagnóstico probable de ingreso a la UCI. En el Hospital José Carrasco Arteaga, el 63,64% de los pacientes ingresados eran mayores de 50 años, y entre las principales causas se identificaron la preeclampsia (18,18%), lesiones por quemaduras, enfermedades metabólicas y episodios coronarios (Torres Jerves et al., 2024).

Tradicionalmente, el ingreso a las UCC se consideraba como una decisión clínica respetada en la cual se hacía hasta lo imposible por la mejoría del paciente; sin embargo, actualmente, en muchos casos, se solicita el ingreso a ésta sin justificación técnica clara, es decir con un diagnóstico erróneo o inadecuados. Esto conlleva a una confusión en la jerarquización de casos, incrementando los gastos de la unidad, ya que la estancia en esta área es costosa debido a la administración continua de medicamentos y diluye las responsabilidades de algunos profesionales, además el criterio del profesional sanitario no es tomado en cuenta, lo que repercute de forma negativa en la calidad de la atención y da lugar a un proceso progresivo de deshumanización dentro de estos servicios (Cajas, 2025).

Esta revisión buscó identificar vacíos de conocimiento y ser una guía para la creación de modelos de atención más humanos, donde la tecnología y el humanismo en las Unidades de Cuidados Críticos (UCC) se vean como una oportunidad de una atención más ética y respetuosa. La naturaleza compleja de las UCC requiere que el equipo de salud no solo actúe desde lo clínico, sino que también se involucre en el cuidado emocional y psicosocial del paciente y su entorno familiar. Por esta razón, es necesario complementar el paradigma biomédico con una perspectiva integral que contemple todas las dimensiones del cuidado, como lo subraya (Cedeño, 2024).

Desde el punto de vista metodológico, este estudio se desarrolló bajo un diseño de revisión de alcance, guiado por la metodología PRISMA-ScR. Esta herramienta permitió mantener rigurosidad en los procesos de búsqueda, selección y análisis de la literatura científica a través de criterios previamente definidos de inclusión y exclusión. En general, la falta de un enfoque humanizado en las UCC representa un desafío que afecta no solo la calidad de atención directa y la seguridad del paciente, sino también la integridad ética del ejercicio profesional. Por ello, esta investigación pretende aportar al diálogo académico y práctico, delineando estrategias efectivas para incorporar la dimensión humana en el entorno del cuidado intensivo (Zabalza, 2024).

1.2 Delimitación del problema

Las Unidades de Cuidados Intensivos (UCI) son áreas especializadas de cuidado en donde se utilizan tecnologías médicas de última generación para brindar atención a pacientes en estados clínicos complejos que necesitan un monitoreo continuo. De acuerdo con Paés (2020), uno de

los principales desafíos en esta área, es mantener un equilibrio entre el uso de tecnología avanzada y el respeto por la dignidad, los valores humanos y las necesidades emocionales del paciente en estado crítico. En este contexto, el Proyecto HU-CI (Humanizando los Cuidados Intensivos), promovido desde 2014 por la Sociedad Española de Enfermería Intensiva y Unidades Coronarias (SEEIUC), ha establecido la humanización como un eje estratégico en el campo de la medicina crítica a nivel global. Según cifras de la SEMICYUC (2022), aproximadamente 400,000 personas son admitidas cada año en las UCI españolas, enfrentándose no solo a amenazas vitales, sino también a procesos de despersonalización propios de entornos.

La necesidad de incorporar un enfoque humanizado en la UCI va más allá de lo asistencial, lo que genera implicaciones significativas a nivel social, científico y profesional. Investigaciones del Consejo Internacional de Enfermeras (Cambizaca, 2025) revelan que el 67% de los familiares de pacientes críticos perciben carencias importantes en la comunicación empática y el acompañamiento emocional, lo que puede desencadenar consecuencias psicológicas persistentes, como el síndrome post-UCI, que, según Smith (2023), afecta entre el 25% y el 50% de los pacientes que egresan de la unidad. En el ámbito científico, según Rodríguez A. (2023) se ha evidenciado que las intervenciones centradas en la humanización pueden reducir la mortalidad entre un 8% y un 12%, lo que incluso disminuye la estancia hospitalaria en promedio a 2.3 días, mejorando los indicadores de calidad asistencial, consolidando la humanización como un factor clínico de impacto directo en los resultados en salud (Jimenez, 2025).

Desde la perspectiva profesional, los resultados del Maslach Burnout Inventory aplicados en UCI europeas muestran que el 43% del personal de enfermería presenta niveles alarmantes de agotamiento emocional, asociados a entornos asistenciales desprovistos de enfoque humanizado (Ramírez Elvira et al., 2021). Por otro lado, la incorporación de modelos centrados en la persona, según estudios sobre carga horaria realizados por el ICN (2022), ha demostrado mejorar la proporción enfermera-paciente (1:1 o 1:2), incrementar la satisfacción profesional en un 35% y reducir la rotación del personal, favoreciendo la permanencia de profesionales capacitados en áreas críticas. Estos datos confirman que la humanización no solo mejora la experiencia del paciente y su familia, sino que también fortalece al equipo de salud, posicionándola como una estrategia integral con beneficios multidimensionales (Abeba et al., 2025).

La revisión de la literatura especializada sobre la humanización en las unidades hospitalarias muestra una producción científica extensa particularmente en UCI, con más de 200 publicaciones indexadas entre 2015 y 2020 (Fleischmann, 2020) así como en diferentes bases de datos entre los años 2020 y 2025. Sin embargo, esta lista de artículos y estudios presenta limitaciones y deficiencias metodológicas, entre estas deficiencias destacan la heterogeneidad en los enfoques de investigación, la falta de definiciones operativas consistentes y la diversidad en los criterios para medir los resultados. Asimismo, existe una escasez de marcos teóricos integradores que estructuren los elementos fundamentales del cuidado humanizado (Aiken, 2023), también predominan los estudios descriptivos y de corte transversal, con escasa evidencia longitudinal sobre los efectos sostenidos de dichas intervenciones.

1.3 Formulación del problema

¿Cómo se relaciona el cuidado humanizado con la calidad de la atención en las Unidades de Cuidados Críticos, según la evidencia científica?

1.4 Preguntas de investigación

- ¿Qué prácticas de cuidado humanizado se han implementado en la Unidad de Cuidados Críticos?
- ¿Cómo se mide la calidad de la atención en el contexto de las Unidad de Cuidados Críticos?
- ¿Qué relación existe entre las prácticas de cuidado humanizado y los indicadores de calidad de la atención en la Unidad de Cuidados Críticos?

1.5 Objetivos

Objetivo general

Analizar la evidencia disponible sobre la relación entre el cuidado humanizado y la calidad de la atención en las Unidades de Cuidados Críticos, mediante una revisión de alcance.

Objetivos Específicos

- Sistematizar las prácticas de cuidado humanizado implementadas en las Unidades de Cuidados Críticos según sus componentes, enfoques teóricos y estrategias de aplicación reportadas en la literatura científica.
- Examinar los métodos, indicadores, herramientas e instrumentos empleados en la literatura para evaluar la calidad de la atención y sus dimensiones en las Unidades de Cuidados Críticos.
- Determinar la relación entre las prácticas de cuidado humanizado y los indicadores de calidad de la atención en las Unidad de Cuidados Críticos.

1.6 Hipótesis

Dado que se trata de una revisión de alcance con enfoque cualitativo, no se plantea una hipótesis específica. Sin embargo, se parte de la premisa de que la implementación de prácticas de cuidado humanizado en las Unidad de Cuidados Críticos está asociada con una mejora en la calidad de la atención.

1.7 Justificación

Esta investigación, de tipo descriptivo y con un enfoque de revisión de alcance, buscó analizar la relación entre el cuidado humanizado y la calidad de la atención en las Unidades de Cuidados Críticos (UCC). Consideramos importante realizarla debido a que las UCC son escenarios en los que coinciden la complejidad clínica con la vulnerabilidad física y emocional en los pacientes. Se realizó en el contexto humanizado, ya que nos permite contrarrestar la despersonalización provocada por la tecnificación excesiva y el exceso de carga laboral, recuperando el sentido ético, emocional y relacional del acto de cuidar.

Desde una perspectiva académica, esta revisión aporta elementos conceptuales actualizados y prácticos que potencian la formación profesional en enfermería crítica, promoviendo el desarrollo de competencias humanistas como la empatía, la comunicación efectiva y el respeto a la dignidad del paciente. Científicamente, facilita la sistematización y comparación de hallazgos de investigaciones previas para

establecer patrones, medir resultados y generar propuestas de mejora basadas en evidencia. A nivel social y de salud pública, esta temática impacta directamente la percepción de los usuarios sobre la calidad del sistema sanitario, ya que la capacidad de las UCC para ofrecer un cuidado integral y compasivo repercute tanto en la recuperación clínica del paciente como en la confianza social hacia los servicios de salud.

Los estudios analizados entre 2020 y 2025 evidenciaron que el cuidado humanizado mejoró la experiencia del paciente y redujo eventos adversos como el delirio o la ansiedad. Sin embargo, su implementación aún está fragmentada, sin una integración sistemática en la práctica asistencial ni en los indicadores institucionales de calidad. A pesar de iniciativas como el Proyecto HU-CI y estudios locales, persisten vacíos metodológicos y una ausencia de protocolos estandarizados para su evaluación y aplicación. Por lo tanto, la presente investigación se justifica por la necesidad de identificar, organizar y sintetizar la evidencia disponible para responder a la pregunta:

¿Cómo se relaciona el cuidado humanizado con la calidad de la atención en las Unidades de Cuidados Críticos, según la evidencia científica?

Esta revisión pretende fortalecer las bases para futuras investigaciones, rediseños curriculares y políticas institucionales orientadas hacia una atención crítica más ética, eficaz y centrada en la persona.

1.8 Declaración de las variables

En esta revisión de alcance, se han identificado cuatro categorías principales de variables de interés que permitirán organizar, mapear y clasificar la información recopilada sobre el cuidado humanizado en UCI.

Tabla 1 Variables Conceptuales

Variable	Ejemplos/Indicadores	Descripción
Cuidado humanizado	Atención integral, respeto por la dignidad, trato personalizado.	Concepto central que engloba el trato digno y personalizado del paciente crítico.
Empatía	Comprensión emocional, escucha activa, comunicación.	Capacidad del personal sanitario para comprender y responder a las necesidades emocionales.
Dignidad del paciente	Respeto por la autonomía, privacidad, valores personales y derechos de los pacientes.	Reconocer al paciente como ser humano integral más allá de su condición clínica.
Sufrimiento	Dolor físico, miedo, ansiedad.	Experiencias negativas del paciente y familia en el contexto de cuidados intensivos.
Atención centrada en la persona	Cuidado individualizado, preferencias del paciente, participación en decisiones.	Enfoque que coloca al paciente y familia en el centro del proceso de atención.

Fuente: elaboración propia (2025)

La tabla muestra las variables de los conceptos teóricos que sustentan el cuidado humanizado en UCI.

Tabla 2 Variables Dimensionales Temáticas

Variable	Ejemplos/Indicadores	Descripción
Intervenciones humanizadoras	Presencia familiar, comunicación terapéutica, cuidado espiritual-	Estrategias específicas implementadas para humanizar la atención
Percepciones	Satisfacción del paciente, experiencias familiares, perspectivas del personal	Evaluaciones subjetivas de los actores involucrados en el cuidado
Modelos de atención	UCI abierta, teorías enfermeras	Estructuras organizacionales que facilitan el cuidado humanizado
Barreras	Limitaciones tecnológicas, sobrecarga laboral, resistencia al cambio, recursos limitados-	Obstáculos que dificultan la implementación del cuidado humanizado
Resultados clínicos	Morbilidad, Mortalidad, estancia hospitalaria, complicaciones	Outcomes mensurables asociados al cuidado humanizado
Impacto psicológico	Síndrome post-UCI, delirium, depresión, estrés postraumático	Consecuencias psicológicas en pacientes y familias

Fuente: elaboración propia (2025)

Aquí podemos observar las variables sobre los aspectos específicos y dimensiones del cuidado humanizado que se abordan en la literatura.

Tabla 3 Variables Contextuales

Variable	Ejemplos/Indicadores	Descripción
Tipo de UCI	UCI polivalente neonatal, pediátrico y de adultos.	Especialización y características específicas de la unidad
Ubicación geográfica	España, Latinoamérica, Europa, Norteamérica.	Contexto geográfico y cultural donde se desarrolla el estudio
Nivel de atención	Hospitales públicos y privados	Tipo de institución sanitaria
Población atendida	Adultos, pediátricos, neonatos	Características demográficas y clínicas de los pacientes
Recursos disponibles	Tecnología avanzada, ratio enfermera-paciente, infraestructura, presupuesto	Recursos humanos, tecnológicos y financieros disponibles
Contexto cultural	Valores culturales, creencias religiosas, prácticas tradicionales	Aspectos socioculturales que influyen en el cuidado

Fuente: elaboración propia (2025)

Esta tabla muestra las características del entorno y contexto donde se desarrolla el cuidado humanizado.

Tabla 4 Variables Metodológicas

Variable	Ejemplos/Indicadores	Descripción
Diseño del estudio	Cualitativo, descriptivo, revisión de alcance.	Metodología utilizada en la investigación
Año de publicación	Literatura entre 2020 y 2025	Período temporal de la publicación
Idioma	Español, inglés, portugués	Idioma de publicación del estudio
Tipo de publicación	Artículos originales de revisión	Bases de datos diversas y confiables.

Fuente: elaboración propia (2025)

En esta tabla apreciamos las características metodológicas de los estudios incluidos en la revisión.

CAPÍTULO II

2.1 Antecedentes Referenciales

A nivel internacional, la revisión de alcance de Kvande et al. (2022) destaca que el cuidado humanizado en las unidades de cuidados intensivos está definido por una atención holística al paciente y su familia, la actitud profesional y la capacidad organizacional del sistema de salud. Los autores enfatizan que la tecnología, si no se gestiona adecuadamente, puede deshumanizar el cuidado, por lo que el dominio tecnológico por parte del personal es sumamente necesario para centrarse en el paciente como un ser humano integral. Esta perspectiva muestra la importancia de establecer una adecuada relación entre las habilidades y las competencias del personal sanitario en el que la tecnología debe considerarse como un facilitador de cuidado y no como una barrera a los cambios como suele suceder con el personal sanitario antiguo.

Por su parte, Jiménez et al. (2025) refuerza la creciente evidencia sobre la relación entre el cuidado humanizado y la calidad de la atención en UCI. En esta investigación los autores evidencian que este enfoque mejora la experiencia del personal, de los pacientes y sus familias, además de favorecer indicadores clínicos como la disminución de complicaciones, reducción de la estancia hospitalaria, optimización de los recursos sanitarios y el fortalecimiento de resultados terapéuticos. Un ejemplo ilustrativo de este cambio de paradigma es el proyecto HUCI (Humanizing Intensive Care), que propone un modelo centrado en la persona, incorporando la comunicación, la participación familiar y ajustes en el ambiente físico para mejorar el entorno de atención en la UCI.

En cuanto a los orígenes y evolución, (Gutierrez, 2020), sitúa las primeras discusiones sobre el cuidado humanizado en la década de 1970, impulsadas por Margaret Jean Watson y su teoría de la atención centrada en la persona. Desde entonces, este enfoque ha sido fundamental para una atención de salud integral, especialmente en contextos hospitalarios donde la técnica suele predominar, como lo apoyan Balón Lázaro et al., (2024). Actualmente, en entornos complejos como las UCI, se ha observado una tendencia hacia una atención mecánica comprometiendo aspectos primordiales como la empatía, la comunicación efectiva y la dignidad del paciente.

En el artículo de Angulo Farías et al. (2025) presenta una revisión bibliográfica sobre la influencia del cuidado holístico en la calidad de atención en unidades de cuidados intensivos (UCI). Aborda la atención integral de cuerpo, mente y espíritu como eje esencial para humanizar los entornos críticos. Se seleccionaron 25 artículos científicos (2020-2024), analizados críticamente. Se identificaron beneficios significativos del cuidado holístico en el bienestar del paciente y su familia, así como en los resultados clínicos. No obstante, se evidencian barreras como la falta de formación continua, escasez de personal y sobrecarga laboral. El estudio concluye que es urgente implementar estrategias institucionales y formativas que integren la dimensión espiritual y emocional para garantizar una atención verdaderamente humanizada

En el ámbito nacional (Ecuador), estudios recientes refuerzan la relevancia del cuidado humanizado. (Villacreses, 2023) destacan que la atención humanizada en las UCC mejora la comunicación entre el personal y el paciente, lo que a su vez favorece una mayor adherencia al tratamiento. Enfatizan la necesidad de implementar estrategias que transformen las UCI en ambientes acogedores tanto para pacientes como para sus familiares, también subrayan que la atención humanizada optimiza la comunicación y la adherencia al tratamiento. Adicionalmente, en el contexto específico del cuidado al adulto mayor, en su investigación, identifican acciones concretas para una atención integral. Estas incluyen el libre acceso de la familia al área crítica, una comunicación asertiva y eficaz, y medidas de bienestar espiritual, emocional y psicológico. Concluyen que la implementación de estas estrategias es clave para proporcionar una atención verdaderamente humanizada y respetuosa a esta población vulnerable.

2.2 Marco Conceptual

Cuidado Humanizado en UCI: es una modelo de atención a los pacientes que reconoce que son individuos completos, no solo cuerpos enfermos. Esto significa que además de usar equipos médicos avanzados y administrar medicamentos, el personal de salud debe considerar las emociones, miedos, valores y necesidades humanas básicas de cada paciente (Tigrero, 2025).

Bases Teóricas:

Virginia Henderson - Las 14 necesidades básicas propuestas por esta teorizante evidencia que todas las personas tienen necesidades básicas de: 1) respirar, 2) comer y beber, 3) eliminar desechos, 4) moverse y mantener buena postura, 5) dormir y descansar, 6) vestirse y despedirse, 7) mantener la temperatura corporal, 8) mantener la higiene personal y proteger la piel, 9) evitar peligros y proteger a otros, 10) comunicarse con otros, 11) adorar según las creencias propias, 12) trabajar, 13) participar en actividades y 14) aprender, descubrir o satisfacer la curiosidad. Incluso cuando alguien está muy enfermo en UCI, estas necesidades siguen siendo importantes. El personal debe ayudar al paciente a satisfacerlas lo mejor posible para que pueda recuperar su independencia (Brice Hernández et al., 2023).

Jean Watson - El Cuidado como Arte Humano Watson enseña que cuidar es un arte que va más allá de hacer procedimientos médicos. Cada vez que una enfermera o médico interactúa con un paciente, tiene la oportunidad de mostrar compasión y respeto. Esto significa escuchar, dar esperanza y tratar a cada persona con dignidad, especialmente cuando están en su momento más vulnerable (Delgado Galeano et al., 2023).

Madeleine Leininger - Respeto por las Culturas Leininger nos recuerda que cada persona viene de una cultura diferente con sus propias creencias, valores y costumbres. En UCI, es importante respetar estas diferencias culturales, como permitir rituales religiosos o adaptar los horarios de visita según las tradiciones familiares (Briñez Ariza et al., 2024).

Relación con la Calidad de la Atención: la calidad en UCI se medía solo por números: es decir cuántos pacientes sobrevivían, tiempo de hospitalización o incidencias de infecciones. Aunque estos indicadores siguen siendo importantes, ahora se conoce que también podemos medir cómo se sienten los pacientes y sus familias sobre el cuidado que reciben (Ayoub Tlili et al., 2022).

El Proyecto HUCI: Humanizando la Unidad de Cuidados Intensivos, es una estrategia que nació en España en 2014 y se ha expandido a otros países. Este proyecto muestra cómo se puede implementar el cuidado humanizado de manera práctica integrando a la familia (Baeza, 2020).

Habilidades Humanas (Human Tools): Además de saber usar equipos médicos, el personal debe conocer y tener habilidades como comunicarse mejor, mostrar empatía y trabajar

en equipo. Estas habilidades son tan importantes como las técnicas médicas (Suresh et al., 2025).

2.3 Marco teórico

2.3.1. Cuidado Humanizado en Unidades de Cuidados Críticos

El cuidado humanizado se ha establecido como un modelo necesario en la atención del paciente en estado crítico, pues destaca el trato humano existente frente a la tecnificación excesiva de las Unidades de Cuidados Críticos (UCC). Este enfoque reconoce al paciente no solo como receptor de intervenciones biomédicas, sino como sujeto integral, con emociones, miedos y valores que deben ser tomados en cuenta durante la atención que se le brinde. Las intervenciones humanizadas promueven una relación basada en el respeto, la empatía, la escucha activa y la participación activa del paciente y su familia (Tigrero, 2025).

En las UCC, el personal de enfermería tiene un rol central en la implementación del cuidado humanizado, ya que es quien está en contacto directo y constante con el paciente. Estudios recientes han demostrado que la presencia continua del profesional, el uso del nombre del paciente, el contacto visual, el respeto por sus decisiones y creencias, y la contención emocional son elementos clave que humanizan el entorno asistencial. Esta práctica genera confianza y fortalece el vínculo terapéutico en situaciones donde la vulnerabilidad física y emocional es máxima (Guamuse M. , 2025).

En la actualidad se han impulsado estrategias como la “UCI abierta”, la cual promueve la atención sin restricciones horarias para familiares, así como del abordaje de la espiritualidad y el sufrimiento como parte del tratamiento para los pacientes. Este método ha sido adoptado por diversas instituciones sanitarias europeas y actualmente en América Latina; está asociado con mayor satisfacción del paciente y su familia, aumentado egresos hospitalarios más rápidos, menor riesgos de trastornos post UCI y mejora el clima organizacional. (Baeza, 2020).

En resumen, el cuidado humanizado en UCC es un enfoque que prioriza la dignidad, el respeto y la empatía respecto al paciente. Su implementación sistemática no solo ha mejorado de manera importante la experiencia del paciente y la familia, sino que también contribuye directamente a la eficiencia y efectividad general de la atención sanitaria. Así pues, se erige

como un pilar que contrarresta la despersonalización inherente a los entornos de alta tecnología, promoviendo una atención verdaderamente centrada en las necesidades complejas del ser humano en estado crítico.

2.3.2. Teorías de Enfermería que Sustentan el Cuidado Humanizado

Teoría de Virginia Henderson

El modelo teórico de Virginia Henderson define el cuidado como la asistencia que se brinda a una persona para alcanzar la independencia en el cumplimiento de las 14 necesidades establecidas, que incluyen: respiración, alimentación, eliminación, movilización, descanso y sueño, vestimenta, termorregulación, higiene, seguridad, comunicación, creencias religiosas, realización personal, actividades recreativas y aprendizaje. En el ámbito de los cuidados intensivos, esta teoría es muy pertinente al afirmar que todos los individuos cuentan con habilidades y recursos para lograr la independencia, aun en circunstancias críticas, lo que requiere un enfoque integral que respete la dignidad y autonomía del paciente. Además, se reconoce que, en esta unidad de atención, la condición clínica es una situación temporal y se debe favorecer el cuidado que vaya más allá de la simple mejoría fisiológica (Brice Hernández et al., 2023).

Teoría del Cuidado Humano de Jean Watson

La teoría de Jean Watson, también conocida como teoría del Cuidado Humano o Ciencia del Cuidado Transpersonal, propone que el cuidado humano es el núcleo de la enfermería, basado en diez factores de cuidado que abarcan la creación de un sistema de valores humanísticos y altruistas, la inculcación de fe y esperanza, y el establecimiento de una relación de ayuda y confianza. Esta teoría, en el contexto de UCI, subraya que cada interacción, por breve que sea, representa una oportunidad para el cuidado transpersonal, manifestándose en acciones que resalten la dignidad humana en momentos de gran vulnerabilidad durante la estancia en la UCI (Delgado Galeano et al., 2023).

Teoría de Cuidados Culturales de Madeleine Leininger

Esta teoría destaca que el cuidado es un fenómeno universal en todas las culturas, por lo que es fundamental prestar atención a este aspecto al proporcionar cuidados, asegurando que

sean culturalmente congruentes, tomando en cuenta las creencias, valores y prácticas de cuidado de diversas culturas. En el ámbito de cuidados intensivos, esta teoría nos guía en la creación de estrategias de humanización que respeten la diversidad cultural de pacientes y familias, como la modificación de horarios de visitas para rituales y el respeto a las creencias, evitando así conflictos entre las culturas del personal de salud y las de los pacientes y sus familiares (Briñez Ariza et al., 2024).

En base a estas 3 teorías que apoyan el cuidado humanizado en UCI proponemos un modelo integrador para el área en el que integramos las 4 dimensiones centrales conocidas: Paciente, en el que hacemos énfasis en el bienestar integral y la preservación de su dignidad, respetando siempre la autonomía para la toma de decisiones teniendo en cuenta las necesidades humanas antes mencionadas. Así mismo integra a la dimensión familia como participe en el cuidado, la comunicación y empatía para la mejoría del paciente, respetando la cultura, creencias y religión, de esta manera se podrá realizar una toma de decisiones compartida.

Continuando respecto al modelo integrador las otras dimensiones que tomamos en cuenta son el personal sanitario y el entorno en el que se desarrolle la UCI, así pues, el personal debe poseer competencias técnicas y habilidades en constante actualización para un correcto desempeño en el área. En el entorno, la infraestructura debe poseer todo lo necesario que permita brindar un cuidado humanizado e integral.

2.3.3. Calidad de la atención en UCC: dimensiones e indicadores

La calidad de atención en UCC es un concepto multifactorial en el que convergen aspectos técnicos, administrativos, emocionales y relacionales. Tradicionalmente se ha evaluado mediante indicadores la tasa de mortalidad, los días de estancia hospitalaria, las incidencias de infecciones intrahospitalarias y los reingresos. Sin embargo, en los últimos años se ha reconocido que estos indicadores deben complementarse con otros relacionados a la percepción de cuidado, a la satisfacción del paciente, y el trato digno y respetuoso (Ayoub Tlili et al., 2022).

Modelo de Donabedian aplicado a UCI

Avedis Donabedian propuso una clasificación de las dimensiones de la calidad que hasta la fecha continúan vigentes y se clasifican en: estructura, proceso y resultado. En esta

línea, el cuidado humanizado se incorpora como parte del proceso, ya que involucra la forma en que se presta el servicio, la comunicación del equipo sanitario con el paciente, y cómo se respetan sus derechos dentro del contexto hospitalario. En este sentido, el cuidado humanizado es una práctica integral de brindar cuidados de calidad (Macias, 2025), y a su vez la divide en la dimensión técnica, que aplica los conocimientos y habilidades médicas para maximizar beneficios y minimizar riesgos, y la dimensión interpersonal, que evalúa la calidad de las interacciones entre proveedores y pacientes, incluyendo comunicación, respeto, empatía y consideración de las preferencias y valores del paciente.

La Organización Mundial de la Salud (OMS) (2025) ha establecido que la calidad asistencial debe ser segura, efectiva, eficiente, centrada en la persona, equitativa y oportuna. Bajo esta premisa, las UCC deben integrarse desde los modelos técnicos a esquemas más integrales en donde se puede diferenciar que una atención humanizada y de calidad se relaciona con una disminución en las incidencias de ansiedad, delirio y estrés postraumático en pacientes críticos, lo cual influye en una recuperación más rápida y menos dolorosa.

2.3.4. Indicadores de evaluación del cuidado humanizado

En las UCI, entre los indicadores tradicionales de la calidad de atención están: La mortalidad ajustada según la gravedad de enfermedad, las morbilidades, comorbilidades y sus complicaciones, la eficiencia del uso de recursos, la seguridad del paciente y los indicadores de proceso que evalúan la adherencia a protocolos establecidos (Kvande et al., 2022) (Gareau et al., 2022).

Evaluar el cuidado humanizado en las UCC requiere una perspectiva integral que trascienda los indicadores clínicos tradicionales. La dimensión humana de la atención debe valorarse desde la visión del paciente, de su familia y del equipo asistencial. Para lograrlo, se han desarrollado herramientas validadas que permiten medir aspectos como la empatía, la comunicación efectiva, el trato digno y la percepción de respeto. Estas herramientas, generalmente a modo de escalas aplicadas a través de encuestas estructuradas, han sido adaptadas a diversos contextos culturales, ampliando significativamente su utilidad y pertinencia (Rodriguez P. , 2024).

Entre los instrumentos más comunes para evaluar este tipo de atención, destacan la Escala de Cuidado Humanizado de Enfermería (ECH), con raíces en América Latina que evalúa

la calidez del personal, la presencia de este, el compromiso ético y la individualización del cuidado. El Cuestionario de Percepción del Cuidado Humanizado en UCI (CPCH-UCI) cuyo objetivo es evaluar la percepción del paciente y el familiar sobre la atención recibida. Los datos obtenidos a través de estas escalas permiten categorizar el nivel de cuidado humanizado en alto, medio o bajo e identificar áreas donde se necesitan mejoras o programas de capacitación en las instituciones de salud (Guamuse M. , 2025)

Se han realizado investigaciones sobre la relación entre el cuidado humanizado y ciertos indicadores clínicos secundarios. Estos incluyen la reducción en el uso de ansiolíticos, la prevención del delirio y la disminución en los días de ventilación mecánica. Varios estudios han respaldado estas correlaciones al combinar variables subjetivas con datos clínicos concretos. Por ejemplo, las UCI que adoptan un enfoque humanizado han reportado un 25% menos de días de sedación continua y una mejor adherencia terapéutica después del alta (Jimenez, 2025). Por lo tanto, los indicadores de cuidado humanizado permiten medir y hacer visible la calidad relacional de la atención, consolidando la humanización como un eje transversal en el cuidado crítico. La evaluación sistemática de estos factores sirve para mejorar la experiencia del paciente, reducir eventos adversos de índole emocional y fomentar una cultura de atención más ética y centrada en la persona.

2.3.5. Componente de la Humanización en UCI

Comunicación:

La comunicación efectiva es uno de los pilares del cuidado humanizado en UCI. En este entorno, donde los pacientes generalmente se encuentran sedados o intubados y las familias experimentan altos niveles de estrés; una comunicación clara, honesta y empática por parte del personal de salud es simplemente fortalecedora ya que no solo implica transmitir información médica compleja de manera entendible sino también se debe asegurar que los mensajes sean recibidos y entendidos por los familiares, adaptándose a sus necesidades emocionales y cognitivas (Laverde, 2020).

Además, esta comunicación debe ser bidireccional, escuchando de forma activa las preocupaciones, miedos y expectativas tanto de los pacientes como de sus familias. Esto permite al personal adaptar el plan de cuidado según las preferencias, valores y creencias de

cada paciente, de esta manera se promueve una toma de decisiones compartida. La empatía en la comunicación sirve para reconocer y validar las emociones de los familiares, ofreciendo apoyo y comprensión en momentos de gran vulnerabilidad, lo que fortalece la confianza en el equipo asistencial (Sanchez, 2024), también permite transparencia sobre el pronóstico y las opciones de tratamiento ayuda a los familiares a procesar la situación y a tomar decisiones informadas, incluso en escenarios difíciles. Esta honestidad compasiva es sirve para construir una relación terapéutica sólida (Villacreses Merino et al., 2023).

Bienestar del paciente:

El bienestar del paciente en las UCC va más allá de la estabilidad hemodinámica o la ausencia de complicaciones médicas este se refiere a un estado integral que relaciona el confort físico, la estabilidad emocional y psicológica, así como la preservación de la dignidad personal en un ambiente a menudo invasivo y estresante. Garantizar el bienestar implica mitigar el dolor, la ansiedad, el delirio y la privación del sueño, reconociendo que estos factores pueden impactar negativamente la recuperación y dejar secuelas a largo plazo en la salud mental del paciente (Villacreses, 2023).

Para lograr esto, es necesario implementar estrategias que minimicen los estímulos negativos del entorno de la UCI. Esto incluye reducir el ruido excesivo de alarmas y equipos, controlar la intensidad de la luz para simular ciclos de día y noche, y fomentar periodos de descanso ininterrumpido. El uso de tapones para los oídos y antifaces puede ser beneficioso, generar un ambiente que promueva el sueño y reduzca la sobre estimulación contribuye significativamente a la prevención del delirio y a una mejor recuperación cognitiva y emocional (Lara Domínguez y De la Torre Prados, 2025).

Asimismo, el manejo proactivo y efectivo del dolor y la sedación es un componente del bienestar. Utilizar escalas de valoración del dolor adecuadas, administrar analgésicos de manera oportuna y ajustar los niveles de sedación para mantener al paciente confortable pero lo más despierto posible, cuando su condición lo permita, son prácticas diarias. Evitar la sedación profunda innecesaria ha demostrado reducir la duración de la ventilación mecánica, la estancia en UCI y la incidencia de delirio, mejorando la calidad de la recuperación (García Montoto et al., 2024)

Otro aspecto para el bienestar es la movilización temprana y la rehabilitación física y cognitiva. Si bien la inmovilidad es común en pacientes críticos, la evidencia sugiere que la movilización temprana, incluso el destete temprano del ventilador, puede prevenir la debilidad adquirida en la UCI y mejorar los resultados funcionales. La terapia ocupacional y la fisioterapia adaptadas a la condición del paciente para preservar la fuerza muscular, la función cognitiva y la capacidad de participar en las actividades debe ser diario (Fernández Álvarez et al., 2023).

Cuidados al personal:

Los cuidados al personal es uno de los componentes de especial cuidado de la humanización en UCI, reconociendo que el bienestar de los profesionales impacta directamente en la calidad del cuidado ofrecido. El entorno de esta área es altamente exigente, caracterizado por el estrés constante, la exposición al sufrimiento y la muerte, y una alta carga de trabajo. Estos factores pueden llevar a problemas como el agotamiento profesional (burnout), el estrés moral y la fatiga por compasión, afectando la salud mental y física del personal y, consecuentemente, la atención al paciente (Rendón Montoya et al., 2020)

Para disminuir estos riesgos, se debe implementar estrategias de apoyo psicológico y emocional para el personal por parte del área de psicología. Esto incluye acceso a servicios de salud mental, sesiones de debriefing tras eventos traumáticos, grupos de apoyo y programas de mindfulness o resiliencia. Proporcionar espacios seguros para procesar las emociones y compartir experiencias contribuye a reducir el estigma asociado a los problemas de salud mental y fortalece la cohesión del equipo, promoviendo un ambiente laboral más saludable y sostenible (Heredia Diez et al., 2021).

La promoción de un liderazgo positivo y un ambiente de trabajo colaborativo también son claves incluso para reducir episodios de burnout. Los líderes de la UCI deben ser empáticos, reconocer el esfuerzo de su equipo y fomentar una cultura de respeto y apoyo mutuo. Un ambiente donde el personal se siente valorado, escuchado y con oportunidades de crecimiento profesional, reduce el estrés y mejora la satisfacción laboral. Esto se traduce directamente en una mayor calidad de atención y una menor rotación de personal (Maza, 2023).

En síntesis, cuidar a quienes cuidan es un imperativo ético y práctico en las UCC. Invertir en el bienestar del personal a través de apoyo psicológico, gestión de la carga de trabajo y un liderazgo empático, no solo protege la salud de los profesionales. También asegura que puedan mantener la compasión y la calidad en la atención que brindan a los pacientes más vulnerables, haciendo de la humanización un ciclo virtuoso que beneficia a todos los involucrados en el sistema de salud (Jarabo Carcas et al., 2024).

2.3.6. Proyecto HUCI

El Proyecto HUCI (Humanizando la Unidad de Cuidados Intensivos) es una iniciativa pionera y transformadora que busca redefinir el paradigma de atención en las UCI. Su objetivo es transitar de un enfoque meramente técnico a uno profundamente centrado en el paciente y su familia. Nacido en España en 2014, se ha expandido globalmente, promoviendo la integración de la humanización como un eje fundamental de la calidad asistencial. Este proyecto ha demostrado de forma fehaciente cómo la empatía, la comunicación efectiva y el bienestar son tan cruciales como la alta tecnología médica (Baeza, 2020).

Uno de los pilares del proyecto es la promoción activa de las UCI de puertas abiertas, que permiten una presencia extendida del familiar y sin restricciones horarias. Esto contrasta drásticamente con los modelos tradicionales de visitas limitadas, reconociendo el impacto profundamente positivo de la cercanía de los seres queridos en la recuperación del paciente y en el afrontamiento emocional familiar. La flexibilización de los horarios de visita fomenta una mayor participación familiar y un apoyo emocional continuo, beneficiando significativamente a todos los involucrados en el proceso de cuidado (Baeza, 2020).

UCI de puertas abiertas y participación de familiares:

Cajas (2025) evidencia que la participación activa de los familiares es un componente esencial de esta política de puertas abiertas. Esto va más allá de la sola presencia física, implicando su involucración significativa en las rondas médicas, la toma de decisiones compartidas (cuando sea apropiado y el paciente lo permita) y, en ocasiones, la realización de cuidados básicos bajo la supervisión directa del personal. Reconocer a la familia como una parte integral y valiosa del equipo de cuidado fortalece su capacidad de afrontamiento

emocional y mejora drásticamente la comunicación bidireccional con el personal de salud (Pilatasig et al., 2025).

Adicionalmente, la política de puertas abiertas y la participación familiar contribuyen a una mayor transparencia y confianza en el equipo de salud. Al permitir que las familias sean testigos directos del cuidado que se les brinda a sus seres queridos, se genera una mayor comprensión de los procedimientos complejos y de la dedicación del personal. Esta apertura fomenta una relación de colaboración, disipando mitos y preocupaciones, y promoviendo una visión más positiva y realista de la atención en la UCC (Sanchez, 2024).

En consecuencia, la implementación de UCI de puertas abiertas y la promoción de la participación familiar no son solo un acto de humanización, sino también una estrategia efectiva para mejorar los resultados clínicos y la experiencia global del paciente y su familia. Estas políticas reflejan una comprensión más profunda del cuidado integral, reconociendo el papel vital del apoyo emocional y social en la recuperación de la enfermedad crítica, y transformando el entorno de la UCI en un espacio más compasivo y centrado en la persona (Hwang et al., 2025).

2.3.7. Manual de Buenas Prácticas y certificación HU-CI

El Manual de Buenas Prácticas y el sistema de certificación HU-CI (Humanizando la Unidad de Cuidados Intensivos) son herramientas fundamentales desarrolladas para estandarizar y promover la humanización en el entorno crítico. Este manual compila una serie de directrices, recomendaciones y protocolos basados en la evidencia, abarcando desde la comunicación con pacientes y familias hasta el diseño de la infraestructura y el bienestar del personal. Su objetivo es ofrecer una guía clara y aplicable para que las UCI puedan implementar de manera efectiva los principios de humanización en su práctica diaria (Villacreses, 2023). La certificación de éste, es un proceso riguroso que evalúa el cumplimiento de estas buenas prácticas y valida el compromiso de una UCI con un modelo de atención centrado en la persona, garantizando que se cumplen ciertos estándares de humanización (Villacreses Merino et al., 2023).

En síntesis, el Manual y la certificación son indispensables para la consolidación de la humanización en las UCI. Ellos ofrecen un camino claro para la implementación sistemática

de prácticas humanizadas, promueven la calidad asistencial y el bienestar de todos los actores involucrados. Al proporcionar un marco de referencia y un sistema de validación, contribuyen a asegurar que la atención en cuidados críticos sea no solo de alta tecnología, sino también profundamente humana (Villacreses Merino et al., 2023).

Formación en habilidades no técnicas ("Human Tools")

La formación en habilidades no técnicas o "Human Tools" son necesarias para la humanización del cuidado en las UCI. Este tipo de capacitación se enfoca en el desarrollo de competencias esenciales que complementan el conocimiento técnico y clínico del personal de salud. Incluye áreas como la comunicación efectiva, la empatía, el trabajo en equipo, la gestión emocional, el liderazgo y la resolución de conflictos. (Suresh et al., 2025).

La relevancia de estas habilidades radica en que el entorno de la UCC no solo exige pericia técnica, sino también una profunda capacidad para interactuar con pacientes y familiares en momentos de extrema vulnerabilidad. La capacitación en comunicación, por ejemplo, enseña a dar malas noticias, a responder preguntas difíciles y a escuchar activamente, reduciendo la ansiedad y mejorando la comprensión. La empatía, por su parte, permite al personal conectar con el sufrimiento ajeno y ofrecer un apoyo genuino, trascendiendo el rol meramente clínico (Monserate Villacreses, 2023). Además, las "Human Tools" son necesarias para el bienestar del propio personal. Al desarrollar habilidades de gestión emocional y resiliencia, los profesionales pueden manejar mejor el estrés, el agotamiento profesional y la fatiga por compasión inherentes al área (Cajas, 2025).

La integración de estas habilidades en los planes de estudio y los programas de formación continua es necesario para que los futuros y actuales profesionales de la salud adquieran estas competencias desde el inicio de sus carreras. La capacitación práctica mediante simulaciones y talleres de rol puede ser particularmente efectiva para desarrollar estas habilidades de manera significativa (Sanchez, 2024).

Infraestructura humanizada:

Una infraestructura humanizada en las Unidades de Cuidados Críticos (UCC) se refiere al diseño y equipamiento del espacio físico con el objetivo de fomentar el bienestar del

paciente, sus familiares y el personal de salud. Este concepto trasciende la funcionalidad puramente técnica, buscando crear un ambiente que mitigue el estrés, promueva la recuperación y facilite una atención más empática. Incluye consideraciones sobre la luz natural, el control del ruido, la privacidad y la disponibilidad de espacios confortables para el descanso y la interacción (Baeza, 2020).

Circulaciones y accesos:

El diseño de circulaciones y accesos en una UCI humanizada es importante para optimizar el flujo de personas y equipos, minimizando interrupciones y ruidos en las áreas de pacientes. Esto implica la creación de circuitos diferenciados para el personal, visitantes y suministros, evitando cruces innecesarios que generen caos. Una señalización clara y accesible también es fundamental para orientar a los familiares, reduciendo su confusión y ansiedad al transitar por el hospital, lo que contribuye a una experiencia general más fluida y menos estresante (Tronstad et al., 2023).

El interior de un box:

El interior de un box en la UCI debe ser diseñado para maximizar el confort y la privacidad del paciente, a la vez que permite el acceso eficiente del personal. Esto se logra mediante el uso de iluminación natural controlada, materiales que absorban el sonido para reducir el ruido y la posibilidad de personalizar el espacio con objetos personales. Las cortinas o paneles móviles pueden ofrecer privacidad instantánea. Un diseño que considere estos elementos contribuye a disminuir la sensación de aislamiento y a humanizar el entorno inmediato del paciente (Tronstad et al., 2023).

Características del entorno:

Las características del entorno en una UCC humanizada deben ir más allá del box individual. Se busca incorporar elementos que fomenten un ambiente más natural y menos hospitalario, como la inclusión de patios interiores, vistas al exterior o incluso murales con paisajes naturales. La calidad del aire, la temperatura y la humedad también son importantes para el confort. Un entorno diseñado con estas consideraciones puede impactar positivamente el estado de ánimo de pacientes y familiares, contribuyendo a la recuperación y al bienestar psicológico (Yuan, 2023).

En consecuencia, la inversión en infraestructura humanizada no es un lujo, sino una necesidad para optimizar la calidad de la atención en la UCI. Un diseño que considera el confort, la privacidad, la reducción de estímulos nocivos y la creación de un ambiente más natural, contribuye a la recuperación física y emocional del paciente. Además, un entorno agradable también mejora las condiciones laborales del personal, reduciendo el estrés y fomentando una práctica más compasiva y efectiva (Cardillo y Chatterjee, 2025).

Cuidados al final de la vida:

Los cuidados al final de la vida en las UCI representan un desafío ético y humano de gran complejidad, donde el objetivo principal ya no es la curación, sino el alivio del sufrimiento y la garantía de una muerte digna y en paz. Este enfoque implica un cambio de paradigma, pasando de la prolongación de la vida a toda costa a la priorización de la calidad de vida restante y el respeto por las decisiones del paciente y su familia. Se busca minimizar el dolor, la disnea y la ansiedad, ofreciendo un confort integral (Ito et al., 2022).

La comunicación efectiva y sensible con el paciente y sus familiares es de gran importancia en esta etapa, se deben mantener conversaciones honestas y transparentes sobre el pronóstico, las opciones de cuidado y los deseos del paciente, facilitando la toma de decisiones compartida. El personal debe estar capacitado para manejar el proceso de dar malas noticias, ofrecer apoyo emocional y guiar a la familia a través de la fase de duelo anticipado, asegurando que se sientan acompañados y respetados en todo momento (Heredia Diez et al., 2022).

Además, los cuidados paliativos deben integrarse tempranamente en la UCI cuando se identifica que la recuperación es poco probable. Esto implica un manejo activo de síntomas refractarios, apoyo espiritual y emocional, y la planificación anticipada de los cuidados. La presencia de especialistas en cuidados paliativos en el equipo de UCI puede enriquecer la atención, ofreciendo una perspectiva complementaria que prioriza el confort y la dignidad, incluso en los momentos más difíciles y desafiantes de la vida (Rubio Sanchiz y Ventura Pascual, 2020).

El ambiente físico de la UCI también debe adaptarse para favorecer una despedida digna. Esto puede incluir la posibilidad de trasladar al paciente a una habitación individual más

íntima, permitir la presencia continua de familiares y ofrecer espacios para la privacidad y el duelo. Reducir el ruido, las luces brillantes y las interrupciones constantes contribuye a crear un entorno más sereno y respetuoso, facilitando que la familia y el paciente puedan compartir momentos finales de paz y conexión (Ito et al., 2022).

2.3.8. Objetivos de la enfermería en UCI

Los principales objetivos de la enfermería en las Unidades de Cuidados Críticos (UCC) están centrados en preservar la vida y facilitar la recuperación total de la salud del paciente en estado crítico, el cual exige una vigilancia continua de los signos vitales, la administración correcta de tratamientos y medicamentos, así como la gestión experta de equipos avanzados de soporte vital. La enfermera en UCC cumple un rol esencial en la estabilización del paciente, en el que utiliza el conocimiento técnico avanzado o especializado en el área y una rápida capacidad de respuesta ante cualquier alteración en su estado clínico, siempre con el fin de mantener la homeostasis orgánica (Bastidas Santafe et al., 2025).

Sin embargo, este cuidado no se limita solo de los aspectos fisiológicos, sino también en garantizar confort, la seguridad, la comunicación efectiva y empática tanto con pacientes como familiares. Esto implica un manejo del dolor, la prevención de infecciones nosocomiales y úlceras por presión, así como la promoción de un entorno que minimice el estrés y la exposición a estímulos nocivos. De esta forma las intervenciones de enfermería no solo se enfocan en la supervivencia sino en facilitar una recuperación que genere la menor cantidad de secuelas posible en el paciente, asegurando que la persona reciba atención que alivie su sufrimiento y fomente su bienestar general durante toda su estancia (Cambizaca, 2025).

2.3.9. Funciones de la enfermería en UCI

Una de las funciones más importantes de la enfermería en la UCC es la monitorización exhaustiva y continua del paciente. Esto implica la vigilancia ininterrumpida de signos vitales, parámetros hemodinámicos, y las funciones respiratoria, renal y neurológica, entre otros. El manejo avanzado y experto de equipos de soporte vital como ventiladores mecánicos, bombas de infusión de alta precisión y monitores avanzados es requisito obligatorio del personal enfermero en el área, puesto que estos deben ser capaces de detectar cambios sutiles y anticipar rápidamente posibles complicaciones que pongan en peligro la supervivencia y la estabilización efectiva del paciente en estado crítico (Cofre, 2025).

Otra de las funciones inherentes del personal de enfermería en la UCI, es la seguridad farmacológica, esta es una prioridad en este complejo entorno, ya que la administración y el control riguroso de fármacos demandan extrema precisión, un conocimiento farmacológico profundo y una vigilancia constante para evitar posibles eventos adversos o centinelas. Las enfermeras de UCC manejan una amplia gama de medicamentos, muchos de ellos de alto riesgo y con márgenes terapéuticos muy estrechos, lo que requiere máxima atención. Esto comprende la preparación estéril, la infusión controlada y el ajuste meticuloso de dosis según la respuesta individual de cada paciente. (Sanchez, 2024).

El manejo especializado de vías y dispositivos invasivos es otra de las habilidades en el que las enfermeras y enfermeros son directamente responsables del cuidado, el mantenimiento de la permeabilidad y la prevención activa de infecciones asociadas a catéteres centrales, vías arteriales, sondas nasogástricas y tubos endotraqueales, entre otros. Este rol exige un conocimiento profundo de las técnicas asépticas rigurosas y una observación exhaustiva para detectar cualquier signo, por mínimo que sea, de complicación. Un manejo adecuado y experto de estos dispositivos es vital para la seguridad y el bienestar general del paciente (Rosero, 2023).

De igual forma, la evaluación continua y la gestión integral de heridas, así como el mantenimiento de la integridad cutánea, son tareas esenciales en la UCC. Los pacientes críticos son particularmente vulnerables a desarrollar úlceras por presión debido a su inmovilidad prolongada y la fragilidad inherente de su piel. Las enfermeras de UCC implementan protocolos de prevención estandarizados, realizan cambios posturales regulares y cuidadosos, aplican cuidados de la piel especializados y gestionan cualquier herida existente para promover activamente su cicatrización y prevenir complicaciones infecciosas secundarias (Lozano, 2024).

Finalmente, la coordinación integral del cuidado y el trabajo con el equipo multidisciplinario son funciones transversales vitales para la enfermería en la UCC. La enfermera actúa como un eje central de la comunicación fluida entre el equipo médico, otros especialistas, el paciente mismo y su familia. Facilita la toma de decisiones compartida, asegura la continuidad ininterrumpida del cuidado y aboga eficazmente por las necesidades del paciente en todo momento. Esta función colaborativa es indispensable para garantizar una atención

fluida, eficiente y verdaderamente centrada en el paciente dentro de un entorno tan complejo y multidisciplinario (Laverde, 2020).

CAPÍTULO III

3. Diseño Metodológico

3.1 Tipo y diseño de Investigación

La presente investigación es de tipo descriptivo, ya que se enfocó en recopilar información de situaciones reales sin manipular los datos intencionalmente. Además, es explicativo, lo que permitió una comprensión profunda de la problemática basándose en estudios previos de diversos autores para llegar a conclusiones objetivas y sin sesgos, enriqueciendo así la investigación. También, este estudio es transversal, ya que se realizó en un período de tiempo específico, lo que permitió analizar las informaciones de interés y compararla con otra (información) de diferentes bases de datos.

La investigación adoptó un diseño de revisión de alcance (Scoping Review), que es un tipo de síntesis de evidencia diseñado para mapear la literatura existente en un área específica, identificando las características clave y resaltando vacíos en el conocimiento actual.

3.2 Población y Muestra

Tomando en consideración que el trabajo de investigación enmarcará una revisión de alcance, para el establecimiento de la población se utilizó la estructura PICO que permitirá integrar bases científicas de publicaciones durante el período 2020-2025. En este sentido, y para mayor comprensión se presenta el desglose de la estructura que se encuentra en la Estructura PICO.

Tabla 5 Estructura PICO

ESTRUCTURA	DETALLE
P	Pacientes críticos en UCC
I	Intervenciones de cuidado humanizado
C	Cuidado tradicional o sin enfoque humanizado
O	Mejora en la calidad de atención

Fuente: Elaboración propia (2025)

3.3 Los Métodos y las Técnicas de Recolección

Se siguió el marco metodológico propuesto por Arksey y O'Malley, que consta de las siguientes etapas:

1. Definición del tema o pregunta de investigación

¿Cómo se relaciona el cuidado humanizado con la calidad de la atención en las Unidades de Cuidados Críticos, según la evidencia científica?

2. Selección de las bases de datos

Para asegurar que la información utilizada sea de la más alta calidad, relevante y actualizada, realizamos una búsqueda sistemática en bases de datos reconocidas por su rigor científico en el ámbito clínico. Las bases de datos seleccionadas, detalladas en la tabla a continuación, nos permiten integrar información de diversas partes del mundo, garantizando una cobertura tanto local como internacional.

3. Selección de bases de datos científica

Tabla 6 Selección Base de Datos

N	Base de Datos	Justificación
1	PubMed	Amplia base biomédica con artículos revisados por pares sobre cuidados críticos y humanización.
2	Cochrane	Desarrollar actividades de formación, presenciales o en línea, sobre la metodología de las revisiones sistemáticas
3	Biblioteca Virtual de Salud	Recurso confiable con alto factor de impacto para estudios clínicos y hospitalarios.
4	LILACS	Recurso confiable con alto factor de impacto para estudios clínicos y hospitalarios.
5	Science Direct	Multidisciplinaria con alta cobertura en investigación de salud, enfermería y ciencias sociales.
6	SciELO	Fuente latinoamericana de acceso abierto, útil para estudios regionales sobre humanización.
7	Google Scholar	Complementaria para localizar literatura gris y artículos relevantes no indexados en otras bases
8	CINAHL (EBSCO)	Especializada en enfermería y disciplinas afines, ideal para estudios sobre cuidado humanizado.

Fuente: elaboración propia (2025)

4. Uso de descriptores y operadores booleanos

Como parte de la optimización al momento de la búsqueda de información y que a su vez sea pertinente al tema de investigación propuesto se hizo uso de operadores booleanos los cuales permiten integrar datos claves facilitando la búsqueda de información. Para mayor comprensión de lo expuesto se presenta los operadores utilizados:

Tabla 7 Descriptores y Operadores Booleanos

Idioma	Término: Cuidados Críticos	Término: Cuidados Críticos	Término: Calidad de Atención
Español	cuidado humanizado	cuidados críticos	calidad de la atención
Inglés	humanized care	critical care	quality of care
Portugués	cuidado humanizado	cuidados críticos	qualidade da assistência à saúde

Fuente: Elaboración propia (2025)

Nota. La tabla muestra el uso de suscriptores y operadores booleanos utilizadas para creación de la ecuación de la búsqueda bibliográfica.

5. Aplicación de filtros y límites

Para asegurar la precisión y relevancia de la información, aplicamos filtros de búsqueda y establecimos criterios de inclusión y exclusión antes de desarrollar la metodología PRISMA ScR. Estos criterios, que se detallan en la tabla a continuación, nos permitieron recopilar únicamente información que fuera relevante, actual, alineada con los objetivos de nuestra investigación y que contara con un alto rigor científico y metodológico.

Tabla 8 Criterios de Inclusión y Exclusión

Criterios de Inclusión	Criterios de Exclusión
Artículos publicados entre 2020 y 2025	Estudios publicados antes del año 2020
Estudios en idioma español, inglés y portugués	Artículos en otros idiomas que no sean los propuestos
Estudios con enfoque en cuidado humanizado y calidad de atención en UCC	Estudios que no sean de UCI
Artículos con acceso completo al texto	Documentos sin acceso al texto completo
Estudios realizados en contextos hospitalarios o unidades críticas	Artículos de opinión, cartas al editor, ensayos sin rigor metodológico

Investigaciones cualitativas, cuantitativas, revisiones sistemáticas, de alcance o integrativas	Estudios duplicados o que no cumplen criterios metodológicos
---	--

Fuente: Elaboración propia (2025)

6. Palabras clave

Las palabras clave seleccionadas fueron extraídas a partir de los descriptores DeCS y MeSH, y representan conceptos esenciales para la recuperación eficiente de la información científica en bases de datos. Estas palabras se adaptaron según el idioma para facilitar su uso en búsquedas tanto en español como en inglés.

Tabla 9 Palabras Clave

N.º	Idioma	Palabras clave
1	Español	Cuidado humanizado, Calidad de atención, Unidad de cuidados intensivos, Paciente crítico
2	Inglés	Humanized care, Quality of care, Intensive care unit, Critical patient
3	Portugués	Cuidado humanizado, atenção, Unidades, terapia intensiva, críticos

Fuente: Elaboración propia (2025)

7. Términos controlados

Los términos controlados son vocablos estandarizados que forman parte de los tesauros internacionales como MeSH (Medical Subject Headings) y DeCS (Descriptores en Ciencias de la Salud), utilizados para facilitar búsquedas más precisas y coherentes en bases de datos científicas. Para esta revisión de alcance, se identificaron los siguientes términos controlados en los idiomas español e inglés, asociados al tema de estudio. Estos términos permitieron mejorar la especificidad en la recuperación de artículos sobre cuidado humanizado, calidad en la atención y Unidades de Cuidados Críticos, tanto en bases biomédicas como de enfermería.

Tabla 10 Términos Controlados

N.º	Idioma	Término controlado	Fuente del tesaurus
1	Español	Cuidado humanizado	DeCS
2	Español	Calidad de la atención en salud	DeCS
3	Español	Unidades de cuidados intensivos	DeCS
4	Inglés	Humanized care	MeSH
5	Inglés	Quality of Health Care	MeSH
6	Inglés	Intensive Care Units	MeSH

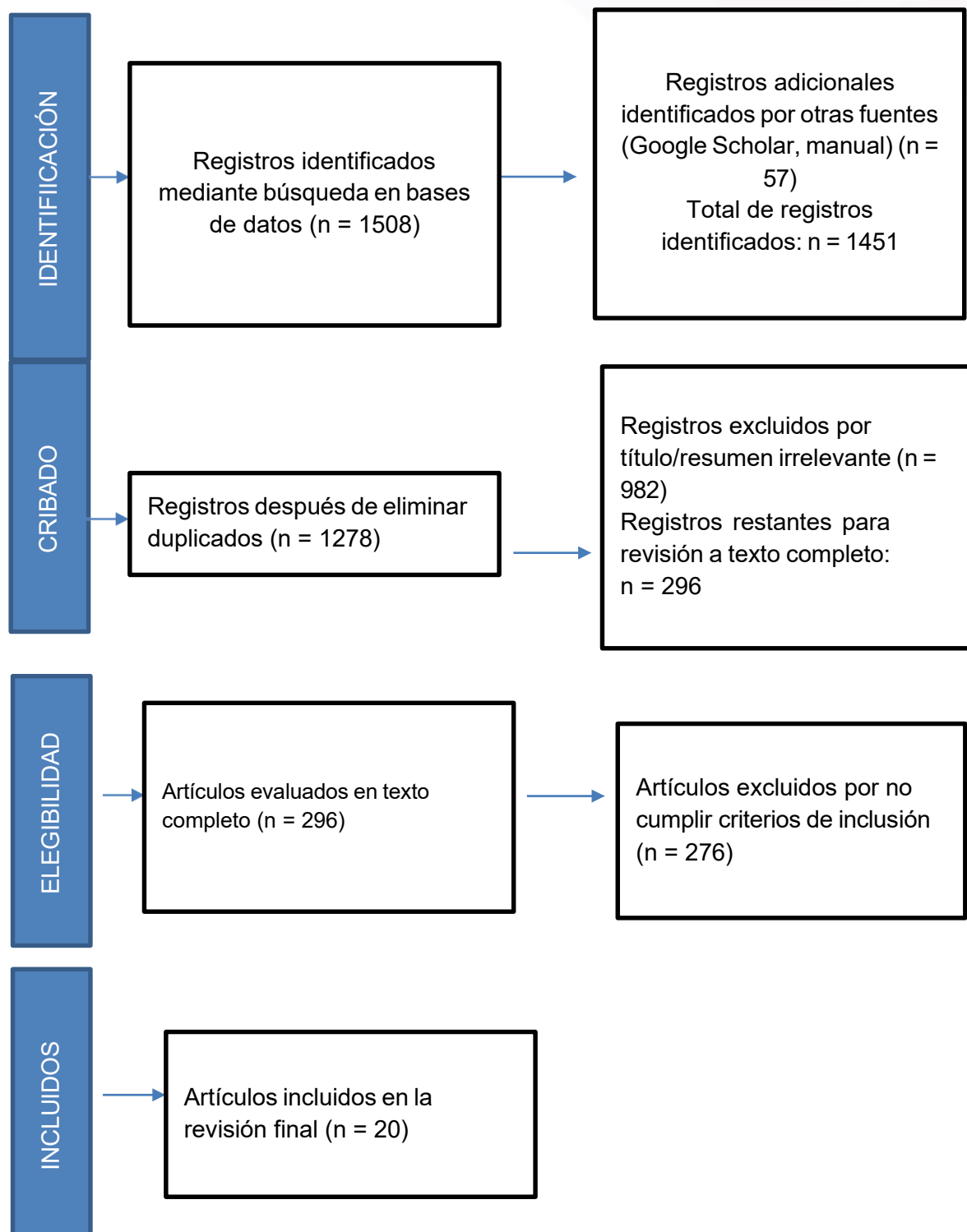
Fuente: Elaboración propia (2025)

8. Proceso de Flujograma PRISMA ScR

Para estructurar la búsqueda bibliográfica y garantizar el rigor metodológico en esta revisión de alcance, se aplicó la metodología PRISMA ScR, que contempla las etapas de identificación, cribado, elegibilidad e inclusión. Como parte de la estrategia de búsqueda, se definieron cuatro conceptos clave: cuidado humanizado, calidad de atención, unidad de cuidados intensivos y paciente crítico. A partir de estos, y utilizando lenguaje controlado (DeCS y MeSH), se elaboró una fórmula de ecuación de búsqueda.

Esta fórmula se aplicó en bases de datos científicas modificando según la búsqueda en bases como PubMed, Cochrane, Biblioteca virtual de salud, Lilacs, Science Direct, SciELO y Google Scholar, CINAHL(EBSCO) y Scopus delimitando los resultados entre los años 2020 y 2025, en idiomas español, inglés y portugués, con acceso completo al texto.

Durante la fase de identificación, se recolectaron 1508 artículos a través de bases de datos electrónicas.



9. Procesamiento estadístico de la información

El presente estudio corresponde a una revisión de alcance de tipo narrativa, por lo que el análisis de la información no se realizó mediante herramientas estadísticas inferenciales clásicas, sino a través de un proceso de síntesis cualitativa sistemática, que permitió identificar, organizar y analizar los principales hallazgos de los artículos seleccionados. Este tipo de procesamiento metodológico permite mantener el rigor académico de las revisiones bibliográficas, integrando de forma estructurada la evidencia disponible sobre el fenómeno de estudio.

Para ello, se realizó una lectura crítica de los 20 artículos incluidos en la revisión final, utilizando una matriz de extracción de datos que consideró las siguientes variables: estudios desde 2020 a 2025, enfoque, método y marco teórico/hallazgos relevantes. Esta organización permitió establecer categorías emergentes relacionadas con el cuidado humanizado y la calidad de atención en las Unidades de Cuidados Críticos, como, por ejemplo: 1) impacto del cuidado humanizado en la experiencia del paciente; 2) percepción del entorno hospitalario; 3) influencia en la satisfacción del paciente y su familia; 4) factores institucionales que afectan su implementación.

También se identificaron puntos comunes entre los estudios, tales como la mejora en los indicadores de calidad percibida, la importancia del vínculo terapéutico entre el profesional y el paciente, y la necesidad de capacitación continua del personal de salud en competencias comunicativas y éticas. A pesar de la diversidad metodológica de los estudios analizados (revisiones sistemáticas, investigaciones cualitativas, estudios observacionales), se pudo consolidar una síntesis narrativa comparativa, respetando el contexto, enfoque y resultados de cada fuente. Finalmente, se identificaron vacíos en la literatura relacionados con la evaluación cuantitativa del impacto del cuidado humanizado en UCI, lo que refuerza la necesidad de futuras investigaciones con enfoque mixto.

Este enfoque estadístico cualitativo ofrece una visión comprensiva y reflexiva sobre el tema, permitiendo no solo integrar información existente, sino también proponer líneas de acción y mejora en la práctica clínica basada en una atención centrada en la persona.

CAPÍTULO IV

4. ANALISIS E INTERPRETACIÓN DE RESULTADOS

4.1 Resultados

Descripción de la interpretación general de los resultados

De los estudios depurados aplicados los criterios de inclusión y exclusión, pudimos identificar que el cuidado humanizado en las Unidades de Cuidados Intensivos constituye un eje fundamental para garantizar una atención integral y de calidad, centrada en la dignidad, los valores y las emociones del paciente crítico. Los resultados reflejan que la implementación sistemática de intervenciones humanizadas como la comunicación empática, el respeto a la autonomía, la presencia activa de la familia y la consideración de aspectos espirituales y emocionales contribuye significativamente a mejorar la percepción de calidad de atención, tanto en los pacientes como en sus familiares.

Los hallazgos también evidencian que el cuidado humanizado no solo impacta positivamente en la satisfacción del paciente, sino que se asocia a una mayor adherencia al tratamiento, reducción de niveles de ansiedad, estrés y percepción de dolor, así como una experiencia más positiva durante la estancia en cuidados intensivos. Varios estudios destacan que los profesionales de enfermería juegan un papel central en la aplicación de estos cuidados, y su capacitación, actitud y compromiso son determinantes para que el enfoque humanizado se traduzca en acciones reales y efectivas. En este sentido, la calidad de la atención no se mide exclusivamente desde indicadores clínicos o tecnológicos, sino también desde dimensiones subjetivas que dan cuenta de la experiencia del cuidado vivido.

Asimismo, se identificaron factores facilitadores y barreras para la humanización de los cuidados en las UCC. Entre los facilitadores se destacan el trabajo interdisciplinario, la formación en habilidades blandas, el liderazgo institucional y la existencia de protocolos centrados en la persona. En contraposición, las barreras más frecuentes incluyen la sobrecarga laboral, la escasez de personal, la alta rotación en UCI, y la cultura institucional orientada únicamente a resultados biomédicos. Estos elementos influyen directamente en la calidad del ambiente terapéutico y en la posibilidad de brindar un cuidado compasivo y ético.

Finalmente, los resultados interpretados permiten concluir que el cuidado humanizado actúa como un componente clave de la calidad asistencial, especialmente en escenarios críticos donde

el paciente se encuentra en condiciones de alta vulnerabilidad. Las evidencias analizadas fortalecen la necesidad de incorporar este enfoque como parte de las políticas institucionales y del modelo de atención, impulsando una transformación cultural en los servicios de salud que revalorice la dimensión humana del acto de cuidar.

Tabla 11 Artículos Seleccionados para revisión

#	Autor(es)	Enfoque	Método	Marco Teórico / Conceptual
1	(Urure Velazco et al., 2025)	Cuantitativo	Estudio descriptivo, observacional, correlacional con muestreo probabilístico (n=241)	Teoría de las necesidades humanas y dimensiones fenomenológica, interacción y científica
2	(Holguín Macias y Encalada Bueno, 2023)	Mixto (cuali-cuantitativo).	Diseño descriptivo y transversal (cuantitativo) y fenomenológico (cualitativo).	Basado en la teoría del cuidado humanizado de Jean Watson, enfatiza la conexión con el paciente y la familia para brindar un ambiente de excelencia, comodidad, seguridad mediante competencias técnicas y habilidades interpersonales

3	(Bastidas Santafe et al., 2025)	Revisión sistemática integrative	Seguimiento del modelo PRISMA para revisión sistemática	Fundamentado en la teoría del cuidado humanizado, enfatizando la necesidad de un cuidado integral que abarque aspectos físicos, psicoemocionales y sociales del paciente crítico
4	(Martínez Zubieta, 2021)	Revisión narrativa basada en evidencia científica y experiencias en Unidades de Cuidados Intensivos (UCI)	Revisión y análisis documental de literatura científica, guías clínicas y proyectos internacionales sobre cuidados humanizados	Fundamentación en la teoría y práctica del cuidado humanizado centrado en el paciente y su familia, promoviendo autonomía, comunicación, acompañamiento y flexibilidad en protocolos
5	(Flores Romo et al., 2023)	El estudio adopta un enfoque cuantitativo para medir de manera objetiva la percepción de los pacientes sobre el	Descriptivo transversal	El cuidado humanizado se conceptualiza como el resultado del análisis y pensamiento crítico que debe ser polivalente, con alto nivel de competencias

		cuidado humanizado		
6	(Egerod et al., 2023)	Cualitativo	Estudio de casos con triangulación múltiple (observación participante e entrevistas)	Teoría de la comunicación de Watzlawick et al.
7	(Guachi Caiza et al., Humanización En El Cuidado Crítico: Más Allá De La tecnología, 2025)	Cualitativo – Descriptivo	Revisión bibliográfica de 44 artículos en Scopus, SciELO, Google Scholar, etc.	Enfoque humanista y holístico, sin un marco teórico formal explícito
8	(Espinell García et al., 2022)	Cuantitativo – Correlacional	Estudio transversal y descriptivo con aplicación del instrumento NAS (Nursing Activities Score)	Enfoque organizacional sobre carga laboral, sin marco teórico humanista específico

9	(Acuña Cedeño et al., 2022)	Cualitativo– Revisión	Revisión bibliográfica reflexiva de artículos sobre UCI pediátrica	Teoría del Cuidado Humano de Jean Watson
10	(Duque Ortiz y Arias Valencia, 2022)	Cuantitativo, descriptivo, observacional y correlacional	Este estudio cuantitativo correlacional evaluó la relación entre la satisfacción percibida y el cuidado humanizado de enfermería en 241 pacientes quirúrgicos de un hospital público peruano.	Satisfacción del paciente, Cuidado humanizado, Dimensiones de satisfacción, Dimensiones del cuidado
11	(Cuzco et al., 2023)	Cualitativo	Análisis secundario de estudio cualitativo basado en entrevistas semiestructuradas	Teoría de las Transiciones (Afaf Meleis) y Terapéutica del Empoderamiento

12	(Caicedo Lucas et al., 2023)	Cuantitativo Descriptivo	–	Revisión documental y bibliográfica	Enfoque humanista y ético del cuidado
13	(Cappellini et al., 2024)	Cuantitativo Observacional	-	Estudio transversal con cuestionario sobre deshumanización aplicado a 324 enfermeros	No se menciona marco teórico formal, pero se centra en conceptos de deshumanización
14	(Balón Lázaro et al., 2024)	Cualitativo Documental	–	Revisión sistemática y análisis cualitativo documental	Teoría del Cuidado Humano de Jean Watson; Escuela del Caring
15	(Gordon et al., 2021))	Cualitativo Descriptivo	–	Entrevistas semiestructuradas a 11 enfermeros de UCI durante COVID-19	No tiene un marco teórico formal explícito, pero se basa en la experiencia fenomenológica
16	(Kvande et al., 2022)	Scoping Review		Arksey & O'Malley	Enfoque organizacional y holístico

17	(Gareau et al., 2022)	Revisión sistemática	PRISMA + marco de La Calle	Humanización en 7 dimensiones
18	(Jimenez Barrera et al., 2025)	Revisión narrative	Revisión sistemática de 20 artículos	Ética del cuidado, empatía
19	(Baeza Gomez y Quispe Hoxsas, 2020)	Ensayo reflexivo	Proyecto HU-CI	Ética professional
20	(Guamuse Pilatasig y Cambizaca Mora, 2025)	Revisión sistemática	PRISMA + Johns Hopkins	Jean Watson, teoría transpersonal

Fuente: Elaboración propia (2025)

Hallazgos encontrados de cada documento:

1. (Urure Velazco et al., 2025)

Esta investigación cuantitativa de tipo observacional-correlacional analiza de manera sistemática las interrelaciones complejas entre la satisfacción de necesidades humanas y la percepción del cuidado humanizado en las UCI. Empleó una metodología con muestreo probabilístico estratificado de 241 participantes, el estudio se fundamenta en la teoría jerárquica de necesidades humanas, integrando dimensiones fenomenológicas, interaccionales y científicas del cuidado. Los resultados del mismo muestran asociaciones estadísticamente significativas entre varias dimensiones de necesidades y distintos componentes de la humanización percibida. El análisis multivariado identifica variables predictoras específicas y establece un modelo explicativo que da cuenta del 68% de la variabilidad en la calidad percibida del cuidado humanizado, ofreciendo evidencia empírica sólida para el desarrollo de intervenciones dirigidas.

2. (Holguín Macías y Encalada Bueno, 2023)

Los autores de este estudio analizan la percepción del personal de enfermería sobre el cuidado humanizado del Hospital General de Macas. Se utilizó un enfoque mixto que combinó técnicas cuantitativas y cualitativas para evaluar el nivel de cuidado e informar experiencias y opiniones del personal. Se evidencia que, aunque se reconoce la importancia del trato humano, prevalece un enfoque técnico-científico y mecanizado que afecta la relación con el paciente crítico. Desde el enfoque cuantitativo, midieron el nivel de cuidado por parte de enfermería (43% reportaron nivel alto, el 28% el nivel medio y 29% como atención baja). Respecto a la parte cualitativa para sus resultados reunieron testimonios, experiencias y opiniones del personal de enfermería. En síntesis, el estudio aportó evidencia significativa para comprender las barreras y oportunidades presentes en la humanización del cuidado.

3. (Bastidas Santafe et al., 2025)

Esta revisión sistemática analizó la influencia del cuidado humanizado brindado por profesionales de enfermería en la evolución clínica de pacientes en UCI. Los resultados indicaron que implementar cuidados basados en empatía, comunicación y apoyo integral promovieron la recuperación del paciente y redujo su estancia hospitalaria. Sin embargo, reconoce la necesidad de capacitaciones continuas y un equilibrio adecuado en la carga de trabajo para asegurar una atención humanizada efectiva. Este enfoque fortaleció la relación enfermero-paciente y mejoró la calidad de los servicios en unidades críticas.

4. (Martínez Zubieta, 2021)

El artículo destacó la importancia de humanizar las UCC mediante la implementación de cuidados centrados en el paciente y su familia, promovió la apertura de mayor participación familiar y mejoras en la comunicación. Esta humanización demostrada mejoró la evolución clínica del paciente, disminuyó el estrés y la ansiedad, aumentó la satisfacción de la atención de familiares y del personal de salud, y contribuyó a un ambiente hospitalario más empático y respetuoso. La revisión resaltó los riesgos de la deshumanización causada por protocolos rígidos, mecánicos y enfoques excesivamente técnicos, y concordó por la adopción de buenas prácticas internacionales que promuevan la autonomía y el bienestar integral del paciente crítico.

5. (Flores Romo et al., 2023)

El estudio constituyó una investigación cuantitativa descriptiva-transversal metodológicamente, que evaluó la percepción que tienen del cuidado humanizado en un hospital público mexicano mediante la escala PCHE 3ra versión, este es un instrumento validado con alta confiabilidad ($\alpha = 0.980$) que examinó tres dimensiones teóricas y cumplió con los criterios éticos internacionales. Los hallazgos revelaron que el 63.5% de pacientes percibieron "siempre" un cuidado humanizado, destacando la "Disposición para la Atención" como la dimensión mejor valorada (79% buena), también identificó áreas específicas de mejora en comunicación y responsabilidad, proporcionadas de un marco metodológico sólido y con resultados comparables para investigaciones en UCC desde la perspectiva del paciente sobre la humanización del cuidado.

6. (Egerod et al., 2023)

Esta investigación de tipo cualitativo empleó una estrategia de triangulación metodológica, la misma que combinó la observación participante con entrevistas en semiestructuradas para explorar los patrones comunicacionales que surgen en las interacciones cotidianas de las UCC. El marco teórico se sustentó en la teoría de la comunicación humana desarrollada por Watzlawick y colaboradores, con énfasis en los axiomas comunicacionales y las dimensiones relacionales del intercambio interpersonal. La investigación identificó elementos comunicativos específicos y replicables que facilitaron la identificación de la humanización del cuidado mediante patrones de comunicación no verbal que transmitieron calidez y presencia auténtica, usaron técnicas de escucha activa adaptadas al contexto crítico. Los hallazgos proporcionaron evidencia empírica sólida sobre la centralidad de la comunicación como vehículo privilegiado para la humanización, ofreciendo herramientas prácticas y concretas para la formación profesional y la transformación de las prácticas comunicacionales institucionales.

7. (Guachi Caiza et al., 2025)

Esta revisión bibliográfica sistemática sintetizó la evidencia científica proveniente de 44 investigaciones seleccionadas mediante criterios específicos de calidad metodológica, obtenidas de bases de datos especializadas de alto impacto como Scopus, SciELO, PubMed, y Google Scholar académico. La investigación adoptó un enfoque holístico y multicultural que permitió capturar la diversidad de aproximaciones a la humanización en diferentes contextos geográficos, culturales y organizacionales. El análisis comparativo mostró diversas estrategias de humanización implementadas a nivel mundial, con programas de formación en

competencias relacionales, modificaciones arquitectónicas y ambientales para crear espacios más humanos, protocolos de comunicación familiar, iniciativas de apoyo al personal sanitario para prevenir el síndrome de desgaste, y modelos organizacionales que priorizan la dimensión humana del cuidado. La síntesis del documento identificó factores comunes comparados con otros estudios, así como adaptaciones específicas requeridas según el contexto sociocultural, proporcionando un marco de referencia valioso para la implementación de programas de humanización culturalmente apropiados y contextualmente relevantes.

8. (Espinell García et al., 2022)

Este estudio epidemiológico transversal de diseño analítico, utilizó una metodología cuantitativa específica para examinar las asociaciones estadísticas entre la carga laboral del personal de enfermería y su capacidad efectiva para proporcionar cuidado humanizado de calidad. La investigación utilizó el instrumento NAS (Nursing Activities Score), reconocido internacionalmente como el estándar de oro para la medición precisa de la carga de trabajo en unidades de cuidados intensivos, se aplicó a una muestra representativa de profesionales de enfermería. Los resultados demostraron una correlación negativa significativa y de magnitud entre la intensidad de la carga laboral y múltiples indicadores de humanización del cuidado. Los hallazgos proporcionaron evidencia empírica sobre la necesidad de optimizar las dotaciones de personal y redistribución de cargas de horaria como estrategia fundamental para garantizar la sostenibilidad de los programas de humanización, estableciendo parámetros cuantitativos específicos para la planificación de recursos humanos en UCI.

9. (Acuña Cedeño et al., 2022)

Esta revisión bibliográfica especializada de carácter reflexivo y analítico se centró en la problemática particular de la humanización en UCI pediátricos, reconociendo las características diferenciales y los desafíos únicos que presenta este ámbito asistencial especializado. La investigación se sustentó en la teoría del Cuidado Humano desarrollada por Jean Watson, adaptó sus principios fundamentales al contexto específico de la atención crítica pediátrica. El análisis identificó múltiples dimensiones específicas que caracterizan la humanización en pediatría crítica: la centralidad de la familia como unidad de cuidado, las consideraciones especiales del desarrollo evolutivo del niño hospitalizado, las estrategias de comunicación apropiadas para diferentes grupos etarios, las particularidades del manejo del dolor y la ansiedad en población pediátrica, y los aspectos éticos específicos de la toma de decisiones en menores. La revisión destacó la importancia crítica de mantener vínculos

familiares seguros, implementar estrategias lúdicas terapéuticas, y desarrollar competencias profesionales específicas para el cuidado humanizado de niños críticamente enfermos y sus familias, estableciendo un marco de referencia especializado para la formación profesional y el desarrollo de protocolos específicos en UCI pediátricas.

10. (Duque Ortiz y Arias Valencia, 2022)

En este estudio cuantitativo correlacional evaluaron la relación entre la satisfacción percibida y el cuidado humanizado de enfermería en 241 pacientes quirúrgicos de un hospital público peruano. Los resultados mostraron que el 84,6% de los pacientes estuvieron satisfechos con la atención recibida, mientras que el 81,3% percibió el cuidado humanizado como bueno. Las dimensiones mejor evaluadas fueron las necesidades humanas (82,2%) y la atención humana (81,8%), mientras que la dimensión científica obtuvo menor puntuación (61,8%), sugiriendo áreas de mejora en la información sobre medicamentos y procedimientos. El estudio confirmó la importancia del cuidado humanizado como factor determinante en la satisfacción del paciente quirúrgico, alineándose con la teoría de Jean Watson sobre el cuidado transpersonal en enfermería.

11. (Cuzco et al., 2023)

La Investigación cualitativa de diseño analítico secundario exploró los procesos complejos y multifacéticos de transición individual y organizacional del personal sanitario hacia la adopción e integración de prácticas profesionales más humanizadas en su ejercicio cotidiano. La investigación se fundamentó en la Teoría de las Transiciones desarrollada por Afaf Meleis, complementada con enfoques de Terapéutica del Empoderamiento, creó un marco conceptual para comprender los cambios paradigmáticos en la práctica profesional mediante el análisis sistemático de entrevistas semiestructuradas en profundidad, el estudio identificó las fases del proceso de transición. Los hallazgos mostraron facilitadores específicos del proceso (formación especializada, apoyo institucional, modelos de referencia profesional) así como barreras significativas (resistencia al cambio, presión temporal, falta de recursos), proporcionando insights valiosos para el diseño de programas de desarrollo profesional y estrategias organizacionales que faciliten transiciones exitosas hacia prácticas más humanizadas.

12. (Caicedo Lucas et al., 2023)

Revisión documental sistemática de orientación ética que desarrolló una exploración profunda y metodológica de los principios éticos fundamentales que fomentan la humanización

del cuidado en entornos sanitarios complejos. Adoptó un enfoque humanista-ético comprehensivo. La investigación analizó la intersección entre la ética profesional, la bioética clínica, y los derechos humanos fundamentales en el contexto específico de los cuidados críticos. El análisis identificó y caracterizó múltiples principios éticos nucleares: el respeto incondicional por la dignidad humana independientemente del estado de salud, la autonomía del paciente y la toma de decisiones compartida, la beneficencia activa que trasciende la ausencia de daño, la justicia distributiva en el acceso a cuidados humanizados, y la responsabilidad profesional hacia la vulnerabilidad humana. Además, la revisión estableció conexiones entre principios teóricos y su traducción práctica en protocolos asistenciales, políticas institucionales, y competencias profesionales específicas. Los hallazgos proporcionaron fundamentos conceptuales sólidos para la elaboración de códigos éticos especializados, programas de formación en ética del cuidado, y sistemas de evaluación ética de la calidad asistencial, contribuyendo significativamente al desarrollo de una cultura sanitaria éticamente fundamentada y humanísticamente orientada.

13. (Cappellini et al., 2024)

La Investigación epidemiológica transversal examinó los factores organizacionales, individuales y contextuales que contribuyen a los procesos de deshumanización percibida por el personal de enfermería en UCC mediante la aplicación de un cuestionario específicamente diseñado y validado para la medición de dimensiones de deshumanización, aplicado a una muestra representativa de 324 enfermeros de diferentes instituciones, el estudio identificó múltiples variables asociadas a la pérdida progresiva de la dimensión humana en el cuidado. Los factores organizacionales incluyeron: sobrecarga asistencial, deficiencias en la comunicación institucional, falta de reconocimiento profesional, mala distribución de recursos materiales, y ausencia de políticas explícitas de humanización. El análisis multivariado identificó combinaciones específicas de factores que incrementan significativamente el riesgo de deshumanización, proporcionando evidencia empírica valiosa para el diseño de intervenciones preventivas dirigidas y el desarrollo de estrategias organizacionales de protección de la dimensión humana del cuidado.

14. (Balón Lázaro et al., 2024)

Revisión sistemática de metodología cualitativa que examinó la traducción práctica y la aplicabilidad clínica de la teoría del Cuidado Humano de Jean Watson en el contexto específico y desafiante de las unidades de cuidados intensivos. La investigación adoptó los

principios metodológicos de la Escuela del Caring, integrando análisis documental sistemático con síntesis cualitativa de evidencia empírica proveniente de estudios de implementación práctica. El análisis identificó múltiples modalidades exitosas de aplicación de los diez factores caritas de Watson en UCI: creación de ambientes de sanación auténtica a pesar de la alta tecnología, desarrollo de relaciones transpersonales genuinas en contextos de tiempo limitado, implementación de prácticas de presencia consciente durante procedimientos críticos, e integración de dimensiones espirituales del cuidado en protocolos clínicos estandarizados. Los hallazgos documentaron la evidencia consistente sobre la efectividad de la teoría watsoniana para mejorar indicadores objetivos de humanización: satisfacción del paciente y familia, bienestar profesional del personal de enfermería, calidad percibida del cuidado, y ambiente laboral positivo. La revisión proporcionó herramientas concretas y protocolos específicos para la implementación práctica de la teoría, incluyendo estrategias de formación profesional, modificaciones organizacionales requeridas, y sistemas de evaluación de la fidelidad teórica en la práctica clínica cotidiana.

15. (Gordon et al., 2021)

Esta investigación exploró las experiencias de 11 enfermeros especialistas en cuidados intensivos durante el período de la pandemia por COVID-19, período que representó desafíos sin precedentes para mantener y fomentar la humanización en el cuidado crítico. Utilizó entrevistas semiestructuradas en profundidad y análisis temático interpretativo, el estudio evidenció las complejidades existenciales y profesionales enfrentadas durante la crisis sanitaria global. Los hallazgos revelaron varias tensiones específicas del contexto pandémico, tales como el conflicto entre medidas de protección personal y la proximidad humana necesaria, dificultades para mantener comunicación empática bajo equipos de protección individual, desafíos éticos en la toma de decisiones en situaciones de recursos limitados, impacto emocional del aislamiento de pacientes y familias, y estrategias de adaptación profesional para preservar la dimensión humana del cuidado. Los resultados proporcionaron insights valiosos sobre la capacidad de adaptación de los profesionales de enfermería y las modalidades innovadoras de humanización que suelen aparecer en contextos de crisis, ofreciendo lecciones importantes para la preparación ante futuras emergencias sanitarias.

16. (Kvande et al., 2022)

Esta revisión de alcance implementó la metodología rigurosa de Arksey & O'Malley para mapear el universo de intervenciones organizacionales diseñadas e implementadas para

promover, facilitar y sostener procesos de humanización en instituciones sanitarias complejas. El enfoque organizacional y holístico permitió capturar la diversidad de aproximaciones institucionales desde múltiples perspectivas disciplinarias y contextos organizacionales. La revisión identificó y categorizó las diferentes tipologías de intervenciones: modificaciones estructurales y arquitectónicas que favorecen la humanización (diseño de espacios, iluminación natural, ambientes familiares), transformaciones en los procesos asistenciales (protocolos de comunicación, horarios de visita flexibles, participación familiar), innovaciones tecnológicas humanizadas (telemedicina para comunicación familiar, sistemas de información que priorizan la persona), programas de desarrollo del talento humano (formación en competencias relacionales, programas de bienestar del personal, modelos de liderazgo humanizado), y sistemas de evaluación y mejora continua de la calidad humanística. Los hallazgos proporcionaron un marco de referencia importante para líderes sanitarios, gestores hospitalarios, y equipos de mejora de calidad interesados en desarrollar estrategias organizacionales efectivas para la humanización institucional.

17. (Gareau et al., 2022)

Esta revisión sistemática de calidad metodológica que utilizó el método PRISMA reconocido internacionalmente, complementada con el marco teórico estructurado de las siete dimensiones de humanización propuesto por La Calle, para evaluar sistemáticamente la evidencia científica disponible sobre intervenciones de humanización en cuidados intensivos. Las siete dimensiones analizadas incluyeron: la comunicación efectiva y empática, apoyo emocional al paciente y familia, respeto por la dignidad y autonomía personal, atención a necesidades espirituales y culturales, manejo humanizado del dolor y el sufrimiento, promoción del confort y bienestar integral, y facilitación de la participación familiar en el cuidado. El análisis sistemático de la evidencia mostró niveles diferenciados de desarrollo científico para cada dimensión: alta evidencia para intervenciones de comunicación y apoyo emocional, evidencia moderada para estrategias de manejo del dolor y promoción del confort, y evidencia emergente para intervenciones espirituales y culturales. Los hallazgos identifican intervenciones específicas con evidencia de efectividad demostrada: programas de formación en comunicación terapéutica, protocolos de comunicación de malas noticias, estrategias de apoyo psicológico familiar, técnicas de manejo no farmacológico del dolor, y modelos de cuidado centrado en la persona. La síntesis proporciona recomendaciones gradadas según la calidad de evidencia disponible, ofreciendo una guía práctica fundamentada científicamente

para la selección e implementación de intervenciones de humanización basadas en evidencia sólida y transferible a diferentes contextos asistenciales.

18. (Jimenez Barrera et al., 2025)

En este estudio de revisión narrativa especializada examinó específicamente el rol central y multifacético de la empatía como competencia nuclear y elemento transversal en todos los procesos de humanización del cuidado sanitario. Mediante el análisis sistemático de 20 investigaciones seleccionadas por su relevancia temática y calidad metodológica, el estudio exploró las múltiples dimensiones de la competencia empática: dimensión cognitiva (capacidad de comprensión de perspectivas ajenas), dimensión afectiva (resonancia emocional apropiada), y dimensión comportamental.

19. (Baeza Gomez y Quispe Hoxsas, 2020)

En este ensayo de perspectiva ética-profesional desarrolló un análisis crítico sobre la implementación práctica del proyecto HU-CI (Humanización en Cuidados Intensivos) desde una perspectiva ética y de responsabilidad profesional sanitaria. Los autores abordaron las dimensiones éticas complejas inherentes a los procesos de transformación organizacional hacia la humanización: la tensión entre los ideales éticos profesionales y las limitaciones estructurales del sistema sanitario, los dilemas morales que emergen en la priorización de recursos entre eficiencia técnica y calidad humana, la responsabilidad profesional individual versus la responsabilidad institucional colectiva. El ensayo identificó barreras éticas específicas para la implementación exitosa: resistencia moral al cambio de paradigmas asistenciales tradicionales, conflictos de valores entre generaciones profesionales, dilemas en la distribución justa de cargas de trabajo adicionales que implican los programas de humanización, y tensiones éticas en la evaluación y medición de la calidad humana del cuidado.

20. (Guamuse Pilatasig y Cambizaca Mora, 2025)

La revisión sistemática de alta calidad metodológica que sintetizó la evidencia científica disponible sobre la aplicación práctica, efectividad clínica, y viabilidad organizacional de la teoría del cuidado transpersonal de Jean Watson en el contexto específico y desafiante de las unidades de cuidados intensivos. La investigación empleó una metodología que combina los estándares internacionales PRISMA (Preferred Reporting Items for Systematic Reviews and Meta-Analyses) con los criterios de evaluación de calidad de evidencia del Johns Hopkins

Evidence-Based Practice Center, garantizando la máxima calidad y confiabilidad de la síntesis de evidencia. La revisión identificó factores facilitadores críticos para la implementación exitosa: liderazgo transformacional comprometido con la filosofía watsoniana, formación intensiva y sostenida del personal en los principios del cuidado transpersonal, modificaciones organizacionales estructurales que permitan la aplicación de los factores caritas, sistemas de evaluación específicos para medir la fidelidad teórica en la práctica, y apoyo institucional continuo para la sustentabilidad a largo plazo. Los hallazgos mostraron las barreras significativas que requieren atención específica como la resistencia inicial del personal habituado a modelos biomédicos tradicionales, necesidad de inversión considerable en formación y desarrollo organizacional, complejidad en la medición objetiva de outcomes transpersonales, y desafíos para mantener la consistencia teórica en contextos de alta rotación de personal.

CAPITULO V

5.1. Discusión

Analizados los estudios y artículos depurados, se seleccionó 5 artículos, de los cuales podemos establecer una discusión comparativa.

Convergencias Conceptuales

Entre las convergencia conceptuales de la investigación se evidenció que los estudios seleccionados coincidieron que el cuidado humanizado conlleva una atención integral que debe centrarse en el paciente como ser biopsicosocial y relacional, es decir individualizados, reconociendo que son altamente vulnerables en contextos críticos como la UCC, incorporando a la familia como factor importante del proceso terapéutico y así contrarrestar la despersonalización causada por el entorno tecnológico y el modelo biomédico predominante.

Guamuse & Cambizaca (2025) destacaron una visión holística del paciente percibido por parte de enfermería, donde se enfatizó la empatía, la compasión y la comunicación como las bases del cuidado humanizado. Utiliza como base la teoría del cuidado humano de Jean Watson. Por su parte Baeza & Quispe (2020) Plantearon una crítica más profunda sobre la despersonalización en la UCI y proponen una “ética del cuidado” como marco ético-emocional alternativo al enfoque clásico. Introduce el proyecto HU-CI como nuevo paradigma humanizador. Así mismo Jiménez et al., (2025) Se enfocaron en la percepción del profesional de enfermería, resaltando la necesidad de considerar tanto al paciente crítico como a la familia dentro del proceso de cuidado para una recuperación más rápida y efectiva. Reafirmaron también los principios de la teoría de Watson.

En el estudio de Gareau et al., (2022) en este, la propuesta de un marco conceptual estructurado basados en La Calle resaltaron siete componentes de la humanización del cuidado, aquí buscaron mapear las intervenciones y experiencias existentes desde un enfoque escandinavo-norteamericano. Finalmente, Kvande et al. (2022) Analizaron la evidencia literaria internacional y concluyeron que la humanización es entendida como una combinación de actitud profesional, organización y visión holística del paciente en donde introduce una visión integradora desde el nivel personal hasta el institucional.

Tabla 12 Divergencias Metodológicas y de Enfoque de 5 artículos mas importantes

Artículo	Enfoque	Método	Marco Teórico

(Kvande et al., 2022)	Scoping Review	Arksey & O'Malley PRISMA	Enfoque organizacional y holístico
(Gareau et al., 2022)	Revisión sistemática	PRISMA + marco de La Calle	Humanización en 7 dimensiones
(Jimenez Barrera et al., 2025)	Revisión narrativa	Análisis y síntesis de 20 artículos encontrados	Ética del cuidado, empatía
(Baeza Gomez y Quispe Hoxsas, 2020)	Ensayo reflexivo	Proyecto HU-CI	Ética profesional
(Guamuse Pilatasig y Cambizaca Mora, 2025)	Revisión sistemática	PRISMA + Johns Hopkins	Jean Watson, teoría transpersonal

Fuente: Elaboración propia (2025)

Entre todos los artículos que se revisó, Guamuse & Cambizaca aportaron un enfoque más enfermero y educativo, profundizando en la formación profesional, competencias emocionales y el entorno ético-legal.

Implicaciones para la Práctica Clínica de los estudios analizados.

- Todas las evidencias literarias sugieren transformaciones concretas, entre ellas:
- Visitas abiertas y participación familiar activa
- Uso compasivo de la tecnología: no como fin, sino como herramienta dirigida al bienestar humano.
- Formación continua en habilidades blandas: empatía, comunicación,
- inteligencia emocional.
- Rediseño ambiental: iluminación, ruido, privacidad, confort.

- Trabajo colaborativo e interdisciplinar.

Limitaciones y Brechas Identificadas

- Falta de consenso sobre la definición operativa de “humanización”.
- Escasa investigación empírica con medición de resultados clínicos, ya que son artículos con enfoque cualitativo.
- Sobrecarga laboral y burnout como obstáculos persistentes.
- Desconexión entre el conocimiento teórico y la práctica asistencial.
- Ausencia de protocolos estandarizados para implementar la humanización.
- En general los cinco artículos integran un consenso sólido: humanizar el cuidado en UCI implica mucho más que técnicas médicas, requiere un cambio de paradigma que restaure la dimensión humana del cuidado mediante:
 - Transformaciones actitudinales del profesional.
 - Cambios organizacionales e institucionales.
 - Reformulación del entorno físico y emocional.
 - Reconexión con el paciente como persona integral.

5.2. Conclusiones

- La revisión de alcance evidenció que el cuidado humanizado en las UCC es un factor determinante en la mejora de la calidad asistencial ya que este tipo de cuidado promueve una atención integral centrada en el paciente y busca contrarrestar los efectos negativos del entorno tecnológico y del modelo biomédico tradicional.
- Los estudios analizados sobre el cuidado humanizado en las Unidades de Cuidados Críticos (UCC) identificaron los componentes fundamentales que conforman su práctica efectiva. Entre los más relevantes se encuentran la empatía, compasión y escucha activa, que permiten al profesional conectar emocionalmente con el paciente y su familia; la comunicación terapéutica, como herramienta clave para establecer relaciones de confianza y facilitar la toma de decisiones compartidas; y el respeto por la dignidad, autonomía y diversidad del paciente, garantizando una atención centrada en la persona.
- Los estudios también resaltaron la participación activa de la familia en los cuidados y decisiones clínicas, lo que mejora la percepción de calidad y seguridad y autocuidado

y bienestar emocional del profesional de salud, como condición indispensable para brindar un cuidado verdaderamente humanizado

- Otro elemento crítico es el equilibrio entre el uso de tecnología avanzada y el trato humano, reconociendo que ambos son complementarios y destacan la importancia de ambientes físicos confortables y personalizados, que reduzcan el estrés y promuevan el bienestar.
- En cuanto a los enfoques teóricos que sustentan estas prácticas, predominan tres marcos conceptuales: la teoría del cuidado humano de Jean Watson, la teoría de Virginia Henderson y la Teoría de Cuidados Culturales de Madeleine Leininger, que en el contexto de cuidados críticos dimensionar al individuo como alguien que puede alcanzar su independencia, mantener su formación en valores humanísticos considerando sus creencias, valores y prácticas de cuidado.
- Las estrategias más reportadas en la literatura incluyen la implementación de protocolos de visitas abiertas, que favorecen la cercanía emocional entre pacientes y familiares; así como, la comunicación empática, incluso con pacientes sedados o intubados, reconociendo su humanidad en todo momento y la formación continua en habilidades humanísticas, como parte del desarrollo profesional del personal de salud.
- En cuanto a los métodos, indicadores, herramientas e instrumentos empleados para evaluar la calidad de la atención, los estudios revisados muestran una escasa sistematización de instrumentos estandarizados para evaluar tanto la calidad como la humanización.
- Los métodos más frecuentes fueron: revisiones sistemáticas narrativa o de alcance, estudios cualitativos basados en entrevistas y análisis documental con matrices teóricas
- Los Indicadores de calidad identificados fueron: Satisfacción del paciente y familia, Reducción de eventos adversos y delirium, Mejora en la comunicación y continuidad del cuidado y Bienestar del profesional (reducción de burnout).
- No se encontraron herramientas universales ni ampliamente validadas que midan simultáneamente la humanización y la calidad, lo que representa una brecha crítica.
- La implementación de prácticas humanizadas disminuye complicaciones físicas y emocionales del paciente crítico, mejora la experiencia del paciente y su familia, e incrementa la satisfacción y motivación del personal sanitario, lo cual repercute en una atención más efectiva, además fortalece la adherencia a tratamientos y reduce la estancia hospitalaria.

- Sin embargo, la mayoría de los estudios no cuantifica esta relación de forma sistemática o longitudinal, evidenciando una necesidad urgente de estudios empíricos

5.3. Recomendaciones

- Desarrollar instrumentos integrales y validados que midan simultáneamente la calidad de la atención y el grado de humanización en contextos críticos. ’
- Capacitar de forma sistemática al personal de salud en habilidades comunicativas, manejo emocional y estrategias de humanización, con el objetivo de fomentar una cultura de cuidado centrado en el paciente.
- A los centros hospitalarios, establecer normativas y protocolos que promuevan entornos más cálidos, espacios privados para el paciente y su familia, y horarios flexibles de visita, lo cual se alinea con un enfoque más humanitario y digno.
- Aplicar instrumentos validados que recojan la percepción del paciente sobre el trato recibido, para poder monitorear la calidad del cuidado y realizar ajustes pertinentes de manera continua.
- Fomentar la investigación cuantitativa y longitudinal que explore causalidades entre prácticas humanizadas y resultados clínicos, especialmente en contextos multiculturales y diversos ya que, a pesar de los hallazgos positivos, se evidenció escasa producción científica en algunos países latinoamericanos por lo que también se sugiere impulsar estudios cualitativos y cuantitativos que profundicen sobre los impactos reales del cuidado humanizado en los resultados clínicos.
- Las instituciones deben incluir métricas relacionadas con la humanización dentro de sus procesos de evaluación y acreditación, ya que esto impacta directamente en la calidad percibida, la seguridad del paciente y el ambiente laboral del personal de salud.
- Vincular el cuidado humanizado a políticas de calidad institucional, integrando indicadores humanísticos en los sistemas de evaluación de desempeño clínico.
- Promover el autocuidado y la resiliencia del equipo sanitario, dado que el bienestar profesional es un componente fundamental de la calidad del cuidado humanizado.

6. Referencias Bibliográficas

- Alonso Ovies, A., & Heras la Calle, G. (2020). La humanización de la atención reduce la mortalidad en pacientes críticos. *Medicina Intensiva*, 44(2), 122-124. <https://doi.org/DOI: 10.1016/j.medine.2019.03.016>
- Abeba, A., Ayenew, T., Tsegaye Amlak, B., Gedfew, M., Markos, D., & Misganaw Kebede, W. (2025). Prevalencia mundial y factores que contribuyen al agotamiento profesional de enfermeras: una revisión general de revisiones sistemáticas y metanálisis. *Enfermería BMC*, 24(596). <https://doi.org/https://doi.org/10.1186/s12912-025-03266-8>
- Acuña Cedeño, L. M., García Ponce, k., Yáñez Machuca, J., Pin Rodríguez, N., & Herrera Velázquez, M. (2022). Cuidados humanizados en pacientes de la UCI . *Revista UNESUM Ciencias*, 6(4), 128-134. <https://doi.org/https://doi.org/10.47230/unesciencias.v6.n4.2022.463>
- Aiken, L. (2023). Bienestar de médicos y enfermeras e intervenciones preferidas para abordar el agotamiento en la práctica hospitalaria: factores asociados con la rotación del personal, los resultados y la seguridad del paciente. *Jama*, 4(7), 1-24. <https://doi.org/10.1001/jamahealthforum.2023.1809>.
- Angulo Farias, A., Jimenez Barrera, M., Zambrano Haro, A., & Gamboa Vera, C. (2025). EL CUIDADO HOLÍSTICO: INTEGRACIÓN DE CUERPO, MENTE Y . *Revista Científica Arbitrada Multidisciplinaria PENTACIENCIAS*, 7(3), 38-47. <https://doi.org/https://editorialalema.org/index.php/pentaciencias/article/view/1471/1957>
- Angulo Farias, A., Jimenez Barrera, M., Zambrano Haro, A., & Gamboa Vera, C. (2025). El cuidado holístico: integración de cuerpo, mente y espíritu en unidades críticaS. *Revista Científica Arbitrada Multidisciplinaria PENTACIENCIAS*, 7(3), 38-47. <https://doi.org/https://editorialalema.org/index.php/pentaciencias/article/view/1471/1957>
- Arrogante, O., & Aparicio Zaldivar, E. (2020). Síndrome de burnout en los profesionales de cuidados intensivos: relaciones con la salud y el bienestar. *Enfermería Intensiva*, 31(2), 60-70. <https://doi.org/10.1016/j.enfi.2019.03.004>
- Ayoub Tlili, M., Aouicha, W., Sahli, J., Ben Cheikh, A., Mitiraoui, A., Ajmi, T., . . . Mallouli, M. (2022). Evaluación de la cultura de seguridad del paciente en 15 unidades de cuidados intensivos: un estudio de métodos mixtos. *Investigación de servicios de salud de BMC*, 22(274). <https://doi.org/https://doi.org/10.1186/s12913-022-07665-4>
- Baeza Gomez , I., & Quispe Hoxsas, L. C. (2020). Proyecto “Humanizando los Cuidados Intensivos”, nuevo . *Revista de Bioética y Derecho*, 48, 111.126.
- Baeza, I. (2020). Proyecto "Humanizando los Cuidados Intensivos", nuevo paradigma de orientación de los Cuidados Intensivos. *Scielo*, 8. https://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1886-58872020000100008

- Balón Lázaro, F. d., Pincay Pinargote, J. A., & Alarcón Dalgo, C. M. (2024). Rol de la Enfermera en Cuidados Intensivos desde un Enfoque Humanizado. *Reincisol*, 3(6), 2015-2037. [https://doi.org/https://doi.org/10.59282/reincisol.V3\(6\)2015-2037](https://doi.org/https://doi.org/10.59282/reincisol.V3(6)2015-2037)
- Bastidas Santafe, S. L., Choloquina Choloquina, B. S., & Mena Sevilla, P. D. (2025). Cuidado Humanizado en Enfermería: Resolución del Estado del Paciente en UCI. Revisión Sistemática. *Polo del Conocimiento: revista multidisciplinar*, 10(3), 1359-1386. <https://doi.org/https://doi.org/10.23857/pc.v10i3.9130>
- Bastidas Santafe, S., Choloquina Choloquina, B., & Mena Sevilla, P. (2025). Cuidado Humanizado en Enfermería: Resolución del Estado del Paciente en UCI. Revisión Sistemática. *Polo del Conocimiento*, 10(3). <https://doi.org/https://polodelconocimiento.com/ojs/index.php/es/article/view/9130>
- Bonilla, L. (2025). Cultura organizacional y su incidencia en el clima laboral de los trabajadores en una hacienda del cantón Latacunga. *Revista Social Fronteriza*, 5(2), 663. <https://www.revistasocialfronteriza.com/ojs/index.php/rev/article/view/663>
- Brice Hernández, D. E., Garzón Páramo, M. O., Sánchez Valladolid, C. A., Ponce Imbaquingo, B. J., Almeida Factos, J. A., & Morocho Lala, C. I. (2023). *Protocolos de Enfermería: Adaptación del Modelo de Virginia Henderson para Cuidados Ambulatorios*. <https://repositorio.ister.edu.ec/jspui/bitstream/68000/255/1/LB008.pdf>
- Brice, D. (2023). *Adaptación del Modelo de Virginia Henderson*. <https://repositorio.ister.edu.ec/jspui/bitstream/68000/255/1/LB008.pdf>
- Briñez Ariza, K., Ortiz Whitaker, M., & González Soto, C. (2024). Etnoenfermería y teoría del cuidado cultural, evidencias metodológicas en la investigación en enfermería: una revisión integrativa. *Enfermería: Cuidados Humanizados*, 13(2). <https://doi.org/https://doi.org/10.22235/ech.v13i2.3926>
- Caicedo Lucas, L. I., Mendoza Macías, C. E., Moreira Pilligua, J. I., & Ramos Arce, G. C. (2023). Cuidado humanizado: Reto para el profesional de enfermería. 7(14). <https://doi.org/https://doi.org/10.35381/s.v.v7i14.2511>
- Cajas, P. (2025). Uso de la tecnología en la práctica de enfermería en cuidados críticos. *Revista Arbitrada Interdisciplinaria de Ciencias de la Salud. SALUD Y VIDA*, 9(17), 136-153. <https://doi.org/https://doi.org/10.35381/s.v.v9i17.4432>
- Cambizaca, G. (2025). CUIDADO HUMANIZADO DE ENFERMERÍA EN LA UNIDAD DE CUIDADOS INTENSIVOS: REVISIÓN SISTEMÁTICA. *Revista Científica Multidisciplinar*, 9(1), 10786. https://doi.org/DOI:https://doi.org/10.37811/cl_rcm.v9i1.16670
- Cappellini, I., Nuti, C., Di Stefano, M., Zamidei, L., Campiglia, L., & Consales, G. (2024). Dehumanization in intensive care units and standard wards: A survey for a . *Applied Nursing Research*, 75. <https://doi.org/https://doi.org/10.1016/j.apnr.2024.151774>
- Cardillo, E., & Chatterjee, A. (2025). Beneficios de la imaginería natural y el arte visual en el ámbito sanitario: una perspectiva desde la estética empírica. *Arte y Diseño para la Sanación y el Bienestar en el Entorno Construido*, 15(7), 1027. <https://doi.org/https://doi.org/10.3390/buildings15071027>
- Castillo, Y. (2020). La Unidad de Cuidados Intensivos. *Mawil*, 1-152. <https://doi.org/file:///C:/Users/htmconext/Downloads/la-unidad-de-cuidados-intensivos.pdf>

- Cedeño, D. (2024). Impacto de la Medicina hipocrática en el desarrollo de la observación y prevención de enfermedades en la práctica médica actual. *Revista Gregoriana de Ciencias de la Salud*, 1(1), 109-119. <https://doi.org/https://doi.org/10.36097/rgcs.v1i1.3107>
- Cerrudo Hernández, R., Cerrudo Hernández, M. C., Cedrés Rodríguez, E. B., Barroso Almenara, G., Afonso Pérez, L., & Mora Quintero, M. L. (2022). Nivel de satisfacción de los familiares de pacientes ingresados en la Unidad de Cuidados Intensivos (UCI) del Complejo Hospitalario Universitario de Canarias con un nuevo protocolo de visitas e información. *Ene*, 16(1), 1335.
- Cibeles González, N., Fuenzalida Rodríguez, J., Fuster Olguin, M. P., García Mejías, C., Lobos Ugarte, C., Pacheco Espinoza, J., & Talavera Vera, F. (2024). Calidad de los cuidados de enfermería en unidades de pacientes críticos: una revisión de literatura. *Ene*, 17(2), 2445.
- Cofre, L. (2025). Competencias del profesional de enfermería en la monitorización hemodinámica en pacientes críticos. *Scielo*, 11(20), 159-172. <https://doi.org/https://doi.org/10.35381/cm.v11i20.1544>
- Crawford, A., Shiferaw, A., Ntambwe, P., Ortiz Milan, A., Karima Khalid, K., Rubio, R., . . . Madzimbamuto, F. (2023). Global critical care: a call to action. *Critical care*, 27, 28. <https://doi.org/https://doi.org/10.1186/s13054-022-04296-3>
- Cuzco, C., Delgado Hito, P., Marin Pérez, R., Núñez Delgado, A., Romero García, M., Martínez Momblan, M.-A., Castro, P. (2023). Transitions and empowerment theory: A framework for. *Enfermería Intensiva*, 34, 138-147. <https://doi.org/https://doi.org/10.1016/j.enfi.2022.10.003>
- Delgado Galeano, M., Delgado Galeano, L., Villamizar Carvajal, B., & Durán de Villalobos, M. (2023). Transpersonal Caritas Relationship: A new concept from the unitary caring science framework of Jean Watson. *International Journal of Nursing Studies*, 41(3). <https://doi.org/10.17533/udea.ice.v41n3e02>
- Duque Ortiz, C., & Arias Valencia, M. (2022). La familia en la unidad de cuidados intensivos frente a una crisis situacional. *Enfermería Intensiva*, 33(1), 4-19.
- Egerod, I., Nyhagen, R., Rustøen, T., Lerdal, A., & Kirkevold, M. (2023). Unidentified communication challenges in the intensive care unit. *Australian Critical Care*, 36, 215-222. <https://doi.org/https://doi.org/10.1016/j.aucc.2022.01.006>
- Engel, M. (2023). Comunicación efectiva en cuidados paliativos desde la perspectiva de pacientes y familiares: una revisión sistemática. 1-24, 21(5), 890-913. <https://doi.org/10.1017/S1478951523001165>
- Espinel García, J. T., Rojas González, L. R., Santos Zambrano, E., Solórzano, H. M., Pérez Cardoso, C. N., & Martínez Moreira, J. (2022). Sobrecarga laboral en personal de enfermería de unidades de cuidados intensivos. *Revista de ciencias de la Salud*, 6(2), 21-27. <https://doi.org/https://doi.org/10.33936/qkrcs.v6i2.4757>
- Fernández Álvarez, Y., Martínez Aznar, E., Gálvez Romero, M., Bello Ibarben, v., Villacampa, Matrona, E., & Prieto Giménez, C. (2023, Marzo 07). <https://revistasanitariadeinvestigacion.com/>. <https://revistasanitariadeinvestigacion.com/movilizacion-temprana-y-cuidados-de-un-paciente-en-uci/>

- Fleischmann, C. (2020). Incidencia y mortalidad de la sepsis tratada en hospitales y UCI: resultados de una revisión sistemática y un metanálisis actualizados y ampliados. *Springer*, 46(8), 1552-1562. <https://doi.org/10.1007/s00134-020-06151-x>.
- Flores Romo, A. G., Araujo Espino, R., Zorrilla Martínez, L. B., Reveles Caldera, E., Trejo Ortiz, P. M., & Calderon Ibarra, A. (2023). Percepción del paciente sobre el cuidado humanizado de Enfermería. *Ciencia Latina Revista Científica Multidisciplinar*.
- García Montoto, F., Paz Martín, D., Pestaña, D., Soro, M., Marcos Vidal, J., Badenes, R., . . . Belda, F. J. (2024). Guía de sedación inhalada en la UCI. *Revista Española de Anestesiología y Reanimación*, 71(2), 90-111. <https://doi.org/https://doi.org/10.1016/j.redar.2023.07.001>
- Gareau, S., Machado de Oliveira, E., & Gallani, M. (2022). Humanization of care for adult ICU patients: a scoping. *School of Nursing Sciences*, 20(2), 647-657.
- Gordon, J. M., Magbee, T., & Yoder, L. H. (2021). The experiences of critical care nurses caring for patients with COVID-19. *Applied Nursing Research*, 51.
- Guachi Caiza, G., Jimenez Barrera, M., Monar Zambrano, M., & López Ramos, A. (2025). HUMANIZACIÓN EN EL CUIDADO CRÍTICO: MÁS ALLÁ DE LA . *Revista Científica de Salud BIOSANA*, 5(2), 288-299.
- Guachi Caiza, G., Jimenez Barrera, M., Monar Zambrano, M., & López Ramos, A. (2025). Humanización En El Cuidado Crítico: Más Allá De La tecnología. *Revista Científica de Salud BIOSANA*, 5(2), 288-299.
- Guamuse Pilatasig, M. C., & Cambizaca Mora, G. d. (2025). Cuidado Humanizado de Enfermería en la Unidad de cuidados Intensivos: revisión sistemática. *Ciencia Latina Revista Multidisciplinar*, 9(1), 10785-10811. https://doi.org/https://doi.org/10.37811/cl_rcm.v9i1.16670
- Guamuse, M. (2025). CUIDADO HUMANIZADO DE ENFERMERÍA EN LA UNIDAD DE CUIDADOS INTENSIVOS. *Ciencia Multid sd*7, 10785.
- Guamuse, M. (2025). Cuidado Humanizado de Enfermería en la Unidad de Cuidados Intensivos: Revisión Sistemática . *rEVISTA mULTIDISCIPLINAR*, 9(1), 10785. <https://ciencialatina.org/index.php/cienciala/article/view/16670>
- Gutierrez, Z. (2020). El Cuidado Humano y el aporte de las Teorías de Enfermería a la Práctica enfermera . *Revista Conecta Libertad*, 4(2). <https://revistaitsl.itslibertad.edu.ec/index.php/ITSL/article/view/110>
- Heredia Diez, V. B., Suárez Gorris, M. d., Badía Romano, E., Martín Gracia, C., Torralba Elía, L., & Prieto Sancho, C. (2022). Necesidades de la familia del paciente crítico en la unidad de cuidados intensivos. *Revista Sanitaria de Investigación*, 3(2), 123-135.
- Heredia Diez, V., Torralba Elía, L., Torralba Elía, M., Villagrasa Alloza, M., Torralba Sánchez, S., & Sanz Rosa, J. (2021, 11 29). <https://revistasanitariadeinvestigacion.com/>. <https://revistasanitariadeinvestigacion.com/>: <https://revistasanitariadeinvestigacion.com/humanizacion-de-los-cuidados-en-la-unidad-de-cuidados-intensivos/>
- Hernández Zambrano, S., Carrillo Algarra, A., Augusto Torres, C., Katherine Marroquín, I., Enciso Olivera, C., & Gómez Duque, M. (2020). Perspectiva de los profesionales de la salud sobre cuidados al final de la vida en unidades de cuidados intensivos. *Enfermería Intensiva*, 31(4), 170-183. <https://doi.org/10.1016/j.enfi.2019.12.003>

- Holguín Macías, A., & Encalada Bueno, P. F. (2023). Percepción del Cuidado Humanizado del Personal de Enfermería en Cuidados Intermedios. Hospital General de Macas. *Ciencia Latina: Revista Multidisciplinar*, 7(6). https://doi.org/https://doi.org/10.37811/cl_rcm.v7i6.8792
- Hwang, D. Y., Hopkins, R. O., Oczkowski, S., Kimberly, L., Bárbara, B., James, D., & Cristhian, F. (2025). Directrices sobre la atención centrada en la familia para las UCI de adultos: 2024. *Society of Critical Care Medicine*, 53(2), e465-e482. <https://doi.org/DOI: 10.1097/CCM.0000000000006549>
- ICN. (2022, 4 27). *Informe Anual del CIE 2021 - Defendiendo la protección, el valor y la inversión en enfermería*. <https://www.icn.ch/es/recursos/publicaciones-e-informes/informe-anual-del-cie-2021-defendiendo-la-proteccion-el-valor-y>
- INEC. (2025). *REGISTRO ESTADISTICO DE CAMAS Y EGRESOS HOSPITALARIOS*. file:///C:/Users/htmconext/Downloads/PPT_Camas_y_Egresos_Hospitalarios_2023_F.pdf
- Ito, K., George, N., Wilson, J., Bowman, J., Aaronson, E., & Ouchi, K. (2022). Primary palliative care recommendations for critical care clinicians. *Journal of Intensive Care*, 10(20). <https://doi.org/https://doi.org/10.1186/s40560-022-00612-9>
- Ito, K., George, N., Wilson, J., Bowman, J., Aaronson, E., & Ouchi, K. (2022). Primary palliative care recommendations for critical care clinicians. *Journal of Intensive Care*, 10(20). <https://doi.org/https://doi.org/10.1186/s40560-022-00612-9>
- Jarabo Carcas, M., Ágreda Gutiérrez, S., Benedí Forcén, S., Blas Sánchez, M., Fuentes Carabantes, S., & Denisa Podar, O. (2024). Impacto del estrés en la salud del personal de enfermería. *Revista Sanitaria de Investigación*, 5(10).
- Jimenez Barrera, M., Muñoz Pilataxi, C., & Zambrano González, S. (2025). CUIDADO HUMANIZADO A LA PERSONA EN ESTADO CRÍTICO Y FAMILIA: PERCEPCIÓN DE ENFERMERÍA. *Revista Científica Arbitrada Multidisciplinaria PENTACIENCIAS*, 7(1), 99-108.
- Jimenez, M. (2025). CUIDADO HUMANIZADO A LA PERSONA EN ESTADO CRÍTICO Y FAMILIA: PERCEPCIÓN DE ENFERMERÍA. *Revista Científica Arbitrada Multidisciplinaria PENTACIENCIAS*, 7(1), 99-108. <https://editorialalema.org/index.php/pentaciencias/article/view/1364/1838>
- Jimenez, M. (2025). Cuidado humanizado a la persona en estado crítico y familia: Percepción de enfermería . *Revista Científica Arbitrada Multidisciplinaria PENTACIENCIAS*, 7(1), 99-108. <https://editorialalema.org/index.php/pentaciencias/article/view/1364>
- Kaur Pandhal , J., & Van Der Wardt, V. (2021). Exploring perceptions regarding family-based delirium management in the intensive care unit. *Intensive Care Society*, 23(4). <https://doi.org/v>
- Kotfis, K., Diem-Zaal, I., Williams Roberson, S., Sietnicki, M., Boogaard, M., Shehabi, Y., & Wesley Ely, E. (2022). The future of intensive care: delirium should no longer be an issue. *Critical Care*, 26(200). <https://doi.org/https://doi.org/10.1186/s13054-022-04077-y>
- Kvande, M., Angel, S., & Nielsen, A. (2022). Humanizing intensive care: A. *Nursing Ethics*, 20(2), 498-510. <https://doi.org/10.1177/09697330211050998>

- Lara Domínguez, P., & De la Torre Prados, M. (2025, julio 24). <https://expaumi.org/>.
<https://expaumi.org/humanizacion-en-la-uci-control-del-ruido-ambiental-y-orientacion-temporo-espacial/>
- Laverde, O. (2020). Fortalecer la coordinación de enfermería para mejorar el cuidado hospitalario. *Revista Cuidarte*, 11(2), 286.
<https://doi.org/https://doi.org/10.15649/cuidarte.826>
- Lázaro, M. (2024, 10 8). II Convención CISALUD-UCMH 2024. <https://cisalud-ucmh.sld.cu/index.php/Cisalud2024/2024/paper/view/970>
- Lozano, S. (2024). Valoración integrativa del paciente con heridas. A propósito de un caso de alteración de la microcirculación. *Scielo*, 35(2), 127-130.
<https://doi.org/https://dx.doi.org/10.4321/s1134-928x2024000200011>
- Macias, J. (2025, 02). CUIDADO HUMANIZADO EN SERVICIOS CRÍTICOS: DESAFIOS EN LA IMPLEMENTACIÓN DE PUERTAS ABIERTAS.
<https://repositorio.puce.edu.ec/bitstreams/adadf559-a9dc-4b90-a2bf-7a4be597e29f/download>
- Martínez Cona, L., & Herrera Aliaga, E. (2023). CUIDADO HUMANIZADO: PROPUESTAS PARA LA FORMACIÓN PROFESIONAL DE ENFERMERÍA. *Benessere. Revista de Enfermería*, 8(1).
<https://doi.org/https://revistas.uv.cl/index.php/Benessere/article/view/3819>
- Martínez Zubieta, R. (2021). Humanización en la Unidad de Cuidados Intensivos. *Medicina crítica*, 35(3). <https://doi.org/https://doi.org/10.35366/100003>
- Maza, G. (2023). La empatía, la comunicación efectiva y la asertividad en la práctica médica actual. *Scielo*, 77(1), 1-13+.
https://www.scielo.org.mx/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0301-696X2023000100001
- Monserate Villacreses, K. (2023). Atención humanizada en UCI. *Recimundo*, 7(4), 261-271.
<https://www.recimundo.com/~recimund/index.php/es/article/view/2145/2732>
- Oliveira, A., Vieira, T., Rodrigues, A., Jorge, N., Tavares, L., Costa, L., Gonçalves Pereira, J. (2024). Critically ill patients with high predicted mortality: Incidence and outcome. *Medicina Intensiva*, 48(2), 85-91. <https://doi.org/10.1016/j.medin.2023.10.003>
- Organización Mundial de la Salud. (2025, 5 19). <https://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/quality-health-services>
- Páes, G. (2020). ALCANCE DE LA CALIDAD DE VIDA EN ATENCIÓN MÉDICA. *Universidad de la Sabana*, 24(1), 14-27.
<https://www.redalyc.org/journal/832/83269043002/html/>
- Peraro, C. G., Fogaça, R. L., Matías, C. J., Aparecida, S. M., de Oliveira, M. D., & de Cassia, N. S. (2024). Perfil clínico-epidemiológico de los pacientes ingresados en la unidad de cuidados intensivos de un hospital escuela. *Enfermería Global*, 23(74).
<https://doi.org/https://dx.doi.org/10.6018/eglobal.589401>
- Pilatasig, M., Guamuse, M., & Mora, G. (2025). Cuidado Humanizado de Enfermería en la Unidad de Cuidados Intensivos: Revisión Sistemática. *Ciencia Latina Revista Científica Multidisciplinar*, 9(1), 10785-10811.
https://doi.org/10.37811/CL_RCM.V9I1.16670

- Ramírez Elvira, S., Romero Béjar, J. L., Suleiman Martos, N., Gómez-Urquiza, J. L., Monsalve Reyes, C., Cañadas De la Fuente, G. A., & Albendín García, L. (2021). Prevalencia, factores de riesgo y niveles de burnout en enfermeras de unidades de cuidados intensivos: una revisión sistemática y un metaanálisis. *Revista Internacional de investigación ambiental y salud pública*, 18(21), 11432. <https://doi.org/10.3390/ijerph182111432>
- Rendón Montoya, M., Peralta Peña, S., Hernández Villa, E., Hernández, R., Vargas, M., & Favela Ocaño, M. (2020). Síndrome de burnout en el personal de enfermería de unidades de cuidado crítico y de hospitalización. *Enfermería Global*, 19(59). <https://doi.org/https://dx.doi.org/10.6018/eglobal.398221>
- Rodríguez, A. (2023). Indicadores de cuidado humanizado de enfermería en atención intrahospitalaria. *Scielo*, 31(4), 294-298. <https://doi.org/https://dx.doi.org/10.58807/indexenferm20225167>
- Rodríguez, P. (2024, 12 13). *Estudio comparativo de los cuidados humanizados en los servicios clínicos según percepción de los usuarios en un hospital, Guayaquil 2021*. <https://reciamuc.com/index.php/RECIAMUC/article/view/1493>
- Rosero, D. (2023). *Paquete De Cuidados Para La Prevención De Infecciones Del Torrente Sanguíneo Asociadas A Catéter Venoso Central*. <https://dspace.ucacue.edu.ec/server/api/core/bitstreams/494b188f-1881-4ac6-bcc4-f94986810cbe/content>
- Rosero, D. (2023). *PAQUETE DE CUIDADOS PARA LA PREVENCIÓN DE INFECCIONES DEL TORRENTE SANGUÍNEO ASOCIADAS A CATÉTER VENOSO CENTRAL*. <https://dspace.ucacue.edu.ec/server/api/core/bitstreams/494b188f-1881-4ac6-bcc4-f94986810cbe/content>
- Rubio Sanchiz, O., & Ventura Pascual, L. (2020). Limitación de soporte vital. Cuidados paliativos y final de vida en UCI. *Revista de Bioética y Derecho*(48), 81-93.
- Sanchez, G. (2024). Administración de medicamentos de alto riesgo asociado a la práctica de enfermería y circunstancias de errores en Ecuador. *Revista InveCom*, 4(2), 1-9. <https://doi.org/https://doi.org/10.5281/zenodo.10825393>
- Santos, S. (2023). El cuidado humanizado de enfermería, una necesidad de la praxis profesional. *Scielo*, 6(16), 93-103. <https://doi.org/https://doi.org/10.33996/revistavive.v6i16.209>
- Schwartz, A., Dunn, S., Simon, H., Velasquez, A., Garner, D., Tran Jr., D., & Kaslow, N. (2022). Making Family-Centered Care for Adults in the ICU a Reality. *Frontiers*, 13. <https://doi.org/https://doi.org/10.3389/fpsy.2022.837708>
- SEMICYUC. (2022, 7). *Congreso Nacional de la SEMICYUC*. <https://semicyuc.org/congreso2022/>
- Smith, S. (2023, 6 12). *Síndrome post-cuidados intensivos*. <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/books/NBK558964/>
- Suresh, K., Muraleedharan, R., & Gopal, A. (2025). A Qualitative Prospective Study Exploring Patient, Surrogate And Health Care Professional Experiences. *Indian journal of Critical care Medicine*, 29(1), 131–S132. <https://doi.org/10.5005/jaypee-journals-10071-24933.94>

- Tigrero, G. (2025, 2). *PERCEPCIÓN DE ENFERMERÍA SOBRE EL CUIDADO HUMANIZADO*. A.
<https://repositorio.puce.edu.ec/server/api/core/bitstreams/b5e47ec8-8bb9-424e-8d0f-3fabedea071a/content>
- Torres Jerves, J., Lopez, A., Garzon Roman, J., Valencia Tapia, J., & García Ramirez, M. (2024). Perfil epidemiológico en el Servicio de UCI en el Hospital José Carrasco Arteaga. *Ateneo*, 6(1).
<https://doi.org/https://colegiomedicosazuay.ec/ojs/index.php/ateneo/article/view/352>
- Tronstad, Ö., Flaws, D., Holdsworth, R., & Fraser, J. (2023). Creando la UCI del futuro: diseño centrado en el paciente para optimizar la recuperación. *Cuidados críticos*, 27.
<https://doi.org/https://doi.org/10.1186/s13054-023-04685-2>
- Urure Velazco, I. N., Pacheco Villa García, L. A., Llerena Ururi, K. L., & Berrocal Pacheco, P. L. (2025). Satisfacción percibida y cuidado humanizado de. *Enfermería Clínica*(35), 1130-8621. <https://doi.org/https://doi.org/10.1016/j.enfcli.2024.06.008>
- Vaeza, N., Martín Delgado, M., & Heras La Calle, G. (2020). Humanizing Intensive Care: Toward an Human Centered Care ICU Model. *Medicina de Cuidados Críticos*, 48(3), 385-390. <https://doi.org/Humanizando los cuidados intensivos: Hacia un modelo de UCI centrado en el ser humano>
- Vargas, R., & Zaldívar Acosta, M. (2023). Habilidades Blandas: una respuesta para la mejora de la atención de profesionales de la salud. *Habilidades Blandas: una respuesta para la mejora de la atención de profesionales de la salud*, 4(3), 62-68.
<https://doi.org/https://doi.org/10.6018/edumed.576321>
- Vera Enriquez, R., Vera Villón, J., Cotes Rodríguez, J., & Brito Guadalupe, W. (202). Indicadores de calidad en cuidados intensivos: medición, benchmarking. *Recimundo*, 46(7), 734-745. [https://doi.org/10.26820/recimundo/7.\(1\).enero.2023.734-745](https://doi.org/10.26820/recimundo/7.(1).enero.2023.734-745)
- Villacreses Merino, k., Bravo Gutiérrez, G., Zambrano Lucas, E., & Tigse Tubay, L. (2023, 4). Atención humanizada en UCI. *Recimundo*, 7(4), 261-271.
[https://doi.org/10.26820/recimundo/7.\(4\).oct.2023.261-271](https://doi.org/10.26820/recimundo/7.(4).oct.2023.261-271)
- Villacreses, K. (2023, 10). *Atención humanizada en la UCI*.
https://www.researchgate.net/publication/377108368_Atencion_humanizada_en_UCI
- Waydhas, C., Riessen, R., Markewitz, A., Hoffmann, F., Frey, L., Böttiger, B. w., . . . Van den Hooven, T. (2023). Recommendations on the structure, personal, and organization of intensive care units. *Frontiers in Medicine*, 10.
<https://doi.org/10.3389/fmed.2023.1196060>
- Yuan, T. (2023). A review on factors related to patient comfort experience in hospitals. *J Health Popul Nutr*, 8(42). <https://doi.org/10.1186/s41043-023-00465-4>
- Zabalza, V. (2024). Estudio del proceso indagatorio inherente a una revisión sistemática documental Prisma 2020 con empleo de metaanálisis. *Scielo*, 14(28).
https://www.scielo.org.mx/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S2007-74672024000100661