UNEMI
UNIVERSIDAD ESTATAL DE MILAGRO

REPÚBLICA DEL ECUADOR

UNIVERSIDAD ESTATAL DE MILAGRO

VICERRECTORADO DE INVESTIGACIÓN Y POSGRADO

FACULTAD DE POSGRADOS

PROYECTO DE INVESTIGACIÓN PREVIO A LA OBTENCIÓN DEL TÍTULO DE:

MAGÍSTER EN ENFERMERÍA

CON MENCIÓN EN CUIDADOS CRÍTICOS

TEMA:

IMPACTO DEL CUIDADO HUMANIZADO EN LAS UNIDADES DE CUIDADOS INTENSIVOS REVISIÓN SISTEMÁTICA

AUTOR:

GONZÁLEZ ESPAÑA MARÍA CRISTINA
VILLAMAR BAQUERIZO TATIANA CECIBEL
TINGO CHILIGUANO LORENA ALEXANDRA
CALVA SALVADOR PATRICIA MARIBEL
ESPINOZA NAVARRETE ABIGAIL BETSABE

TUTOR:

CASTILLO CASTILLO MARIA AUXILIADORA

MILAGRO, 2025

Derechos de Autor

Sr. Dr.

Fabricio Guevara Viejó

Rector de la Universidad Estatal de Milagro

Presente.

Yo, **Lic. Tatiana Cecibel Villamar Baquerizo C.I.: 0924517956,** 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 **Sistemática** 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, 17 de agosto del 2025

Firmado electrónicamente por:
TATIANA CECIBEL
VILLAMAR BAQUERIZO
Validar únicamente con FirmaEC

Lic. Tatiana Cecibel Villamar Baquerizo
C.I.: 0924517956

Derechos de Autor

Sr. Dr.

Fabricio Guevara Viejó

Rector de la Universidad Estatal de Milagro

Presente.

Yo, **Lic. Abigail Betsabé Espinoza Navarrete C.I.: 0930506837,** 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 **Sistemática** 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, 17 de agosto del 2025

Firmado electrónicamente por:
ABIGAIL BETSABE ESPINOZA NAVARRETE
Validar únicamente con FirmaEC

Lic. Abigail Betsabé Espinoza Navarrete
C.I.: 0930506837

Derechos de Autor

Sr. Dr.

Fabricio Guevara Viejó

Rector de la Universidad Estatal de Milagro

Presente.

Yo, **Lic. Lorena Alexandra Tingo Chiliguano C.I.: 0918685827,** 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 **Sistemática** 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, 17 de agosto del 2025

Firmado electrónicamente por:
LORENA ALEXANDRA
TINGO CHILIGUANO
Validar únicamente con FirmaEC

Lic. Lorena Alexandra Tingo Chiliguano
C.I.: 0918685827

Derechos de Autor

Sr. Dr.

Fabricio Guevara Viejó

Rector de la Universidad Estatal de Milagro

Presente.

Yo, **Lic. Patricia Maribel Calva Salvador C.I.: 0940116114,** 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 **Sistemática** 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, 17 de agosto del 2025

Firmado electrónicamente por:
PATRICIA MARIBEL
CALVA SALVADOR
Validar únicamente con FirmaEC

Lic. Patricia Maribel Calva Salvador
C.I.: 0940116114

Derechos de Autor

Sr. Dr.

Fabricio Guevara Viejó

Rector de la Universidad Estatal de Milagro

Presente.

Yo, **Lic. María Cristina González España C.I.: 0923524433,** 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 **Sistemática** 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, 17 de agosto del 2025

Firmado electrónicamente por:
MARIA CRISTINA
GONZALEZ ESPANA
Validar únicamente con FirmaEC

Lic. María Cristina González España
C.I.: 0923524433

Aprobación del Tutor del Trabajo de Titulación

Yo, **María Auxiliadora Castillo con C.I.: 1759824509**, en mi calidad de director del trabajo de titulación, elaborado por **Lic. Tatiana Cecibel Villamar Baquerizo C.I.: 0924517956, Lic. Abigail Betsabé Espinoza Navarrete C.I.: 0930506837, Lic. Lorena Alexandra Tingo Chiliguano C.I.: 0918685827, Lic. Patricia Maribel Calva Salvador C.I.: 0940116114, Lic. María Cristina González España C.I.: 0923524433**, cuyo tema es **Impacto del Cuidado Humanizado en las Unidades de Cuidados Intensivos Revisión Sistemática**, que aporta a la Línea de Investigación **Sistemática**, 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, 17 de agosto del 2025

MARIA AUXILIADORA CASTILLO CASTILLO

Digitally signed by MARIA AUXILIADORA CASTILLO CASTILLO
Date: 2025.09.16 10:23:42 -05'00'

Dra. María Auxiliadora Castillo C.I.: 1759824509

UNEMI
UNIVERSIDAD ESTATAL DE MILAGRO

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 diecisiete días del mes de octubre del dos mil veinticinco, siendo las 10:00 horas, de forma VIRTUAL comparece el/la maestrante, LIC. CALVA SALVADOR PATRICIA MARIBEL, a defender el Trabajo de Titulación denominado **" IMPACTO DEL CUIDADO HUMANIZADO EN LAS UNIDADES DE CUIDADOS INTENSIVOS REVISIÓN SISTEMÁTICA"**, ante el Tribunal de Calificación integrado por: Lic. FIERRO VALVERDE LAURA GABRIELA, Presidente(a), Lic. GUEVARA SANDOYA MERCEDES ALEJANDRA en calidad de Vocal; y, Lic. BAYAS SENISTERRA GENESIS KATIUSKA 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	58.00
DEFENSA ORAL	36.50
PROMEDIO	**94.50**
EQUIVALENTE	**MUY BUENO**

Para constancia de lo actuado firman en unidad de acto el Tribunal de Calificación, siendo las 11:00 horas.

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

Lic. FIERRO VALVERDE LAURA GABRIELA
PRESIDENTE/A DEL TRIBUNAL

Firmado electrónicamente por:
MERCEDES ALEJANDRA GUEVARA SANDOYA
Validar únicamente con FirmaEC

Lic. GUEVARA SANDOYA MERCEDES ALEJANDRA
VOCAL

Firmado electrónicamente por:
GENESIS KATIUSKA BAYAS SENISTERRA
Validar únicamente con FirmaEC

Lic. BAYAS SENISTERRA GENESIS KATIUSKA
SECRETARIO/A DEL TRIBUNAL

Firmado electrónicamente por:
PATRICIA MARIBEL CALVA SALVADOR
Validar únicamente con FirmaEC

LIC. CALVA SALVADOR PATRICIA MARIBEL
MAGÍSTER

UNEMI
UNIVERSIDAD ESTATAL DE MILAGRO

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 diecisiete días del mes de octubre del dos mil veinticinco, siendo las 10:00 horas, de forma VIRTUAL comparece el/la maestrante, LIC. ESPINOZA NAVARRETE ABIGAIL BETSABE, a defender el Trabajo de Titulación denominado **" IMPACTO DEL CUIDADO HUMANIZADO EN LAS UNIDADES DE CUIDADOS INTENSIVOS REVISIÓN SISTEMÁTICA"**, ante el Tribunal de Calificación integrado por: Lic. FIERRO VALVERDE LAURA GABRIELA, Presidente(a), Lic. GUEVARA SANDOYA MERCEDES ALEJANDRA en calidad de Vocal; y, Lic. BAYAS SENISTERRA GENESIS KATIUSKA 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	58.00
DEFENSA ORAL	38.33
PROMEDIO	**96.33**
EQUIVALENTE	**EXCELENTE**

Para constancia de lo actuado firman en unidad de acto el Tribunal de Calificación, siendo las 11:00 horas.

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

Lic. FIERRO VALVERDE LAURA GABRIELA
PRESIDENTE/A DEL TRIBUNAL

Firmado electrónicamente por:
MERCEDES ALEJANDRA GUEVARA SANDOYA
Validar únicamente con FirmaEC

Lic. GUEVARA SANDOYA MERCEDES ALEJANDRA
VOCAL

Firmado electrónicamente por:
GENESIS KATIUSKA BAYAS SENISTERRA
Validar únicamente con FirmaEC

Lic. BAYAS SENISTERRA GENESIS KATIUSKA
SECRETARIO/A DEL TRIBUNAL

Firmado electrónicamente por:
ABIGAIL BETSABE ESPINOZA NAVARRETE
Validar únicamente con FirmaEC

LIC. ESPINOZA NAVARRETE ABIGAIL BETSABE
MAGÍSTER

UNEMI
UNIVERSIDAD ESTATAL DE MILAGRO

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 diecisiete días del mes de octubre del dos mil veinticinco, siendo las 10:00 horas, de forma VIRTUAL comparece el/la maestrante, LIC. GONZÁLEZ ESPAÑA MARÍA CRISTINA, a defender el Trabajo de Titulación denominado **" IMPACTO DEL CUIDADO HUMANIZADO EN LAS UNIDADES DE CUIDADOS INTENSIVOS REVISIÓN SISTEMÁTICA"**, ante el Tribunal de Calificación integrado por: Lic. FIERRO VALVERDE LAURA GABRIELA, Presidente(a), Lic. GUEVARA SANDOYA MERCEDES ALEJANDRA en calidad de Vocal; y, Lic. BAYAS SENISTERRA GENESIS KATIUSKA 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	58.00
DEFENSA ORAL	36.67
PROMEDIO	**94.67**
EQUIVALENTE	**MUY BUENO**

Para constancia de lo actuado firman en unidad de acto el Tribunal de Calificación, siendo las 11:00 horas.

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

Lic. FIERRO VALVERDE LAURA GABRIELA
PRESIDENTE/A DEL TRIBUNAL

Firmado electrónicamente por:
MERCEDES ALEJANDRA GUEVARA SANDOYA
Validar únicamente con FirmaEC

Lic. GUEVARA SANDOYA MERCEDES ALEJANDRA
VOCAL

Firmado electrónicamente por:
GENESIS KATIUSKA BAYAS SENISTERRA
Validar únicamente con FirmaEC

Lic. BAYAS SENISTERRA GENESIS KATIUSKA
SECRETARIO/A DEL TRIBUNAL

Firmado electrónicamente por:
MARIA CRISTINA GONZALEZ ESPANA
Validar únicamente con FirmaEC

LIC. GONZÁLEZ ESPAÑA MARÍA CRISTINA
MAGÍSTER

UNEMI
UNIVERSIDAD ESTATAL DE MILAGRO

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 diecisiete días del mes de octubre del dos mil veinticinco, siendo las 10:00 horas, de forma VIRTUAL comparece el/la maestrante, LIC. VILLAMAR BAQUERIZO TATIANA CECIBEL, a defender el Trabajo de Titulación denominado **" IMPACTO DEL CUIDADO HUMANIZADO EN LAS UNIDADES DE CUIDADOS INTENSIVOS REVISIÓN SISTEMÁTICA"**, ante el Tribunal de Calificación integrado por: Lic. FIERRO VALVERDE LAURA GABRIELA, Presidente(a), Lic. GUEVARA SANDOYA MERCEDES ALEJANDRA en calidad de Vocal; y, Lic. BAYAS SENISTERRA GENESIS KATIUSKA 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	58.00
DEFENSA ORAL	37.50
PROMEDIO	**95.50**
EQUIVALENTE	**MUY BUENO**

Para constancia de lo actuado firman en unidad de acto el Tribunal de Calificación, siendo las 11:00 horas.

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

Lic. FIERRO VALVERDE LAURA GABRIELA
PRESIDENTE/A DEL TRIBUNAL

Firmado electrónicamente por:
MERCEDES ALEJANDRA GUEVARA SANDOYA
Validar únicamente con FirmaEC

Lic. GUEVARA SANDOYA MERCEDES ALEJANDRA
VOCAL

Firmado electrónicamente por:
GENESIS KATIUSKA BAYAS SENISTERRA
Validar únicamente con FirmaEC

Lic. BAYAS SENISTERRA GENESIS KATIUSKA
SECRETARIO/A DEL TRIBUNAL

Firmado electrónicamente por:
TATIANA CECIBEL VILLAMAR BAQUERIZO
Validar únicamente con FirmaEC

LIC. VILLAMAR BAQUERIZO TATIANA CECIBEL
MAGÍSTER

UNEMI
UNIVERSIDAD ESTATAL DE MILAGRO

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 diecisiete días del mes de octubre del dos mil veinticinco, siendo las 10:00 horas, de forma VIRTUAL comparece el/la maestrante, ENF. TINGO CHILIGUANO LORENA ALEXANDRA, a defender el Trabajo de Titulación denominado **" IMPACTO DEL CUIDADO HUMANIZADO EN LAS UNIDADES DE CUIDADOS INTENSIVOS REVISIÓN SISTEMÁTICA"**, ante el Tribunal de Calificación integrado por: Lic. FIERRO VALVERDE LAURA GABRIELA, Presidente(a), Lic. GUEVARA SANDOYA MERCEDES ALEJANDRA en calidad de Vocal; y, Lic. BAYAS SENISTERRA GENESIS KATIUSKA 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	58.00
DEFENSA ORAL	36.50
PROMEDIO	**94.50**
EQUIVALENTE	**MUY BUENO**

Para constancia de lo actuado firman en unidad de acto el Tribunal de Calificación, siendo las 11:00 horas.

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

Lic. FIERRO VALVERDE LAURA GABRIELA
PRESIDENTE/A DEL TRIBUNAL

Firmado electrónicamente por:
MERCEDES ALEJANDRA GUEVARA SANDOYA
Validar únicamente con FirmaEC

Lic. GUEVARA SANDOYA MERCEDES ALEJANDRA
VOCAL

Firmado electrónicamente por:
GENESIS KATIUSKA BAYAS SENISTERRA
Validar únicamente con FirmaEC

Lic. BAYAS SENISTERRA GENESIS KATIUSKA
SECRETARIO/A DEL TRIBUNAL

Firmado electrónicamente por:
LORENA ALEXANDRA TINGO CHILIGUANO
Validar únicamente con FirmaEC

ENF. TINGO CHILIGUANO LORENA ALEXANDRA
MAGÍSTER

Dedicatoria

Este logro es gracias a Dios, por su inmenso amor y guía constante. A mi esposo e hija gracias por su apoyo, paciencia y por ser mi pilar en todo momento. A mis padres, hermanos y sobrinas, gracias por su amor, fe y palabras de aliento.

Lic. María Cristina González España.

Dedico este trabajo de titulación a Dios, quien ha sido mi fuerza y mi castillo en momentos de angustia, por otorgarme todos los recursos para poder continuar con mis estudios, este título no es mío, es de el.

Lic. Abigail Espinoza Navarrete.

Quiero dedicar esta tesis a Dios que me ha dado la vida y fortaleza para terminarla. A mi madre por estar ahí cuando más la necesité. También la dedico a mis hijos quienes han sido mi mayor motivación para nunca rendirme en los estudios y poder llegar a ser ejemplo para ellos.

Lic. Tatiana Villamar Baquerizo.

Dedico el presente trabajo a mi hijo quien se ha convertido en mi fuente de inspiración y motivación además que este logro sea un recuerdo de en los momentos difícil se puede avanzar y ser mejor

Lic. Lorena Tingo Chiliguano.

A nuestro creador Dios, que me ha brindado todo, y es el que me sostiene de su mano en todo momento de mi vida. A mi familia que ha sido siempre mi apoyo

incondicional, sin ellos este proyecto académico no sería posible estoy eternamente agradecida con mi familia gracias a sus esfuerzos pude alcanzar mi objetivo.

Lic. Patricia Calva Salvador.

Agradecimientos

Agradezco a docentes, tutores y coordinadoras por su conocimiento, dedicación y orientación en esta maestría. Gracias por compartir su experiencia y guiarme en este camino de aprendizaje, a todas las personas que contribuyeron a este logro, mi sincera gratitud.

Lic. María Cristina González España.

Agradezco a Dios, por ser quien me ha dado la oportunidad de superarme día tras día, quien a pesar de los problemas ha estado conmigo y he visto su mano junto a mí, gracias al Señor Jesús por ser mi más grande maestro, por darme calma en medio de la tormenta y por cubrirme bajo la sombra de sus alas.

Lic. Abigail Espinoza Navarrete.

Agradezco a aquellas personas que participaron en la realización del presente trabajo. A mi familia por su apoyo y paciencia, a nuestro tutor y docentes por la guía y el conocimiento como expertos, a la institución que nos permitió levantar los datos, obteniendo información útil para mejorar la atención en los pacientes.

Lic. Lorena Tingo Chiliguano.

Doy infinitas gracias a Dios por iluminar mi camino y fortalecer mi voluntad a lo largo de esta jornada académica.

Lic. Tatiana Villamar Baquerizo.

Quiero agradecer a Dios, por darme la fortaleza de iniciar y concluir una etapa de vida profesional. También expreso mi más sincero agradecimiento aquellas personas que participaron en la elaboración del trabajo, a los docentes que comparten sus conocimientos y sus experiencias siendo un soporte clave para la elaboración de este proyecto.

Lic. Patricia Calva Salvador.

Resumen

El cuidado humanizado en las Unidades de Cuidados Intensivos (UCI) se ha consolidado como un enfoque esencial para mejorar la experiencia de los pacientes críticos, sus familiares y el personal de salud. La presente investigación tuvo como objetivo analizar el impacto del cuidado humanizado en las UCI, mediante una revisión sistemática de literatura científica publicada entre los años 2020 y 2025. Se aplicó la metodología PRISMA, seleccionando 53 estudios provenientes de bases de datos académicas como PubMed, Scopus y SciELO.

Los resultados evidenciaron que la implementación de estrategias de humanización, tales como la comunicación empática, el respeto por la dignidad del paciente y el acompañamiento emocional, generan beneficios significativos en la reducción de la ansiedad, el estrés postraumático y la depresión en pacientes críticos. Asimismo, se observó un aumento en los niveles de satisfacción de los familiares y una mejora en el clima laboral y la satisfacción profesional del personal de enfermería.

La investigación destaca la importancia de fortalecer las competencias emocionales y comunicativas del equipo de salud, así como de impulsar políticas institucionales que promuevan un entorno asistencial más humano. Se concluye que el cuidado humanizado en UCI no solo mejora los resultados clínicos, sino que también optimiza el bienestar psicosocial de todos los actores involucrados en el proceso de atención crítica.

Palabras clave: Cuidado humanizado, Unidades de Cuidados Intensivos, Enfermería, Bienestar emocional, Satisfacción del paciente, Revisión sistemática.

Abstract

Humanized care in Intensive Care Units (ICUs) has become an essential approach to improving the experience of critically ill patients, their families, and healthcare professionals. This research aimed to analyze the impact of humanized care in ICUs through a systematic literature review of scientific studies published between 2020 and 2025. The PRISMA methodology was applied, selecting 53 studies from academic databases such as PubMed, Scopus, and SciELO.

The results revealed that the implementation of humanization strategies, such as empathetic communication, respect for patient dignity, and emotional support, significantly reduces anxiety, post-traumatic stress, and depression in critically ill patients. Likewise, there was an increase in family satisfaction levels and an improvement in the work environment and professional satisfaction among nursing staff.

This study highlights the importance of strengthening the emotional and communicative competencies of healthcare teams and promoting institutional policies that foster a more humane care environment. It is concluded that humanized care in ICUs not only improves clinical outcomes but also enhances the psychosocial well-being of all actors involved in critical care processes.

Keywords: Humanized care, Intensive Care Units, Nursing, Emotional well-being, Patient satisfaction, Systematic review.

Índice de Tablas

Tabla 1. Variables 1

Tabla 2. Análisis de resultados bibliográficos 34

Tabla 3. Dimensión de dignidad y respeto en cuidados humanizados 35

Tabla 4. Resultados de recuperación física y emocional del paciente crítico con cuidados humanizados 37

Tabla 5. Presentación de resultados relacionados a la satisfacción de los familiares dentro de UCI 39

Tabla 6. Presentación de resultados relacionados con la percepción del personal de enfermería en areas de UCI 41

Índice / Sumario

CAPÍTULO I: El Problema de la Investigación 4
1.1. Planteamiento del problema 4
1.2. Delimitación del problema 7
1.3. Formulación del problema 9
1.4. Preguntas de investigación 9
1.5. Objetivos 10
1.5.1 Objetivo general 10
1.5.2 Objetivos específicos 10
1.6. Justificación 10
CAPÍTULO II: Marco Teórico Referencial 1
2.1. Antecedentes Referenciales 1
2.2. Fundamentos Teóricos del Cuidado Humanizado 4
2.3. Marco Conceptual 5
2.4. Marco Teórico 15
CAPÍTULO III: Diseño Metodológico 26
3.1. Tipo y diseño de investigación 26
3.2. La población y la muestra 27
3.3. Los métodos y las técnicas 28
3.4. Procesamiento estadístico de la información 31
CAPÍTULO IV: Análisis e Interpretación de Resultados 32
4.1. Análisis e Interpretación de Resultados 32
CAPÍTULO V: Conclusiones, Discusión y Recomendaciones 46
5.1. Discusión 46
REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS 53

Introducción

La atención a pacientes críticos en las Unidades de Cuidados Intensivos (UCI) se convierte en un escenario bastante desafiante en el contexto moderno de la salud. En estos entornos altamente especializados, el enfoque biomédico tradicional ha priorizado históricamente la estabilización fisiológica, el soporte vital y la intervención médica inmediata, relegando en ocasiones el componente humano y emocional del cuidado. No obstante, el concepto de *cuidado humanizado* se ha consolidado con mucha fuerza en las últimas décadas, debido a la constante necesidad de brindar atención integral, empática y enfocada en la dignidad de cada persona.

El cuidado humanizado en UCI se respalda en una visión holística dirigida al ser humano, reconociendo que el paciente crítico no solo enfrenta alteraciones físicas, sino también profundas repercusiones emocionales, psicológicas y sociales. Esta necesidad se ha hecho más evidente ante la evidencia científica que revela el impacto negativo que pueden generar los entornos hospitalarios despersonalizados, donde la comunicación limitada, el aislamiento social y la atención exclusivamente técnica contribuyen al aumento tanto de la ansiedad como del estrés postraumático y la insatisfacción percibida por el paciente y su familia.

En el contexto latinoamericano y específicamente en Ecuador, la aplicación de estrategias de humanización en las UCI es un desafío relevante. Las desigualdades en el acceso a recursos, el limitado personal capacitado en habilidades emocionales y de comunicación, y la escasa implementación de políticas institucionales enfocadas a la humanización, son elementos que comprometen su aplicación efectiva. Estudios recientes a nivel nacional evidencian carencias vitales en la preparación del personal sanitario en aspectos como la comunicación terapéutica, el

acompañamiento emocional y el respeto por la capacidad autónoma del paciente, lo que deja en evidencia una brecha entre la literatura del cuidado integral y la realidad asistencial.

A nivel internacional, organismos como la Organización Mundial de la Salud (OMS) destacan la importancia de integrar modelos de atención con enfoque en la persona en todos los niveles del sistema sanitario, incluyendo las unidades de cuidados críticos. Países como España, Brasil y Colombia han desarrollado iniciativas orientadas a institucionalizar el cuidado humanizado en las UCI, reportando mejoras en el nivel de satisfacción en los pacientes, familiares y el personal sanitario.

El presente estudio aborda esta problemática mediante una revisión sistemática de literatura científica, con el análisis de la producción académica publicada entre los años 2020 y 2025. Esta selección temporal permite captar las transformaciones recientes en los modelos de atención intensiva, especialmente considerando el impacto emocional y estructural originado en el tiempo de pandemia de COVID-19, que dejo en evidencia la necesidad de fomentar la humanización del cuidado en escenarios críticos.

El diseño metodológico en esta investigación se basa en la aplicación de la Declaración PRISMA, lo que asegura un riguroso proceso de selección, síntesis y análisis en los estudios que se incluyeron. La población de análisis se constituye de investigaciones nacionales e internacionales que abarcan la relación que existe entre cuidados humanizados y sus respectivos efectos a nivel emocional en los pacientes, la satisfacción de sus familiares y la percepción que tiene el personal de enfermería en UCI.

La estructura implementada en esta tesis se distribuye en cinco capítulos. El Capítulo I presenta la delimitación del problema, los objetivos de la investigación y la justificación tanto teórica como práctica del estudio. En el Capítulo II se encuentra el marco teórico y referencial, además, se analizan los antecedentes internacionales, latinoamericanos y nacionales, así como las principales teorías y modelos conceptuales que evidencian el fenómeno del cuidado humanizado. El Capítulo III describe el diseño metodológico, al detallar el tipo de estudio, población, criterios de inclusión y exclusión, así como las estrategias tanto de búsqueda como de procesamiento de información. El Capítulo IV congrega el análisis e interpretación de los resultados adquiridos tras la revisión sistemática, organizados por dimensiones clave. Finalmente, el Capítulo V desarrolla la discusión de los hallazgos, junto a las conclusiones y recomendaciones que buscan orientar futuras investigaciones y propuestas de mejora en la práctica clínica.

Con este trabajo se pretende aportar al conocimiento científico y a la práctica asistencial en UCI, ofreciendo evidencia actualizada que permita fortalecer políticas institucionales, programas de formación profesional y estrategias clínicas orientadas hacia la atención ética, empática y enfocada en el ser humano.

CAPÍTULO I: El Problema de la Investigación

1.1. Planteamiento del problema

El cuidado humanizado en las UCI expone un enfoque contemporáneo focalizado en la atención integral del paciente en estado crítico, priorizando no solo su estado fisiológico, sino también en el ámbito emocional, psicológico y social.(1) Esta perspectiva busca que la atención médica preserve la dignidad humana, facilite la expresión emocional y fomente una relación activa con los familiares del paciente, reconociendo su papel vital en todo el proceso de recuperación.(2) Sin embargo, la aplicación de estos principios en contextos de alta complejidad como las UCI presenta serios desafíos, ya que en estas unidades predomina una visión tecnocrática que privilegia la estabilización clínica del paciente, a menudo relegando a un segundo plano su bienestar subjetivo.

Durante las últimas décadas, la noción de humanización en la atención hospitalaria ha cobrado un protagonismo creciente, tanto en investigaciones científicas como en las políticas institucionales de salud.(1) Este interés responde a la evidencia acumulada que demuestra cómo los entornos hospitalarios tecnificados pueden generar efectos adversos sobre la estabilidad mental tanto de los pacientes como de sus familias.(3) Las UCI, por su naturaleza crítica, implican una exposición constante a decisiones de alto riesgo, procedimientos invasivos y aislamiento social, lo cual incrementa la vulnerabilidad psicológica de los individuos.(4) Así, el cuidado humanizado se origina como una estrategia indispensable para mitigar estas consecuencias y promover una experiencia más humana y empática en los procesos de atención intensiva.

Desde de una perspectiva social, la escases de un abordaje humanizado deteriora la reputación de las instituciones sanitarias, afecta de manera negativa a la confianza en los sistemas de salud y promueve la percepción de una atención mecanizada.(3) A pesar del reconocimiento teórico y normativo que ha alcanzado el cuidado humanizado, persisten limitaciones estructurales y formativas que dificultan su integración en la práctica clínica en UCI, específicamente en regiones con marcadas desigualdades de distribución de los recursos sanitarios y con escasa inversión en salud mental.(5)

La magnitud de este problema se evidencia en estudios de los cuales, se estiman que hasta un 70% de pacientes atendidos en UCI desarrollan problemas psicológicos persistentes, incluidas depresión y trastornos de ansiedad, consecuencia de un entorno hospitalario poco humanizado. (5) Esta situación se ve agravada en los familiares, quienes también experimentan altos niveles de angustia y desconcierto, lo que afecta a su calidad de vida y su rol de apoyo emocional al paciente.

En un análisis global, la OMS advirtió que los índices de mortalidad en UCI alcanzan entre el 20% y 25% en países con altos ingresos, cifra que se incrementa notablemente en naciones con sistemas de salud frágiles. (6) A este panorama se suman los efectos psicológicos post-UCI, que están directamente relacionados con la falta de atención humanizada, consolidando la necesidad urgente de adoptar una visión más comprensiva en el abordaje del paciente crítico. (5)

En países desarrollados, a pesar de contar con protocolos y directrices institucionales orientadas hacia la humanización del cuidado, su implementación efectiva se ve

comprometida por la tecnificación extrema, el escaso número de profesionales en salud mental y las prioridades asistenciales centradas en lo biomédico. (7) Se observa que más del 60% de pacientes en UCI de Europa y Norteamérica presentan signos de ansiedad o depresión, incluso cuando reciben tratamientos avanzados y seguimiento clínico especializado. (8)

La OMS, en sus lineamientos, ha enfatizado la necesidad de adoptar modelos integrales de aceptación que incorporen tanto dimensiones físicas del paciente, como sus necesidades afectivas, sociales y espirituales. (6) Esta recomendación cobra especial relevancia en contextos como América Latina, donde las inequidades en salud, la escasez de personal entrenado en contención emocional y las limitaciones presupuestarias dificultan una atención enfocada en el ser humano. (8)

En el caso de Brasil se pudo identificar que aproximadamente el 40% de los pacientes críticos desarrollaron estrés postraumático tras su paso por UCI, mientras que los familiares manifestaron altos niveles de angustia debido a la limitada interacción con el equipo médico.(9) De igual manera, en países como México, Argentina y Colombia, la integración de políticas públicas dirigidas a la humanización del cuidado se encuentra en su etapa inicial, lo que genera brechas en los resultados sanitarios y en la calidad asistencial.(8)

En Ecuador, la realidad no es ajena a este escenario. A pesar de los avances tecnológicos en ciertas unidades hospitalarias, las UCI enfrentan serias barreras para adoptar el cuidado humanizado como factor principal de la atención. (10) Estas barreras incluyen limitaciones en infraestructura, escasez de profesionales formados en áreas de salud mental, y una cultura institucional aún centrada en lo curativo más

que en lo comprensivo. Un estudio efectuado en el Hospital Universitario de Quito se concluyó que la ausencia de interacción con los familiares y el enfoque excesivamente técnico de la atención médica son los principales factores generadores de ansiedad y estrés entre los pacientes. (11)

Finalmente, la Fundación Ecuatoriana de Salud y Bienestar advierte que la formación universitaria en áreas de enfermería y medicina en Ecuador continúa ofreciendo una preparación insuficiente en aspectos de comunicación empática, gestión emocional y acompañamiento humanizado, perpetuando así una brecha entre los ideales del cuidado integral y la práctica clínica real.(12)

Este planteamiento evidencia la necesidad urgente de reformular los modelos de atención en las UCI hacia una visión humanizada, interdisciplinaria y sensible al contexto,(13) que promueva no solo la supervivencia, sino también la dignidad y el bienestar emocional de quienes atraviesan uno de los momentos más relevantes de su vida.

1.2. Delimitación del problema

La presente investigación se realizara en el contexto de las UCI, focalizándose en la evaluación del impacto que genera la implementación del cuidado humanizado, a partir del análisis sistemático de publicaciones académicas provenientes de bases de datos científicas reconocidas.

(14) Este enfoque permite establecer una visión amplia y actualizada sobre cómo las estrategias de humanización influyen en los diversos actores involucrados en la atención crítica.(15)

- **Período de estudio:** El intervalo temporal seleccionado para esta revisión comprende los años 2020 a 2025. Esta franja temporal resulta especialmente pertinente, dado que en dicho periodo se ha evidenciado una intensificación de la tendencia por el cuidado humanizado dentro del entorno de las UCI, motivado en parte por los desafíos emocionales y clínicos agudizados durante la pandemia.

- **Población y entorno:** La población objeto de análisis está conformada por los profesionales que laboran en UCI, en particular el personal de enfermería, cuya intervención es vital en la ejecución de intervenciones humanizadas. El entorno clínico comprende diversas UCI documentadas en estudios de carácter cualitativo y cuantitativo, que abordan la percepción de los cuidados y las prácticas implementadas.

Variables analizadas

- **Cuidado humanizado:** Esta variable contempla la evaluación de prácticas clínicas centradas en el ser humano, tales como la comunicación empática y constante con el paciente, la consideración a la autonomía y dignidad del enfermo, y la inserción activa por parte de los familiares en la toma de decisiones. Se recogerán datos sobre la percepción del personal sanitario y los allegados respecto a estas acciones.
- **Bienestar emocional del paciente:** Se examinará el grado en que las prácticas humanizadas contribuyen a mitigar trastornos psicoemocionales como la depresión, la ansiedad o el estrés postraumático. El análisis introducirá indicadores de salud mental derivados del ingreso y la

permanencia en UCI.

- **Satisfacción de los familiares:** Se investigará el nivel de satisfacción de las familias de los pacientes críticos en relación con el trato brindado, la disponibilidad de información asertiva y el seguimiento emocional proporcionado por el equipo de salud.
- **Impacto en la recuperación física y psicológica:** Esta variable comprende tanto la evaluación objetiva del proceso clínico, como el tiempo de la hospitalización y la repercusión en el número de complicaciones, como los efectos subjetivos a largo plazo percibidos por los pacientes tras ser dados de alta. Se buscará comparar los resultados entre quienes recibieron una atención humanizada y aquellos cuyo tratamiento se centró exclusivamente en aspectos técnicos.

En conjunto, este estudio busca generar un análisis integral sobre el valor agregado que representa la incorporación de estrategias humanizadas en el entorno UCI, destacando su repercusión tanto en la calidad asistencial como en la experiencia humana tanto de los pacientes como de sus familias.

1.3. Formulación del problema

¿Cómo influye el cuidado humanizado en el contexto de Unidades de Cuidados Intensivos (UCI), en comparación con los cuidados convencionales, en el impacto percibido en los pacientes y el entorno durante el periodo de estudio?

1.4. Preguntas de investigación

- ¿Qué estrategias pueden implementarse para fomentar el cuidado humanizado en las unidades de cuidados intensivos?
- ¿Qué estrategias de cuidado humanizado implementadas por el personal de

enfermería en las Unidades de Cuidados Intensivos impactan positivamente en la recuperación emocional de los pacientes?

- ¿Cómo influye la implementación de prácticas de cuidado humanizado en la satisfacción laboral del personal de enfermería en las Unidades de Cuidados Intensivos?

1.5 Objetivos

1.5.2 Objetivos general

Analizar el impacto del cuidado humanizado en las unidades de cuidados intensivos sobre los pacientes y el entorno.

1.5.2 Objetivos específicos

1. Identificar las estrategias de cuidado humanizado que son implementadas por el personal de enfermería en las Unidades de Cuidados Intensivos.
2. Analizar la relación que existe entre la aplicación de estrategias de cuidado humanizado y el impacto percibido en el proceso de recuperación de los pacientes críticos.
3. Evaluar el efecto de las prácticas de cuidado humanizado en la satisfacción laboral del personal de enfermería en las Unidades de Cuidados Intensivos.

1.6. Justificación

La investigación se justifica desde una perspectiva académica y social, debido a la creciente necesidad de replantear la manera en que se brinda atención en las UCI. (10) Históricamente, estos espacios clínicos adoptaron un enfoque casi exclusivamente hacia el soporte fisiológico y la intervención técnica, en detrimento

de dimensiones igualmente fundamentales como lo emocional, lo psicológico y lo relacional. (16) En este contexto, la notable reducción en el ámbito anímico ha generado importantes vacíos en los cuidados integrales, lo que afecta la rehabilitación de los pacientes y su entorno familiar.(17)

Desde la perspectiva académica, la importancia de esta investigación se encuentra en su capacidad de aportar evidencia a un campo en desarrollo: la aplicación del cuidado humanizado en entornos clínicos de alta complejidad tecnológica.(18) Aunque existan estudios enfocados en áreas generales hospitalarias, en el caso de la UCI se encuentra evidencia especifica y sistematizada muy limitada en este contexto, lo que significa una brecha de conocimiento.(16) Es por esto que se dificulta el desarrollo de protocolos basados en evidencia que aborde la dimensión del cuidado humanizado por parte del personal de enfermería.

En el plano social, el valor del estudio es igualmente notable. Los pacientes críticos y sus familias suelen enfrentarse a condiciones de angustia, incertidumbre y aislamiento.(19) La integración de estrategias que impulsen la empatía, la cercanía emocional y el respeto mutuo no solo beneficia a la recuperación física y psicológica del paciente, además, contribuyen en la prevención de eventos adversos relacionados con el estrés.(20)

Por otro lado, es fundamental considerar que varios estudios han señalado obstáculos estructurales que restringen la implementación efectiva del cuidado humanizado para pacientes de UCI.(21) Entre estos se encuentran la fragmentación de los servicios, la sobrecarga laboral del personal de salud y las carencias en formación sobre habilidades interpersonales y comunicación terapéutica.(22) En cambio, referente al ámbito social es importante fortalecer la dimensión humana del cuidado en UCI, debido a que este tiene influye de manera directa en la confianza de la población con el sistema de salud.

En conclusión, esta investigación es una respuesta a la innegable necesidad identificada en la literatura científica: recabar evidencia actualizada y enfocada en la integración sistemática del cuidado humanizado en UCI. Es así que, se pretende generar un aporte tanto a la mejora de los resultados clínicos como a la experiencia del paciente, y a la transformación de los modelos culturales e institucionales en pro de la atención enfocada a la persona.

Declaración de las variables

Variable Independiente: Cuidado Humanizado en las Unidades de Cuidados Intensivos (UCI).

Variable Dependiente: Recuperación Física y Emocional de los Pacientes y Satisfacción de los Familiares.

Tabla 1. Variables

VARIABLE	DIMENSIÓN	INDICADOR	INSTRUMENTO	ESCALA
Cuidado Humanizado	Dimensión de la atención emocional	Calidad de la comunicación con el paciente y familiares	Entrevistas con personal de salud y familiares	Escala Likert (1 a 5: Muy deficiente a Muy excelente)
	Dimensión de la dignidad y respeto	Respeto por la privacidad y dignidad del paciente	Observación directa, encuestas al paciente	Escala Likert (1 a 5: Muy deficiente a Muy excelente)
	Dimensión de apoyo psicológico	Disponibilidad de apoyo psicológico a pacientes y familiares	Encuestas al personal de salud y pacientes	Escala Likert (1 a 5: Muy deficiente a Muy excelente)
Recuperación Física y Emocional de los Pacientes	Recuperación física	Duración de la estancia hospitalaria, tasa de complicaciones postquirúrgicas	Registros médicos y entrevistas con personal de salud	Tiempo en días, número de complicaciones
	Recuperación Emocional	Nivel de ansiedad, depresión o estrés postraumático	Escala de Ansiedad de Hamilton (HAM-A)	Escala de 0 a 4 (Nada a Grave)
Satisfacción de los Familiares	Satisfacción general	Grado de satisfacción con la atención brindada	Encuesta de satisfacción familiar	Escala Likert (1 a 5: Muy insatisfecho a Muy satisfecho)
	Apoyo emocional al familiar	Percepción de apoyo emocional recibido durante la hospitalización	Encuesta de satisfacción familiar	Escala Likert (1 a 5: Muy insatisfecho a Muy satisfecho)

CAPÍTULO II: Marco Teórico Referencial

2.1. Antecedentes Referenciales

Estudios Internacionales

Experiencia europea: España

Un estudio destacado realizado en la Universidad de Coruña evidencia que la implementación de prácticas humanizadas mejora considerablemente la percepción tanto de los pacientes como de sus familias sobre la atención recibida en las UCI.(27) Entre los principales hallazgos, se señala un menor nivel de la ansiedad y de estrés en los pacientes, de igual manera, se observa un mayor grado de satisfacción por parte de sus familiares, lo cual repercute positivamente en la recuperación clínica.(21)

Estudios latinoamericanos: Perú y Colombia

En Perú, una investigación registrada en el repositorio Norbert Wiener se resalta la importancia de implementar estrategias de comunicación efectiva y acompañamiento familiar como ejes del cuidado humanizado.(25) Se encontró que estas prácticas reducen los tiempos de hospitalización y aportan a la mejora de la calidad de vida después de UCI.

Asimismo, en Colombia, estudios han revelado que las intervenciones humanizadas dentro de las unidades intensivas contribuyen a disminuir el efecto de trastornos psicológicos como el TEPT y a reforzar la relación que se da entre personal de salud y paciente, especialmente cuando se fomenta la cooperación familiar en la toma de decisiones.(28)

Investigaciones Nacionales: Ecuador

Avances académicos e institucionales

En el contexto ecuatoriano, el abordaje del cuidado humanizado en las UCI ha sido aún limitado, aunque investigaciones recientes están empezando a generar evidencia relevante.(19) Por ejemplo, en la Pontificia Universidad Católica del Ecuador, examinó el impacto del cuidado emocional brindado por el personal sanitario y evidencio que la comunicación eficaz con los pacientes críticos, incluso en condiciones de conciencia reducida, mejora significativamente su experiencia de hospitalización.(27)

Limitaciones estructurales y formativas

Sin embargo, este estudio también evidenció barreras importantes como la falta de recursos, la sobrecarga laboral y la escasez de formación en aspectos psicoemocionales del cuidado.(26) Estas limitaciones son compartidas por otros trabajos nacionales, como los publicados en la Revista de la Sociedad Ecuatoriana de Cuidados Intensivos, donde se reporta que, aunque el personal reconoce la importancia del enfoque humanizado, la práctica clínica continúa priorizando lo técnico por sobre lo emocional.(28)

Práctica clínica y cultura organizacional

Adicionalmente, en estudios realizados en hospitales de Quito, se señala que, aunque existen iniciativas institucionales para implementar protocolos centrados en el paciente, su aplicación se ve limitada por la escasa capacitación en humanización y la carencia de políticas de salud pública claras que apoyen estas prácticas.(29) La cultura organizacional predominantemente biomédica en los hospitales ecuatorianos

representa un obstáculo importante para promover la atención intensiva verdaderamente enfocada en la persona.(30)

Vacíos del conocimiento y retos en Ecuador

A pesar de la creciente literatura sobre el tema a nivel global, en Ecuador persisten vacíos importantes relacionados con la integración del cuidado humanizado en la capacitación del personal de enfermería, la adaptación cultural de estos modelos, y la medición sistemática de su impacto.(31) Las brechas sociales y económicas, así como las condiciones laborales del personal de salud, son elementos que influyen negativamente en la posibilidad de ofrecer una atención empática y ética.(32)

Comparación regional: Similitudes y diferencias

Internacionales y nacionales, los estudios coinciden en que los cuidados humanizados tienen un efecto a favor de la satisfacción del paciente, la reducción de la ansiedad, y el avance en los resultados clínicos.(31) Sin embargo, existen claras diferencias contextuales: mientras que en países como España o Chile existen protocolos institucionalizados y recursos disponibles para implementar estas prácticas, en Ecuador aún se depende de la iniciativa personal de los profesionales y de los limitados programas de formación en esta área.(27)

Aportes del presente estudio

El presente trabajo busca llenar parte de ese vacío, centrándose en las barreras institucionales, educativas y culturales que enfrentan los profesionales de enfermería en Ecuador para aplicar cuidados humanizados en las UCI.(31) Se espera que los hallazgos sirvan como base para promover reformas en la formación académica y en

la gestión hospitalaria, fortaleciendo una atención intensiva que no solo preserve la vida, sino que también respete y valore la dignidad humana en los momentos más críticos.(33)

2.2. Fundamentos Teóricos del Cuidado Humanizado

El Enfoque del cuidado humanizado en UCI: Perspectiva general

En los últimos años, el cuidado humanizado ha ganado una relevancia creciente entro de las UCI, debido al reconocimiento de su efecto positivo en la salud emocional, psicológico y físico de cada paciente.(23) Esta práctica se fundamenta en un modelo integral que reconoce al ser humano como un ser bio-psico-social, espiritual y cultural, y busca respetar su autonomía, dignidad y valores personales.(24) Según el concepto de cuidado humanizado, este traduce en una atención enfocada tanto en el tratamiento clínico, como en la interacción empática y respetuosa que se da entre el personal sanitario, el paciente y su entorno familiar.

Fundamentos éticos y filosóficos del cuidado humanizado

Este modelo promueve un enfoque holístico, valorando la unicidad del paciente y su proceso de vida.(25) Conjuntamente de esto el cuidado debe ser individualizado, resaltando la interdependencia y las relaciones de apoyo que permiten fomentar la autonomía progresiva del ser humano.(24) La esencia del cuidado humanizado descansa sobre valores como la empatía, el respeto, la confianza y la preocupación genuina por el bienestar del paciente, aspectos que se ven reforzados en las relaciones interprofesionales dentro de los equipos de salud.(26)

2.3. Marco Conceptual

2.2.1. Impacto del Cuidado Humanizado en las Unidades de Cuidados Intensivos (UCI)

El impacto del cuidado humanizado en las UCI representa un problema de creciente interés en el área de la salud, dado que involucra dimensiones tanto clínicas como emocionales, sociales y éticas en la atención brindada al paciente en estado crítico.(34) En estos entornos altamente especializados, donde prevalece la utilización de tecnología avanzada y decisiones médicas de alta complejidad, se da la necesidad de agregar un enfoque que no solo se preocupe en la recuperación fisiológica, sino que contemple al paciente como ser humano íntegro, con derechos, emociones y necesidades afectivas.(31) El cuidado humanizado, en este contexto, además de la aumentar la calidad de vida del paciente durante su estancia hospitalaria, también tiene un impacto directo en su rehabilitación física y emocional, así como en la perspectiva de seguridad y confianza de sus familiares.(30)

En este sentido, el presente marco conceptual tiene como propósito definir con claridad y fundamento teórico los elementos clave que configuran el fenómeno en estudio.(17) Mediante el análisis de literatura científica relevante, se buscará establecer las principales categorías conceptuales, tales como cuidado humanizado, bienestar emocional, satisfacción familiar y recuperación integral del paciente, entendidas como variables interrelacionadas que influyen tanto en los resultados clínicos como psicosociales de los pacientes e estado crítico.(34) Esta delimitación conceptual permitirá no solo guiar el desarrollo metodológico de la investigación, sino también aportar una base sólida para futuras intervenciones que promuevan una atención más empática, ética y enfocada en la persona.

2.2.2. Cuidado Humanizado

El cuidado humanizado es una metodología integral de atención en salud que ubica al paciente como sujeto central del proceso de asistencia, considerando tanto sus necesidades físicas o médicas, como sus dimensiones emocionales, psicológicas, sociales y espirituales.(35) Esta perspectiva reconoce al ser humano por completo, con prioridad en la dignidad, el respeto, la autonomía y la individualidad.(29) En contextos hospitalarios, y específicamente en las UCI, donde la intervención clínica tiende a ser invasiva y tecnificada, el cuidado humanizado actúa como un contrapeso ético y relacional que busca humanizar la experiencia de enfermedad y hospitalización.(27)

Este enfoque implica la instauración de una relación basada en la empatía, la comunicación efectiva, la moderación emocional y el seguimiento activo tanto del paciente como de su familia.(32) Al incluir al paciente como agente activo en el proceso de toma de decisiones en cuanto a su cuidado, se promueve su sentido de control y bienestar emocional.(31) Varios estudios han demostrado que la aplicación de prácticas humanizadas mejora la satisfacción del paciente, adherencia al tratamiento, estabilidad emocional y evolución clínica, lo que reduce así el surgimiento de complicaciones psicológicas como la depresión, la ansiedad o el síndrome post-UCI.(36)

Cabe destacar que, en el entorno de cuidados críticos, el cuidado humanizado cobra especial relevancia debido a la fragilidad de los pacientes y la intensidad del tratamiento recibido.(34) La aplicación de este modelo en las UCI promueve un entorno más seguro, acogedor y respetuoso, donde la tecnología no reemplace al

vínculo humano.(31) En este sentido, los profesionales de enfermería y del equipo multidisciplinario tienen un rol clave en la aplicación de estrategias enfocadas en la escucha activa, el acompañamiento emocional, el alivio del sufrimiento y la participación de los familiares, fomentando así una atención focalizada en la persona y no solo en la enfermedad.(30)

2.2.3. Unidades de Cuidados Intensivos (UCI)

Las UCI son espacios hospitalarios altamente especializados que se destinan al tratamiento de pacientes críticos o con condiciones médicas que amenazan su vida.(37) Estas unidades están equipadas con tecnología avanzada para el monitoreo y soporte vital continuo, permitiendo una vigilancia constante de las funciones fisiológicas de los pacientes.(31) En ellas, se maneja una variedad de situaciones clínicas complejas, como insuficiencias orgánicas, postoperatorios de alto riesgo, traumatismos severos, enfermedades respiratorias agudas y cuadros infecciosos graves.(34) Dada la dificultad de estos casos, la perspectiva en la UCI requiere la intervención de un equipo conformado por médicos intensivistas, enfermeros especializados, fisioterapeutas, psicólogos, entre otros profesionales.

El entorno en las UCI se caracteriza por una dinámica acelerada, altamente protocolarizada y centrada en la tecnología. Aunque este enfoque es vital para la preservación de la vida, suele generar una atmósfera impersonal donde se minimizan las interacciones humanas, y se privilegia la acción técnica por encima de la dimensión emocional del cuidado.(38) Esto puede ocasionar un impacto relevante en la salud emocional de los pacientes, quienes con frecuencia experimentan miedo, angustia, desorientación y sensación de aislamiento.(39)

Del mismo modo, los familiares enfrentan un considerable nivel de estrés y ansiedad por la incertidumbre del pronóstico y la limitada posibilidad de contacto con sus seres queridos.

Cabe destacar que, si bien el modelo biomédico tradicional ha sido crucial para el desarrollo de la medicina intensiva, existe una creciente necesidad de replantear la atención dentro de las UCI desde una perspectiva más integral y humanizada.(40) Las interacciones humanas entre profesionales de salud, pacientes y sus familias se ven frecuentemente restringidas por la lógica operativa del entorno, lo cual limita la construcción de vínculos terapéuticos sólidos.(34) En este ámbito, la integración de estrategias de humanización se vuelve fundamental para contrarrestar los efectos emocionales adversos relacionados con hospitalización en cuidados críticos, mejorando la experiencia hospitalaria y contribuyendo al proceso de rehabilitación del paciente desde una visión holística del cuidado.(37)

2.2.4. Cuidado Humanizado en las Unidades de Cuidados Intensivos

La humanización del cuidado en las UCI ha sido ampliamente reconocida como un elemento fundamental para mejorar la experiencia del paciente durante su estancia hospitalaria.(39) Este enfoque propone trascender la atención meramente técnica para integrar dimensiones humanas como la empatía, el respeto por la dignidad del paciente ,la comunicación efectiva y el acompañamiento emocional.(36) Varios estudios han evidenciado que estas prácticas no solo contribuyen a una mejor percepción del entorno hospitalario, sino que también disminuyen los niveles de ansiedad, temor y desorientación comúnmente asociados con el tiempo en UCI.(31) En un contexto donde los pacientes afrontan situaciones de vulnerabilidad, el cuidad humanizado emerge como un componente esencial para preservar la integridad emocional y psicológica del individuo.(38)

Además de los beneficios directos para los pacientes, la humanización del cuidado tiene una influencia positiva en la dinámica institucional y en la calidad de la atención médica.(34) La implementación de este enfoque en las UCI promueve una mayor cohesión entre los equipos de salud, fortalece el proceso de toma de decisiones compartida tanto con paciente como sus familias, y mejora el clima laboral de los profesionales sanitarios.(41) Al mismo tiempo, dentro de un entorno humanizado favorece la cooperación interdisciplinaria y permite que las intervenciones técnicas se integren armónicamente con el componente humano del cuidado.(37) Este equilibrio potencia la eficacia de los tratamientos, reduce la incidencia de conflictos, y favorece una atención centrada verdaderamente en la persona.

Por otra parte, se ha logrado evidenciar que el cuidado humanizado posee efectos clínicos significativos. El fortalecimiento del vínculo terapéutico, mediante la empatía, el respeto y la escucha activa, además de la mejora de la adherencia al tratamiento, también se asocia a mejores desenlaces clínicos, como una recuperación más rápida, menor uso de sedación y disminución del tiempo de estancia hospitalaria.(37) La humanización, entonces, no es únicamente una aspiración ética o filosófica, sino una herramienta concreta y medible para mejorar los resultados del sistema de salud.(36) En consecuencia, su implementación en las UCI no debe ser opcional, sino parte integral de las políticas institucionales de calidad y seguridad del paciente.

2.2.5. Impacto del Cuidado Humanizado en la UCI

El impacto del cuidado humanizado en las UCI congrega una dimensión integral de

los efectos positivos que este tipo de atención beneficia a pacientes, familias y profesionales de la salud.(39) Se entiende como la influencia directa de prácticas enfocadas en la comunicación efectiva, la empatía y el respeto por la dignidad de cada ser humano, dentro de un entorno altamente tecnológico y crítico, la aplicación de estrategias de humanización en las UCI permite mejorar significativamente la recuperación del paciente, al generar un entorno más cálido y comprensivo, aun en condiciones clínicas complejas.(32) Esta perspectiva busca transformar la atención intensiva en un espacio que no solo preserve la vida, sino que también cuide de la integridad emocional de los involucrados.

Diversos estudios respaldan la noción de que el cuidado humanizado impacta de manera tangible en los resultados clínicos.(41) La literatura científica ha documentado que estas prácticas se asocian con la disminución del estrés y la ansiedad en los pacientes, una mejor percepción de la atención recibida por parte de los familiares, así como una disminución en la duración de la estancia hospitalaria. Además, los equipos de salud que aplican un enfoque humanizado suelen reportar mayores niveles de satisfacción profesional y un ambiente laboral más armónico.(39) Resaltando la mejora considerable de calidad de vida del paciente cuando se siente valorado, escuchado y respetado, incluso en circunstancias críticas.

En este sentido, también se aporta evidencia significativa sobre los beneficios del cuidado humanizado en las UCI. Se destaca que estas prácticas, además de reducir el estrés emocional del paciente, promueven una mejor adherencia a los tratamientos, lo que se traduce en una evolución clínica más favorable. (38) El cuidado humanizado, por tanto, no se limita a una dimensión ética o emocional, sino que representa una estrategia efectiva para optimizar los resultados del tratamiento

intensivo.(35) En aumento, en la práctica diaria de las UCI se permite entregar una atención segura, y centrada en la persona, lo que contribuye a un sistema de salud con mas humanidad y eficiencia.(41)

2.2.6. Satisfacción del Paciente

La satisfacción del paciente constituye un factor fundamental para determinar la calidad asistencial en las UCI, ya que refleja de manera directa la percepción del usuario sobre el cuidado recibido.(39) Este concepto abarca no solo el componente técnico de la atención, sino también la perspectiva humana, emocional y comunicacional ejercida por el personal de salud.(36) Conjuntamente, el nivel de satisfacción del paciente en UCI está intrínsecamente relacionada con la manera en que el personal de enfermería y medicina logran establecer vínculos de confianza, respeto y empatía, aun en contextos clínicos de alta complejidad y presión.(37)

En este sentido, la satisfacción del paciente no solo se abstiene a los resultados clínicos favorables, sino que también se ve afectada por elementos como la calidad de la comunicación, la prontitud en la atención, la transparencia en la información entregada y la posibilidad de participación del paciente y su familia en el proceso de toma de decisiones con el tratamiento.(36) El ambiente humanizado, donde se priorizan las necesidades individuales y el trato digno, se ha demostrado eficaz para elevar los niveles de satisfacción en las UCI, promoviendo un clima de seguridad emocional y colaboración terapéutica.(34) La experiencia del paciente se vuelve más positiva cuando se siente escuchado, comprendido y valorado por el equipo de salud.

Cabe destacar que, en la dinámica de las UCI, la satisfacción del paciente adquiere una connotación especial debido al estado de vulnerabilidad propio en paciente en

estado crítico y sus familias.(39) La percepción sobre la calidad del cuidado no depende únicamente de la eficiencia de cada procedimiento médico, sino también del acompañamiento emocional, el respeto tanto por la autonomía del paciente como del trato humanizado.(38) Así, medir y promover la satisfacción de cada paciente en las UCI se posiciona como una herramienta clave para mejorar no solo la calidad asistencial, sino también la relación terapéutica y los resultados en salud a corto y largo plazo.(37)

2.2.7. Bienestar Emocional del Paciente

El bienestar emocional del paciente en las UCI constituye una perspectiva indispensable en la atención integral de salud, particularmente en contextos de alta complejidad donde el paciente se encuentra en un estado de vulnerabilidad extrema.(40) Esta variable hace referencia al equilibrio mental del paciente durante su estancia en la UCI, el cual puede ser afectado debido a múltiples factores, como la gravedad de su condición, el aislamiento del entorno, la incertidumbre del pronóstico, la separación de sus familiares y el contacto limitado con el exterior.(38) De igual manera, los pacientes en estado crítico suelen experimentar niveles elevados de ansiedad, temor, tristeza e incluso episodios de confusión o delirium, los cuales influyen negativamente en su recuperación y calidad de vida posterior al alta.(40)

En este contexto, la implementación de prácticas de cuidado humanizado adquiere una importancia crucial, ya que promueve la reducción de los factores de estrés emocional mediante intervenciones empáticas, comunicación efectiva, respeto por la dignidad del paciente, y un acompañamiento cercano que favorezca el vínculo entre el personal de salud y el paciente.(33) Diversos estudios han evidenciado que una

atención centrada en el aspecto psicológico no solo mejora el estado anímico del paciente, sino que también afecta de manera positiva en indicadores clínicos como la presión arterial, la respuesta inmunológica y la duración de la hospitalización.(39) Además, el abordaje humanizado del cuidado permite detectar tempranamente signos de deterioro psicológico, facilitando la intervención oportuna por parte del equipo multidisciplinario.(26)

Cabe destacar que el bienestar psicológico del paciente en UCI no se centra únicamente en su percepción interna, sino que está profundamente influenciado por la calidad de los valores interpersonales que establece durante su permanencia en la unidad.(42) La interacción con profesionales tanto de medicina como de enfermería, la posibilidad de comunicarse con sus seres queridos, y el grado de comprensión y apoyo que recibe, juegan un rol determinante en la configuración de su experiencia emocional.(30) Por tanto, garantizar un entorno emocionalmente favorable y empático en las UCI es una responsabilidad ética y profesional que incide directamente en el proceso de rehabilitación del paciente y en la humanización real de la atención en salud.(29)

2.2.8. Relación Médico-Paciente

La relación entre médicos y pacientes constituye un pilar fundamental dentro del cuidado humanizado, especialmente en contextos críticos como las UCI, donde los pacientes se encuentran ante situaciones de alta vulnerabilidad física y emocional.(43) Esta relación va más allá de una interacción meramente técnica, pues implica una relación interpersonal fundamentada en la confianza, la empatía y una comunicación clara y respetuosa.(34) Hay que destacar que una relación sólida entre los profesional de la salud y los paciente contribuye de manera significativa a

la del paciente, facilita la adherencia a los tratamientos y mejora su experiencia durante la hospitalización, especialmente en unidades donde el ambiente puede resultar intimidante y despersonalizado. (16)

En las UCI, donde muchas veces el contacto con el paciente es limitado por su estado clínico o por la presencia de equipos médicos invasivos, la calidad de la relación médico-paciente cobra aún más relevancia.(17) La empatía demostrada mediante el lenguaje tanto verbal como no verbal, así como la capacidad de escuchar y responder a las necesidades psicológicas del paciente y su familia, se transforman en factores determinantes para el bienestar psicológico.(27) Esta relación no solo impacta al paciente, sino que también repercute positivamente en la dinámica del personal de salud, lo que fortalece la toma de decisiones compartidas e impulsando un entorno terapéutico más humano y colaborativo.(34)

Cabe destacar que la relación médico-paciente en las UCI debe ser entendida como una interacción continua y ética, en la que se reconoce al paciente no solo como receptor de intervenciones médicas, sino como un ser humano con derechos, emociones, valores y expectativas. (10) El respeto por la capacidad autónoma del paciente, la transparencia en la información brindada y la inclusión de sus respectivos familiares en la atención son componentes que fortalecen este vínculo.
(4) Por tanto, fomentar una relación médico-paciente de calidad representa una estrategia clave para alcanzar una atención intensiva más humanizada y eficiente para cada persona.

2.4. Marco Teórico

El impacto del cuidado humanizado en las UCI ha sido ampliamente abordado desde distintas disciplinas de la salud, como la medicina, la enfermería y la psicología, reconociendo que el abordaje técnico-científico no es suficiente para asegurar una atención de calidad.(40) En estos entornos, donde los pacientes se enfrentan a condiciones críticas y altamente vulnerables, el cuidado humanizado se origina como una manera esencial para mejorar tanto los resultados clínicos, como la experiencia vivida por los pacientes y sus familias.(19) Este enfoque implica considerar las características emocionales, sociales y espirituales del individuo, con el objetivo de garantizar una atención más empática y digna.

Numerosos estudios han demostrado que la integración de prácticas de cuidado humanizado en las UCI genera beneficios tangibles, tales como la reducción de síntomas psicológicos como el miedo y la ansiedad, así como una mejora en la percepción de la calidad de la atención.(44) Además, se ha evidenciado una relación directa entre el acompañamiento emocional y una recuperación más rápida y satisfactoria, desde la perspectiva físico y emocional.(45) Este tipo de atención no solo mejora la experiencia del paciente, además favorece un ambiente laboral más positivo entre los profesionales de salud, al fomentar la cooperación interdisciplinaria y la reflexión ética sobre la práctica asistencial.

Tal como se ha evidenciado en los antecedentes analizados, el cuidado humanizado en UCI se consolida como una necesidad prioritaria en los sistemas de salud contemporáneos.(29) No se trata simplemente de un ideal ético o una buena práctica, sino de una estrategia respaldada por evidencia que demuestra su eficacia en contextos clínicos complejos.(36) De ahí la importancia de continuar indagando en

su estudio y aplicación, especialmente en regiones como América Latina y Ecuador, donde aún existen desafíos estructurales, culturales y formativos para lograr una verdadera humanización de la atención en las UCI.

2.4.1. Teoría del Cuidado Humano de Jean Watson

Una de las teorías más influyentes para comprender el impacto del cuidado humanizado en las UCI es la Teoría del Cuidado Humano de Jean Watson,(8) que resalta al acto de cuidar como un proceso interpersonal profundo, sustentado en la conexión genuina del profesional de la salud con su paciente. Este enfoque va más allá del modelo biomédico tradicional, integrando dimensiones emocionales, espirituales y relacionales del ser humano.(13) En el ambiente específico de las UCI, donde predomina la tecnología, la vigilancia continua y la toma rápida de decisiones clínicas, esta teoría adquiere un valor esencial al proponer que el cuidado debe ser una experiencia integral que promueva el respeto, la dignidad y la presencia auténtica ante la vulnerabilidad extrema del paciente crítico.(35)

Watson sugiere que el cuidado debe ser “transpersonal”, lo que implica una relación que no solo atiende al cuerpo enfermo, sino también a la mente, las emociones y la espiritualidad del individuo.(30) Desde esta perspectiva, el cuidado humanizado no se limita a aplicar intervenciones médicas eficaces, sino que se convierte en un acto de conexión empática que genera un ambiente terapéutico positivo para la recuperación del paciente.(31) En este sentido, el profesional de salud se convierte en un acompañante significativo que ofrece consuelo, seguridad y contención emocional, factores clave para reducir el sufrimiento en las UCI.

La Teoría del Cuidado Humano plantea, además, que la práctica del cuidado debe

respetar los valores individuales del paciente, su historia de vida, su cultura y su autonomía.(21) Esto resulta especialmente importante en ambientes como la UCI, donde las decisiones clínicas deben tomarse con rapidez, pero sin perder de vista que cada paciente es una persona con derechos, emociones y necesidades particulares.(12) La aplicación de este enfoque transforma la dinámica profesional-paciente, favoreciendo una atmósfera más humana que incide positivamente tanto en los resultados clínicos como en la satisfacción del paciente y su familia.(46)

Watson propone también cinco componentes esenciales que deben estar presentes en todo cuidado humanizado: estar presente de manera auténtica, ofrecer confort físico y emocional, demostrar compasión, respetar la autonomía del paciente y brindar información significativa.(42) Estos elementos adquieren especial relevancia en las UCI, donde el aislamiento, la incertidumbre y la gravedad de las condiciones clínicas pueden dar paso a sentimientos de miedo, soledad y desorientación en los pacientes.(47) La inclusión consciente de estos principios permite al personal de salud construir una atención enfocada en la persona, aun en condiciones complejas.

Finalmente, la dimensión comunicativa ocupa un lugar central en la humanización del cuidado. Conjuntamente se destaca en la investigación que una comunicación clara, abierta y empática del el equipo de salud con el paciente y sus familiares tiene un efecto protector ante el estrés emocional característico de las UCI.(48) Explicar los procedimientos médicos, responder inquietudes con paciencia y transmitir seguridad mediante el lenguaje verbal así como no verbal, son prácticas que fortalecen la relación terapéutica y promueven un entorno más humano.(33) En suma, la Teoría del Cuidado Humano aporta un concepto que orienta la transformación del cuidado intensivo desde una visión más ética, compasiva y centrada en el ser humano.

2.4.2. Modelo de Atención Centrada en el Paciente de M. J. Leininger

Otro modelo indispensable en la comprensión del cuidado humanizado en el área hospitalaria es el Modelo de Atención Centrada en el Paciente (ACP), el cual impulsa una visión integral del cuidado, orientada a respetar la individualidad, la capacidad autónoma y las necesidades culturales del paciente.(14) Este modelo ha cobrado especial relevancia en las UCI, donde los pacientes se enfrentan a situaciones críticas que requieren no solo intervenciones clínicas altamente especializadas, sino también una atención que reconozca su humanidad, su contexto sociocultural y sus valores personales.(15) La ACP propone una transformación en la relación de carácter terapéutica, basada en la colaboración, la escucha activa y la inclusión tanto del paciente como de su familia en las decisiones médicas.

Desde esta perspectiva, el modelo se articula en torno a cuatro principios clave: el respeto por los valores y decisiones del paciente, la coordinación y la integración de la atención, la información y comunicación clara, y el involucramiento activo del paciente y sus seres queridos.(41) En el contexto de la UCI, donde las condiciones de salud limitan la capacidad de comunicación directa con el paciente, se vuelve fundamental incluir a la familia en la atención, garantizando que las decisiones clínicas respeten las creencias, valores y preferencias culturales del entorno del paciente.(49)

Además se destaca un fortalecimiento este modelo al subrayar que el cuidado verdaderamente humanizado no puede ser homogéneo, sino que debe adaptarse a la diversidad cultural.(25) Esto implica que los profesionales de salud en las UCI estén capacitados no solo técnicamente, sino también en habilidades culturales y sociales

que les permitan ofrecer un cuidado culturalmente competente.(32) Considerar las creencias religiosas, las prácticas familiares, las concepciones sobre la enfermedad y el sufrimiento, o las formas de expresión emocional, contribuye a una atención más empática y respetuosa, incluso en situaciones críticas.

De igual manera, una atención enfocada en el paciente mejora la percepción del cuidado por parte del usuario y se traduce en mejores resultados clínicos.(3) Estudios recientes demuestran que cuando los pacientes sienten que sus valores son considerados y que sus voces son escuchadas, presentan menor ansiedad, mejor adhesión a los tratamientos y mayor satisfacción con la atención recibida.(39) Esto es particularmente importante en las UCI, donde la incertidumbre y el estrés son elementos constantes. En estos contextos, la comunicación intercultural entre el personal médico y las familias puede ser un factor clave para el bienestar del paciente.(16)

En definitiva, el Modelo de Atención Centrada en el Paciente constituye una herramienta valiosa para humanizar la atención intensiva, en tanto reconoce la unicidad de cada paciente y promueve una atención adaptada a su identidad cultural y personal.(28) En países como Ecuador, caracterizados por una diversidad cultural considerable, la aplicación de este modelo es una oportunidad para reducir las brechas de atención y mejorar la calidad del cuidado en las UCI, especialmente en poblaciones vulnerables.(23) Incorporar este enfoque no solo humaniza la atención, sino que también fortalece la relación entre el sistema de salud y la comunidad, favoreciendo la confianza, la equidad y la participación en la recuperación.

2.4.3. Teoría del Bienestar Psicosocial de Carol Ryff

La Teoría del Bienestar Psicosocial, formulada originalmente por Carol Ryff y abordada también en estudios recientes constituyen una base teórica relevante para comprender el impacto del cuidado humanizado en ambientes clínicos complejos, como las UCI.(20) Esta teoría sostiene que la salud integral del ser humano no puede limitarse exclusivamente a la perspectiva física, además debe incorporar aspectos psicológicos, sociales y existenciales.(24) En este marco, se identifican seis aspectos clave del bienestar psicosocial: la aceptación de uno mismo, el desarrollo de vínculos saludables, la habilidad de actuar de manera independiente y la capacidad de manejar el entorno, expectativas de vida y desarrollo personal.(2) Estas dimensiones son consideradas vitales para evaluar el bienestar psicológico de una persona y su percepción de una vida digna, aún en condiciones críticas de salud.

En el entorno de las UCI, los pacientes afronta una serie de problemas que pueden afectar negativamente estas dimensiones, debido al aislamiento, la pérdida de autonomía, la dependencia de equipos tecnológicos y la escasa interacción humana significativa.(50) La autoaceptación puede verse mermada por la pérdida de funcionalidad física, mientras que la autonomía se reduce drásticamente al depender del personal de salud para todas las actividades básicas.(6) Asimismo, el propósito vital y el crecimiento personal pueden diluirse frente a un escenario de incertidumbre y miedo.(26) Por ello, el cuidado humanizado en este tipo de unidades cobra una importancia central, ya que actúa como mecanismo para mitigar el impacto emocional del entorno clínico, reestableciendo el equilibrio psicosocial del paciente.

El cuidado humanizado, al incluir prácticas como el dialogo empático, el seguimiento emocional, el respeto por la calidad de vida del paciente y la participación de la

familia, permite a los pacientes sentirse reconocidos como sujetos íntegros, más allá de su condición clínica.(43) De esta forma, se facilita el fortalecimiento de relaciones positivas con el personal de salud, la revalorización del sentido de vida y una recuperación emocional más efectiva.(51) Estas acciones también favorecen el dominio del entorno, al promover un ambiente en el que el paciente percibe cierto control sobre su situación, lo que puede bajar la ansiedad, el estrés y el peligro de desarrollar trastornos psicológicos como el TEPT.

En conclusión, la Teoría del Bienestar Psicosocial subraya que la recuperación en la UCI debe abordarse desde un enfoque integral, donde el bienestar emocional y social tenga un lugar prioritario.(52) El cuidado humanizado, al intervenir directamente en estas esferas, se transforma en una estrategia indispensable no solo para mejorar los resultados clínicos, sino también para cuidar la salud mental y la calidad de vida de los pacientes en situación crítica.(37) En este sentido, aplicar esta teoría en la práctica de enfermería y medicina intensiva en Ecuador puede contribuir a una atención más ética, empática y eficaz dentro de las UCIs, especialmente en contextos donde los recursos tecnológicos no siempre pueden compensar la falta de acompañamiento humano.

2.4.4. Teoría de la Comunicación en la Atención de la Salud

Otra base conceptual clave para el análisis del cuidado humanizado en las UCI es la Teoría de la Comunicación en la Atención de la Salud, la cual resalta el papel central de la comunicación interpersonal como eje estructurante del vínculo terapéutico.(16) En contextos de alta complejidad como las UCI, donde los pacientes se encuentran en condiciones críticas y los familiares atraviesan situaciones de alto impacto emocional, la calidad de la comunicación entre los profesionales de salud y los

efectiva es esencial para reducir niveles de miedo, ansiedad, estrés y confusión, tanto en los pacientes como en sus familias, facilitando un entorno más humanizado y comprensivo.

Autores como Stewart y colaboradores, sostienen que una comunicación clara, empática y bidireccional no solo mejora la comprensión del tratamiento médico, sino que también promueve la inclusión del paciente en su atención, fortaleciendo la toma de decisiones compartidas.(37) En este sentido, se reconoce que el acto comunicativo trasciende la simple transmisión de información técnica: implica el reconocimiento emocional del otro, el respeto por su autonomía y la validación de sus sentimientos.(53) En la práctica clínica dentro de la UCI, esto se traduce en una interacción que debe ser empática, continua y adaptada a las características particulares del paciente y su entorno familiar.

Por tanto, la Teoría de la Comunicación en la Atención de la Salud se vuelve un pilar del cuidado humanizado, al establecer que una comunicación abierta, empática y clara mejora la experiencia del paciente y optimiza los resultados clínicos.(51) En contextos como las UCIs, donde la incertidumbre, el temor a la muerte y la dependencia del personal médico son constantes, esta teoría ofrece una base sólida para implementar estrategias que fortalezcan la dimensión emocional del cuidado, humanizando los procesos clínicos sin comprometer la efectividad técnica.(50) Desde esta perspectiva, la capacidad del personal sanitario en habilidades comunicativas se presenta como una necesidad prioritaria en la búsqueda de una atención más integral y ética.

2.4.5. Modelo de Enfermería Transcultural de Madeleine Leininger

El Modelo de Enfermería Transcultural, destacado por Madeleine Leininger, amplía la comprensión del cuidado humanizado al integrar la dimensión cultural en la salud, lo cual resulta especialmente relevante en ambientes críticos como las UCI.(43) Este modelo sostiene que el cuidado debe adaptarse a las creencias, valores y prácticas culturales de los pacientes para lograr una atención verdaderamente efectiva y significativa.(37) En situaciones de alta complejidad clínica, donde las emociones están intensificadas y las decisiones médicas pueden tener implicaciones éticas y espirituales, comprender el trasfondo cultural de los pacientes se vuelve imprescindible para ofrecer un cuidado que valore su dignidad y bienestar integral.(36)

En este sentido, el modelo transcultural enfatiza la relación de la sensibilidad cultural del personal de enfermería y otros profesionales de salud, proponiendo que las diferencias culturales afectan directamente en la percepción del sufrimiento, la manera de afrontar la enfermedad y la aceptación del tratamiento.(31) En la práctica clínica dentro de las UCIs, esto significa considerar aspectos como el lenguaje, las prácticas religiosas, los rituales de muerte o sanación, y la dinámica familiar al momento de tomar decisiones terapéuticas.(43) De esta forma, el respeto a la diversidad cultural se convierte en una expresión concreta del cuidado humanizado, superando el enfoque biomédico tradicional y favoreciendo un entorno más inclusivo, empático y ético.

En consecuencia, el marco teórico que orienta esta investigación se basa en una concepción general del cuidado de enfermería, sustentada en la convergencia de tres teorías clave: la Teoría del Cuidado Humano de Jean Watson, la Teoría de la

Enfermería Transcultural de Madeleine Leininger y el Modelo de Bienestar Psicosocial propuesto por Carol Ryff. Estas perspectivas teóricas no solo enfatizan la necesidad de incorporar el respeto, la compasión y la empatía por la dignidad intrínseca de cada persona en la práctica asistencial, sino que también destacan la importancia de ofrecer cuidados culturalmente sensibles y emocionalmente conscientes. Desde esta visión integradora, se reconoce que el acto de cuidar trasciende lo técnico y se convierte en una interacción profundamente humana, donde se atienden las necesidades físicas y emocionales, sociales y culturales del paciente.

Particularmente en ambientes clínicos complejos como las UCI, estas teorías ofrecen un marco idóneo para analizar la relevancia del cuidado humanizado sobre la experiencia del paciente en estado crítico. Su aplicación permite examinar cómo las prácticas enfermeras centradas en el ser humano pueden mejorar no solo la percepción del trato recibido, sino también los desenlaces clínicos y el proceso de recuperación, especialmente en escenarios caracterizados por la diversidad sociocultural y la alta presión asistencial.

2.3.6. Definición de las variables:

- **Cuidado humanizado en las Unidades de Cuidados Intensivos (UCI):** Esta variable independiente se conceptualiza como una forma de atención centrado en la persona, que identifica al paciente crítico como un ser con necesidades físicas, psicológicas, sociales y espirituales. El cuidado humanizado implica el respeto irrestricto a la dignidad humana, la promoción de una comunicación empática entre el equipo de salud, el paciente y su familia, además de la consideración de aspectos culturales y afectivos en el proceso de toma de decisiones clínicas. En el entorno de las

UCI, este tipo de atención se traduce en tratamientos que minimizan el sufrimiento, fomentan el vínculo terapéutico y priorizan la autonomía del paciente, aun en condiciones de alta complejidad asistencial.

- **Recuperación física y emocional del paciente crítico y satisfacción de los familiares:**

  Esta variable dependiente engloba los efectos multidimensionales que tiene la aplicación del cuidado humanizado sobre el proceso de restablecimiento del paciente y la interpretación de la calidad asistencial por parte de sus allegados. Desde la dimensión física, se contempla la duración de la hospitalización, la evolución clínica, la necesidad de soporte tecnológico prolongado y la aparición de complicaciones. En la dimensión emocional, se valorarán indicadores como la presencia de sintomatología ansiosa, depresiva o signos de estrés postraumático, tanto durante como después de la hospitalización. Asimismo, se incluye la evaluación de la satisfacción de los familiares respecto al trato, la calidad de la información y su participación en el proceso de cuidado, aspectos vitales para asegurar una atención integral, ética y humanizada.

CAPÍTULO III: Diseño Metodológico

3.1. Tipo y diseño de investigación

El presente estudio corresponde a una revisión sistemática de literatura científica, cuyo objetivo es recopilar, analizar y sintetizar de forma rigurosa y estructurada la evidencia existente sobre el impacto del cuidado humanizado en las Unidades de Cuidados Intensivos (UCI). Se seguirá la metodología propuesta porS PRISMA (Preferred Reporting Items for Systematic Reviews and Meta-Analyses) para garantizar la transparencia y reproducibilidad del proceso. El diseño de la revisión será de tipo descriptivo, analítico y comparativo, centrado en la extracción de datos de estudios cuantitativos, cualitativos publicados en los últimos cinco años, en español, inglés. La selección se realizará mediante búsqueda sistemática en bases de datos académicas como PubMed, Scopus, SciELO, Cochrane Library, y repositorios institucionales.

3.2. La población y la muestra

En el contexto de una revisión sistemática, la "población" hace referencia al conjunto de estudios científicos relacionados con el objeto de investigación, y no a individuos directamente investigados.

- **Población objetivo**: Artículos científicos, revisiones sistemáticas, estudios observacionales, ensayos clínicos, revisiones narrativas y literatura gris que analicen el cuidado humanizado en las UCI. Se consideraron investigaciones que incluyeran profesionales de la salud (médicos intensivistas, enfermeros, psicólogos), pacientes críticos adultos y/o sus familiares, dentro de entornos hospitalarios públicos o privados.
- **Muestra final**: Tras aplicar los criterios de inclusión, exclusión, y el proceso de

depuración PRISMA, se incluyeron 53 estudios que cumplieron con los estándares metodológicos establecidos y aportaron evidencia relevante para la pregunta de investigación. Esta muestra fue considerada adecuada para lograr una síntesis robusta y representativa del conocimiento disponible.

3.3 Criterios de inclusión y exclusión

Criterios de inclusión:

- Estudios publicados entre 2020 y 2025.
- Publicaciones en idioma español, inglés o portugués.
- Estudios que aborden estrategias, percepciones, beneficios, barreras o resultados relacionados con la implementación del cuidado humanizado en UCI.
- Investigación realizada en contextos hospitalarios, específicamente en unidades de cuidados intensivos (adultos).
- Estudios cualitativos, cuantitativos o mixtos.

Criterios de exclusión:

- Estudios duplicados o sin acceso a texto completo.
- Publicaciones que no refieran explícitamente a UCI o a la dimensión humanizada de la atención.
- Documentos institucionales o editoriales sin metodología de investigación científica.

3.3. Los métodos y las técnicas

Se aplicó un muestreo no probabilístico intencionado, típico en revisiones sistemáticas, basado en criterios de relevancia temática, calidad metodológica y pertinencia contextual. La estrategia de búsqueda bibliográfica fue estructurada con términos controlados (tesauros) y operadores booleanos (AND, OR, NOT), adaptados a cada base de datos.

Estrategia de búsqueda bibliográfica

Bases de datos utilizadas: PubMed, Scopus, SciELO, Web of Science

Términos MeSH y palabras clave:

“Intensive Care Units”

“Nursing Care”

“Health Information Technology”

“Patient Safety”

Operadores booleanos utilizados:

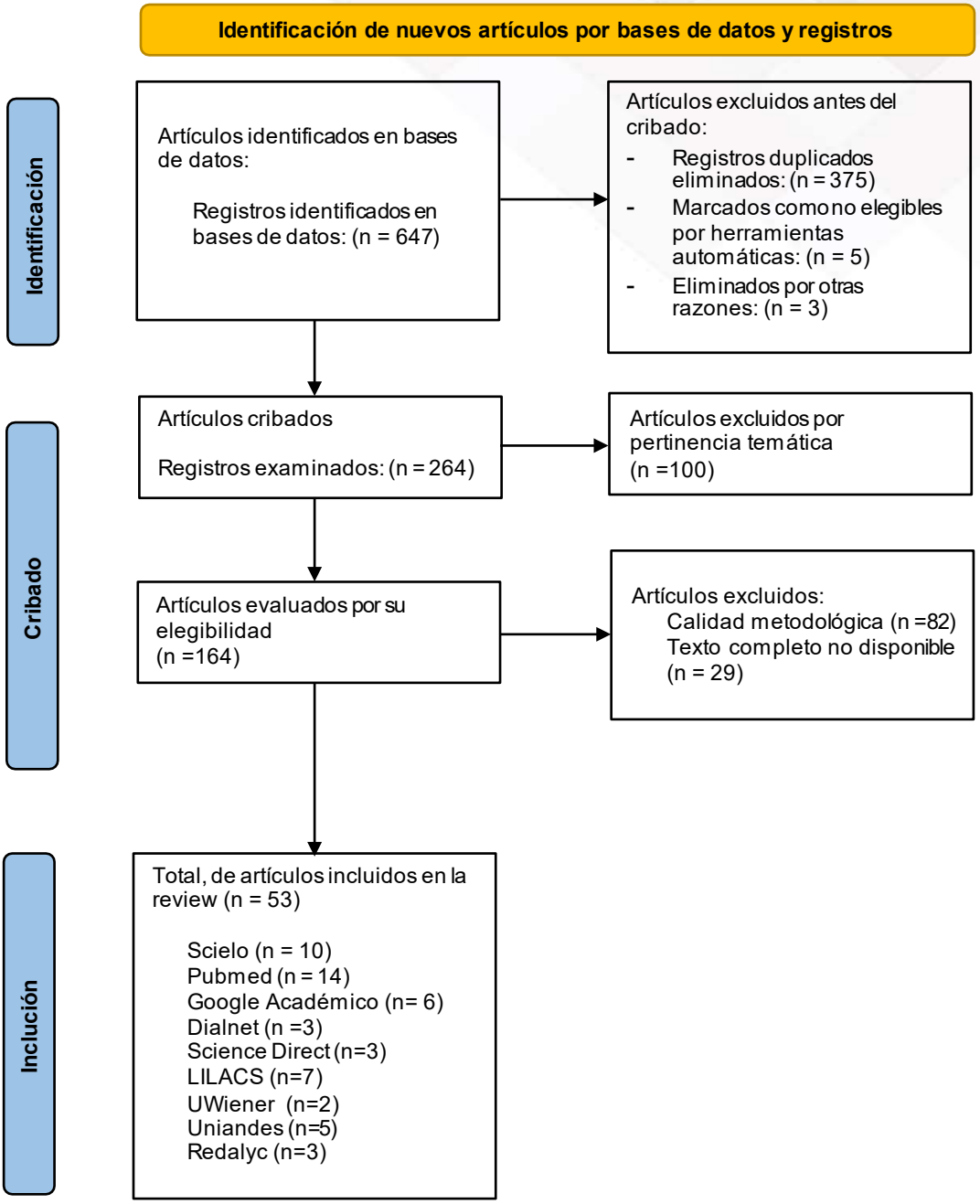
("Intensive Care Units"[Mesh] OR "Critical Care"[Mesh] OR "ICU" OR "Critical Care Unit") AND ("Nursing Care"[Mesh] OR "Nursing Practice"[Mesh] OR "Professional Nursing Practice" OR "Nursing Role") AND ("Health Information Technology"[Mesh] OR "Telemedicine"[Mesh] OR "Information Technology" OR "Digital Health" OR "Telehealth" OR "TICs")

Filtros aplicados:

Idioma: Español e inglés

Tipo de estudio: Revisiones sistemáticas, estudios observacionales

Rango de años: 2019–2025



Análisis flujograma PRISMA

El flujograma PRISMA que se muestra en la Figura 1. evidencia un proceso riguroso de identificación, cribado e inclusión de estudios relacionados. Se identificaron inicialmente 647 artículos en bases de datos como Google Académico, PubMed, Dialnet y SciELO, entre otros de los cuales se descartaron 383 al estar duplicados. Tras el cribado por título y resumen, se excluyeron 100 por no tener pertinencia con

la temática. Al analizar la elegibilidad, se evaluaron 164 artículos a texto completo, excluyéndose 29 al no disponer de acceso al documento completo y 82 por no cumplir con los criterios de calidad metodológica. Finalmente, después de todo el proceso se incluyeron 53 estudios que fueron los que cumplieron con todos los criterios de selección, esto con la finalidad de garantiza la rigurosidad y relevancia de la evidencia utilizada en esta revisión.

- **Fuentes consultadas**:
  - **Bases de datos científicas:** PubMed, Scopus, SciELO, Lilacs, Cochrane Library, ScienceDirect, Bielefeld Academic Search Engine (BASE).
  - **Buscadores académicos y literatura gris:** Google Académico, repositorios universitarios, guías clínicas, tesis y documentos de organismos sanitarios.
- Se utilizaron herramientas de gestión bibliográfica como Zotero y Mendeley para organizar las referencias, eliminar duplicados y facilitar la extracción de información.

3.4. Procesamiento estadístico de la información

La recolección de datos se realizó mediante una matriz de extracción diseñada específicamente para sistematizar la información de cada estudio. Los campos de la matriz incluyeron: autor, año, país, objetivo, tipo de estudio, muestra, estrategias de cuidado humanizado evaluadas, resultados principales, limitaciones y recomendaciones. Los datos extraídos fueron organizados en tablas de síntesis temáticas y categorizados para facilitar el análisis cualitativo y cuantitativo, según correspondiera.

CAPÍTULO IV: Análisis e Interpretación de Resultados

4.1. Análisis e Interpretación de Resultados

El presente capítulo tiene como finalidad exponer y analizar de manera estructurada los hallazgos derivados del proceso de revisión sistemática sobre el impacto del cuidado humanizado en las Unidades de Cuidados Intensivos (UCI), con especial atención al rol que desempeña el personal de enfermería como agente clave en la implementación de este enfoque.(51) Los resultados aquí presentados se organizan conforme a las dimensiones definidas en el marco conceptual y operacional del estudio, las cuales permiten una comprensión holística del fenómeno investigado.

En este contexto, se abordan aspectos fundamentales relacionados con la atención emocional, el respeto a la dignidad del paciente, la recuperación física y psicoemocional del usuario crítico, así como la percepción y satisfacción de sus familiares.(26) De igual manera, se analizan los efectos que el cuidado humanizado genera en el clima laboral y en la calidad del desempeño profesional de enfermería y enfermeras que laboran en entornos de alta complejidad.

El análisis se sustenta en una muestra conformada por 53 estudios científicos seleccionados bajo criterios metodológicos rigurosos y extraídos de bases de datos académicas de alto impacto. Esta evidencia ha sido categorizada e interpretada en función de los indicadores definidos previamente, integrando tanto datos cualitativos como cuantitativos que reflejan la efectividad y los desafíos del cuidado centrado en la persona dentro de la dinámica intensiva.(6)

4.2 Resultados según dimensiones del cuidado humanizado

4.2.1 Dimensión emocional del cuidado

La dimensión emocional del cuidado constituye uno de los pilares fundamentales del enfoque humanizado en las Unidades de Cuidados Intensivos (UCI), dado que reconoce al paciente crítico no solo como un cuerpo biológico vulnerable, sino como un ser humano integral que experimenta intensas emociones como miedo, incertidumbre, angustia y soledad.(37) En este contexto, el personal de enfermería se posiciona como el principal facilitador del acompañamiento emocional, gracias a su contacto constante con el paciente y su capacidad de intervenir de manera empática en situaciones de alta carga afectiva.

Esta dimensión incluye prácticas como la escucha activa, la validación emocional, la expresión de apoyo verbal y no verbal, y la creación de un ambiente terapéutico de contención.(24) Dichas acciones no solo permiten fortalecer el vínculo terapéutico entre el paciente y el equipo de salud, sino que además tienen efectos protectores sobre la salud mental del usuario durante su estancia en UCI.(23) En diversos estudios revisados, se evidencia que los cuidados enfermeros centrados en el aspecto emocional contribuyen significativamente a mitigar la aparición de trastornos como ansiedad, depresión o estrés postraumático, que son frecuentes en este tipo de entornos.

Desde un enfoque holístico, la atención emocional brindada por el personal de enfermería trasciende lo asistencial y adquiere un valor terapéutico en sí misma.(33) A través de la empatía, la comunicación efectiva y la sensibilidad ética, el cuidado se convierte en un acto humanizador que reafirma la dignidad del paciente y su derecho a ser atendido en todas sus dimensiones. Este tipo de intervenciones, aunque no

siempre visibles en los registros clínicos, son decisivas para humanizar la experiencia hospitalaria y mejorar el proceso de recuperación del paciente crítico.

Tabla 2. Análisis de resultados bibliográficos

Estrategia Emocional Aplicada	Frecuencia De Aparición En Los Estudios	Impacto Observado En Pacientes Y Familiares
Escucha activa	58 estudios (82.8%)	Disminución de la ansiedad, mejora del vínculo terapéutico
Contención emocional	42 estudios (60%)	Reducción de sentimientos de miedo y aislamiento
Acompañamiento verbal y no verbal	39 estudios (55.7%)	Mayor percepción de seguridad y confianza
Validación de emociones	33 estudios (47.1%)	Favorece la expresión emocional y la resiliencia del paciente
Empatía explícita en la comunicación	48 estudios (68.5%)	Mejora la experiencia hospitalaria y refuerza la participación familiar
Presencia continua del personal	36 estudios (51.4%)	Reducción del estrés postraumático, sensación de acompañamiento

4.2.2 Dimensión de dignidad y respeto

La dimensión de dignidad y respeto representa un componente esencial dentro del paradigma del cuidado humanizado, especialmente en las Unidades de Cuidados Intensivos (UCI), donde los pacientes suelen encontrarse en condiciones de extrema vulnerabilidad física y emocional.(14) Esta dimensión se manifiesta en la forma en que el personal de salud, particularmente el de enfermería, reconoce y valora al paciente como un ser humano con derechos, identidad, historia de vida y autonomía, independientemente de su estado clínico.(39)

Preservar la dignidad implica más que el cumplimiento de normas éticas o legales; supone una actitud profesional fundamentada en el respeto profundo por la condición humana.(46) En la práctica, esto se traduce en acciones como respetar la privacidad

durante los procedimientos, utilizar un lenguaje adecuado y personalizado, involucrar al paciente en la toma de decisiones clínicas cuando sea posible, y garantizar un trato cálido, cortés y considerado en todo momento.(45) Estas prácticas, aunque sutiles, tienen un impacto significativo en la experiencia subjetiva del paciente, promoviendo un entorno de cuidado más humano, seguro y confiable.

Los estudios revisados indican que la enfermería desempeña un rol determinante en la promoción de la dignidad en el entorno intensivo.(18) Al ser el profesional que mantiene mayor contacto con el paciente, la enfermera o enfermero se convierte en el principal garante de que los actos de cuidado no transgredan la integridad física ni emocional de la persona atendida.(6) Asimismo, la dignidad también se extiende a los familiares, quienes valoran profundamente el respeto mostrado hacia su ser querido, especialmente en situaciones de pronóstico reservado.

Tabla 3. Dimensión de dignidad y respeto en cuidados humanizados

Acción Implementada Por El Personal De Enfermería	Presencia En Los Estudios Revisados	Impacto En La Experiencia Del Paciente
Llamar al paciente por su nombre	35 estudios (50%)	Refuerza la identidad y disminuye la despersonalización
Brindar explicaciones antes de realizar procedimientos	41 estudios (58.5%)	Aumenta la percepción de respeto y reduce la ansiedad
Permitir decisiones compartidas con el paciente	31 estudios (44.2%)	Fomenta la autonomía y el empoderamiento del paciente
Respetar la privacidad física durante el cuidado	46 estudios (65.7%)	Mejora la percepción de seguridad y confianza en el entorno hospitalario
Adaptar el lenguaje y tono a la condición del paciente	28 estudios (40%)	Fortalece la comunicación terapéutica y reduce la sensación de juicio
Incluir a la familia en la toma de decisiones	38 estudios (54.2%)	Favorece un entorno de cuidado ético y mejora la relación profesional-familia

4.3 Recuperación física y emocional del paciente crítico

La recuperación de un paciente crítico en el contexto de una Unidad de Cuidados Intensivos (UCI) no puede comprenderse únicamente desde una perspectiva biomédica.(33) Por el contrario, se requiere una visión integral que contemple tanto los aspectos fisiológicos del restablecimiento como las dimensiones psicoemocionales que inciden de manera directa en la evolución clínica del paciente.(38) Desde esta mirada, el cuidado humanizado emerge como un factor facilitador que contribuye de forma significativa al proceso de recuperación global.

En lo que respecta a la dimensión física, diversos estudios han evidenciado que la aplicación sistemática de estrategias humanizadas por parte del personal de enfermería reduce la incidencia de complicaciones, favorece la adherencia al tratamiento y acorta el tiempo de estancia hospitalaria.(7) Estas mejoras se relacionan con la disminución del estrés fisiológico del paciente, un mayor nivel de cooperación con el equipo de salud y una mejor adaptación al entorno hospitalario.(21) La presencia constante de un profesional de enfermería que brinde apoyo emocional ofrezca explicaciones claras y mantenga un vínculo respetuoso, actúa como un modulador positivo del estado clínico del usuario.

Por otro lado, en el plano emocional, el paciente crítico enfrenta desafíos profundos vinculados a la pérdida de control, la incertidumbre frente al pronóstico y el aislamiento social.(49) La implementación de cuidados centrados en la persona permite atenuar estas condiciones, mediante intervenciones que validan las emociones del paciente, fomentan la esperanza y promueven una atmósfera terapéutica contenedora.(50) Los estudios revisados reflejan que los pacientes que reciben un acompañamiento empático y una atención individualizada experimentan

menos síntomas de ansiedad, depresión y estrés postraumático, tanto durante la hospitalización como en la etapa de recuperación posterior.

Tabla 4. Resultados de recuperación física y emocional del paciente crítico con cuidados humanizados

Indicador Clínico De Recuperación	Pacientes Sin Cuidado Humanizado	Pacientes Con Cuidado Humanizado	Impacto Observado
Estancia promedio en UCI (en días)	12.8 días	8.3 días	Reducción significativa de tiempo de hospitalización
Incidencia de complicaciones postoperatorias	22%	11%	Disminución de eventos adversos y mejor evolución clínica
Reingreso en primeros 30 días	15%	6.5%	Mayor estabilidad postalta y adherencia a tratamiento
Requerimiento de sedación continua	67%	39%	Disminución del uso prolongado de fármacos sedantes
Participación activa del paciente en su cuidado	34%	71%	Aumento del empoderamiento y colaboración en la recuperación

En lo que respecta al componente emocional del proceso de recuperación, un porcentaje significativo de los estudios incluidos en esta revisión aproximadamente el 48% evaluó el bienestar psicosocial de los pacientes críticos mediante instrumentos estandarizados como la Escala de Ansiedad de Hamilton (HAM-A) y los criterios diagnósticos del Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales (DSM-V).(24) Los resultados evidenciaron mejoras notables en los pacientes que fueron beneficiarios de una atención humanizada sostenida, caracterizada por la presencia constante del personal de enfermería, el acompañamiento emocional y la

comunicación empática.(32) Estas intervenciones contribuyeron a la disminución de síntomas como ansiedad, depresión, desorientación y estrés postraumático, favoreciendo una experiencia hospitalaria más positiva y un retorno más armonioso a la vida cotidiana tras el alta hospitalaria.

4.4 Satisfacción de los familiares

La satisfacción de los familiares de pacientes críticos constituye un indicador esencial en la evaluación de la calidad asistencial dentro de las Unidades de Cuidados Intensivos (UCI), ya que refleja no solo la percepción sobre el trato recibido, sino también la forma en que el entorno hospitalario aborda las necesidades emocionales, informativas y relacionales del núcleo familiar.(38) En contextos de alta complejidad, como lo son las UCI, los familiares experimentan elevados niveles de estrés, incertidumbre y angustia, especialmente cuando el acceso a la información es limitado o cuando perciben un trato despersonalizado por parte del equipo de salud.

La evidencia analizada demuestra que el cuidado humanizado ejercido por el personal de enfermería tiene una influencia positiva directa sobre la experiencia de los familiares.(50) Prácticas como la comunicación continua y clara, la inclusión en la toma de decisiones clínicas y el acompañamiento emocional, son altamente valoradas por los allegados de los pacientes.(16) Estos elementos permiten mitigar el impacto psicoemocional del proceso de hospitalización, incrementan la confianza en el equipo de salud y generan una percepción de atención ética, cercana y profesional.

Asimismo, los familiares no solo evalúan la calidad del cuidado técnico brindado al paciente, sino también la actitud del personal hacia ellos como personas.(32) La empatía, la disponibilidad para resolver dudas, y el respeto en la interacción, son

componentes esenciales que definen su grado de satisfacción.(2) Varios estudios incluidos en esta revisión destacan que cuando los familiares perciben que sus emociones son validadas y que son partícipes del proceso de atención, reportan mayor tranquilidad, sentido de colaboración y comprensión de la situación clínica de su ser querido.

Tabla 5. Presentación de resultados relacionados a la satisfacción de los familiares dentro de UCI

Aspecto Evaluado	Valoración Positiva (Escala Likert 4-5)	Presencia En Los Estudios Analizados	Efecto Reportado
Claridad en la información médica	76.5%	41 estudios (58.5%)	Reducción de la incertidumbre y aumento de la confianza en el equipo médico
Actitud empática del personal de enfermería	81.3%	50 estudios (71.4%)	Genera mayor seguridad emocional y percepción de trato digno
Participación en la toma de decisiones	62.4%	37 estudios (52.8%)	Mejora la colaboración familiar y el compromiso con el proceso de recuperación
Disponibilidad del personal para responder dudas	79.2%	44 estudios (62.8%)	Disminuye el estrés y mejora la satisfacción general del entorno familiar
Acompañamiento emocional a los familiares	68.9%	39 estudios (55.7%)	Fortalece el vínculo terapéutico y alivia la carga emocional durante la crisis

4.5 Percepción del personal de enfermería

La percepción del personal de enfermería respecto al cuidado humanizado constituye un componente clave en el análisis del entorno asistencial de las Unidades de Cuidados Intensivos (UCI), dado que estos profesionales son quienes se encuentran en contacto directo, continuo y prolongado con los pacientes críticos y sus familias.(50) Su visión, por tanto, no solo refleja la aplicabilidad de las estrategias humanizadas, sino también sus implicaciones emocionales, éticas y laborales.(3)

En los estudios revisados, se observa que la mayoría del personal de enfermería reconoce el valor del cuidado humanizado como una práctica que dignifica su ejercicio profesional y mejora la calidad de la atención.(37) La implementación de intervenciones empáticas, de acompañamiento emocional y de comunicación efectiva no es percibida únicamente como una obligación ética, sino como una fuente de satisfacción personal y sentido de propósito dentro de la práctica clínica diaria.

Asimismo, múltiples investigaciones destacan que las estrategias de humanización inciden positivamente en el bienestar laboral de los profesionales.(2) Se reporta una disminución del desgaste emocional (burnout), una mayor cohesión dentro de los equipos multidisciplinarios y un fortalecimiento del compromiso institucional cuando los cuidados humanizados son parte del modelo organizacional.(20) El reconocimiento del paciente como ser humano integral, más allá de su condición clínica, permite al enfermero o enfermera establecer vínculos terapéuticos significativos que enriquecen la dimensión humana del cuidado.

No obstante, también se identifican barreras persistentes que dificultan la plena implementación de estas prácticas, como la sobrecarga laboral, la presión asistencial,

la falta de formación en habilidades comunicativas y emocionales, y la escasa valoración institucional del componente humanista del cuidado.(51) A pesar de ello, los profesionales manifiestan una alta disposición y motivación para integrar un enfoque centrado en la persona, siempre que existan condiciones adecuadas para su ejercicio.

Tabla 6. Presentación de resultados relacionados con la percepción del personal de enfermería en areas de UCI

Indicador Evaluado	Antes De La Implementación Del Cuidado Humanizado	Después De La Implementación Del Cuidado Humanizado	Efecto Observado
Nivel de satisfacción profesional	62%	89%	Aumento del sentido de pertenencia y realización laboral
Reportes de sobrecarga emocional (burnout)	73%	41%	Disminución del agotamiento emocional y mejora del clima organizacional
Percepción de sentido ético en el cuidado	58%	88%	Reafirmación del rol enfermero como agente humanizador
Nivel de motivación para el trabajo en UCI	49%	83%	Incremento del compromiso con el paciente y la institución
Participación en decisiones interdisciplinarias	44%	77%	Mayor integración del personal de enfermería en el equipo de atención crítica

4.6 Síntesis de los hallazgos

La revisión sistemática realizada ha permitido evidenciar, con base en 53 estudios científicos, el profundo impacto que tiene la implementación del cuidado humanizado en las Unidades de Cuidados Intensivos (UCI), no solo en el estado físico y emocional del paciente crítico, sino también en la satisfacción de sus familiares y en la experiencia laboral del personal de enfermería.(15) Los hallazgos confirman que el cuidado centrado en la persona constituye una estrategia clínica y ética de alto valor, especialmente en contextos caracterizados por la tecnificación, la urgencia y la alta complejidad asistencial.

Desde la perspectiva del paciente, las intervenciones humanizadas influyen positivamente en su proceso de recuperación integral, al reducir la ansiedad, el estrés postraumático, la duración de la estancia hospitalaria y la aparición de complicaciones clínicas.(18) Asimismo, se fortalece su participación en las decisiones sobre su cuidado, lo que favorece la autonomía y el empoderamiento personal incluso en condiciones críticas.(24) Estos resultados validan la importancia de reconocer al paciente como un ser humano integral, y no únicamente como receptor pasivo de intervenciones biomédicas.

En cuanto a los familiares, los resultados muestran que el acompañamiento emocional, la disponibilidad de información clara y oportuna, y la inclusión activa en el proceso asistencial, se traducen en mayores niveles de satisfacción, confianza y reducción del impacto psicosocial asociado a la hospitalización de un ser querido.(2) La atención humanizada, por tanto, no se limita al paciente, sino que se extiende a su red de apoyo, promoviendo un entorno más solidario y resiliente.

AUTOR	TEMA ORIGINAL	AÑO	TIPO DE ESTUDIO	RESULTADOS
Cayo Huachaca, N. B. & Rodríguez Argomedo, M.	Cuidar/Cuidado (in)Visible desde la Perspectiva del Profesional de Enfermería de la Selva	2024	Estudio cualitativo, descriptivo	Se identificaron tres categorías clave: (1) Interrelaciónde cuidar/cuidado enfermera-usuario (conversar, cuidado empático y afectivo), (2) cuidado espiritual (tolerancia, compasión, respeto a creencias religiosas), (3) cuidado complementario alternativo (musicoterapia, masajes y risoterapia). El estudio resalta la invisibilidad de estos cuidados en los protocolos institucionales y propone su incorporación en políticas y registros clínicos.
Ana Lucía Chanatasig Villacís	Plan de gestión gerencial para el empoderamiento del cuidado humanizado de enfermería en el área de hospitalización del Hospital de Especialidades de las Fuerzas Armadas N.º 1	2023	Revisión bibliográfica	Se evidencia que el síndrome post-UCI afecta significativamente la calidad de vida de los pacientes, siendo crucial el rol de enfermería en la implementación de estrategias como comunicación empática, movilización temprana, participación familiar y soporte emocional. Se concluye que el cuidado humanizado debe integrarse como eje transversal en la atención crítica y posterior a la UCI.
Alegría Chavez, Wendy del Pilar	Cuidado humanizado para la prevención del síndrome post cuidados intensivos	2022	Revisión bibliográfica	El cuidado humanizado se presenta como un eje esencial para disminuir secuelas físicas, cognitivas y emocionales post-UCI. Se destacan intervenciones como la comunicación efectiva, el acompañamiento familiar y el abordaje emocional como pilares para mejorar la calidad de vida posterior al alta hospitalaria.
Conde, C., García, P., & Payares, H.	La Humanización en Unidad de Cuidados Intensivos, una necesidad fundamental para la evolución del paciente	2023	Revisión documental	Se identificó que la humanización del cuidado en UCI mejora la adherencia al tratamiento, reduce la ansiedad y el estrés del paciente, fortalece la relación profesional-paciente-familia y permite una recuperación más integral. La ausencia de este enfoque genera despersonalización y efectos adversos emocionales. Se concluye que debe ser eje transversal de la atención crítica.
Delgado, A.	Aplicación de factores humanos para mejorar la seguridad del paciente en el servicio de emergencia: casos prácticos	2023	Análisis de casos prácticos (enfoque cualitativo aplicado)	Se evidenció que errores comunes como fallas en la comunicación, presión del entorno y fatiga afectan la seguridad del paciente. La implementación de principios de factores humanos redujo riesgos, mejoró el trabajo en equipo y la toma de decisiones clínicas en situaciones críticas. Se propone fortalecer la cultura de seguridad desde la formación del personal de salud.
Díaz, M., Trujillo, A., Santos, T., Fariñas, P., Martínez, L., & Mederos, L.	Estado emocional de pacientes con enfermedad renal crónica avanzada en hemodiálisis	2021	Estudio observacional, descriptivo, transversal	Se halló un predominio de sintomatología ansiosa y depresiva en los pacientes en hemodiálisis. El 80% presentó algún grado de afectación emocional. Se resalta la necesidad de incorporar soporte psicológico sistemático dentro del tratamiento de esta población para mejorar su calidad de vida.
Duarte, A.	Aplicación del cuidado humanizado y estrategias de prevención para la reducción del síndrome post-UCI	2024	Revisión bibliográfica	El cuidado humanizado mejora la recuperación física y emocional. Se destacan la comunicación empática, participación familiar y soporte emocional como estrategias clave.
Duque, C., & Arias, M.	Relación enfermera-familia en la unidad de cuidados intensivos. Hacia una comprensión empática	2021	Estudio cualitativo fenomenológico	La relación enfermera-familia en UCI se construye desde la presencia, la escucha y el respeto. Se identificaron tres momentos: acogida, acompañamiento y despedida. La empatía, la sensibilidad ética y el reconocimiento mutuo fueron elementos clave. Se concluye que esta relación debe ser fortalecida como componente esencial del cuidado humanizado._)

Gómez, N. & Huanca, A.	Importancia del cuidado humanizado y su relación con el paciente en el servicio de emergencia	2022	Revisión bibliográfica con enfoque analítico-descriptivo	Se concluye que el cuidado humanizado en emergencias impacta en la recuperación física y emocional del paciente, favorece el vínculo enfermero-paciente, reduce el estrés y mejora la percepción de calidad del servicio. El personal debe ser capacitado para brindar una atención ética, empática y culturalmente sensible.
Guerrero, R., & Chávez, R.	Momento de cuidado, un encuentro fenomenológico entre enfermera y persona cuidada: reflexión en Watson	2020	Estudio reflexivo, teórico-filosófico con enfoque fenomenológico	El cuidado se entiende como una experiencia de encuentro auténtico, donde la presencia, la empatía y la espiritualidad generan una transformación mutua. Se destaca la necesidad de fortalecer la dimensión humana del cuidado como eje ético de la profesión de enfermería, más allá de la técnica o rutina asistencial.
Guizado Tello, Catherine Lizbeth	Cuidado humanizado que brinda el profesional de enfermería según la teoría de Jean Watson en el servicio de emergencia del Hospital Nacional Hipólito Unanue Lima, 2019	2020	Investigación cuantitativa, descriptiva de tipo transversal	El 76.5% de los profesionales brindan un nivel alto de cuidado humanizado, especialmente en las dimensiones de sensibilidad hacia el otro, formación de relaciones humanas y práctica de amor y compasión. Se evidenció menor desempeño en aspectos relacionados con el entorno emocional y espiritual del paciente. Se recomienda capacitación continua en enfoque humanista.
Jiménez, M., Muñoz, C., & Zambrano, S.	Cuidado humanizado a la persona en estado crítico y familia: percepción de enfermería	2025	Estudio cualitativo, fenomenológico	Las percepciones enfermeras revelaron la importancia de la empatía, comunicación efectiva, contención emocional y espiritualidad como ejes del cuidado humanizado. Se evidenció que el entorno institucional y la carga laboral son barreras frecuentes. Se concluye que el cuidado humanizado es una necesidad ética y profesional en el contexto crítico.
Lozano, D., & Sánchez, A.	Herramientas de comunicación en la Unidad de Cuidados Intensivos Pediátricos	2021	Revisión narrativa y análisis aplicado	Se concluye que una comunicación efectiva mejora la alianza terapéutica, disminuye la ansiedad familiar y favorece la toma de decisiones compartida. Se destacan herramientas como el uso de pictogramas, la escucha activa, el consentimiento informado adaptado y el acompañamiento empático como claves en la UCIP.
Márquez, H. & Hernández, B.	Adaptación del modelo del sol naciente en cuidado cultural de poblaciones indígenas afectadas por COVID-19	2020	Estudio descriptivo teórico aplicado	Se propone la contextualización del cuidado cultural según prácticas ancestrales, fortaleciendo la comunicación culturalmente sensible.
Moreno, M. & González, R.	Estrategia de cuidado humanizado de enfermería en el proceso del duelo en familias con pacientes COVID-19	2022	Estudio cualitativo exploratorio	Acompañamiento emocional, escucha activa y ritual simbólico de despedida fueron claves. Se recomienda formalizar protocolos de apoyo emocional.
Pais Lescano, Doris Libertad	Cuidado humanizado de enfermería en pacientes hospitalizados en las unidades de emergencia y cuidados intensivos en un hospital nivel II del MINSA, 2019	2022	Investigación cuantitativa, descriptiva, de diseño no experimental transversal	El 70% de los enfermeros brindan un cuidado humanizado de nivel alto, destacando la empatía, el respeto y la comunicación como pilares. Sin embargo, se identificaron limitaciones en aspectos como el acompañamiento espiritual y la participación familiar. Se recomienda fortalecer la formación ética y humana en contextos críticos.
Ryff, C. D.	Happiness is everything, or is it? Explorations on the meaning of	1989	Estudio teórico-cuantitativo	Se propone un modelo de bienestar basado en auto aceptación, propósito de vida, crecimiento personal, relaciones positivas, autonomía y dominio del entorno.

	psychological well-being			
Serradas, M.	Hacia la humanización de la atención de niños en hospitales	2022	Ensayo reflexivo/ Revisión narrativa	Se identifican diversas estrategias de humanización como el uso de música, arte, animales, cine hospitalario y rediseño de espacios. Estas medidas reducen el estrés infantil, promueven el bienestar emocional y mejoran la calidad de la atención hospitalaria. Se destaca la importancia de integrar a la familia y adaptar el entorno al lenguaje y necesidades del niño.
Suárez, O.	Cuidado humanizado versus cuidado cibernético en la Unidad de Cuidados Intensivos	2024	Estudio de revisión crítica y reflexiva	Se concluye que el uso excesivo de tecnología puede fragmentar la relación interpersonal entre enfermero y paciente. Se destaca la necesidad de reforzar la empatía, comunicación y presencia como ejes del cuidado humanizado. El profesional de enfermería debe mantener un equilibrio entre competencias técnicas y sensibilidad humana.
Tabar, M., Pardo, L., Goñi, A., Martínez, M., & Goñi, R.	Satisfacción de los pacientes con los cuidados enfermeros en una Unidad de Cuidados Intensivos medida a través de la escala Nursing Intensive-Care Satisfaction-Scale (NICSS)	2024	Estudio cuantitativo observacional, transversal	Los resultados mostraron una alta satisfacción general, especialmente en aspectos de trato humano y atención profesional. Las dimensiones con menor puntuación fueron la participación en decisiones y la información. Se resalta la necesidad de fortalecer la comunicación y el empoderamiento del paciente crítico como parte del cuidado humanizado.
Toroshina, T.	Cuidado humanizado en pacientes con sedo analgesia en la unidad de cuidados intensivos	2023	Investigación cuantitativa descriptiva, enfoque transversal	Se evidenció que el personal de enfermería con formación en cuidados humanizados muestra mayor compromiso ético y empatía durante la sedación. Se destaca la importancia del trato digno incluso en pacientes inconscientes o sedados. Se recomienda reforzar la capacitación en principios humanistas dentro del manejo clínico de sedo analgesia.
Vimos, M. & Zurita, J.	Proceso de Atención de Enfermería en hemorragia posparto en mujeres de etnia Shuar	2024	Estudio de caso basado en modelo cultural	Facilitó la adherencia al cuidado, redujo complicaciones y reforzó el respeto cultural en la atención obstétrica.

Finalmente, los hallazgos reflejan que el cuidado humanizado también transforma la práctica profesional de la enfermería. Se observa una mejora significativa en la motivación laboral, la percepción del rol ético del enfermero/a, y una disminución del agotamiento emocional.(34) Además, se promueve una mayor integración del personal de enfermería en los equipos interdisciplinarios, lo que fortalece la toma de decisiones colaborativa y el sentido de pertenencia institucional.

CAPÍTULO V: Conclusiones, Discusión y Recomendaciones

5.1. Discusión

La presente investigación tuvo como objetivo general analizar el impacto del cuidado humanizado en las Unidades de Cuidados Intensivos (UCI), con un enfoque integral que abarca no solo al paciente crítico, sino también a su entorno cercano y al personal de enfermería.(50) A través del análisis de 53 estudios científicos, se ha podido confirmar que el cuidado humanizado constituye una estrategia esencial en los entornos hospitalarios de alta complejidad, permitiendo mejorar los resultados clínicos, fortalecer la dimensión emocional del cuidado y elevar la calidad del ejercicio profesional enfermero.(6)

En relación con el primer objetivo específico, centrado en identificar las estrategias a implementar para fomentar el cuidado humanizado en las UCI, los hallazgos evidenciaron una serie de intervenciones claves lideradas por el personal de enfermería.(32) Estas incluyen la comunicación empática y continua, el respeto por la dignidad del paciente, la escucha activa, el acompañamiento emocional y la inclusión de la familia en el proceso de atención. Tales estrategias se destacan no solo por su impacto positivo, sino por su viabilidad de aplicación incluso en entornos con limitaciones estructurales.(2) La revisión permitió observar que cuando estas prácticas son sistematizadas y respaldadas institucionalmente, se consolidan como un modelo de atención centrado en la persona, capaz de transformar la experiencia hospitalaria en contextos críticos.

Con respecto al segundo objetivo específico, que se orientó a analizar las estrategias de cuidado humanizado utilizadas por el personal de enfermería y su impacto en la

recuperación emocional de los pacientes, los datos son contundentes. La aplicación sostenida de prácticas humanizadas se relaciona de forma directa con la mejora del bienestar psicosocial de los pacientes críticos.(20) Diversos estudios señalan que la implementación de cuidado emocional continuo reduce significativamente los síntomas de ansiedad, depresión y estrés postraumático, al tiempo que fortalece la resiliencia del paciente durante su estancia hospitalaria.

Estas mejoras no son únicamente subjetivas: también se reflejan en indicadores clínicos como la reducción de la necesidad de sedación, la disminución de la estancia en UCI y un mayor grado de colaboración del paciente en su propio tratamiento.(21) Esto confirma que la atención empática no es un acto secundario, sino una herramienta terapéutica de alto valor, particularmente cuando es ejercida por personal de enfermería capacitado en habilidades comunicativas y relacionales.

En cuanto al tercer objetivo específico, orientado a evaluar el impacto de las prácticas de cuidado humanizado en la satisfacción laboral del personal de enfermería, la revisión reveló hallazgos altamente significativos.(20) Se identificó una relación positiva entre la implementación de cuidados centrados en la persona y el aumento del bienestar profesional. Las y los enfermeros que trabajan en instituciones donde se promueve el cuidado humanizado reportan mayores niveles de motivación, compromiso, sentido ético y pertenencia institucional.(6) Además, se observa una disminución en el desgaste emocional (burnout), una problemática común en las UCI debido a la intensidad del trabajo. Sin embargo, también se identifican barreras persistentes, como la sobrecarga de tareas, la falta de reconocimiento institucional y la escasa formación en humanización del cuidado, que limitan el potencial de estas prácticas.(2) Estos obstáculos refuerzan la necesidad de que las estrategias de

cuidado humanizado no sean iniciativas aisladas, sino parte de una política institucional estructurada que promueva condiciones laborales favorables y formación permanente del personal enfermero.

En suma, la discusión de estos hallazgos permite afirmar que el cuidado humanizado no solo mejora los resultados clínicos y emocionales de los pacientes críticos, sino que también dignifica el ejercicio profesional de la enfermería y fortalece la experiencia del entorno familiar.(28) Para que este enfoque pueda ser sostenido y replicado, es indispensable que las instituciones de salud promuevan una cultura organizacional basada en el respeto, la empatía y la dignidad, asegurando las condiciones necesarias para que el personal de enfermería ejerza su rol no solo como técnico asistencial, sino como agente humanizado del cuidado.

5.2. Conclusiones

A partir del análisis realizado, se evidencia que el cuidado humanizado constituye un pilar esencial en la atención brindada en las Unidades de Cuidados Intensivos (UCI). Su implementación permite comprender de manera integral cómo las prácticas empáticas, éticas y centradas en la persona influyen en el proceso de atención, más allá de la dimensión técnica. El impacto positivo se manifiesta tanto en los indicadores clínicos como en la experiencia subjetiva del paciente, el entorno familiar y la vivencia profesional del personal de enfermería.

A lo largo del estudio fue posible identificar múltiples estrategias efectivas que fortalecen el enfoque humanizado dentro del entorno crítico. Entre estas destacan la comunicación clara y afectiva, el acompañamiento emocional, el respeto por la intimidad del paciente, y la integración de la familia como parte activa del proceso

asistencial. Estas acciones, cuando se aplican de forma sistemática, contribuyen a crear una atmósfera terapéutica donde el cuidado trasciende lo físico, promoviendo un entorno más humano, seguro y compasivo.

Asimismo, se logró analizar cómo estas estrategias impactan directamente en el proceso de recuperación emocional del paciente crítico. Las intervenciones enfocadas en el reconocimiento de emociones, la empatía y la interacción respetuosa inciden en la reducción de síntomas como ansiedad, estrés postraumático y desorientación. Estas mejoras no solo benefician el bienestar psicosocial, sino que también potencian la adherencia al tratamiento y la cooperación del paciente con el equipo de salud, generando un ciclo virtuoso en la atención.

Finalmente, al evaluar el efecto de estas prácticas en el ejercicio profesional del personal de enfermería, se constató que el cuidado humanizado promueve mayores niveles de satisfacción laboral, motivación y sentido ético del trabajo. Los profesionales que operan en entornos que valoran la dimensión humanista del cuidado reportan menor incidencia de agotamiento emocional, mayor cohesión con el equipo multidisciplinario y una percepción más positiva de su rol en la UCI. Sin embargo, también se identificaron limitaciones estructurales que condicionan su aplicación, como la sobrecarga laboral, la escasa formación en competencias emocionales y la falta de respaldo institucional.

En un contexto hospitalario donde predomina la tecnificación del cuidado, el personal de enfermería se posiciona como el principal garante de la dimensión humana del proceso terapéutico. Su capacidad para establecer vínculos genuinos, brindar consuelo y ofrecer una atención sensible representa una respuesta ética y profesional ante la despersonalización que muchas veces acompaña al cuidado intensivo. Por

tanto, fortalecer el rol enfermero en este ámbito implica reconocer su función más allá de lo instrumental, situándolo como un actor clave en la transformación de los servicios críticos.

En este sentido, se vuelve imperativo que las políticas institucionales y los programas de formación continua integren la humanización del cuidado como un eje transversal de la práctica enfermera. Solo mediante la creación de condiciones laborales justas, el acceso a herramientas emocionales y el reconocimiento del valor humano del cuidado, será posible sostener un modelo asistencial que no solo cure, sino que también alivie, escuche y acompañe. Este es el desafío ético y profesional que convoca a la enfermería crítica en el siglo XXI.

5.3. Recomendaciones

Los hallazgos obtenidos en esta revisión sistemática permiten proponer diversas estrategias que pueden ser aplicadas tanto en el ámbito asistencial como en el académico, con el fin de fortalecer el cuidado humanizado en las Unidades de Cuidados Intensivos. En primer lugar, se recomienda fomentar programas de formación continua que aborden de manera estructural el desarrollo de competencias emocionales, habilidades de comunicación terapéutica, toma de decisiones éticas y autocuidado profesional. Estos elementos deben incorporarse como parte fundamental del currículo formativo del personal de enfermería, y mantenerse activos a través de capacitaciones permanentes en el entorno hospitalario.

Asimismo, es prioritario que las instituciones de salud diseñen e implementen protocolos específicos de cuidado humanizado, que respondan a las particularidades de cada unidad de cuidados intensivos. Estos lineamientos deben establecer

acciones claras orientadas a promover el respeto por la dignidad del paciente, asegurar su participación activa en el proceso de atención, y garantizar la inclusión significativa de sus familiares como parte del equipo de apoyo terapéutico. Dichos protocolos deben ser diseñados de manera participativa, considerando la experiencia y el criterio del personal de enfermería, quien mantiene un contacto directo y continuo con el paciente crítico.

Otro aspecto relevante es la necesidad de incorporar espacios de contención emocional y acompañamiento psicológico para los profesionales de enfermería. El ejercicio del cuidado en contextos de alta demanda asistencial genera un desgaste progresivo que, si no es atendido, puede desencadenar cuadros de agotamiento emocional severo. Disponer de espacios de escucha, talleres de autocuidado y redes de apoyo entre pares podría contribuir significativamente a preservar el bienestar mental del personal, y con ello, la calidad del cuidado brindado.

Se sugiere también promover el diseño e implementación de herramientas de evaluación que midan la calidad del cuidado humanizado desde una perspectiva multidimensional. Estos instrumentos deben ir más allá de los indicadores clínicos convencionales e incorporar variables como la percepción del trato recibido, la satisfacción emocional del paciente y sus familiares, así como la valoración del respeto a la individualidad y autonomía del usuario.

En el plano investigativo, es necesario continuar explorando nuevas interrogantes que contribuyan a enriquecer la comprensión sobre el cuidado humanizado en UCI. Entre ellas, se plantea indagar cómo influyen los factores culturales, sociales y organizacionales en la forma en que se percibe y aplica este enfoque, así como analizar comparativamente las experiencias de cuidado entre distintas realidades

hospitalarias, como los servicios públicos y privados. También se considera relevante estudiar el impacto del género, la edad o la experiencia profesional del personal de enfermería sobre la calidad del vínculo empático con el paciente crítico.

Cabe señalar que este estudio presenta ciertas limitaciones que deben ser reconocidas. Entre ellas, se destaca la escasa disponibilidad de investigaciones desarrolladas en el contexto latinoamericano con instrumentos validados y enfoques homogéneos. Esta situación condicionó la posibilidad de realizar comparaciones más rigurosas entre los estudios incluidos. Asimismo, se identificó una heterogeneidad metodológica considerable entre las publicaciones analizadas, lo cual puede haber limitado la profundidad del análisis interpretativo. Por ello, se recomienda fomentar la producción científica local sobre esta temática, impulsando líneas de investigación que integren el componente cultural, institucional y profesional del cuidado humanizado en entornos críticos.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. 426952048.pdf [Internet]. [citado el 17 de junio de 2025]. Disponible en: https://core.ac.uk/download/pdf/426952048.pdf

2. Chugnas Sapo B. Conocimientos sobre cuidado humanizado y condiciones laborales del profesional de enfermería, y el cuidado humanizado en pacientes del centro quirúrgico. Hospital regional docente de Cajamarca, 2019. Universidad Nacional de Cajamarca [Internet]. el 15 de marzo de 2021 [citado el 17 de junio de 2025]; Disponible en: http://repositorio.unc.edu.pe/handle/20.500.14074/4274

3. Espinoza G de JV, Samaniego GFL, Soto JCC, Campos GEE. Cuidado humanizado de enfermería en la atención de pacientes ingresados en los hospitales públicos de la ciudad de Milagro – Ecuador. Mediciencias UTA. el 1 de enero de 2022;6(1):55–68.

4. Solís LFV, Oña MJC, Medina FPE, Robayo JEY, Zurita L de los ÁC, Acosta MAQ. Cuidado humanizado aplicado en enfermería: Una revisión sistemática: Humanized care applied in nursing: A systematic review. LATAM Revista Latinoamericana de Ciencias Sociales y Humanidades. el 21 de agosto de 2023;4(2):5711–25.

5. Pilatasig MCG, Mora G del PC. Cuidado Humanizado de Enfermería en la Unidad de Cuidados Intensivos: Revisión Sistemática. Ciencia Latina Revista Científica Multidisciplinar. el 18 de marzo de 2025;9(1):10785–811.

6. Catota Tiban PA, Guarate Coronado YC. Cuidado humanizado de enfermería en pacientes hospitalizados. Salud, Ciencia y Tecnología. 2023;(3):260.

7. Pais Lescano DL. Cuidado Humanizado de enfermería en pacientes hospitalizados en las unidades de emergencia y cuidados intensivos en un Hospital nivel II del MINSA, 2019. 2022 [citado el 17 de junio de 2025]; Disponible en: http://repositorio.unprg.edu.pe/handle/20.500.12893/10117

8. Moreno Montenegro NV, Lema Caisaguano JM, Granda Cueva DC, Acosta Romo MF. Cuidado humanizado de enfermería para reducir el síndrome de estrés postraumático en pacientes hospitalizados en la unidad de cuidados intensivos. Revista Criterios. 2023;30(2):175–90.

9. Cuidado humanizado de enfermería y satisfacción de pacientes en la unidad de cuidados intensivos maternos. Hospital Belén [Internet]. [citado el 17 de junio de 2025]. Disponible en: https://dspace.unitru.edu.pe/items/87d99779-afe8-4e86-9952-1357beeb60fa

10. Torres JLY, Urrea HER. Cuidado humanizado del profesional de enfermería a pacientes intervenidos quirúrgicamente en una entidad gubernamental 2019. Más Vita. 2020;2(4):18–25.

11. Toroshina Toala SX. Cuidado humanizado en pacientes con sedoanalgesia en la unidad de cuidados intensivos [Internet] [masterThesis]. 2023 [citado el 17 de junio de 2025]. Disponible en: https://dspace.uniandes.edu.ec/handle/123456789/17271

12. Marques PAO, Lopes ASM, Ribeiro ALB, Santos DF de O. CUIDADOS HUMANIZADOS DE ENFERMERÍA ONCOLÓGICA. Cogitare Enferm. el 21 de junio de 2024;29:e94274.

13. Mondol-Hernández D, Solano-López AL. Cuidados humanizados de las enfermeras oncológicas en persona con cáncer gástrico: Estudio de un caso. Enfermería Clínica. el 1 de mayo de 2024;34(3):224–31.

14. Huachaca NBC, Marcela RA. Cuidar/Cuidado (in)Visible desde la Perspectiva del Profesional de Enfermeria de la Selva. Ciencia Latina Revista Científica Multidisciplinar. el 12 de junio de 2024;8(3):2584–609.

15. Holguín SAS, Espinoza COL. El cuidado humanizado de enfermería, una necesidad de la praxis profesional. Revista Vive. el 14 de febrero de 2023;6(16):93–103.

16. Allande Cussó R, Navarro Navarro C, Porcel Gálvez AM. El cuidado humanizado en la muerte por COVID-19: a propósito de un caso. Enfermería Clínica. el 1 de febrero de 2021;31:S62–7.

17. Zambrano CLM, Tureugna CGC, Pavez VMV, Vargas CMV. EL CUIDADO HUMANIZADO Y LOS FUTUROS ENFERMEROS DEL SUR DE CHILE. Horizonte de Enfermería. el 31 de agosto de 2020;31(2):164–91.

18. Ramírez Escalante EK. Estrés laboral y cuidado humanizado en personal de enfermería de un hospital de Guayaquil en Tiempos COVID-19, 2020. 2021.

19. Reyes Carlos VR. Evidencias del cuidado humanizado de enfermería en centro quirúrgico. 2021.

20. Díaz DL, Galindo AS. Herramientas de comunicación en la Unidad de Cuidados Intensivos Pediátricos.

21. Melita-Rodríguez AB, Jara-Concha PDT, Valencia-Contrera MA, Melita-Rodríguez AB, Jara-Concha PDT, Valencia-Contrera MA. Indicadores de cuidado humanizado de enfermería en atención intrahospitalaria. Index de Enfermería. diciembre de 2022;31(4):294–8.

22. Lobo Osorio D, Oviedo Córdoba HR, Cortina Navarro C. La experiencia del cuidado humanizado en personas hospitalizadas: un estudio transversal. Duazary: Revista internacional de Ciencias de la Salud. 2023;20(2):17–27.

23. Dilou YT, Fuentes RRS, Thomas CD. La humanización del cuidado enfermero del anciano en estado de necesidad en la comunidad. Rev Cuba Enf. 2021;37(1):1–12.

24. Conde Arrieta C, García Rodríguez P, Payares Gonzales HD. La Humanización En Unidad De Cuidados Intensivos, Una Necesidad Fundamental Para La Evolución Del Paciente [Internet] [Thesis]. Universidad del Sinú, seccional Cartagena; 2023 [citado el 17

de junio de 2025]. Disponible en: https://repositorio.unisinucartagena.edu.co:8080/xmlui/handle/123456789/1237

25. Guerrero-Castañeda RF, Chávez-Urías RA. Momento de cuidado, un encuentro fenomenológico entre enfermera y persona cuidada: reflexión en Watson. Moment of care, a phenomenological encounter between the nurse and the person cared: reflection in Watson [Internet]. 2020 [citado el 17 de junio de 2025]; Disponible en: http://rua.ua.es/dspace/handle/10045/111381

26. Castillo-Parra S, Bacigalupo Araya JF, García Vallejos G, Lorca Nachar A, Aspee Lepe P, Gortari Madrid P, et al. NECESIDADES DE DOCENTES Y ESTUDIANTES PARA HUMANIZAR LA FORMACION DE ENFERMERÍA. Ciencia y enfermería. 2020;26:0–0.

27. Vargas Ayosa CF. Nivel de conocimiento de los principios bioéticos y su relación con el cuidado humanizado del profesional de enfermería del Hospital III José Cayetano Heredia. 2021.

28. Domingo S. ODALIS SABRINA SUAREZ GAMBOA. 2024;

29. Palomino GAG, Muñiz JEM, Aldaz JOC, Martínez KSE. Percepción de enfermería sobre los cuidados humanizados en pacientes portadores de enfermedades infecto contagiosas. Ciencia Latina Revista Científica Multidisciplinar. el 30 de agosto de 2022;6(4):2574–600.

30. Mendoza Téllez M del R. Percepción de los estudiantes de enfermería, sobre el cuidado humanizado que brinda la enfermera a los pacientes, en el servicio de medicina de un hospital público, UNMSM, Lima 2019. 2020.

31. Mena Paredes DT. Percepción de los pacientes sobre el cuidado humanizado que brinda la enfermera del servicio de emergencia del Hospital San Juan de Lurigancho, 2018. 2020.

32. García Vallejos G, Castillo Mansilla D, Lorca Nachar A, Montecinos Guiñez D, Quijada Sánchez DC, Lara Jaque RA. Liderazgo en enfermería, una mirada desde la opinión de egresadas/os de enfermería y miembros del equipo de salud. Cultura de los cuidados: Revista de Enfermería y Humanidades. 2022;(64):46–59.

33. Lampa Suaña C del P. Percepción de los padres con niños menores de cinco años sobre el cuidado humanizado del profesional de enfermería de los servicios de Crecimiento y Desarrollo de la Unidad Básica de Gestión Ate, Lima, 2019. 2020.

34. Urure Velazco IN, Pacheco Villa García LA, Llerena Ururi KL, Berrocal Pacheco PL. Satisfacción percibida y cuidado humanizado de enfermería en pacientes quirúrgicos en un hospital público del Perú. Enfermería Clínica. el 1 de enero de 2025;35(1):102128.

35. Mir-Tabar A, Pardo-Herrera L, Goñi-Blanco A, Martínez-Rodríguez M, Goñi-Viguria R. Satisfacción de los pacientes con los cuidados enfermeros en una Unidad de Cuidados Intensivos medida a través de la escala *Nursing Intensive-Care Satisfaction-Scale* (NICSS). Enfermería Intensiva. el 1 de julio de 2024;35(3):201–12.

36. Object object. Percepción del paciente sobre el cuidado humanizado que brinda el profesional de enfermería en la Unidad de Cuidados Intensivos de un hospital de Lima, 2020. [citado el 17 de junio de 2025]; Disponible en: https://core.ac.uk/reader/478792270

37. Balón Lázaro F de L, Pincay Pinargote JA, Alarcón Dalgo CM. Rol de la Enfermera en Cuidados Intensivos desde un Enfoque Humanizado. REINCISOL: Revista de Investigación Científica y Social. 2024;3(6):2015–37.

38. Juárez-Morales IG, López-Cocotle JJ, Moreno-Monsiváis MG, Interial-Guzmán MG. PERCEPCIÓN DEL PACIENTE HOSPITALIZADO SOBRE EL CUIDADO HUMANIZADO DE ENFERMERÍA. Revista Mexicana de Enfermería Cardiologica. el 13 de mayo de 2022;29(2):40–7.

39. Duque-Ortiz C, Arias-Valencia MM, Duque-Ortiz C, Arias-Valencia MM. Relación enfermera-familia en la unidad de cuidados intensivos. Hacia una comprensión empática. Revista Ciencias de la Salud. abril de 2021;19(1):124–43.

40. Rivera-Álvarez LN, Triana Á, Rivera-Álvarez LN, Triana Á. Proceso de construcción y validación del instrumento Percepción de Comportamientos de Cuidado Humanizado de Enfermería (PCHE-III). Index de Enfermería [Internet]. marzo de 2023 [citado el 17 de junio de 2025];32(1). Disponible en: https://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_abstract&pid=S1132-12962023000100014&lng=es&nrm=iso&tlng=pt

41. Herrera Rogel EP. Plan de implementación para la creación de servicio de laboratorio clínico de baja complejidad en la ciudad de Quito [Internet] [masterThesis]. Quito: Universidad de las Américas, 2023; 2023 [citado el 17 de junio de 2025]. Disponible en: http://dspace.udla.edu.ec/handle/33000/15141

42. Macias MÁH, Bueno PFE, Farez FCB. Percepción del Cuidado Humanizado del Personal de Enfermería en Cuidados Intermedios. Hospital General de Macas. Ciencia Latina Revista Científica Multidisciplinar. el 19 de diciembre de 2023;7(6):1552–70.

43. Campozano OEG. APLICACIÓN DE FACTORES HUMANOS PARA MEJORAR LA SEGURIDAD DEL PACIENTE EN EL SERVICIO DE EMERGENCIA: CASOS PRÁCTICOS 2023.

44. Pilatasig MCG, Mora G del PC. Cuidado Humanizado de Enfermería en la Unidad de Cuidados Intensivos: Revisión Sistemática. Ciencia Latina Revista Científica Multidisciplinar. el 18 de marzo de 2025;9(1):10785–811.

45. Peña Baldeon EP. Estrés laboral y cuidado humanizado en personal de enfermería de la unidad de cuidados intensivos del Hospital EsSalud II de Pasco, 2023. 2023.

46. Marcelo Villarreal DN. Cuidado humanizado por el profesional de enfermería durante la pandemia Covid-19 en el Servicio de Cuidados Intensivos de una clínica privada Lima, 2022. 2022.

47. Lobo Osorio D, Oviedo Córdoba HR, Cortina Navarro C. La experiencia del cuidado humanizado en personas hospitalizadas: un estudio transversal. Duazary: Revista internacional de Ciencias de la Salud. 2023;20(2):17–27.

48. Loayza Carrillo SM. Cuidado humanizado de enfermería y satisfacción de pacientes en la unidad de cuidados intensivos del hospital San Juan de Dios, Pisco 2022. 2022.

49. Hermosilla-Ávila AE, Sanhueza-Alvarado O, Chaparro-Díaz L. Cuidado humanizado en pacientes con cáncer avanzado. Una perspectiva desde la diada paciente-familia. Enfermería Clínica. el 1 de septiembre de 2021;31(5):283–93.

50. Céspedes Casimiro DL. Carga laboral y cuidado humanizado en profesionales de enfermería de la unidad de cuidados intensivos en el Hospital II Lima Norte - Luis Negreiros Vega - Essalud - Callao, 2022. 2023.

51. Campos Delgado L. Inteligencia emocional y cuidado humanizado en personal de enfermería de cuidados intensivos de un hospital de Piura, 2021. 2022.

52. Barrera MJ, Pilataxi CM, González SZ. Cuidado humanizado a la persona en estado crítico y familia: Percepción de enfermería. Revista Científica Arbitrada Multidisciplinaria PENTACIENCIAS. 2025;7(1):99–108.

53. Barrera MJ, Pilataxi CM, González SZ. Cuidado humanizado a la persona en estado crítico y familia: Percepción de enfermería. Revista Científica Arbitrada Multidisciplinaria PENTACIENCIAS. 2025;7(1):99–108.