



**UNIVERSIDAD CATÓLICA
DE SANTIAGO DE GUAYAQUIL
SUBSISTEMA DE POSGRADO
MAESTRÍA EN GERENCIA EN SERVICIOS DE LA SALUD**

TEMA:

**Importancia de la humanización de la atención en unidades de
cuidados intensivos**

AUTOR:

Alvarado Chiriguaya, Pedro Luis

**Previo a la obtención del Grado Académico de:
Magíster en Gerencia en Servicios de la Salud**

**Guayaquil, Ecuador
2026**



**UNIVERSIDAD CATÓLICA
DE SANTIAGO DE GUAYAQUIL
SUBSISTEMA DE POSGRADO
MAESTRÍA EN GERENCIA EN SERVICIOS DE LA SALUD**

CERTIFICACIÓN

Certificamos que el presente trabajo fue realizado en su totalidad por el **Licenciado en enfermería, Pedro Luis Alvarado Chiriguaya**, como requerimiento parcial para la obtención del Grado Académico de **Magíster en Gerencia en Servicios de la Salud**.

REVISORA

Dra. Paola Silva Gutiérrez, Mgs.

DIRECTORA DEL PROGRAMA

Econ. María de los Ángeles Núñez L, Mgs.

Guayaquil, a los 08 días del mes de junio del año 2026



UNIVERSIDAD CATÓLICA
DE SANTIAGO DE GUAYAQUIL
SUBSISTEMA DE POSGRADO
MAESTRÍA EN GERENCIA EN SERVICIOS DE LA SALUD

DECLARACIÓN DE RESPONSABILIDAD

Yo, **Pedro Luis Alvarado Chiriguaya**

DECLARO QUE:

El documento **Importancia de la humanización de la atención en unidades de cuidados intensivos** previa a la obtención del **Grado Académico de Magíster en Gerencia en Servicios de la Salud**, ha sido desarrollada en base a una investigación exhaustiva, respetando derechos intelectuales de terceros conforme las citas que constan al pie de las páginas correspondientes, cuyas fuentes se incorporan en la bibliografía. Consecuentemente este trabajo es de mi total autoría.

En virtud de esta declaración, me responsabilizo del contenido, veracidad y alcance científico del documento del Grado Académico en mención.

Guayaquil, a los 08 días del mes de junio del año 2026

EL AUTOR



Pedro Luis
Alvarado Chiriguaya
Time Stamping
Security Data

Pedro Luis Alvarado Chiriguaya



UNIVERSIDAD CATÓLICA
DE SANTIAGO DE GUAYAQUIL
SUBSISTEMA DE POSGRADO
MAESTRÍA EN GERENCIA EN SERVICIOS DE LA SALUD

AUTORIZACIÓN

Yo, **Pedro Luis Alvarado Chiriguaya**

Autorizo a la Universidad Católica de Santiago de Guayaquil, la **publicación** en la biblioteca de la institución del **documento** previo a la obtención del grado de **Magíster en Gerencia en Servicios de la Salud** titulado: **Importancia de la humanización de la atención en unidades de cuidados intensivos**, cuyo contenido, ideas y criterios son de mi exclusiva responsabilidad y total autoría.

Guayaquil, a los 08 días del mes de junio del año 2026

EL AUTOR



Pedro Luis
Alvarado Chiriguaya
Time Stamping
Security Data

Pedro Luis Alvarado Chiriguaya



**UNIVERSIDAD CATÓLICA
DE SANTIAGO DE GUAYAQUIL
SUBSISTEMA DE POSGRADO
MAESTRÍA EN GERENCIA EN SERVICIOS DE LA SALUD**

REPORTE COMPILATIO



Certificado de análisis

Compilatio Magister+ | UCSG-EC- Universidad Católica de Santiago de Guayaquil

PedroAlvarado_CorrecciónPlagio_Versión1

ID : f929a9da4861b706c3da779db280a46ddf32c4e0



2%

Textos sospechosos

Nombre del fichero : PedroAlvarado_CorrecciónPlagio_Versión1.txt
Tamaño del archivo original : 33,91 kB
Número de palabras : 4485
Número de caracteres : 29572

Depositante : Maria de los Angeles Núñez Lapo
Fecha de depósito : 2 de junio de 2026
Tipo de carga : interface
fecha de fin de análisis : 2 de junio de 2026

AGRADECIMIENTO

Agradezco a Dios por darme la fuerza y la voluntad de seguir este arduo camino ,sin su bendición nada de esto sería posible , a mis familiares y amigos que de una u otra manera pusieron su granito de arena para que esto sea posible, de manera especial le agradezco a Josselyn por haberme motivado a emprender esta aventura y ser motivación y apoyo, compromiso y profesionalismo constante para llegar hasta el final de este viaje, gracias por demostrar que el trabajo en equipo y esfuerzo compartido son fundamentales para alcanzar nuestras metas, a todas las instituciones en las que me formé y me abrieron sus puertas para laborar y desarrollar mis habilidades profesionales

A mis profesores y mentores, por formar no solo una profesional, sino una mejor persona. Y a toda mi familia, por sostener mi vocación incluso cuando yo dudaba, por estar siempre conmigo y de una u otra manera, gracias por la enseñanza y el respaldo, este trabajo es el reflejo de todo su profesionalismo, cariño y entrega

Pedro Luis Alvarado Chiriguaya

DEDICATORIA

Dedico este trabajo de investigación a mis padres, por ser mi primer ejemplo de cuidado y entrega. Gracias por enseñarme que cuidar al otro es un acto de amor, a mí hermana por siempre ser mi compañía y motivación para ser un ejemplo a seguir, a mi abuela Ofelia que siempre creyó en mí y en el camino que elegí, sé que desde el cielo se sentirá orgullosa y seguirá guiando y cuidando mi camino.

Este logro es el reflejo del amor, apoyo que siempre me han brindado, es tan mío como de ustedes.

Dedico esta tesis a todos los pacientes que confiaron su cuidado en mis manos. Cada experiencia en todos mis años de servicio, me recordaron día a día que la enfermería no es solo una ciencia, sino el arte de cuidar con el corazón.

Pedro Luis Alvarado Chiriguaya

Introducción

Las unidades de cuidados intensivos (UCI) representan uno de los escenarios más complejos del sistema sanitario contemporáneo. En ellas convergen alta tecnología, vigilancia permanente, decisiones clínicas de enorme trascendencia y una intensa carga emocional para pacientes, familias y profesionales. La complejidad técnica y frágil del ser humano, la discusión sobre la humanización de la atención es precisamente el punto de partida para empezar a creer que ha pasado de un tema accesorio a convertirse en uno de los fundamentos centrales de la calidad asistencial. Humanizar la unidad de cuidados intensivos, lejos de implicar una barrera en el rigor científico o la primacía de gestos vacíos sobre la tecnología, concierne la fusión de la habilidad técnica con un enfoque asistencial que valora al paciente en su integridad, resguardando su dignidad, incluyendo a la familia, promoviendo una comunicación clara y protegiendo el bienestar del personal de salud también. Esta visión, en el marco actual, se asemeja a la atención centrada en el individuo y su entorno familiar, aspirando a que las determinaciones clínicas converjan con los valores, necesidades, preferencias y contextos relacionales particulares (Secunda & Kruser, 2022; Hwang et al., 2025).

La seguridad del paciente persevera como un reto estructural, hasta la propia OMS cita pruebas de infecciones hospitalarias adquiridas en centros médicos y otros daños evitables, impactando con fuerza a los pacientes hospitalizados y aquellos en estado crítico. La humanización no debe considerarse un privilegio exclusivo de sistemas holgadamente financiados; por el contrario, representa una estrategia para la calidad, seguridad, y ética clínica, apta inclusive en entornos con limitaciones presupuestarias. Porque esta aborda prioridades asistenciales esenciales que incluyen comunicación presencia familiar, el confort, la prevención del delirium, la toma de decisiones compartidas y la continuidad en la atención (World Health Organization, 2024). Además, la relevancia de la humanización se manifiesta en el impacto de la experiencia en UCI que perdura tras la supervivencia inmediata. Estudios actuales acerca del síndrome post cuidados intensivos PICS y su versión familiar, PICS-F, exhiben cómo la enfermedad crítica puede conllevar

secuelas físicas psicológicas cognitivas y sociales, extendiéndose en el tiempo. En este contexto del año 2024, se detalla que los parientes de individuos que están graves experimentan una carga bastante significativa, capaz de desencadenar ansiedad, depresión, y estrés postraumático además de fatiga y consecuencias socioeconómicas adversas, la frecuencia de problemas psicológicos varía del 20% al 40% a los seis meses (Shirasaki et al., 2024).

Dicho esto, una UCI exitosa no puede ser evaluada únicamente por la mortalidad o los días de ventilación mecánica; también se deberá considerar la manera en que se atiende a los individuos y qué tanto daño evitable se minimiza en lo emocional y en la esfera relacional. Por otra parte, la pandemia provocada por el COVID-19 dejó una lección vital: cuando los cuidados intensivos limitan drásticamente el apoyo familiar y perjudican la comunicación, el sufrimiento de pacientes, familiares, y del personal sanitario se agudiza notablemente (Fernández-Martínez et al., 2022). Las intervenciones centradas en el cuidado familiar en la UCI cobraron crucial importancia en la pandemia, mientras que la revisión integral de Mailer y su equipo de 2024 concluyó que las restricciones de visita acarrearán efectos perjudiciales para los parientes. La consolidación de esta noción, actualmente predominante, revela un punto de inflexión significativo (Mailer et al., 2024). La humanización, lejos de ser un mero valor agregado, se alza como el pilar fundamental, indispensable, para una atención intensiva robusta, tanto en su enfoque clínico como en su fundamento ético.

Ante estos antecedentes, el presente ensayo tiene como objetivo analizar la importancia de la humanización de la atención en unidades de cuidados intensivos, revisando sus principales fundamentos conceptuales, los factores que explican su necesidad en el entorno crítico, la evidencia disponible sobre sus efectos clínicos y relacionales, y las implicaciones prácticas para la gestión sanitaria. El documento se estructura de la siguiente manera. La primera sección desarrolla el concepto de humanización en UCI y su relación con la atención centrada en la persona y la familia. La segunda examina los factores de deshumanización propios del entorno intensivo. La tercera sintetiza la evidencia sobre intervenciones de humanización y

sus resultados. La cuarta presenta implicaciones prácticas para líderes y gestores del sector salud. Finalmente, se exponen las conclusiones.

Cuerpo

Humanización en UCI: definición, alcance y fundamento conceptual

La humanización de la atención en UCI puede definirse como un modelo asistencial que integra competencia técnica, respeto por la dignidad, comunicación compasiva, participación familiar, confort, atención emocional y toma de decisiones éticamente deliberada. Su valor reside en que corrige una tendencia histórica de la medicina intensiva: organizar el cuidado alrededor de monitores, dispositivos y parámetros biológicos, dejando en segundo plano la subjetividad del paciente. Secunda y Kruser, en un estudio de 2022, argumentan que el enfoque centrado en el paciente y su familia en la Unidad de Cuidados Intensivos UCI, busca, con precisión, realzar la condición de persona del enfermo; promover un diálogo comunicativo fluido; y, diseñar prácticas que potencien la presencia, el soporte y la participación familiar. Al mismo tiempo, las directrices de 2024 de la Society of Critical Care Medicine, que salieron a la luz en 2025, establecen que esta atención enfocada en la familia es una habilidad fundamental para el personal de la UCI, dada su clara influencia en resultados trascendentes para pacientes y sus allegados (Hwang et al. , 2025). Adentrándonos en el marco teórico, la humanización se entrelaza con tres pilares fundamentales. Inicialmente, la ética de la dignidad, la cual demanda no reducir al paciente a su condición patológica ni a su sujeción tecnológica. Por otro lado, la atención personalizada, entendiendo el cuidado como una respuesta holística a las necesidades físicas, emocionales, sociales y, sin olvidarse, las espirituales.

El tercer pilar se focaliza en el cuidado familiar. Este modelo percibe a los seres queridos como elementos cruciales en la narrativa vital del paciente, ofreciendo sustento emocional e interviniendo frecuentemente en la toma de decisiones. Estudios recientes muestran una sinergia, no una competencia, entre estos elementos. La revisión narrativa sobre la humanización en UCI pediátrica, elaborada por García-

Fernández et al. (2024), coincide con el estudio transversal de Azoulay et al. (2024) en que el cuidado humanizado se funda en el respeto, la empatía, la colaboración, una comunicación abierta, y el apoyo tanto a las familias, como al equipo médico. Por ende, humanizar la UCI va más allá de la mera cortesía o un buen trato

Es decir, la humanización deja de ser un discurso abstracto y se convierte en una estrategia de organización clínica.

Tabla 1

Dimensiones centrales de la humanización en UCI

Dimensión	Contenido principal	Relevancia
Dignidad e identidad personal	Reconocer al paciente como sujeto con historia, identidad y valores	Evita la cosificación del enfermo crítico
Comunicación	Información clara, oportuna, bidireccional y comprensible	Disminuye incertidumbre y favorece decisiones compartidas
Participación familiar	Presencia, acompañamiento, rondas y apoyo en cuidados	Mejora experiencia y continuidad relacional
Confort y entorno	Sueño, ruido, privacidad, dolor, orientación y movilidad	Reduce sufrimiento evitable y secuelas
Deliberación ética	Proporcionalidad terapéutica, metas de cuidado y final de vida	Ordena decisiones complejas en escenarios inciertos
Bienestar del equipo	Prevención de burnout, apoyo emocional y formación	Hace sostenible el cuidado humanizado

Nota. Elaboración propia a partir de Secunda y Kruser (2022), Azoulay et al. (2024) y Hwang et al. (2025).

¿Por qué la UCI es un entorno especialmente vulnerable a la deshumanización?

La necesidad de humanizar la UCI se plantea desde un entorno estructuralmente inclinado a la deshumanización. En primer lugar, la atención directa está fuertemente mediada por tecnología, tales como ventiladores, bombas, alarmas, monitores invasivos y protocolos de alta complejidad. Estos recursos son indispensables para sostener la vida, pero también pueden mover la atención del quién al qué. Los pacientes se transforman principalmente en un conjunto de parámetros, que responden a una lógica biomédica y corren el riesgo de eclipsar la experiencia vivida del sufrimiento. Diversos estudios sobre el cuidado humanizado insisten en la importancia de equilibrar la tecnología y su relación terapéutica, precisamente porque la eficiencia técnica no garantiza una buena experiencia de cuidado (Kwon y Kim, 2025).

En segundo lugar, la UCI expone tanto a allegados como a los profesionales a una profunda incertidumbre. El curso clínico puede fluctuar en cuestión de horas, la información es enrevesada y muchas decisiones se toman con premura. Bajo tales condiciones, una comunicación deficiente deviene en fuente de perjuicio añadido. Un análisis profundo sobre el PICS-F pone de manifiesto que las familias precisan información precisa concerniente a diagnóstico, plan de tratamiento y pronóstico, no sólo para entender el proceso, sino también para acomodarse emocionalmente y afianzar la recuperación subsecuente. Cuando esta comunicación falla, aumentan la ansiedad, la sensación de pérdida de control y la probabilidad de secuelas psicológicas (Shirasaki et al., 2024).

En tercer lugar, la cultura institucional de algunas UCI ha tendido a restringir la presencia familiar con argumentos de seguridad, orden o control ambiental. Sin embargo, la evidencia contemporánea ha cuestionado la rigidez de este enfoque. Las guías de la Society of Critical Care Medicine recomiendan que las políticas de presencia familiar liberalizada sean la práctica por defecto siempre que sea posible, y sugieren la asistencia familiar a rondas y su participación en cuidados al pie de cama (Hwang et al., 2025).

Las restricciones de las visitas en la pandemia incrementaron dicha inquietud. La revisión de Mailer et al. (2024) pone de manifiesto que la imposibilidad de estar junto al paciente y la alteración de la comunicación aumentaron el sufrimiento familiar. Otros estudios cualitativos mostraban que los familiares experimentaron de forma negativa estas restricciones y que para situaciones de crisis se necesitan guías específicas de atención centrada en la familia. Por eso la deshumanización no solo se traduce en una actitud fría o distante, también habla de estructuras organizativas que separan a la familia, fragmentan la información y rompen el vínculo terapéutico.

No se puede obviar el desgaste del personal de salud. Azoulay et al. (2024) subrayan la importancia de dar prioridad a la salud mental del personal para desarrollar la atención centrada en la familia. La relación entre estas dos variables es importante: una UCI no es capaz de mantener prácticas humanizadas de forma continuada si trabaja con plantillas agotadas, burnout crónico y culturas organizacionales de la supervivencia. Esto significa que la humanización del paciente implica la humanización de las condiciones de trabajo del equipo.

Uno de los argumentos contundentes que apoyan la humanización es que los beneficios de la misma no se construyen exclusivamente en el plano moral o emocional, sino que también entroncan con resultados clínicos y organizativos. El bundle ABCDEF es la mejor evidencia que de acuerdo a la Society of Critical Care Medicine, constituye una estrategia integral orientada a mejorar tanto los resultados clínicos como la experiencia del paciente y su familia durante la estancia en cuidados intensivos (Hwang et al., 2025). Pun et al. (2019), en el ICU Liberation Collaborative con 15.060 adultos, evidencian que un mejor cumplimiento del bundle se asocia con mejoras clínicamente significativas en supervivencia, ventilación mecánica, coma, delirium y uso de sujeciones. Esto hace ver que la medicación es lo mismo que la medicina basada en evidencia; puede ser una de sus expresiones más consolidadas.

La prevención y el manejo del delirium constituyen un ejemplo particularmente gráfico. El delirium, una complicación común en el paciente crítico se relaciona con una peor evolución a corto y largo plazo. La literatura reciente muestra que las intervenciones no farmacológicas, especialmente en aquellos contextos en los que se

integra la orientación, la administración del sueño, la movilización, la interacción significativa o la participación familiar, contribuyen en la disminución de su impacto. Correa-Pérez et al. (2021) hacen explícito que el ABCDEF está vinculado con una atención más integral y humana. Esta es la clave conceptual: cuando una UCI protege el sueño, también reduce el ruido, moviendo de forma rápido y permitiendo que la familia esté presente, lo que genera no solo al paciente sentirse mejor, más bien, influye en los factores clínicamente relevantes. La política de visitas accesibles, fáciles y frecuentes frente a una restringida no reduce el delirium, como tampoco lo hacía el ensayo clínico aleatorizado ICU Visits de Rosa et al. (2019); pero eso no implica que la humanización no merezca la pena. Simplemente indica que la flexibilización horaria no descuella hasta llevar a resultados estadísticamente significativos en todos los desenlaces, y que la humanización debe ir en un paso más elaborado: uno en el que la flexibilidad horaria de las visitas se complementa con un paquete de comunicación, preparación, apoyo, confort ambiental, participación estructurada, etc. De hecho, la revisión de Ning y Cope (2020) arrojó beneficios reportados de las políticas de visitas abiertas, mejores niveles de satisfacción de pacientes y de familias e incluso menos ansiedad y depresión en los familiares, aunque también advertían de los desafíos culturales y organizativos que la implementación puede suponer.

Un segundo componente que es relevante son los diarios de UCI pero también otras estrategias son aquellas que narren la vivencia de la experiencia del paciente. Huang et al. (2024) en su revisión sistemática y metaanálisis concluyeron que los diarios de UCI pueden disminuir la depresión y el TEPT y mejorar la calidad del sueño de los pacientes, aunque no reporten diferencias significativas en cuanto a ansiedad del paciente ni en trastornos psicológicos de los familiares.

Este descubrimiento es importante ya que previene idealizaciones: algunas intervenciones humanizadoras aportan resultados evidentes, pero no constituyen soluciones universales para todos los resultados. El sentido de la humanización no está en la fe de producir resultados increíbles, como si solo con la manera de ver a una persona fuera suficiente, sino en avalar prácticas plausibles, éticas, cada vez mejor documentadas empíricamente. La humanización también permite que la identidad y el reconocimiento del enfermo/a sean factores importantes. Ahmad et al. (2023),

recogiendo la valoración del Get to Know Me Board, descubrieron que un 89% de los enfermos y un 99% de los familiares lo consideraban útil para reconocer la humanidad de los pacientes; además, un 68% de los enfermos y un 74% de las familias afirmaban que contribuía a generar una mejor relación con el equipo. Estos datos son significativos y reveladores en la UCI, donde la sedación, la intubación, la dependencia funcional tienden a borrar la voz propia del enfermo. Dispositivos tan simples como este vuelven a dar sentido, biografía y punto de vista en la UCI, sometida a la dictadura de los protocolos.

Humanización y familia: de acompañantes a socios de cuidado

La familia tiene un rol fundamental en la humanización de la UCI por razones clínicas, éticas y relacionales. Desde una opinión clínica, la familia es el principal desarrollador de información biográfica del paciente y de su sistema e historial, lo que puede guiar la decisión cuando él o la paciente no puede comunicarse. Por el lado de la ética, la inclusión de la familia en la UCI fomenta la transparencia, la confianza y la deliberación compartida. Por el lado de un punto de vista relacional, la presencia de personas que son cercanas al círculo del paciente favorece la continuidad de los vínculos afectivos en una situación de gran vulnerabilidad. Por estos motivos se incluyen las recomendaciones acerca de programas educativos, diarios UCI, apoyo espiritual, apoyo en salud mental, duelo, forma de comunicación y límite a las barreras de la familia para garantizar una atención equitativa a las familias (Hwang et al., 2025).

Los recientes trabajos de investigación también corroboran este camino. Azoulay et al. (2024) describen la atención centrada en la familia en la UCI como un modelo de atención para el cual el respeto, la dignidad, la empatía, la colaboración y la toma de decisiones compartidas son los componentes más destacados. Bohart et al. (2024) mediante un método Delphi con un grupo de expertos en UCIs llegaron a consensuar 47 enunciados concretos que son considerados fundamentales para la atención centrada en la persona y en la familia, incluyendo la manera de intercambiar información sistemática y otras cuestiones como las consultas con pacientes y familias. Esta evolución es significativa pues refleja el paso de los ideales normativos a un conjunto de prácticas concretas y consensuadas.

Pero reconocer la centralidad de la familia no significa romantizar su participación, existiendo también tensiones: sobrecarga emocional, conflictos con la toma de decisiones, diferencias culturales, desigualdades en la alfabetización en salud y, en algunos casos, dinámicas familiares "difíciles". Shirasaki et al. (2024) menciona que PICS-F incluye afectación psicológica pero también física y socioeconómica, lo que influye a que la familia tenga la obligación emocional de cuidado y no sólo como recurso del paciente sino como ayuda en su proceso.

Un paso adelante en esta dirección lo constituye el ensayo FICUS. Naef et al. (2025) evaluaron una intervención de apoyo familiar liderada por enfermería para familias de pacientes críticos. No es cuestión de reproducir todos los detalles metodológicos, pero sí importa el sentido general: la evidencia más reciente se va moviendo hacia intervenciones estructuradas, interdisciplinarias y medibles para apoyar a las familias, es decir, la humanización va dando paso a una mayor madurez operativa y evaluativa.

La humanización como criterio de calidad en la gestión de UCI

En el plano de la dirección y gestión, la humanización debe considerarse ligada a la calidad asistencial. No solo porque la incrementa, sino porque la entrelaza con la seguridad, la comunicación competente, la continuidad del cuidado y la legitimidad de las decisiones clínicas. La OMS (2023) posiciona la seguridad del paciente como un elemento fundamental de la calidad; la literatura sobre humanización en cuidados críticos advierte que la calidad no puede ser reducida al cumplimiento técnico de procedimientos, si la marcha del proceso asistencial produce desubicación, aislamiento, sufrimiento evitado y desgaste moral evitable.

Por tanto, la humanización también puede y se tiene que medir. Los servicios de UCI pueden tener en cuenta varios indicadores, además de la mortalidad y la estancia, como la frecuencia de reuniones familiares, su calidad, la precisión del cumplimiento del bundle ABCDEF, la prevalencia de delirium, la satisfacción de familias, el acceso a una atención espiritual o psicosocial, el uso de diarios de UCI, la calidad del sueño, la existencia de protocolos de final de la vida o el bienestar del personal. El trabajo europeo reciente de Azoulay et al. (2024) y las recomendaciones

de la SCCM (Hwang et al., 2025) sugieren precisamente que la calidad de la atención centrada en la familia depende no solamente de la voluntad individual del clínico, sino del clima de la ética, la organización del servicio y las barreras de la equidad presentes en cada institución.

La evaluación de la experiencia del es ahora un componente esencial de los sistemas modernos de calidad sanitaria. Diversos estudios han evidenciado que una experiencia positiva del paciente se asocia con una mayor adherencia a los tratamientos, mejores resultados clínicos y una utilización más eficiente de los recursos sanitarios (Doyle et al., 2020). Asimismo, organismos internacionales como el Institute for Healthcare Improvement han destacado que la atención que se centra en la persona constituye uno de los pilares para alcanzar sistemas de salud seguros, efectivos y sostenibles (Institute for Healthcare Improvement, 2022).

En resumen, la UCI humanizada no es la que renuncia a soportes tecnológicos complejos, sino aquella que subordina este soporte tecnológico a unos objetivos clínicos o humanos mejor definidos. La evidencia acumulada corrobora que el cuidado intensivo de mejor nivel es precisamente el que mezcla ciencia, organización y humanidad: controla el dolor, limita la sedación innecesaria, previene el delirium, moviliza, informa, escucha, acompaña e incorpora la familia sin perder la seguridad ni el rigor técnico que se desea en la UCI.

Implicaciones Prácticas

A la vista de la evidencia revisada, la humanización de la atención de las unidades de cuidados intensivos (UCI) debe ir más allá de ser un plano puramente declarativo y consolidarse como una política institucional interconectada e integrada a su vez con los sistemas de gestión de la calidad. La literatura más reciente demuestra que las intervenciones de la humanización no sólo mejoran la experiencia del paciente y la familia, sino que también se asocian a mejores resultados clínicos, organizacionales y de sostenibilidad del sistema sanitario (Hwang et al., 2025; Azoulay et al., 2024).

En esta línea, una primera importante implicación práctica para los líderes y gestores del sector salud es la institucionalización de la atención centrada en la persona y la familia entendiéndose esta como el diseño de protocolos estructurados de comunicación clínica, incluyéndose en ella reuniones periódicas con familiares, información entendible sobre el estado del paciente y espacios de toma de decisiones compartidas.

La evidencia establece que si se da lugar a una comunicación adecuada se reduce la ansiedad, se aumenta la satisfacción y se facilita las decisiones difíciles como las de los pacientes al final de la vida (Secunda & Kruser, 2022). A su vez, las recomendaciones de la guía de la Society of Critical Care Medicine formaliza la necesidad de implicar a la familia en el desarrollo de las rondas clínicas y las situaciones deliberativas, ya que aumenta la transparencia y genera confianza con el equipo de salud (Hwang et al., 2025).

En segundo lugar, es necesario un uso proactivo de un modelo integral y basado en la evidencia como el bundle ABCDEF, el cual se considera una de las estrategias más completas para la humanización del cuidado crítico. Este permite integrar la evaluación y el manejo del dolor, evitar sedaciones innecesarias, prevenir el delirium, promover la movilización precoz y promover la implicación de la familia en el proceso. Recientes estudios apoyan que el uso sistemático y el cumplimiento de este modelo se asocia con una mejora de la supervivencia, con una reducción del delirium y la reducción del número de días en ventilación mecánica (Pun et al., 2019; Hwang et al., 2025). Y, en este sentido, la humanización no tiene que ser un elemento añadido, sino que debe considerarse un eje transversal dentro de la práctica clínica basada en la evidencia.

Una tercera conclusión está relacionada con la flexibilización de las políticas de visita y el involucramiento activo de la familia en el cuidado. La evidencia actual aboga por la implementación de modelos de visita abiertos o bien flexibles siempre que estos vengam acompañados de criterios clínicos muy precisos y de la correspondiente preparación tanto del personal como de los familiares (Ning & Cope, 2020). Más allá de la presencia, también se sugiere promover la participación familiar en las actividades

del cuidado básico, en el acompañamiento emocional y en la asistencia en la orientación del paciente porque puede ser útil para ayudar a salir del aislamiento, mejorar el bienestar psicológico, y reforzar el vínculo terapéutico (Azoulay et al., 2024).

En cuarto lugar, hay que implementar intervenciones de bajo coste y alto impacto en la experiencia del paciente como los diarios de UCI, herramientas para personalizar el cuidado (p.e. “Get to Know Me Boards”) y estrategias para la mejora del entorno (control del ruido, iluminación adecuada, promoción del sueño). La evidencia indica que los diarios de UCI pueden disminuir la incidencia de trastorno de estrés postraumático y depresión en pacientes críticos colaborando con una mejor recuperación a más largo plazo (Huang et al., 2024). Estas intervenciones son especialmente relevantes en escenarios de recursos limitados, pues no suponen una alta inversión tecnológica.

Una quinta línea de acción prioritaria es la protección del bienestar del personal de salud, pues la humanización del cuidado es imposible en entornos de agotamiento crónico y de burnout. Investigaciones recientes han evidenciado que el bienestar del personal afecta positivamente la calidad de la atención y la implementación de modelos centrados en el paciente y la familia (Azoulay et al., 2024); es por tanto que se sugiere desarrollar programas institucionales que incluyan apoyo psicológico, espacios de reflexión clínica (debriefing), formación en habilidades comunicacionales y estrategias de manejo del estrés laboral.

Por otra parte, a nivel de política pública, los sistemas de salud deberían avanzar en el sentido de incorporar la humanización en la evaluación y la acreditación de los servicios de cuidados intensivos. Para ello sería necesario desarrollar indicadores tales como calidad de la comunicación, participación familiar, prevalencia de delirium, satisfacción del paciente y bienestar del personal. La inclusión de algunos de tales indicadores permitiría contribuir a la alineación de la práctica clínica con conceptos de calidad más íntegros, donde la eficiencia técnica se combine con la dimensión humana del cuidado (World Health Organization, 2023).

En síntesis, la principal evidencia práctica es que la humanización de la UCI necesita de un enfoque sistémico que integre cambios organizativos, protocolos

clínicos, formación del talento humano y políticas públicas de calidad integral. Solo así será posible transformar la atención intensiva en un modelo que salve vidas y cuide la dignidad, el bienestar y la experiencia humana del paciente crítico y su entorno familiar.

Conclusiones

La humanización de la atención en las unidades de cuidados intensivos es relevante, pues está justificada por una verdad irrefutable: un paciente crítico no deja de ser persona por el hecho de estar conectado a tecnologías complejas, y su familia no deja de ser parte del proceso de cuidado por salir del campo estrictamente biomédico. Una revisión de la evidencia nos muestra que la humanización no es un concepto meramente retórico, sino un concepto basado en guías, en revisiones, en estudios clínicos que la ligan a una mejor comunicación, un mayor reconocimiento de la dignidad, un cuidado a las familias más eficaz, la prevención de secuelas psicológicas, y, incluso, un mejor resultado clínico –en ocasiones, pero especialmente, cuando se operacionaliza a partir de la implementación de estrategias estructuradas como el bundle ABCDEF.

Las definiciones y teorías más destacadas que explican el tema tratado terminan convergiendo en el hecho de la atención centrada en la persona y la familia, la ética de la dignidad, el hecho de la necesidad de encontrar un equilibrio entre competencia técnica y cuidado relacional. De este modo, la deshumanización en UCI deviene el efecto cruzado y combinado entre una tecnificación extrema, una restricción relacional, una comunicación deficiente, y el desgaste del personal. De manera que la humanización nunca puede reducirse a ser simple gestos de empatía, sino que requiere un rediseño organizacional, una formación de los equipos y una evaluación permanente.

El objetivo central del ensayo concluye que la humanización de la atención en UCI es una tarea importante porque mejora la calidad integral de la atención: hace la atención al paciente crítico más segura, más respetuosa de la ética, más comprensible y coherente con los datos clínicos que se tienen del paciente crítico. La principal

recomendación práctica sería avanzar desde la humanización del cuidado desde una perspectiva teórica hacia la humanización del cuidado institucionalizada mediante políticas explícitas de apoyo familiar, protocolos de comunicación, prevención del delirium, herramientas de preservación de la identidad del paciente y estrategias de apoyo del equipo de salud. Solamente de esta manera alcanzará la UCI su fin pleno. Salvar vidas no es el único objetivo: también hay que hacerlo desde una forma ética que responda a la dignidad humana.

Referencias Bibliográficas

- Ahmad, S. R. (2023). Humanizing the intensive care unit: Perspectives of patients and families on the Get to Know Me Board. *Journal of Patient Experience*, 10. doi:<https://doi.org/10.1177/23743735231201228>
- Azoulay, É. K.-B.-L. (2024). Family centeredness of care: A cross-sectional study in intensive care units part of the European Society of Intensive Care Medicine. *Annals of Intensive Care*, 14(1), 77. doi:<https://doi.org/10.1186/s13613-024-01307-0>
- Bohart, S. N. (2024). Establishing consensus on patient- and family-centered care in adult intensive care units: A Delphi survey. *Journal of Critical Care*, 84. doi:<https://doi.org/10.1016/j.jcrc.2024.154859>
- Correa-Pérez, L. e. (2021). Integralidad en la atención del paciente crítico: Buscando un camino para humanizar la UCI. *Acta Colombiana de Cuidado Intensivo*, 1, 1-8.
- Doyle, C., Lennox, L., & Bell, D. (2020). A systematic review of evidence on the links between patient experience and clinical safety and effectiveness. **BMJ Open**, 10(1), e034411. <https://doi.org/10.1136/bmjopen-2019-034411>
- Fernández-Martínez, E. A.-F.-B. (2022). Family-centred care of patients admitted to the intensive care unit in times of COVID-19: A systematic review. *Intensive and Critical Care Nursing*, 70. doi:<https://doi.org/10.1016/j.iccn.2022.103223>
- García-Fernández, J. R.-G.-A.-H. (2024). Humanisation in paediatric intensive care units: A narrative review. *Intensive and Critical Care Nursing*, 85. doi:<https://doi.org/10.1016/j.iccn.2024.103725>
- Huang, W. G. (2024). Effects of ICU diaries on psychological disorders and sleep quality in critically ill patients and their family members: A systematic review and meta-analysis. *Sleep Medicine*, 122, 84-91. doi:<https://doi.org/10.1016/j.sleep.2024.08.002>

- Hwang, D. Y., Oczkowski, S. J. W., Lewis, K., Davidson, J. E., Kentish-Barnes, N., White, D. B., Curtis, J. R., Cox, C. E., Lautrette, A., Kon, A. A., & Society of Critical Care Medicine Family-Centered Care Guidelines Panel. (2025). *Society of Critical Care Medicine guidelines on family-centered care for adult ICUs: 2024*. **Critical Care Medicine**, *53*(2), e465–e482.
<https://doi.org/10.1097/CCM.0000000000006170>
- Institute for Healthcare Improvement. (2022). *The IHI Triple Aim*. Institute for Healthcare Improvement. HYPERLINK "https://www.ihl.org" \t "_new" <https://www.ihl.org>
- Kwon, S. &. (2025). A predictive model for person-centered care in intensive care units in South Korea: A structural equation model. *Korean Journal of Adult Nursing*, *37*(4), 467-477. doi:<https://doi.org/10.7475/kjan.2025.0702>
- Mailer, J. e. (2024). The impact of visiting restrictions in intensive care units for family members and patients: An integrative review. *Journal of Advanced Nursing*.
- Naef, R. J. (2025). Nurse-led family support intervention for families of critically ill patients: The FICUS cluster randomized clinical trial. *JAMA Internal Medicine*, *185*(9), 1138-1149. doi:<https://doi.org/10.1001/jamainternmed.2025.3406>
- Ning, J. &. (2020). Open visiting in adult intensive care units: A structured literature review. *Intensive and Critical Care Nursing*.
doi:<https://doi.org/10.1016/j.iccn.2019.102763>
- Rosa, R. G. (2019). Effect of flexible family visitation on delirium among patients in the intensive care unit: The ICU Visits randomized clinical trial. *JAMA*, *322*(3), 216-228. doi:<https://doi.org/10.1001/jama.2019.8766>
- Secunda, K. E. (2022). Patient-centered and family-centered care in the intensive care unit. *Clinics in Chest Medicine*, *43*(3), 539-550.
doi:<https://doi.org/10.1016/j.ccm.2022.05.008>
- Shirasaki, K. e. (2024). Postintensive care syndrome family: A comprehensive review. *Acute Medicine & Surgery*, *11*. doi:<https://doi.org/10.1002/ams2.939>

World Health Organization. (2023). Patient safety. Obtenido de WHO:

<https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/patient-safety>

World Health Organization. (2024). Clinical care for sepsis. Obtenido de WHO:

<https://www.who.int/teams/integrated-health-services/clinical-services-and-systems/clinical-care-for-sepsis>

World Health Organization. . (2024). Sepsis. Obtenido de Who:

<https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/sepsis>



Presidencia
de la República
del Ecuador



Plan Nacional
de Ciencia, Tecnología,
Innovación y Saberes



Secretaría Nacional de Educación Superior,
Ciencia, Tecnología e Innovación

DECLARACIÓN Y AUTORIZACIÓN

Yo, Alvarado Chiriguaya Pedro Luis con C.C: # 0928299247 autor del trabajo de titulación: Importancia de la humanización de la atención en unidades de cuidados intensivos, previo a la obtención del grado de **MAGÍSTER EN GERENCIA EN SERVICIOS DE LA SALUD** en la Universidad Católica de Santiago de Guayaquil.

1.- Declaro tener pleno conocimiento de la obligación que tienen las instituciones de educación superior, de conformidad con el Artículo 144 de la Ley Orgánica de Educación Superior, de entregar a la SENESCYT en formato digital una copia del referido trabajo de graduación para que sea integrado al Sistema Nacional de Información de la Educación Superior del Ecuador para su difusión pública respetando los derechos de autor.

2.- Autorizo a la SENESCYT a tener una copia del referido trabajo de graduación, con el propósito de generar un repositorio que democratice la información, respetando las políticas de propiedad intelectual vigentes.

Guayaquil, 08 de junio de 2026



Pedro Luis
Alvarado Chiriguaya
Time Stamping
Security Data

f. _____

Nombre: Alvarado Chiriguaya Pedro Luis

C.C: 0928299247



REPOSITORIO NACIONAL EN CIENCIA Y TECNOLOGÍA

FICHA DE REGISTRO DE TESIS/TRABAJO DE GRADUACIÓN

TÍTULO Y SUBTÍTULO:	Importancia de la humanización de la atención en unidades de cuidados intensivos		
AUTOR(ES) (apellidos/nombres):	Alvarado Chiriguaya Pedro Luis		
REVISOR(ES)/TUTOR(ES) (apellidos/nombres):	Silva Gutiérrez Paola Alejandra		
INSTITUCIÓN:	Universidad Católica de Santiago de Guayaquil		
UNIDAD/FACULTAD:	Subsistema de Posgrado		
MAESTRÍA/ESPECIALIDAD:	Maestría en Gerencia en Servicios de la Salud		
GRADO OBTENIDO:	Magíster en Gerencia en Servicios de la Salud		
FECHA DE PUBLICACIÓN:	08 de junio de 2026	No. DE PÁGINAS:	17 páginas
ÁREAS TEMÁTICAS:	Gerencia en salud, Gestión del cuidado, Calidad de atención		
PALABRAS CLAVES/KEYWORDS:	Gestión sanitaria, calidad asistencial, trato humanizado, Gestión de la atención al paciente		
RESUMEN/ABSTRACT (150-250 palabras): Las unidades de cuidados intensivos (UCI) representan uno de los escenarios más complejos del sistema sanitario contemporáneo. En ellas convergen alta tecnología, vigilancia permanente, decisiones clínicas de enorme trascendencia y una intensa carga emocional para pacientes, familias y profesionales. La complejidad técnica y frágil del ser humanos, la discusión sobre la humanización de la atención es precisamente el punto de partida para empezar a creer que ha pasado de un tema accesorio a convertirse en uno de los fundamentos centrales de la calidad asistencial. Humanizar la unidad de cuidados intensivos, lejos de implicar una barrera en el rigor científico o la primacía de gestos vacíos sobre la tecnología, concierne la fusión de la habilidad técnica con un enfoque asistencial que valora al paciente en su integridad, resguardando su dignidad, incluyendo a la familia, promoviendo una comunicación clara y protegiendo el bienestar del personal de salud también. Esta visión, en el marco actual, se asemeja a la atención centrada en el individuo y su entorno familiar, aspirando a que las determinaciones clínicas converjan con los valores, necesidades, preferencias y contextos relacionales particulares (Secunda & Kruser, 2022; Hwang et al., 2025). Ante estos antecedentes, el presente ensayo tiene como objetivo analizar la importancia de la humanización de la atención en unidades de cuidados intensivos, revisando sus principales fundamentos conceptuales, los factores que explican su necesidad en el entorno crítico, la evidencia disponible sobre sus efectos clínicos y relacionales, y las implicaciones prácticas para la gestión sanitaria. El documento se estructura de la siguiente manera. La primera sección desarrolla el concepto de humanización en UCI y su relación con la atención centrada en la persona y la familia. La segunda examina los factores de deshumanización propios del entorno intensivo. La tercera sintetiza la evidencia sobre intervenciones de humanización y sus resultados. La cuarta presenta implicaciones prácticas para líderes y gestores del sector salud. Finalmente, se exponen las conclusiones.			
ADJUNTO PDF:	☒ SI ☐ NO		
CONTACTO CON AUTOR/ES:	Teléfono: 0967754337	E-mail: pedro.alvarado.04@cu.ucsg.edu.ec / luis_alvarado95@hotmail.com	
CONTACTO CON LA INSTITUCIÓN:	Nombre: María de los Ángeles Núñez Lapo		
	Teléfono: +593-4-3804600		
	E-mail: maria.nunez@cu.ucsg.edu.ec		



**Presidencia
de la República
del Ecuador**



Plan Nacional
de Ciencia, Tecnología,
Innovación y Saberes



SENESCYT

Secretaría Nacional de Educación Superior,
Ciencia, Tecnología e Innovación

SECCIÓN PARA USO DE BIBLIOTECA	
Nº. DE REGISTRO (en base a datos):	
Nº. DE CLASIFICACIÓN:	
DIRECCIÓN URL (tesis en la web):	