



# HUMANIZACIÓN EN EL CUIDADO CRÍTICO: MÁS ALLÁ DE LA TECNOLOGÍA

## *HUMANIZATION IN CRITICAL CARE: BEYOND TECHNOLOGY*

Genesis Guachi Caiza<sup>1</sup>

<sup>1</sup> Pontificia Universidad Católica del Ecuador, Facultad de Ciencias de la Salud, Carrera de Enfermería. Ecuador. ORCID: <https://orcid.org/0009-0001-8865-3035>. Correo: [gdguachi@pucesd.edu.ec](mailto:gdguachi@pucesd.edu.ec)

Maricelys Jimenez Barrera<sup>2\*</sup>

<sup>2</sup> Pontificia Universidad Católica del Ecuador, Facultad de Ciencias de la Salud, Carrera de Enfermería. Ecuador. ORCID: <https://orcid.org/0000-0002-2584-7350>. Correo: [mjimenez@pucesd.edu.ec](mailto:mjimenez@pucesd.edu.ec)

Melany Monar Zambrano<sup>3</sup>

<sup>3</sup> Pontificia Universidad Católica del Ecuador, Facultad de Ciencias de la Salud, Carrera de Enfermería. Ecuador. ORCID: <https://orcid.org/0009-0003-7773-2015>. Correo: [mlmonar@pucesd.edu.ec](mailto:mlmonar@pucesd.edu.ec)

Anthony López Ramos<sup>4</sup>

<sup>4</sup> Pontificia Universidad Católica del Ecuador, Facultad de Ciencias de la Salud, Carrera de Enfermería. Ecuador. ORCID: <https://orcid.org/0009-0002-8808-1142>. Correo: [ajlopezr@pucesd.edu.ec](mailto:ajlopezr@pucesd.edu.ec)

\* Autor para correspondencia: [maricelysjimenez45@gmail.com](mailto:maricelysjimenez45@gmail.com)

### Resumen

El cuidado crítico trasciende la tecnología al enfocarse en la dignidad y el bienestar integral de los pacientes con un enfoque centrado en la humanidad como eje esencial. El objetivo del estudio es analizar cómo la humanización impacta la experiencia de la persona y del personal en áreas críticas. Se realizó una búsqueda bibliográfica teniendo en cuenta las variables de estudio: humanización en el cuidado crítico, el enfoque fue cualitativo, con un diseño descriptivo, a partir de 50 artículos científicos originales elegidos, de naturaleza cualitativa y cuantitativa, la muestra fue de 45 textos, teniendo en cuenta publicaciones tanto en idioma inglés como en español y portugués, de las cuales 2 artículos pertenecieron a bases de datos Scopus, 14 a SciELO, 6 a Dialnet, 4 a Elsevier, 1 a PubMed y 18 a Google Scholar; se llevó a cabo un análisis y lectura crítica exhaustiva de manera inductiva. El estudio evidenció que la humanización en áreas críticas requiere equilibrar el uso de tecnologías avanzadas con la interacción humana. Promover la formación en atención humanizada





y habilidades blandas resultó esencial para fortalecer la comunicación terapéutica y mejorar la experiencia de pacientes y profesionales en cuidados intensivos.

**Palabras clave:** atención al paciente; cuidados críticos; enfermería; humanización de la atención; UCI

### Abstract

*Critical care transcends technology by focusing on the dignity and comprehensive well-being of patients with a humanity-centered approach as its essential axis. The objective of the study is to analyze how humanization impacts the experience of both individuals and staff in critical areas. A bibliographic search was conducted considering the study variables: humanization in critical care. The approach was qualitative, with a descriptive design, based on 50 original scientific articles selected, qualitative and quantitative in nature. The sample consisted of 45 texts, considering publications in both English and Spanish and Portuguese. Of these, 2 articles belonged to Scopus databases, 14 to SciELO, 6 to Dialnet, 4 to Elsevier, 1 to PubMed, and 18 to Google Scholar. A thorough analysis and critical reading were carried out inductively. The study showed that humanization in critical areas requires balancing the use of advanced technologies with human interaction. Promoting training in humanized care and soft skills was essential to strengthening therapeutic communication and improving the experience of patients and professionals in intensive care.*

**Keywords:** patient care; critical care; nursing; humanization of care; ICU

**Fecha de recibido:** 03/01/2025

**Fecha de aceptado:** 05/02/2025

**Fecha de publicado:** 15/03/2025

### Introducción

En las Unidades de Cuidados Intensivos (UCI), la urgencia de responder con rapidez a las demandas clínicas ha intensificado el uso de tecnologías avanzadas, resultando en una tendencia hacia la tecnificación del cuidado y, en ocasiones, el descuido del componente humano. La sobrecarga laboral y la presión constante sobre los profesionales de salud pueden relegar la humanización del cuidado a un segundo plano, afectando no solo la calidad de la atención sino también la experiencia emocional de los pacientes y sus familias. En este contexto, Hojager y Kvandé (1) indican que los pacientes trasladados a la UCI debido a enfermedades catastróficas o situaciones críticas enfrentan, junto con sus familias, experiencias de estrés, miedo y frustración. En estos momentos, el cuidado humanizado se convierte en un elemento esencial, pues ofrece al paciente un sentido de dignidad y un trato integral que va más allá de la condición médica.

En vista de estos desafíos, la intensificación del uso de tecnologías en las UCI, aunque necesaria para atender las demandas clínicas urgentes, puede deshumanizar el cuidado. Un enfoque humanizado, por el contrario, se convierte en un pilar esencial para asegurar que, además de la atención médica, se atiendan las necesidades emocionales de los pacientes y sus familias.



Esta obra está bajo una licencia *Creative Commons* de tipo (CC-BY-NC-SA).

Sociedad Ecuatoriana de Investigación Científica. E-mail: [revistabiosana@gmail.com](mailto:revistabiosana@gmail.com)



Aun así, la dependencia de tecnología en las UCI plantea una paradoja: mientras busca optimizar la atención, puede reducir el espacio para un cuidado empático, convirtiendo al paciente en un simple diagnóstico (2). A pesar de los avances tecnológicos, el profesional de enfermería debe mantener la calidez y empatía, elementos esenciales para un cuidado integral, ya que la tecnología, aunque beneficiosa, no reemplaza el papel humano en la atención total del paciente (3).

Sin embargo, la creciente insatisfacción entre pacientes, y sus familias en entornos tecnificados ha llevado a países como Brasil y España a promover modelos de atención que prioricen el respeto a la dignidad humana. Incorporar la humanización en las UCI permite un abordaje que no solo mira la enfermedad, sino también al paciente como un ser autónomo y digno de una atención que valore su integridad (4).

Frente a estos hechos, es fundamental generar conciencia en el ámbito hospitalario sobre la importancia de un trato humanizado, implementando estrategias que desarrollen destrezas empáticas en el personal de salud. Si bien las tecnologías son esenciales, su integración con un enfoque holístico puede favorecer la recuperación de los pacientes en cuidados intensivos (5).

En este contexto, la humanización no es un complemento del avance tecnológico, sino un componente esencial para una atención centrada en la persona. En el cuidado crítico, la integración de la tecnología con un enfoque humanizado es esencial evidenciando que, más allá de los avances técnicos, se preserve la dignidad y el bienestar integral de la persona.

Por ello, surge la pregunta de estudio: ¿De qué manera la humanización de la atención en unidades de cuidados intensivos mejora la experiencia del paciente y del personal de salud, y qué factores contribuyen a su implementación exitosa? Así, el objetivo del presente estudio es analizar cómo la humanización impacta la experiencia de la persona y del personal en áreas críticas.

## Materiales y métodos

El artículo se orientó en el enfoque cualitativo, de diseño descriptivo de tipo revisión bibliográfica. En este sentido, Guerrero (6) señala que la utilización de material escrito debe estar relacionado con el tema de investigación, especialmente artículos científicos, literatura y estándares nacionales y organizados internacionalmente. El presente estudio es de diseño descriptivo, con un análisis de la información de manera inductiva, se examinaron 50 textos en las bases de datos Scopus, SciELO y Google Scholar, empleadas como fuentes de investigación. Tras aplicar los criterios de inclusión y exclusión se abordó el estudio con un total de 44 artículos.

Para delimitar las palabras clave se utilizó el tesoro de Descriptores en Ciencias de la Salud (DeCS). Antes de realizar la búsqueda bibliográfica se establecieron los criterios de inclusión y exclusión transversales para todas las bases de datos consultadas (2). Como se detalla a continuación:

### Criterios de inclusión:

- Artículos publicados en los últimos cinco años (2020-2024) por ser los de mayor actualidad en el tema.
- Estar publicados en español, inglés o portugués.





- Documentos que proporcionen información relevante sobre la Humanización en el cuidado crítico: Más allá de la tecnología, y aquellos que proporcionen información relevante para los objetivos de la presente investigación.

### **Criterios de exclusión:**

- Artículos a los que no se pudiera acceder al texto completo, donde solo apareciera el resumen del trabajo.
- Artículos editoriales y casos clínicos.
- Artículos de repositorios y de revisión bibliográfica

La búsqueda se realizó con los operadores booleanos, AND, OR, NOT para combinar los términos de búsqueda de manera que en cada resultado se obtuvieran todos los términos introducidos (2).

## **Resultados y discusión**

### **1. Integración de tecnología de comunicación en la atención Humanizada**

En las unidades de cuidados intensivos, la implementación de sistemas de telemedicina ha cobrado relevancia al complementar la atención asistencial sin sustituirla, destacándose la necesidad de recursos humanos capacitados, como médicos, enfermeras y auxiliares, así como de una infraestructura adecuada que incluya internet, geolocalización y dispositivos para el registro seguro de historias clínicas. Estos sistemas no solo respetan los principios éticos y direccionan las mejores prácticas, sino que también contribuyen a la protección de datos, la generación de alarmas y la mejora continua de documentos electrónicos. Alineados con normas y derechos universales, favorecen la reducción de costos y el seguimiento oportuno de los pacientes, aunque su adaptación inicial puede generar desafíos entre los trabajadores de la salud (7).

Por otro lado, la utilización de tecnologías en el ámbito de la salud ha transformado la forma en que se adquiere y comparte conocimiento. Estas herramientas permiten acceder a información relevante sobre diagnósticos, tratamientos y procedimientos, ayudando a tomar decisiones más concretas. En este contexto, el acceso a internet y dispositivos electrónicos, como celulares y tablets, ha facilitado la difusión de información, especialmente en situaciones de emergencia donde se requiere actuar rápidamente (8).

De igual manera, el avance de la era digital ha introducido tecnologías innovadoras en áreas como la biomedicina, con dispositivos que monitorizan datos biomédicos y patrones de respuesta de los pacientes. Estos biomarcadores digitales procesan información que los médicos pueden analizar para ajustar tratamientos de manera eficiente, mejorando así el cuidado en las unidades de cuidados intensivos (9). No obstante, la integración de estas tecnologías debe ir acompañada de un enfoque centrado en el paciente. La digitalización promueve el autocuidado y el empoderamiento en salud, pero su efectividad depende de una colaboración estrecha entre pacientes y profesionales. Esta sinergia mejora la atención médica, reduce la variabilidad clínica y minimiza errores, fortaleciendo la calidad asistencial (10).

En este sentido, las investigaciones subrayan que la atención humanizada en enfermería debe enfocarse en el bienestar integral del paciente, más allá de la enfermedad. A pesar de los avances tecnológicos, persisten deficiencias en la práctica humanizada, lo que evidencia la necesidad de promover un cuidado más empático y transpersonal entre profesionales y pacientes. La falta de habilidades blandas en el personal de enfermería





puede generar tensiones en la relación médico-paciente, especialmente en cuidados intensivos, donde la empatía y la confianza son esenciales para el bienestar del paciente y su familia (11).

Ante estas realidades, diversos autores han señalado que, si bien la tecnología puede facilitar el trabajo en las unidades de cuidados intensivos, también puede actuar como una barrera cuando no se utiliza de manera adecuada. La comunicación efectiva entre enfermeros y pacientes, basada en principios éticos y terapéuticos, es clave para superar estas barreras y garantizar una atención humanizada que responda a las expectativas y necesidades de los pacientes (12).

El uso de métodos de enseñanza basados en simulación es una herramienta esencial en áreas de la salud como enfermería, atención prehospitalaria, laboratorio y farmacia, al optimizar tecnologías y métodos pedagógicos para reducir errores clínicos y la carga de trabajo. Este enfoque permite al personal de salud practicar habilidades técnicas, cometer errores de manera segura y perfeccionar competencias mediante repetición y autoevaluación. A través de estrategias pedagógicas que emplean conocimientos previos, se fomenta la participación activa y el aprendizaje práctico, fortaleciendo su aplicación en procedimientos asistenciales. Además, facilita el desarrollo de competencias técnicas y sociales, mejorando la toma de decisiones, la resolución de problemas y la planificación en entornos complejos (13).

Por otro lado, las tecnologías basadas en el análisis de grandes volúmenes de datos han transformado los procesos educativos al integrar estadística, inteligencia artificial y disciplinas como la sociología y la psicología. La minería de datos educativos identifica patrones y crea modelos que optimizan la enseñanza, mientras que las analíticas de aprendizaje utilizan modelos existentes para personalizar los entornos educativos. Sin embargo, este avance también plantea desafíos éticos relacionados con el consentimiento informado, la anonimización de datos y el riesgo de discriminación algorítmica, lo que resalta la necesidad de un marco ético y regulaciones adecuadas para garantizar el desarrollo responsable de estas herramientas (14).

En el ámbito de la salud, la inteligencia artificial (IA) ha demostrado un impacto significativo en la detección de anomalías y el diagnóstico de enfermedades como el Alzheimer, el cáncer de mama y las lesiones cutáneas. Además, en un contexto de envejecimiento poblacional, tecnologías como los hogares inteligentes ofrecen soluciones para prolongar la autonomía de los adultos mayores, en las cuales las enfermeras desempeñan un papel crucial. No obstante, persisten desafíos relacionados con la integración de estas herramientas, como el acceso a la infraestructura tecnológica, la capacitación del personal y los costos asociados, especialmente en países en desarrollo (15).

La inteligencia artificial también presenta ventajas en las Unidades de Cuidados Intensivos (UCI), donde incrementa la precisión, la eficacia y la calidad del cuidado en situaciones críticas. Al anticipar complicaciones como infecciones hospitalarias y sepsis, permite actuar proactivamente, reduciendo errores humanos y optimizando la respuesta clínica. Sin embargo, su implementación requiere superar retos éticos, garantizar la privacidad de los datos y fomentar la colaboración entre tecnología y profesionales de la salud. Es imperativo que gobiernos, instituciones educativas y desarrolladores tecnológicos trabajen conjuntamente para establecer normativas y principios éticos que permitan un uso responsable de la IA (16).

Las Tecnologías de la Información y Comunicación (TIC) han demostrado ser herramientas valiosas al captar la atención de los estudiantes, mejorar su motivación y fortalecer su desempeño académico. Estas tecnologías,





como dispositivos móviles y plataformas educativas, contribuyen a transformar el sistema educativo y la atención de calidad en el área de la salud. Además, su integración en la práctica profesional permite a los trabajadores de la salud desarrollar habilidades técnicas, tomar decisiones informadas y afrontar dilemas éticos desde una perspectiva humanizada, destacando valores como la responsabilidad y el respeto por la dignidad humana (17).

## 2. Innovaciones en telemedicina para la atención humanizada

La telemedicina, que emplea las TIC para ofrecer diagnósticos, tratamientos y prevención, ha evolucionado significativamente desde sus primeros avances en telecomunicaciones, comenzando con el telégrafo en el siglo XIX y el teléfono en el XX (18). Esta modalidad ha transformado la atención médica, ofreciendo una alternativa eficiente y flexible que mejora la accesibilidad, optimiza recursos y reduce costos para pacientes y centros de salud (19). Además, se destaca por facilitar la interconsulta entre especialistas y permitir el monitoreo de pacientes a distancia.

No obstante, la implementación de la telemedicina presenta desafíos éticos, especialmente en países como Perú, donde se requieren directrices claras para garantizar la calidad, seguridad y continuidad de la atención (20). Su uso, aunque positivo en diversas áreas, como en la tele-UCI, ha mostrado variabilidad en los beneficios según su implementación y contexto. La incorporación de inteligencia artificial en estos sistemas ha potenciado aún más su capacidad para procesar datos y ofrecer cuidados críticos eficientes, lo que podría mejorar los resultados de atención en UCI (21).

Sin embargo, es necesario redefinir los procesos asistenciales a través de la colaboración de los profesionales de salud para establecer modelos mixtos de atención, que integren tanto la telemedicina como los sistemas de información, permitiendo un soporte adecuado a la toma de decisiones clínicas (22). A pesar de sus innovaciones, la telemedicina enfrenta limitaciones, como la falta de evidencia clara sobre sus beneficios en enfermedades crónicas, lo que subraya la importancia de analizar las necesidades reales antes de su implementación.

En cuanto a la relación médico-paciente, el uso de telemedicina implica una reconsideración de la interacción tradicional, que, aunque aceptada en varios países europeos, plantea dudas sobre su viabilidad en situaciones de atención intensiva (23). Pese a las ventajas evidenciadas, persisten limitaciones, como la falta de estudios concluyentes sobre su impacto en enfermedades crónicas, lo que subraya la necesidad de evaluar las condiciones locales antes de su implementación. En particular, la relación médico-paciente enfrenta transformaciones, especialmente en entornos de atención intensiva. Aunque aceptada en varios países europeos, la telemedicina plantea desafíos relacionados con la interacción tradicional y la posible deshumanización del cuidado, como se ha señalado en estudios realizados en Honduras (24).

En cuanto a la satisfacción de los pacientes, diversos estudios revelan que la calidad técnica, comodidad y accesibilidad son las dimensiones que más contribuyen a la aceptación de la telemedicina, a pesar de las barreras que persisten, como la falta de contacto físico con el paciente (25). Por otro lado, la OMS y la OPS (26) destacan que las TIC permiten un acceso más eficiente a la atención médica, especialmente en niveles de atención primaria y secundaria, promoviendo la continuidad en los tratamientos y reduciendo costos.





No obstante, para que la telemedicina alcance su máximo potencial, es esencial superar desafíos como la falta de infraestructura adecuada y la necesidad de capacitación continua para el personal de salud, lo que incluye tanto a médicos como a pacientes. La creación de directrices claras y un marco legal sólido será fundamental para garantizar la confianza y efectividad de estas tecnologías en la práctica médica (27). La pandemia de COVID-19 aceleró la adopción de estas tecnologías, marcando un hito en su desarrollo y demostrando la necesidad de innovar para responder a las demandas de la atención médica moderna.

Según la OMS y la OPS (26) mencionan que las nuevas alternativas que se han incorporado para la atención presencial y mediante el uso de tecnologías de la información y la comunicación (TIC) son eficaces, más eficientes y de alta calidad. Estas alternativas buscan satisfacer las necesidades de continuidad, cercanía y eficiencia en los servicios prestados a los usuarios internos y externos. El uso de estas modalidades virtuales en el sistema de salud permite aumentar la capacidad resolutoria en los niveles de atención primaria, secundaria y terciaria; reducir los tiempos de espera, los costos institucionales y sociales; evitar que los usuarios deban desplazarse a los centros de salud; fomentar el autocuidado entre los pacientes; y asegurar la continuidad en los tratamientos.

### 3. Espacios humanizados: Diseño ambiental en unidades de cuidados intensivos

Las personas ingresadas en la (UCI) suelen encontrarse en estado crítico, aisladas de sus seres queridos y expuestas a un entorno que, con frecuencia, es percibido como frío y hostil. La presencia de equipos médicos complejos y la limitada movilidad incrementan su sensibilidad al entorno, particularmente a los sonidos como las conversaciones del personal o los ruidos de los equipos, los cuales afectan negativamente su recuperación. Esto resalta la importancia de minimizar estos impactos a través de un ambiente humanizado, que se enfoque en identificar y satisfacer las necesidades humanas de las personas afectadas, promoviendo tanto su recuperación como el bienestar del personal de salud.

En este contexto, la iluminación artificial en la UCI contribuye a la desorientación de los pacientes al dificultar la distinción entre el día y la noche, alterando su ciclo de sueño y generando descanso deficiente. Para promover un ambiente adecuado, es necesario reducir las intervenciones nocturnas, controlar el volumen de la voz y estructurar las rutinas del equipo sanitario. Además, fomentar una cultura del silencio no solo beneficia a los pacientes, sino que también incrementa la satisfacción laboral del personal. Un estudio en Málaga mostró que, aunque se logró reducir el ruido un 5%, los niveles seguían superando las recomendaciones de la OMS, lo que destaca la necesidad de optimizar las condiciones acústicas en la UCI (28).

En consecuencia, el diseño adecuado de los espacios debe considerar factores como la iluminación, la temperatura y la acústica, adaptándose a las necesidades de los usuarios y las dinámicas del trabajo. Un ambiente humanizado no solo disminuye errores en la atención y reduce la estancia hospitalaria, sino que también mejora las emociones y sensaciones de los pacientes, promoviendo entornos funcionales y eficientes (29). De igual forma, ambientes más acogedores, que reduzcan el estrés y el malestar físico, generan condiciones favorables para la recuperación del paciente. Medidas como ajustar la iluminación, controlar los niveles de ruido y garantizar la privacidad mediante mamparas o cortinas contribuyen significativamente al bienestar del paciente. Además, vestir a aquellos clínicamente estables incrementa su percepción de dignidad y comodidad.





Por ello, para eliminar ruidos innecesarios, es crucial concientizar al equipo de salud y modificar ciertas prácticas. Algunas recomendaciones incluyen disminuir la intensidad de las alarmas de monitores, apagar radios en la UCI, limitar conversaciones cerca de los pacientes y evitar ruidos innecesarios. Estas acciones reducen los días de hospitalización, promueven el sueño profundo y disminuyen la dependencia del soporte ventilatorio, generando efectos positivos a nivel clínico y económico (30).

De la misma forma, trabajar en colaboración entre los profesionales de la salud ambiental y el equipo de enfermería permite identificar y mitigar riesgos ambientales en la UCI, como una ventilación deficiente o la contaminación del aire. Estas acciones no solo garantizan un entorno seguro y saludable para pacientes y personal, sino que también integran principios de sostenibilidad, como la eficiencia energética y el reciclaje.

A la luz de estas realidades de conquista, un diseño ambiental que contemple la calidad del aire, el control de temperatura y el aislamiento acústico es fundamental para favorecer la recuperación del paciente y garantizar un ambiente hospitalario seguro. La integración de estos elementos promueve entornos humanizados y sostenibles, donde la salud y el bienestar son una prioridad tanto para los pacientes como para el equipo sanitario (31).

#### **4. La influencia de la narrativa y el cuidado personalizado en la recuperación de las persona asistidas en áreas críticas**

Un sentimiento persistente en las personas egresados de la UCI es la desesperación, estrechamente vinculado al aislamiento, la soledad y el miedo. Este sentimiento se origina en la incertidumbre respecto a su estado y el temor a la muerte, lo que les lleva a vivir la experiencia hospitalaria de forma angustiante. En este sentido, resulta indispensable que el personal de enfermería y el equipo interdisciplinario comprendan estas vivencias para implementar estrategias que optimicen la estancia y favorezcan una recuperación satisfactoria.

En cambio, la soledad emerge como un sentimiento predominante, propiciado por la necesidad de compañía y apoyo constante del entorno familiar. Este apoyo se convierte en una fuente de tranquilidad para los pacientes durante su hospitalización. Si bien los pacientes valoran profundamente el respaldo de su núcleo familiar, el trato empático del equipo médico y la posibilidad de reflexionar sobre la importancia de los lazos familiares, las restricciones protocolarias en las áreas críticas agravan el aislamiento, intensificando la dependencia emocional y espiritual de los pacientes, quienes buscan consuelo en su fe y en una conexión más profunda con Dios.

Adicionalmente, una atención de calidad por parte del equipo interdisciplinario de la UCI puede inducir sentimientos de seguridad y bienestar en los pacientes. Estas intervenciones contribuyen a mitigar los efectos negativos del aislamiento y la desesperación, favoreciendo una recuperación más integral. En este contexto, la humanización de los cuidados, que se centra en la empatía y el acompañamiento, se posiciona como un componente esencial para mejorar la percepción del servicio y optimizar la experiencia del paciente durante su permanencia en la UCI (32).

Preservar la calidad de vida durante la estancia en la UCI se presenta como un objetivo terapéutico fundamental para los profesionales de salud. Este cuidado debe ser altamente individualizado, ajustándose a las particularidades de cada paciente. En este sentido, es crucial desarrollar guías basadas en evidencia que





promuevan un enfoque multidisciplinario, permitiendo personalizar la atención y respetar el derecho a la autonomía, abarcando tanto las necesidades físicas como las creencias de los pacientes y sus familiares.

A su vez, los profesionales resaltan la necesidad de abordar no solo el dolor físico, sino también las dimensiones emocionales y espirituales del paciente. Esto implica la implementación de herramientas específicas que evalúen estos aspectos en la práctica clínica. Del mismo modo, se enfatiza que una comunicación fluida y efectiva entre el equipo médico, los pacientes y sus familiares es crucial para construir un ambiente de confianza y respeto, facilitando así decisiones compartidas, especialmente en el contexto del final de la vida.

El cuidado al final de la vida presenta una serie de dilemas éticos y legales que los profesionales deben abordar de manera cuidadosa. Para ello, es necesario contar con herramientas adecuadas y una formación especializada que permita tomar decisiones éticas y personalizadas. De igual forma, se subraya la importancia de fomentar investigaciones que profundicen en el cuidado al final de la vida, el proceso de toma de decisiones centrado en el paciente y su familia, y el apoyo emocional y espiritual para los familiares. En este sentido, promover la humanización en las UCI se erige como una prioridad para mejorar el bienestar tanto de los pacientes como de sus familias, favoreciendo una atención más empática e integral (33).

La implementación de un modelo de atención centrado en la persona, que priorice sus necesidades y deseos, constituye una oportunidad clave para mejorar la experiencia en la UCI. Este modelo se basa en la personalización de los cuidados, la reducción de los tiempos de espera y una coordinación eficaz entre los actores del sistema sanitario. La integración de herramientas como la gestión clínica y la gestión por procesos optimiza los recursos, lo que favorece una mayor calidad en los servicios prestados y una transición progresiva desde los esquemas burocráticos tradicionales.

La continuidad asistencial constituye otro aspecto fundamental de este modelo, la coordinación efectiva entre los diversos niveles del sistema de salud, desde la atención primaria hasta la especializada, asegura la prestación integral de los servicios. Los modelos de gestión organizacional más avanzados potencian la comunicación y colaboración entre los profesionales de la salud, promoviendo un enfoque cohesivo y centrado en el bienestar del paciente. Este enfoque no solo mejora los resultados clínicos, sino que también eleva los estándares de calidad y satisfacción en el ámbito sanitario (34).

Cabe señalar que, durante la pandemia, la contratación de personal de enfermería sin experiencia ni especialización en áreas críticas tuvo un impacto negativo en la calidad de los cuidados proporcionados. Estos profesionales carecían de las habilidades necesarias para resolver los problemas que surgían en sus turnos. En términos clínicos, se observó que la duración de la estancia hospitalaria estaba relacionada con la satisfacción respecto a los cuidados de enfermería. A medida que aumentaba el tiempo de hospitalización, la percepción de satisfacción disminuía.

Este fenómeno se evidenció especialmente en los adultos mayores, quienes, durante hospitalizaciones prolongadas, percibieron negativamente el cuidado humanizado proporcionado por el personal de enfermería. Esta percepción podría explicarse por la falta de continuidad en el servicio, ya que los enfermeros eran reasignados a distintas áreas para cubrir las altas demandas. Asimismo, el uso obligatorio de equipos de protección personal, como mascarillas y batas, contribuyó a una atención más impersonal, lo que fue percibido





como una disminución en la calidad de la atención. Los pacientes, en consecuencia, identificaron una falta de sensibilidad y empatía, evidenciada por la escasa interacción del personal con ellos (35).

## Conclusiones

El impacto de la humanización en áreas críticas se reflejó en la necesidad de establecer un equilibrio entre el uso de tecnologías avanzadas y la interacción humana en la atención sanitaria. Si bien la telemedicina se destacó como una herramienta clave para mejorar el acceso y la continuidad de los servicios, su implementación requiere un enfoque ético y humanizado que priorice la conexión con los pacientes y sus familias. Los resultados indicaron que la falta de habilidades blandas y recursos adecuados limita la capacidad de los profesionales de salud para proporcionar un cuidado integral y empático, especialmente en entornos de alta tecnología como las unidades de cuidados intensivos. Por tanto, es imprescindible promover programas de formación continua en atención humanizada y el uso ético de tecnologías, orientados a fortalecer la comunicación terapéutica y la relación paciente-personal de salud. Este enfoque no solo contribuye a mejorar la experiencia de los pacientes, sino también a fomentar un ambiente laboral más satisfactorio y colaborativo para los profesionales de la salud.

## Referencias

1. Nielsen AH, Kvande ME, Angel S. Humanizing and dehumanizing intensive care: Thematic synthesis (HumanIC). *Journal of Advanced Nursing*. 2023;79(1):385-401.
2. Naranjo-Hernández Y, González-Bernal R. Investigación cualitativa, un instrumento para el desarrollo de la ciencia de Enfermería. *Revista Archivo Médico de Camagüey*. 2021;25(3).
3. García CIP, Becerra IJ. Mediación tecnológica y humanización del cuidado de enfermería: revisión sistemática de literatura. *Revista Cuidarte*. 2024;15(2):1.
4. Kvande ME, Angel S, Højager Nielsen A. Humanizing intensive care: A scoping review (HumanIC). *Nursing ethics*. 2022;29(2):498-510.
5. Nin-Vaeza N, González-Benzano M, Castro-López R. Utilización de la inteligencia artificial en cuidados intensivos. *ARS medica (Santiago)*. 2024;49(2):3-6.
6. Guerrero Tamariz KE. La participación de la familia en el cuidado del paciente crítico: Revisión sistemática. *Revista de Investigación en Salud VIVE*. 2024;7(21).
7. Monraz-Pérez S, Pacheco-López A, Castorena-Maldonado A, Benítez-Pérez RE, Thirión-Romero I, López-Estrada EdC, et al. Telemedicina durante la pandemia por COVID-19. *Neumología y cirugía de tórax*. 2021;80(2):132-40.
8. Beltrán YPB. Las TIC en enfermería un aliado en atención hospitalaria. *LATAM Revista Latinoamericana de Ciencias Sociales y Humanidades*.5(5).
9. Gutiérrez C, López M. La salud en la era digital. *Revista Médica Clínica Las Condes*. 2022;33(6):562-7.
10. Pont MV, Rodríguez MCS, Blanc NP, Bosch LP. Impacto de la implementación de las nuevas tecnologías para innovar y transformar la atención primaria: la enfermera tecnológica. *Atención Primaria Práctica*. 2021;3:100116.
11. Holguín SAS, Espinoza COL. El cuidado humanizado de enfermería, una necesidad de la praxis profesional. *Revista Vive*. 2023;6(16):93-103.





12. Haro Bojórquez RE, Ruiz Rojas AG, Garay Núñez JR. Repercusión de los dispositivos móviles en la comunicación terapéutica enfermera-paciente en un hospital público de tercer nivel. Dilemas contemporáneos: educación, política y valores. 2020;8(SPE5).
13. Baquero DMH. Pedagogías de simulación médica y las competencias profesionales de la enfermería en la atención del parto humanizado. Revista Andina de investigaciones en Ciencias Pedagógicas. 2024;1(1):175-96.
14. Guaña-Moya J, Chipuxi-Fajardo L. Impacto de la inteligencia artificial en la ética y la privacidad de los datos. RECIAMUC. 2023;7(1):923-30.
15. Stable-Rodriguez Y. Desafíos en el uso de la Inteligencia Artificial para el sector salud. Revista Información Científica. 2023;102.
16. Regaira Martínez E, Vázquez Calatayud M. Uso de las tecnologías de la información y la comunicación en enfermería. Index de Enfermería. 2020;29(4):220-4.
17. Andrade-Pizarro LM, Bustamante-Silva JS, Viris-Orbe SM, Noboa-Mora CJ. Retos y desafíos de enfermería en la actualidad. Revista Arbitrada Interdisciplinaria de Ciencias de la Salud Salud y Vida. 2023;7(14):41-53.
18. Fernandez M. Telemedicina: una propuesta de integración y no de reemplazo. Revista de la Facultad de Medicina de la UNNE. 2022;42(2):15-24.
19. Kwan Chung CK, Riquelme Benítez R. Telemedicina desde la perspectiva del personal de salud en un hospital público en Paraguay, 2023. Int j med surg sci(Print). 2024:1-9.
20. Quispe-Juli CU. Consideraciones éticas para la práctica de la telemedicina en el Perú: desafíos en los tiempos de COVID-19. Revista Cubana de Información en Ciencias de la Salud (ACIMED). 2021;32(2):1-22.
21. Mesa M, Pérez I. El acto médico en la era de la telemedicina. Revista médica de Chile. 2020;148(6):852-7.
22. Pilar VTM, Hernández CAM. Cruzando el puente tecnológico de la telemedicina. Atención Primaria Práctica. 2021;3:100117.
23. Camacho-Clavijo S. El acto de telemedicina: hacia un nuevo concepto de asistencia médico-personal. Revista de Bioética y Derecho. 2023(57):67-81.
24. Padilla Lobo KM, Ramos Ramirez L, Reyes Torres RA, Hadabel RG. La gestión del cambio en la atención médica tradicional: La telemedicina como nuevo enfoque de la atención médica al paciente en honduras. 2020.
25. Carola Padilla-Cáceres T, Marina Caballero-Apaza L, Acero-Condori L, Mamani-Cori V, Lenna Cervantes-Alagón S, Sucari W. Telemedicina durante la pandemia del COVID-19 en una ciudad altoandina: Estudio en línea a pacientes. Revista de Investigación en Salud VIVE. 2023;6(18).
26. OMS. Asegurando la continuidad del tratamiento de pacientes crónicos en tiempos de pandemia: Telesalud en Costa Rica 2020 [Available from: <https://www.paho.org/es/historias/asegurando-continuidad-tratamiento-pacientes-cronicos-tiempos-pandemia-telesalud-costa>].
27. Gareev I, Gallyametdinov A, Beylerli O, Valitov E, Alyshov A, Pavlov V, et al. The opportunities and challenges of telemedicine during COVID-19 pandemic. Frontiers in Bioscience-Elite. 2021;13(2):291-8.
28. Lara P, de la Torre M. Humanización en la UCI Control del Ruido Ambiental y Orientación Temporo-Espacial con el soporte de la Fundación UNICAJA. Expauami mensajeros de salud 2020.





29. Baeza Gómez I, Quispe Hoxsas LC. Proyecto" Humanizando los Cuidados Intensivos", nuevo paradigma de orientación de los Cuidados Intensivos. *Revista de Bioética y Derecho*. 2020(48):111-26.
30. Silva C, Freire R. El ambiente en las unidades de cuidados intensivos. *Asociación Argentina de Arquitectura e Ingeniería Hospitalaria*. tiempos del covid-19 2023.
31. Nieto EG, Caballero VG, Hernando BS, Saz LG, Manzano IB, Justicia MG. Enfermería Comunitaria y salud ambiental: Cuidando del medio ambiente, cuidando comunidades. *Revista Iberoamericana de Enfermería Comunitaria: RIdEC*. 2024;17(1):31-5.
32. Gómez KR, Aragón SF. Temor y angustia: experiencia del paciente en la unidad de cuidados intensivos. *Revista ciencia y cuidado*. 2020;17(3):7-19.
33. Hernández-Zambrano S, Carrillo-Algarra A, Augusto-Torres C, Katherine-Marroquín I, Enciso-Olivera C, Gómez-Duque M. Perspectiva de los profesionales de la salud sobre cuidados al final de la vida en unidades de cuidados intensivos. *Enfermería Intensiva*. 2020;31(4):170-83.
34. García-Ortiz JM. Fortalecimiento de la calidad del servicio de salud mediante un modelo de gestión institucional. *Revista Arbitrada Interdisciplinaria de Ciencias de la Salud Salud y Vida*. 2024;8(15):16-27.
35. Sánchez Quispe D, Ortiz Romaní KJ, Portocarrero Reátegui T, Ortiz Montalvo YJ. Experiencia y satisfacción del paciente con los cuidados de enfermería en el servicio de emergencias. *Enfermería: Cuidados Humanizados*. 2024;13(2).

