



PONTIFICIA UNIVERSIDAD CATÓLICA DEL ECUADOR

COORDINACIÓN NACIONAL MAESTRÍA EN GESTIÓN DEL CUIDADO

**ENFERMERÍA EN CUIDADOS CRÍTICOS: VIVIENCIAS EN EL CUIDADO
HUMANIZADO Y CONTROL DEL DOLOR**

**NURSING IN CRITICAL CARE: EXPERIENCES IN HUMANIZED CARE AND PAIN
MANAGEMENT**

Artículo profesional previo a la obtención del título de Magíster en Gestión del Cuidado con
mención en Unidades de Emergencia y Unidades de Cuidados Intensivos

Línea de Investigación: Salud y grupos vulnerables.

Autoría:

**KARLA KAROLINA CHAVARRÍA ZAMBRANO
JEAN FRANCO ANGULO VERA**

Dirección:

Mg. JORGE LEODAN CABRERA OLVERA

Santo Domingo – Ecuador

Marzo, 2025



PONTIFICIA UNIVERSIDAD CATÓLICA DEL ECUADOR

COORDINACIÓN NACIONAL MAESTRÍA EN GESTIÓN DEL CUIDADO

HOJA DE APROBACIÓN

**ENFERMERÍA EN CUIDADOS CRÍTICOS: VIVIENCIAS EN EL CUIDADO
HUMANIZADO Y CONTROL DEL DOLOR**

**NURSING IN CRITICAL CARE: EXPERIENCES IN HUMANIZED CARE AND PAIN
MANAGEMENT**

Línea de Investigación: Salud y grupos vulnerables.

Autoría:

**KARLA KAROLINA CHAVARRÍA ZAMBRANO
JEAN FRANCO ANGULO VERA**

Jorge Leodan Cabrera Olvera, Mg.
DIRECTOR DE TRABAJO DE TITULACIÓN

Fabian Darío Arias Rodríguez, Mg.
CALIFICADOR

Ana Lucila Moscoso Mateus, Mg.
COORDINADORA MAESTRÍA EN GESTIÓN DEL CUIDADO

Santo Domingo – Ecuador

Marzo, 2025

DECLARACIÓN DE AUTENTICIDAD Y RESPONSABILIDAD

Yo, KARLA KAROLINA CHAVARRIA ZAMBRANO portador de la cédula de ciudadanía No. 131799047-9 declaro que los resultados obtenidos en la investigación que presento como informe final, previo la obtención del Título de Magíster en Gestión del Cuidado con mención en Unidades de Emergencia y Unidades de Cuidados Intensivos son absolutamente originales, auténticos y personales. En tal virtud, declaro que el contenido, las conclusiones y los efectos legales y académicos que se desprenden del trabajo propuesto de investigación y luego de la redacción de este documento son y serán de mi sola y exclusiva responsabilidad legal y académica.

Igualmente declaramos que todo resultado académico que se desprenda de esta investigación y que se difunda, tendrá como filiación la Pontificia Universidad Católica del Ecuador, Sede Santo Domingo, reconociendo en las autorías al director del Trabajo de Titulación y demás profesores que amerita. Estas publicaciones presentarán el siguiente orden de aparición en cuanto a los autores y coautores: en primer lugar, a los estudiantes autores de la investigación; en segundo lugar, al director del trabajo de titulación y, por último, siempre que se justifique, otros colaboradores en la publicación y trabajo de titulación.

Además, declaro que el presente trabajo, producto de las actividades académicas y de investigación, forma parte del capital intelectual de la Pontificia Universidad Católica del Ecuador, Sede, Santo Domingo de acuerdo con lo establecido en el artículo 16, literal j), de la Ley Orgánica de Educación Superior.

En tal razón, autorizo a la Pontificia Universidad Católica del Ecuador, Sede Santo Domingo, para que pueda hacer uso, con fines netamente académicos, del Trabajo de Titulación, ya sea de forma impresa, digital y/o electrónica o por cualquier medio conocido o por conocerse, siendo el presente documento la constancia del consentimiento autorizado; y, para que sea ingresado al Sistema Nacional de Información de la Educación Superior del Ecuador para su conocimiento público, en cumplimiento del artículo 103 de la Ley Orgánica de Educación Superior.



KARLA KAROLINA CHAVARRÍA ZAMBRANO

CI. 131799047-9

Yo, JEAN FRANCO ANGULO VERA portador de la cédula de ciudadanía No. 135107130-1 declaro que los resultados obtenidos en la investigación que presento como informe final, previo la obtención del Título de Magíster en Gestión del Cuidado con mención en Unidades de Emergencia y Unidades de Cuidados Intensivos son absolutamente originales, auténticos y personales. En tal virtud, declaro que el contenido, las conclusiones y los efectos legales y académicos que se desprenden del trabajo propuesto de investigación y luego de la redacción de este documento son y serán de mi sola y exclusiva responsabilidad legal y académica.

Igualmente declaramos que todo resultado académico que se desprenda de esta investigación y que se difunda, tendrá como filiación la Pontificia Universidad Católica del Ecuador, Sede Santo Domingo, reconociendo en las autorías al director del Trabajo de Titulación y demás profesores que amerita. Estas publicaciones presentarán el siguiente orden de aparición en cuanto a los autores y coautores: en primer lugar, a los estudiantes autores de la investigación; en segundo lugar, al director del trabajo de titulación y, por último, siempre que se justifique, otros colaboradores en la publicación y trabajo de titulación.

Además, declaro que el presente trabajo, producto de las actividades académicas y de investigación, forma parte del capital intelectual de la Pontificia Universidad Católica del Ecuador, Sede, Santo Domingo de acuerdo con lo establecido en el artículo 16, literal j), de la Ley Orgánica de Educación Superior.

En tal razón, autorizo a la Pontificia Universidad Católica del Ecuador, Sede Santo Domingo, para que pueda hacer uso, con fines netamente académicos, del Trabajo de Titulación, ya sea de forma impresa, digital y/o electrónica o por cualquier medio conocido o por conocerse, siendo el presente documento la constancia del consentimiento autorizado; y, para que sea ingresado al Sistema Nacional de Información de la Educación Superior del Ecuador para su conocimiento público, en cumplimiento del artículo 103 de la Ley Orgánica de Educación Superior.



JEAN FRANCO ANGULO VERA

CI. 135107130-1

INFORME DE TRABAJO DE TITULACIÓN ESCRITO DE POSTGRADO

Ana Lucila Moscoso Mateus

Coordinación de Maestría en Gestión del Cuidado

Pontificia Universidad Católica del Ecuador Sede Santo Domingo

De mi consideración,

Por medio del presente informe en calidad del director/a del Trabajo de Titulación de Postgrado de MAESTRÍA EN GESTIÓN DEL CUIDADO CON MENCIÓN EN UNIDADES DE EMERGENCIA Y UNIDADES DE CUIDADOS INTENSIVOS, titulado ENFERMERÍA EN CUIDADOS CRÍTICOS: VIVIENCIAS EN EL CUIDADO HUMANIZADO Y CONTROL DEL DOLOR realizado por el/la maestrante: Jean Franco Angulo Vera con cédula: 135107130-1, Karla Karolina Chavarría Zambrano con cédula: 131799047-9, previo a la obtención del Título de Magíster en Gestión del Cuidado con mención en Unidades de Emergencia y Unidades de Cuidados Intensivos, informo que el presente trabajo de titulación escrito se encuentra finalizado conforme a la guía y el formato de la Sede vigente.

Además, certifico haber verificado la originalidad y autenticidad del trabajo de titulación por medio del programa anti plagio Turnitin, en respuesta a la normativa institucional vigente.

Santo Domingo, 25 de marzo 2025

Atentamente,

Jorge Leodan Cabrera Olvera, Mg.

Profesor Titular Auxiliar I

AGRADECIMIENTOS

En este momento tan significativo, siento la necesidad de reconocer la importancia de aquellas personas cuya ayuda y dedicación han sido clave para que este trabajo de titulación se haga realidad. A nuestros padres, cuyo amor incondicional y sacrificios nos han dado la fuerza para seguir adelante en cada fase de nuestra vida. Gracias por enseñarnos el valor del esfuerzo y la disciplina, y por ser la luz que siempre guía cada uno de nuestros caminos.

A nuestro tutor Jorge Leodan Cabrera Olvera, por su paciencia, orientación y sabiduría. Su apoyo ha sido fundamental no solo en nuestra formación académica, sino también en el crecimiento personal, guiándonos no solo en el desarrollo de esta investigación, sino también en cada lección que he aprendido a lo largo de este proceso. Además, me gustaría manifestar un profundo agradecimiento a la Pontificia Universidad Católica sede Santo Domingo por darnos la oportunidad de ser parte de esta comunidad académica. Durante nuestra formación, no solo adquirimos conocimientos, sino que también vivimos una serie de experiencias y aprendizajes que han sido clave para nuestro crecimiento tanto personal como profesional.

Finalmente, queremos darnos las gracias a nosotros mismos, por haber confiado en nuestros sueños, por haber persistido en los momentos difíciles y por no haber cedido ante las adversidades. Este trabajo refleja todo lo que aprendimos y todo lo que nos queda por alcanzar. Agradezco profundamente a todos, ya que, sin su apoyo, este logro no habría sido posible.

DEDICATORIA

Este trabajo de titulación está dedicado a quienes, con su presencia, apoyo y amor, han hecho posible que llegara hasta este momento. A nuestros padres, quienes siempre creyeron en nosotros, aun cuando dudábamos de poder conseguirlo, nos brindaron las herramientas necesarias para alcanzar nuestros sueños. Su amor incansable y su ejemplo de esfuerzo son la base de todo lo que somos y lo que esperamos llegar a ser.

A nuestros amigos, quienes han sido testigos de las luchas y logros, y con su compañía han hecho que cada paso, aunque difícil, valiera la pena. A nuestros maestros y tutores, cuyo conocimiento y orientación han sido faros que han guiado en el camino. Y, por supuesto, a cada uno de nosotros, por nunca rendirnos y por haber confiado en el proceso. Este trabajo es, en última instancia, un reflejo del esfuerzo de todos los que nos han apoyado.

RESUMEN

La calidad del cuidado humanizado en áreas críticas ha disminuido, ya que los profesionales de salud, centrándose en tratar malestares físicos, descuidan otros aspectos importantes, lo que hace necesario analizar la percepción del personal de enfermería en la atención humanizada a pacientes en las Unidades de Cuidados Intensivos desde un enfoque centrado en el manejo del dolor. La investigación, de enfoque cualitativo y diseño fenomenológico y enfoque descriptivo, se incluyó 12 enfermeros de 26 a 38 años con experiencia en áreas críticas como UCI pediátrica, UCI de adultos y unidades de quemados en hospitales de Portoviejo y Quito. Mediante entrevistas semiestructuradas y con la autorización previa de los participantes. Se identificaron cuatro categorías principales: 1) Factores que contribuyen a la deshumanización en cuidados críticos, 2) Impacto del cuidado humanizado en pacientes de UCI, 3) Manejo integral del dolor en pacientes críticos y 4) Recuperación y afrontamiento ante la muerte. Los hallazgos muestran que la sobrecarga laboral, la falta de personal especializado y el enfoque técnico afectan la humanización del cuidado. Además, se evidenció que una atención humanizada reduce el estrés y la ansiedad del paciente, acelera su recuperación y fortalece la relación con sus familiares. También se resalta la necesidad de implementar estrategias que aborden el dolor de manera integral y brinden apoyo emocional, promoviendo un entorno hospitalario empático y eficiente.

Palabras Clave: cuidados críticos; cuidado humanizado; manejo del dolor.

ABSTRACT

The quality of humanized care in critical areas has decreased, since health professionals, focusing on treating physical discomfort, neglect other important aspects, which makes it necessary to analyze the perception of nursing staff in the humanized care of patients in Intensive Care Units from an approach focused on pain management. The research, of qualitative approach and phenomenological design and descriptive approach, included 12 nurses from 26 to 38 years old with experience in critical areas such as pediatric ICU, adult ICU and burn units in hospitals in Portoviejo and Quito. Through semi-structured interviews and with the prior authorization of the participants. Four main categories were identified: 1) Factors contributing to dehumanization in critical care, 2) Impact of humanized care in ICU patients, 3) Comprehensive pain management in critical patients and 4) Recovery and coping with death. The findings show that work overload, lack of specialized personnel and the technical approach affect the humanization of care. In addition, it was shown that humanized care reduces patient stress and anxiety, accelerates recovery and strengthens the relationship with family members. It also highlights the need to implement strategies that address pain in a comprehensive manner and provide emotional support, promoting an empathetic and efficient hospital environment.

Keywords: critical care; humanized care; pain management.

ÍNDICE DE CONTENIDOS

1.	Introducción	1
2.	Revisión de la literatura	3
3.	Materiales y métodos.....	6
4.	Resultados	8
5.	Discusión.....	19
6.	Conclusiones.....	22
7.	Referencias bibliográficas	24

1. INTRODUCCIÓN

El rol que realiza el personal de enfermería se basa en brindar una atención integral, por ende, la empatía es una cualidad que el personal de salud debe tener arraigado para el desarrollo de una atención holística, teniendo en consideración problemas físicos, emocionales y espirituales tanto del paciente como de la familia (1,2).

Asimismo, una de las funciones del enfermero es proteger los deseos del paciente garantizando una muerte digna, al igual que, estar presente y brindar apoyo de vivencias de duelo posterior a la familia, además de acompañar al paciente en el proceso de recuperación. El dolor genera una sensación de sufrimiento en la persona, pero nos ayuda identificar un problema y establecer un tratamiento. No obstante, esto no siempre es fácil debido a que la comunicación verbal no siempre es clara a causa de que hay pacientes que presentan delirio, están sedados, o requieren de intubación traqueal lo que imposibilita a una comunicación asertiva (3).

En este sentido, la Organización Panamericana de la Salud destaca que el cuidado implica brindar atención integral y apoyo de las personas en cada una de las etapas de la vida, en repetidas ocasiones los profesionales de salud solo se enfocan en tratar malestares físicos y se descuidan de otros campos importantes, de modo que no se consigue alcanzar una atención de calidad basado en el cuidado humanizado de la persona afectada (4). Por otro lado, un estudio desarrollado en Europa menciona que el cuidado humanizado se concibe como una filosofía de vida en donde la compasión y el apoyo emocional han demostrado tener efectos beneficiosos en la recuperación, reduciendo el estrés y la ansiedad (5).

De acuerdo con un estudio realizado en Ecuador los factores que han llevado a la deshumanización de la enfermería que afectan directamente en la calidad de cuidado de las personas y sus familias; esto en gran parte que las profesiones de la salud presentan insatisfacción en el ambiente laboral debido a una sobrecarga de trabajo (6,7). Por otra parte,

en la ciudad de Santo Domingo de los Tsáchilas, se dio a conocer que el personal de enfermería ocupa más tiempo en actividades técnicas y administrativas, dejando de lado la relación entre paciente y enfermero (7).

El personal de enfermería tiene como tarea fortalecer habilidades de comunicación asertiva, desarrollo de empatía en cuidado humanizado partiendo desde un enfoque integral que busca no solo tratar la enfermedad, sino también cuidar a la persona en su totalidad, promoviendo un ambiente de respeto, compasión y apoyo continuo. Esta percepción no solo beneficia al paciente, sino que también enriquece la práctica profesional de la enfermería, haciendo que el acto de cuidar sea una experiencia mutuamente gratificante.

Desde una perspectiva social, este trabajo investigativo aborda eficazmente el manejo del dolor en entornos críticos es crucial. Investigaciones recientes, como las destacadas por Vásquez et al. (7), subrayan que un adecuado manejo del dolor no solo mejora el confort del paciente, sino que también reduce la agitación, disminuye la dependencia de la ventilación mecánica, acorta el tiempo de hospitalización y minimiza el riesgo de infecciones hospitalarias. Estos resultados no solo benefician directamente a los pacientes y sus familias, sino que también tienen un impacto positivo en los recursos hospitalarios y en la calidad general de la atención médica.

Esta investigación presenta un aporte significativo a la comunidad científica al enfocarse en la gestión del dolor en pacientes críticos en Unidad de Cuidados Intensivos (UCI). Según Bravo et al. (3), aproximadamente el 63% de los pacientes en UCI experimentan niveles significativos de dolor, influenciados por diversas causas como condiciones médicas subyacentes y procedimientos invasivos. Esta problemática afecta no solo a la calidad de vida del paciente, sino que también impacta su estabilidad física, potenciando el riesgo de complicaciones y prolonga la estadía hospitalaria, lo cual puede contribuir a una mayor tasa de mortalidad.

En términos de la práctica de enfermería, este estudio promueve avances significativos, la evaluación precisa el punto de vista del personal de enfermería sobre la calidad de sus cuidados y la experiencia del paciente con la atención recibida es esencial para mejorar las prácticas en las UCI. Como señalan Vásquez et al. (7), la implementación de herramientas precisas para evaluar estas dimensiones no solo ayuda a organizar y coordinar las intervenciones de enfermería de manera más efectiva, sino que también contribuye a mitigar la deshumanización percibida por los profesionales, mejorando así el ambiente laboral y fomentando un trato más empático y humano hacia los pacientes.

Por lo tanto, la siguiente investigación tiene como objetivo general, analizar cómo percibe el personal de enfermería los cuidados humanizados a pacientes de las Unidades de Cuidados Intensivos desde un enfoque centrado en el manejo del dolor.

2. REVISIÓN DE LA LITERATURA

2.1. Antecedentes

Mediante la revisión de literaturas científicas realizadas en varios países, se evidencia un estudio por Bravo et al. (3) en donde tuvieron como objetivo destacar la debida importancia en el manejo del dolor en pacientes críticos; esto mediante la revisión científica de manera aleatoria de publicaciones relacionadas con el dolor, por medio de métodos farmacológicos y no farmacológicos que disminuye la frecuencia de agitación, la duración de ventilación mecánica, la estancia en UCI y por ende, la incidencia de infecciones nosocomiales. Concluyeron que los medios para el manejo del dolor pueden ser a través de fármacos que han sido principal soporte en el tratamiento de paciente en terapia intensiva, aunque estos pueden presentar reacciones adversas en las personas; por otro lado, se encuentra a la terapia no farmacológica como una alternativa terapéutica que disminuye los factores de riesgo.

Del mismo modo, el estudio realizado por Acuña et al. (5), a través de la revisión bibliográfica de seis investigaciones realizadas en Perú, España, Colombia y Chile con criterios

de inclusión según este autor afirmaron que el trato humanizado en pacientes de terapia intensiva debe estar enfocado en la atención de calidad de las personas que lo requieran, quedando claro que este por parte de los profesionales de enfermería mejora satisfactoriamente la condición de salud de las personas que están en unidades de cuidados críticos, esto se hace factible debido a la atención cordial. Visibilizaron la necesidad de una promoción de una cultura de sensibilidad en el proceso de recuperación en donde se dé importancia al establecimiento de una relación de apoyo y confianza, fundamentada en valores humanos, creencias y esperanza.

Por otro lado, el personal de enfermería desempeña un papel fundamental en la atención sanitaria, asumiendo responsabilidades éticas, legales y humanísticas que aseguran la calidad y continuidad del cuidado. El cuidado humanizado se caracteriza por atributos como la gentileza, la compasión y el compromiso. Un estudio cualitativo realizado por Holguín y Grijalba (2), con enfoque teórico-descriptivo en revisión de 23 fuentes bibliográficas, ha documentado niveles satisfactorios de cuidado humanizado, en Jaén y Arequipa (Perú) y en Puebla (México) que muestran una alta prevalencia de prácticas que reflejan un buen nivel de atención humanizada. No obstante, también se han identificado desafíos, como el desarrollo fragmentado del cuidado humanizado y percepciones negativas sobre la atención ofrecida en diversos contextos clínicos.

En Ecuador, el estudio cuantitativo, descriptivo y comparativo de Juárez et al. (6) basado en una muestra de 186 pacientes hospitalizados, muestra que el cuidado humanizado en los hospitales públicos de Milagro destaca por su alta calidad. Este cuidado se distingue por el compromiso personal de las enfermeras, que interactúan empáticamente, apoyan a los pacientes y demuestran dedicación en cada interacción. Los estándares de atención en estos hospitales son comparables e incluso superiores a los reportados en estudios previos en la región. Sin embargo, recomendaron realizar más investigaciones en diferentes centros de salud

en Ecuador para identificar áreas que necesiten mejoras, con el fin de alcanzar un estándar óptimo de cuidado a nivel nacional y garantizar una atención integral en situaciones críticas.

2.2. Fundamentos teóricos

2.2.1. Dolor

Mediante un estudio realizado sobre el manejo del dolor en paciente crítico por Bravo et al. (3), manifiesta que el dolor es una sensación incómoda que puede localizarse en áreas específicas del cuerpo generando malestar, este puede presentarse de manera intensa o leve, y puede ser intermitente o continuo. La presencia del dolor en las personas es una advertencia del sistema nervioso que indica que algo no está funcionando correctamente, generalmente este es un indicador para identificar problemas de salud. Existen dos categorías principales, el dolor agudo aparece de manera repentina, a menudo como resultado de una enfermedad, lesión o inflamación en cambio el dolor crónico se prolonga durante un largo periodo y puede ocasionar complicaciones serias en la salud.

2.2.2. Control del dolor

Una de las responsabilidades del personal de enfermería es asegurar el confort de las personas, en especial las que padecen algún malestar o dificultad; por ende, el control del dolor en el proceso de recuperación es importante, el cual consiste en acciones individualizadas que alivian o disminuyen el dolor, según Rovira (8) menciona que se utilizan escalas validadas para el seguimiento del dolor como la escala EVA (Escala Visual Analógica), para evaluar el dolor en pacientes que pueden comunicarse y para las personas que no pueden comunicarse esta la escala ESCID (Escala de Conductas Indicadores del Dolor), de modo que facilita un control y manejo más preciso, permitiendo un ajuste más adecuado de los analgésicos y sedantes.

2.2.3. Cuidado humanizado

Según Holguín y Grijalba (2) señalan que Jean Watson sostiene que la práctica del cuidado requiere un compromiso serio con principios morales, éticos, ontológicos, filosóficos,

epistemológicos y prácticos, para que la ciencia del cuidado se convierta en el pilar del cuidado humanizado. Este enfoque se basa en un proceso de emociones compatibles entre enfermero/a y paciente, que va más allá de las exigencias profesionales. Implica realizar cada acción con integridad y reflejar la vocación de la enfermería para asegurar la satisfacción y el bienestar del paciente. La atención humanizada debe establecerse desde la primera interacción, sin importar la condición del paciente. Se debe considerar al paciente como una unidad de cuidado, promoviendo el bienestar mutuo a través de un proceso dinámico y beneficioso para ambos, el enfermero/a y la persona.

2.2.4. Cuidado humanizado en áreas críticas

González et al. (9) señalan que el cuidado humanizado en áreas críticas se enfoca en conocer y comprender a los pacientes en profundidad, apoyando y reconociendo su experiencia vivida. Este enfoque implica una conexión genuina entre el personal de enfermería y los usuarios. Mediante una comunicación abierta con pacientes y familias, se crea un entorno de cuidado que fomenta la intimidad y el entendimiento mutuo. En situaciones de alta presión, como una pandemia, las enfermeras enfrentan estrés e incertidumbre mientras priorizan el bienestar de los pacientes, adaptándose a circunstancias con recursos limitados. La atención humanizada exige que, a pesar de la sobrecarga emocional y la falta de entrenamiento psicoemocional, el personal de enfermería mantenga un enfoque centrado en la persona y en su bienestar integral.

3. MATERIALES Y MÉTODOS

La presente investigación se desarrolló bajo un enfoque de investigación cualitativa, diseño fenomenológico mediante un alcance descriptivo, lo que permite explorar a fondo sus perspectivas, interpretaciones y significados (10,11). Así, como incorporó los Criterios Consolidados para la Elaboración de Informes de Investigación Cualitativa (COREQ) (11).

Los participantes fueron profesionales de enfermería procedentes de unidades de cuidados críticos de adulto y pediátricos de hospitales públicos del Ecuador; en este sentido, se conformó la muestra con 12 profesionales obtenidos por un muestreo intencional y saturación de la información, mediante la aplicación de criterios de inclusión como experiencia en unidades críticas, cuidados humanizados y manejo del dolor, que posea título en enfermería, excluyendo del estudio auxiliares de enfermería y profesionales de instituciones que no estén certificadas (12).

Para ello se establecieron encuentros a través de la plataforma tecnológica ZOOM y llamadas telefónicas con una duración aproximada de 25 minutos, se emplearon entrevistas a profundidad con preguntas previamente diseñadas y validadas mediante una prueba piloto; estas fueron: ¿Cuáles son los factores que han llevado a la deshumanización de la enfermería en cuidados críticos durante la atención de los pacientes?; ¿Qué beneficios tiene el cuidado humanizado en el proceso de atención del paciente en áreas críticas?; ¿Qué estrategias que se deben emplear a los pacientes en salas de cuidados intensivos para el control eficaz del dolor?; ¿Qué medios que se utilizan para apoyar a los familiares de pacientes durante el proceso de recuperación y el afrontamiento del duelo posterior a la muerte en caso de presentarse?

Estas entrevistas fueron desarrolladas por 2 licenciados de enfermería (un varón y una mujer), bajo la supervisión de un tutor (un varón); cabe señalar, que se explicó la finalidad de la investigación tanto verbalmente como escrito, obteniendo su consentimiento informado para garantizar su autonomía, así como se les asignó un código a cada participante para mantener la confidencialidad y privacidad (13).

La información recolectada fue transcrita a texto mediante el software Word con paquete office versión 2010, estos datos obtenidos serán analizados por el método manual de Pablo Cáceres mediante una lectura crítica reflexiva que permitió a través de código colorimétrico comparar las diferentes narrativas de los participantes en relación a las preguntas planteadas,

relacionando los nexos y extrayendo declaraciones significativas que fueron agrupadas para su codificación, obteniendo así categorías y subcategorías (14,15).

4. RESULTADOS

Los participantes están conformados por mujeres (7) y hombres (5), con edades entre 26 y 38 años. Estos profesionales provienen de áreas críticas como la Unidad de Cuidados Intensivos Pediátrica (UCI-P), la Unidad de Cuidados Intensivos Adultos (UCI-A) y la Unidad de Quemados, en instituciones de salud pública de las ciudades de Portoviejo y Quito. En cuanto a su formación académica, nueve de ellos poseen títulos de licenciatura y tres cuentan con maestrías, como se observa en la tabla.

Tabla 1: Datos sociodemográficos de los participantes.

Participante s	Sex o	Ed ad	Nivel de formación	Área de trabajo	Sector
P1 J	M	29	LICENCIADO DE ENFERMERIA	UCI P	PORTOVIEJO
P2 Y	M	32	LICENCIADO DE ENFERMERIA	UNIDAD DE QUEMADOS	PORTOVIEJO
P3 K	M	28	LICENCIADO DE ENFERMERIA	UNIDAD DE QUEMADOS	PORTOVIEJO
P4 V	F	31	LICENCIADA DE ENFERMERIA	UNIDAD DE QUEMADOS	PORTOVIEJO

P5 L	F	35	LICENCIADA DE ENFERMERIA	UNIDAD DE QUEMADOS	PORTOVIEJO
P6 D	F	29	LICENCIADA DE ENFERMERIA	UCI-P	PORTOVIEJO
P7 J	F	29	MAGISTER	UCI-P	PORTOVIEJO
P8 J	F	32	LICENCIADA DE ENFERMERIA	UCI-P	PORTOVIEJO
P9 J	M	38	LICENCIADO DE ENFERMERIA	UCI-A	QUITO
P10 M	F	32	MAGISTER	UCI-A	QUITO
P11 N	F	26	MAGISTER	UCI-P	PORTOVIEJO
P12 R	M	29	LICENCIADO DE ENFERMERIA	UCI P	PORTOVIEJO

Fuente: Elaboración propia de los autores.

Después de analizar los datos, se identificaron cuatro categorías y cinco subcategorías, organizadas según las conexiones encontradas en los testimonios, las cuales se describen a continuación:

Tabla 2. Matriz de categorización

SUBCATEGORÍA	CATEGORÍA
	FACTORES QUE DESHUMANIZAN LOS CUIDADOS CRÍTICOS
EFECTOS DEL CUIDADO HUMANIZADO EN EL PACIENTE DE UNIDADES DE CUIDADOS INTENSIVOS	IMPLICACIONES DEL CUIDADO HUMANIZADO EN EL PROCESO DE ATENCIÓN EN LOS SERVICIOS DE CUIDADOS CRITICOS
INFLUENCIA DE LA ATENCIÓN HUMANIZADA EN FAMILIARES DE PACIENTES CRITICOS	
ASPECTOS POSITIVOS DE LA ATENCIÓN HUMANIZADA EN EL PERSONAL SANITARIO	

<p style="text-align: center;">ESTRATEGIAS PARA EL MANEJO DE DOLOR</p> <p style="text-align: center;">FARMACOLOGICOS</p>	<p style="text-align: center;">CUIDADO Y MANEJO DEL DOLOR INTEGRAL EN PACIENTES DE SERVICIOS CRITICOS</p>
<p style="text-align: center;">ESTRATEGIAS PARA EL MANEJO DE DOLOR</p> <p style="text-align: center;">NO FARMACOLOGICOS</p>	
	<p style="text-align: center;">PROCESO DE RECUPERACIÓN Y AFRONTAMIENTO ANTE LA MUERTE</p>

Fuente: Elaboración propia de los autores.

Categoría 1. Factores que deshumanizan los cuidados críticos.

Esta categoría se enfoca en los factores que generan la pérdida de la dimensión humana en la atención en los cuidados críticos la cual es una de las áreas más complejas donde la atención al paciente se encuentra marcada por situaciones de alto riesgo y vulnerabilidad. Por ello, resulta fundamental reflexionar sobre los factores que generan la pérdida de la dimensión humana en la atención de estos pacientes con el propósito de identificar y promover un enfoque más integral, centrado en la persona, que permita mejorar tanto la calidad de la atención como la experiencia del paciente en situaciones críticas. A continuación, se describen los factores que han llevado a la deshumanización de la enfermería en cuidados críticos durante la atención de los pacientes reflejado en los siguientes testimonios:

“El principal sería lo que es la sobrecarga de trabajo al personal de enfermería ya que en el área de cuidados intensivos se deben realizar procedimientos y tareas que designan al

personal en cierto periodo de tiempo que es corto y eso evita que se le dé al paciente el trato que merece” **P1.**

“Hay profesionales que son rotados de diferentes áreas en las que algunos no tienen quizás la destreza o el desenvolvimiento en áreas críticas, los cuales limita en cierto modo generar o aportar con buen cuidado hacia el paciente crítico” **P3.**

“El enfoque técnico y protocolizado de la atención, junto con la desensibilización emocional como mecanismo de defensa ante situaciones extremas, contribuyen a que los profesionales prioricen los procedimientos médicos sobre el contacto humano. Esta realidad, sumada a una cultura organizacional que a menudo no favorece el apoyo emocional, crea un ambiente donde la conexión empática con el paciente se ve comprometida” **P9.**

“Los enfermeros, al no contar con los recursos adecuados para cuidar de su propio bienestar emocional, pueden tener dificultades para ofrecer el tipo de apoyo humano y empático que los pacientes necesitan” **P10.**

Categoría 2. Implicaciones del cuidado humanizado en el proceso de atención en los servicios de cuidados críticos.

Esta categoría se enfoca en las implicaciones del cuidado humanizado en el proceso de atención en los servicios de cuidados críticos, con el propósito de reflexionar sobre cómo las prácticas humanizadas no solo enriquecen la experiencia del paciente, sino que también favorecen un entorno de trabajo más satisfactorio y saludable para los profesionales de salud, contribuyendo al fortalecimiento de un sistema de salud más compasivo. Dentro de las unidades críticas se emplean intervenciones médicas agresivas y una carga emocional considerable tanto para los profesionales, los pacientes y sus familias; por ende, se propone como un modelo que va más allá de la intervención médica, reconociendo al paciente como un ser integral, con derechos, emociones y necesidades que requieren ser atendidas de manera respetuosa, empática y digna mismo que se ve reflejado en los siguientes testimonios:

“El cuidado humanizado en el área de terapia intensiva tiene un impacto positivo en el paciente, en su familiar o cuidador y en nosotros como personal de salud” **P7.**

“El cuidado humanizado sería muy beneficioso porque sería un complemento al tratamiento farmacológico, al tratamiento terapéutico, este tipo de cuidados humanizados, tanto para el paciente, para el familiar y también, claro, como que no, al personal multidisciplinario de salud.” **P12.**

Subcategoría 1. Efectos del cuidado humanizado en el paciente de unidades de cuidados intensivos.

Esta subcategoría se centra en los efectos del cuidado humanizado en el paciente de unidades de cuidados intensivos, donde la atención se centra en la estabilización y recuperación de pacientes en estado crítico, el enfoque tradicional ha tendido a priorizar los aspectos técnicos y físicos del tratamiento. Sin embargo, se refleja la creciente preocupación por la calidad global de la atención ha impulsado un cambio hacia un modelo más integral y humano, que reconoce la importancia de abordar no solo las necesidades médicas, sino también las emocionales, psicológicas y sociales del paciente. Los testimonios recopilados reflejan lo siguiente:

“El beneficio sería mejorar a la recuperación del paciente, ya que un paciente que se siente bien tratado por el personal de enfermería, lo va a ayudar a lo que es emocionalmente y es que así de esta manera se pueda recuperar mucho más rápido. También le va a ayudar a lo que es reducir el estrés” **P1.**

“En el paciente puede disminuir el estrés y la ansiedad asociado a la estancia hospitalaria en este puede existir una respuesta inmunológica y este a su vez acelera su proceso de evolución o recuperación” **P7.**

“Estos beneficios no solo impactan la calidad de la atención, sino que también mejoran los resultados en términos de bienestar, recuperación y satisfacción general. El cuidado humanizado permite que el paciente se sienta tratado con dignidad, respeto y empatía. Esto

puede mejorar significativamente la experiencia de estar en una unidad de cuidados críticos, que suele ser estresante y angustiante. El trato humano, que incluye la comunicación clara y el apoyo emocional, ayuda a disminuir el miedo y la ansiedad del paciente” **P10**.

Subcategoría 2. Influencia de la atención humanizada en familiares de pacientes críticos.

Esta subcategoría se centra en la influencia de la atención humanizada en familiares de pacientes críticos ya que no solo impacta a los pacientes, sino que también tiene efectos significativos en los familiares que atraviesan momentos de alta angustia y vulnerabilidad. Estos familiares, quienes a menudo se enfrentan a la incertidumbre y el temor por la salud de sus seres queridos, requieren un apoyo emocional y psicológico que complemente la atención médica brindada al paciente. En este contexto se ha evidenciado los siguientes testimonios recopilados:

“Sus familiares, se sientan apoyados y van a disminuir lo que es la ansiedad” **P1**.

“Otro de los beneficios puede ser una mayor satisfacción de los familiares al percibir y al evidenciar de que el personal sanitario contribuyó con una mejoría del paciente” **P3**.

“Los beneficios para la familia podrían ser que se reduce del estrés y la angustia, el cuidado humanizado incluye una comunicación constante, clara y empática con los familiares. Se genera el sentimiento de apoyo emocional cuando el personal de salud que se toma el tiempo para escuchar. Además, cuando los familiares son informados adecuadamente sobre el estado del paciente, los procedimientos y las decisiones médicas, tienen un mayor entendimiento de la situación” **P10**.

Subcategoría 3. Aspectos positivos de la atención humanizada en el personal sanitario.

Esta subcategoría se centra en los aspectos positivos de la atención humanizada en el personal sanitario que integra la atención humanizada en su práctica no solo contribuye a una mejor experiencia para el paciente, sino que también puede experimentar un aumento en su

satisfacción laboral, motivación y sentido de propósito. La creación de un entorno más respetuoso y centrado en el paciente puede reducir el estrés y el agotamiento emocional, promoviendo un clima de trabajo más saludable y colaborativo. Enfocándose en brindar respeto por las emociones y necesidades del paciente, combinado con una empatía, puede ayudar a prevenir la despersonalización; por ende, se ha evidenciado los siguientes testimonios recopilados:

“También nos va a ayudar mucho en reducir lo que es el estrés, evitar el agotamiento por parte del personal de salud y va a favorecer también a lo que es a tener un trabajo más colaborativo y más empático. entre todos los compañeros” **P6.**

“Trabajar en un entorno humanizado refuerza el sentido de propósito y de vocación a la profesión de enfermería” **P7.**

“El personal de salud se experimenta una mayor satisfacción laboral, ya que sienten que su trabajo tiene un impacto positivo en la vida de los pacientes y sus familias. Además, un ambiente laboral más humano, con un enfoque en la colaboración y el apoyo emocional, puede mejorar la dinámica del equipo y la eficiencia en el trabajo. Incluso los hospitales que adoptan un modelo de atención humanizado tienden a tener mejores valoraciones por parte de los pacientes y sus familias, esto mejora la reputación” **P 10.**

Categoría 3. Cuidado y manejo del dolor integral en pacientes de servicios críticos.

Esta categoría aborda estrategias integrales para el manejo del dolor en áreas críticas, buscando mejorar la calidad de vida de los pacientes. Destaca la importancia de un cuidado holístico que considere no solo el control físico del dolor, sino también sus dimensiones emocionales, psicológicas y sociales, reconociendo al paciente como un ser integral. En este contexto, el manejo del dolor se basa en intervenciones personalizadas y fundamentadas en evidencia científica, combinando métodos farmacológicos y no farmacológicos. Además, requiere una comunicación efectiva entre el equipo interdisciplinario y el paciente,

promoviendo un cuidado centrado en la persona. Este enfoque integral se refleja en los siguientes testimonios:

“Se puede utilizar ya medicamentos combinados, como por ejemplo sedante suave con analgésico, incluso mezclado con ansiolítico, ya que el paciente no solo va a experimentar dolor, sino que también esto le va a ayudar a que disminuya la ansiedad” **P1**.

“El uso adecuado de lo que es la valoración de las escalas. También lo que es la monitorización constante del dolor. También pues vamos a implementar técnicas no farmacológicas, técnicas de relajación y pues también vamos a tener que comunicar de manera clara y precisa al familiar” **P6**.

Subcategoría 1. Estrategias para el manejo de dolor farmacológicos.

Esta subcategoría aborda el uso de intervenciones farmacológicas para aliviar el dolor en pacientes críticos, mediante una administración adecuada y racional de analgésicos, sedantes y otros medicamentos. Estas estrategias se adaptan a la intensidad del dolor, la condición clínica del paciente y las guías basadas en evidencia científica. Su objetivo es no solo mitigar el dolor físico, sino también prevenir complicaciones como el estrés metabólico y el impacto emocional negativo. Para una atención segura y eficaz, el personal debe contar con conocimientos actualizados sobre dosis, interacciones y efectos adversos de los fármacos. Este compromiso con la excelencia en el manejo del dolor se refleja en los siguientes testimonios:

“Podemos aplicar las dosis farmacológicas de analgésicos, sedantes, en casos que sean pacientes que estén sometidos a ventilación mecánica, relajantes musculares, Todo medicamento que provoque que el paciente esté relajado, esté tranquilo.” **P3**.

“El uso adecuado de analgésicos como opioides intravenosos y analgésicos no opioides, Además, se debe considerar la sedación controlada para pacientes intubados.” **P9**.

Subcategoría 2. Estrategias para el manejo de dolor no farmacológicos.

Esta destaca la importancia de las intervenciones no farmacológicas como complemento al manejo del dolor en pacientes críticos. Estas estrategias, basadas en técnicas no invasivas, promueven un enfoque holístico y humanizado que aborda tanto el dolor físico como sus aspectos emocionales, psicológicos y sociales. Entre las técnicas más comunes se encuentran masajes, cambios de posición, relajación, estimulación sensorial, apoyo emocional y actividades distractoras como escuchar música o ejercicios visuales. Estas acciones no solo alivian el dolor, sino que también reducen el estrés y la ansiedad asociados a la enfermedad. Este enfoque integral se refleja en los siguientes testimonios:

“No farmacológicas manejamos el dolor a través de las terapias físicas o de rehabilitación continuas ya sea estos masajes o la colocación de compresas o realizando lo que son cambios posturales” **P7.**

“Las estrategias para reducir pueden ser la fisioterapia, técnicas de relajación, la música, control de la respiración, la meditación” **P11.**

Categoría 4. Proceso de recuperación y afrontamiento ante la muerte.

Esta categoría aborda las experiencias y estrategias de los profesionales de la salud para afrontar la muerte de pacientes en áreas críticas, destacando su impacto emocional y psicológico. Enfrentar la muerte implica aceptar la pérdida y desarrollar herramientas que permitan mantener la estabilidad emocional y garantizar una atención de calidad. Este proceso combina recursos personales, como la resiliencia, con apoyo institucional, como acceso a ayuda psicológica y formación en manejo del duelo. Además, una comunicación efectiva con el equipo interdisciplinario y las familias es clave para gestionar estas situaciones con empatía y respeto. Este enfoque humanizado se refleja en los siguientes testimonios:

“Brindarle lo que es apoyo emocional u ofreciéndole ayuda psicológica o ponerle en contacto con algún grupo del hospital, ya sea por psiquiatría o por el psicólogo, ya que el

paciente va a necesitar lo que es ayuda psicológica, sino también el familiar por el estrés que se someten a estar en un hospital intensivo” **P1.**

“El personal pues debe de ofrecer lo que es apoyo psicológico, también un acompañamiento emocional durante la recuperación y lo que es el duelo que el familiar pues va a tener que afrontar” **P6.**

5. DISCUSIÓN

Las unidades de cuidados intensivos son servicios de alta complejidad y demanda, por lo que la falta de recursos, protocolos y talento humano, son factores que repercuten en la deshumanización del cuidado. En este sentido, el estudio de Ortíz et al. (17) señalan que la cantidad promedio de pacientes atendidos, junto a un número adecuado de recursos humanos contribuye a optimizar las responsabilidades laborales, lo que impacta positivamente en la calidad de la atención y la seguridad tanto de los pacientes como del personal.

Asimismo, en un estudio realizado por Quinteros y Yakov (18) mencionan que los trabajadores sanitarios no están satisfechos con su trabajo y su estilo de vida están todo el tiempo expuesto al trabajo pesado, presión y el cansancio mental lo que repercute directamente de manera negativa al personal de salud y a los pacientes. En otro estudio realizado por Casas y Obando (19) sobre los factores limitantes para ofrecer un cuidado humanizado se observa que los profesionales de enfermería que usan la tecnología con mayor frecuencia tienen una disrupción en la relación enfermero y paciente.

Por otro lado, en las unidades de cuidados intensivos se emplean intervenciones complejas acompañado de una carga emocional considerable tanto para los profesionales, los pacientes y las familias, se propone como un modelo que reconozca a la persona como un ser integral, con derechos, emociones y necesidades que requieren ser atendidas de manera respetuosa, empática y digna. Por ende, Casas y Obando (19) reconocen que la comunicación constante entre el personal de enfermería, los pacientes y sus familiares fortalecen el vínculo,

mejora la satisfacción de las necesidades, fomenta la empatía y proporciona seguridad al paciente durante el proceso y la evolución de la patología; Además, en el ámbito del equipo multidisciplinario, facilita el trabajo en equipo, apoya la toma de decisiones y mejora el ambiente laboral.

De igual modo, un estudio elaborado por Henao et al. (20) indican que la atención humanizada debe analizarse desde el trabajo conjunto entre profesionales ya que estos trabajan para el bienestar de las personas, familias y comunidades. Es esencial entender cómo se concibe la salud en la sociedad, ya que esto facilita la relación entre los profesionales y los pacientes en situaciones de alteraciones de bienestar. Los equipos de salud deben siempre oportunidades considerar de encuentro y colaboración, basándose en la comunicación, la empatía y sobre todo el respeto digno a la persona.

El cuidado y manejo integral del dolor en pacientes críticos requiere un enfoque multidimensional que combine comunicación efectiva y estrategias personalizadas. De acuerdo con la revisión sistemática de Ponce et al. (21) el equipo de cuidado de la salud reconoce la importancia de abordar el dolor de manera holística, destacando que la mayoría de los casos pueden ser manejados eficazmente cuando existe una comunicación abierta y efectiva entre los pacientes, los enfermeros y los doctores.

Del mismo modo, la revisión sistemática de Córdova et al. (22) subrayan la relevancia de las intervenciones integrales, que no solo contemplan la administración de medicamentos, sino también técnicas no farmacológicas, como la distracción y la terapia de juego. Estas estrategias han manifestado ser eficaces en reducir el dolor y la ansiedad, así como se resalta la importancia de personalizar estas intervenciones según la edad, el estado de salud y las preferencias individuales de cada paciente, lo que contribuye significativamente a mejorar los resultados clínicos.

Por otro lado, el proceso de recuperación y el afrontamiento ante la muerte en pacientes y familiares requiere un enfoque integral que contemple tanto el aspecto emocional como el físico. En la revisión sistemática de Ponce et al. (21) se destaca que, en el departamento de emergencias, la verificación de información esencial se realiza principalmente a través de la comunicación con pacientes y familias, subrayando la importancia de una comunicación efectiva en estos entornos. Esta comunicación no solo ayuda a recopilar información crítica para la atención del paciente, sino que también brinda apoyo y tranquilidad a los pacientes y sus seres queridos en momentos de estrés.

Igualmente, en la revisión sistemática de Ramos et al. (23) destacan como principales necesidades de los familiares el acceso a apoyo psicológico y atención médica continua las 24 horas, así como la posibilidad de mantener contacto con el familiar del paciente. Además, se identifica la importancia de recibir información en dos áreas clave: primero, sobre el estado de salud del paciente, y el tratamiento a seguir y, segundo, los cuidados posteriores a la enfermedad. Estos hallazgos subrayan la relevancia de la comunicación y el apoyo como elementos esenciales para afrontar las situaciones críticas en las UCI.

En este sentido, la investigación aporta de manera significativa al ámbito de los cuidados críticos, destacando cómo factores como la sobrecarga laboral, la falta de personal especializado y un enfoque técnico que limita la humanización del cuidado. Estos resultados coinciden con estudios previos que señalan el impacto negativo de estas condiciones en la calidad de la atención y el bienestar tanto del personal como de los pacientes. De igual manera, se resalta que estrategias como la comunicación efectiva, el apoyo emocional y el manejo integral del dolor pueden transformar la experiencia de los pacientes y sus familias, promoviendo una recuperación más efectiva y reduciendo el estrés.

Además, aunque se enfatiza la importancia de un enfoque humanizado y multidimensional, se identifican vacíos en el estudio, como la evaluación de los impactos

directos de las estrategias propuestas, tampoco se midió la eficacia de los abordajes no farmacológicos, lo que deja abierta la posibilidad de estudios futuros que amplíen estos aspectos. A su vez, la investigación no solo subraya los desafíos actuales, sino que también establece una base para el diseño de intervenciones que integren enfoques técnicos y humanos, fortaleciendo la atención en cuidados críticos.

6. CONCLUSIONES

El cuidado humanizado en los pacientes de áreas críticas desde la perspectiva del profesional enfermero que laboran en estas áreas, resalta que la deshumanización en la atención de enfermería en cuidados críticos se debe a diversos factores interconectados. Entre ellos, destacan la sobrecarga laboral del personal, la rotación de profesionales sin experiencia en unidades críticas y un modelo de atención excesivamente protocolizado que disminuye la interacción humana y la empatía. A pesar de estos desafíos, la investigación confirma que la adopción de un enfoque humanizado en el cuidado de pacientes críticos aporta beneficios. Se ha evidenciado que la reducción del estrés y la ansiedad mejora la respuesta inmunológica y acelera la recuperación del paciente. Además, fortalecer la relación entre el equipo de salud, los pacientes y sus familias crea un entorno hospitalario más seguro y compasivo.

Por otro lado, para optimizar el manejo del dolor en estas unidades, se identificaron estrategias tanto farmacológicas como no farmacológicas. El uso adecuado de analgésicos, sedantes y relajantes musculares es esencial para mitigar el dolor físico, mientras que métodos complementarios como la musicoterapia, la fisioterapia, la meditación y la estimulación sensorial han demostrado ser efectivos para mejorar el bienestar emocional del paciente. En relación con el apoyo a los familiares, se subraya la importancia de una comunicación clara y empática por parte del personal sanitario, garantizando información continua sobre el estado del paciente. Asimismo, la implementación de programas de apoyo psicológico y espacios de

acompañamiento emocional resulta fundamental para ayudar a los familiares en el proceso de recuperación del paciente y en el afrontamiento del duelo en caso de fallecimiento.

A pesar de estos avances, aún persisten vacíos de conocimiento que requieren mayor investigación. Es crucial profundizar en la efectividad de las estrategias no farmacológicas para el manejo del dolor en UCI y su impacto en la calidad de vida del paciente. Del mismo modo, se necesita evaluar cómo las instituciones de salud aplican intervenciones específicas para reducir la sobrecarga laboral del personal de enfermería en entornos críticos, lo que influye a generar un cuidado deshumanización al paciente. Por esta razón, se hace un llamado a la comunidad científica y a los responsables de la gestión en salud para priorizar la implementación de modelos para la carga laboral de los profesionales de enfermería de modo que este enfocado en la atención humanizada como eje central en estas áreas, que no solo atienda la enfermedad, sino también respetar la dignidad y el bienestar del paciente y sus familiares.

7. REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Veliz S. Cuidado humanizado relacionado con la atención de enfermería en la unidad de cuidados críticos [Internet]. 2023. Disponible en: <https://dspace.uniandes.edu.ec/bitstream/123456789/17275/1/UA-MEC-EAC-194-2023.pdf>
2. Holguín S, Grijalba M. El cuidado humanizado de enfermería, una necesidad de la praxis profesional. *Vive Revista de Salud*. 2023;6(16):93-103. Disponible en: http://www.scielo.org.bo/scielo.php?pid=S2664-32432023000100093&script=sci_arttext
3. Bravo G, Meza M, Farfán J, Perero J. Manejo del dolor en paciente crítico. *RECIMUNDO: Revista Científica de la Investigación y el Conocimiento*. 2022;6(3):487-96. Disponible en: <https://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=8941822>
4. Organización Panamericana de la Salud. Semana del bienestar: OPS pide abordar los cuidados como un derecho humano y una responsabilidad social [Internet]. 2023. Disponible en: <https://www.paho.org/es/noticias/11-9-2023-semana-bienestar-ops-pide-abordar-cuidados-como-derecho-humano-responsabilidad>
5. Acuña L, García K, Yáñez J, Pin N, Herrera M. Cuidados humanizados en pacientes de la UCI pediátricos desde la perspectiva Jean Watson: revisión literaria. *UNESUM - Ciencias. Revista Científica Multidisciplinaria*. 2022;6(4):128-34.
6. Juárez, I., López, J., Moreno, M., & Interrial, M. (2021). Percepción del paciente hospitalizado sobre el cuidado humanizado de enfermería. *Revista Mexicana de EnfermeríaCardiológica*, 29(2), 40-47. <http://revistamexicanadeenfermeriacardiologica.com.mx/index.php/RevMexEnferCardiol/article/view/210/119>

7. Vásquez G, Clavero J, Encalada G, León G, Echeverría K. Cuidado humanizado de enfermería en los hospitales públicos de Milagro-Ecuador. *Dominio de las Ciencias*. 2022;8(3):334-50. Disponible en: <https://dominiodelasciencias.com/ojs/index.php/es/article/view/2812/6491>
8. Rovira, C. (2022). Evaluación de la monitorización del dolor, la sedación y el delirium en una UCI.
9. González K, Buenaño E. Vivencias de enfermeros ante la muerte de pacientes Covid-19 en la Unidad de Cuidados Intensivos de Santo Domingo de los Tsáchilas, Ecuador. *CEDAMAZ*. 2022;12(2). Disponible en: <https://revistas.unl.edu.ec/index.php/cedamaz/article/view/1436/1096>
10. Hernández R, Fernández C, Baptista P. *Metodología de la investigación*. 6a ed. México: McGraw-Hill; 2014.
11. Tong A, Sainsbury P, Craig J. Consolidated criteria for reporting qualitative research (COREQ): a 32-item checklist for interviews and focus groups. *International Journal for Quality in Health Care*. 2007. [consultado: 28/12/2023]; 19 (6). DOI: <https://doi.org/10.1093/intqhc/mzm042>
12. Poma LS. *Método de investigación fenomenológico. Los métodos de investigación para la elaboración de las tesis de maestría en educación*; 2020.
13. Vizcaíno PI, Cedeño RJ, Maldonado IA. Metodología de la investigación científica: guía práctica. *Ciencia Latina Revista Científica Multidisciplinar*. 2023;7(4):9723-62. Disponible en: https://doi.org/10.37811/cl_rcm.v7i4.7658
14. Medina M, Rojas R, Bustamante W, Loaiza R, Martel C, Castillo R. *Metodología de la investigación: Técnicas e instrumentos de investigación*. Instituto Universitario de Innovación Ciencia y Tecnología Inudi Perú eBooks; 2023.

15. Cáceres P. Análisis cualitativo de contenido: una alternativa metodológica alcanzable. *Psicoperspectivas. Individuo y sociedad*. 2008;2(1):53-82.
16. Cipollone MD. Atlas.ti como recurso metodológico en investigación educativa. *Anuario digital de investigación educativa*. 2022;5.
17. Ortiz EMP, Cruz JVDM, Montañez RAC, Buitrago CYB. Estrategias para fortalecer la humanización de los servicios en salud en urgencias. *Revista Ciencia y Cuidado*. 2021;18(1):94-104.
18. Quinteros G, Yakov M. Síndrome de burnout y calidad de vida en el personal de enfermería unidad cuidados intensivos en un Instituto Neurológico. 2023. Disponible en:
https://repositorio.ucv.edu.pe/bitstream/handle/20.500.12692/141251/Reynoso_BFY-SD.pdf
19. Casas JCC, Obando RZ. Humanización de la atención en salud. 2022. Disponible en:
https://repositorio.upch.edu.pe/bitstream/handle/20.500.12866/13338/Humanizacion_CasasLlanco_Juan.pdf
20. Henao SA, López GA, Ramírez JR. Perspectivas de atención humanizada en UCI. 2021.
21. Ponce-Rivera OS, Díaz-Vásquez SM, Roman-Huera CK, Vinuesa-Martínez CN. El rol de la enfermería en el manejo de emergencias: desde el triage hasta la atención integral. *Journal of Economic and Social Science Research*. 2024;4(1):57-76. Disponible en:
<https://doi.org/10.55813/gaea/jessr/v4/n1/86>
22. Córdova Jara, S. R., Jimenez Barzola, G. A., Calderon Galeas, L. A., Guaranga Fuentes, K. T., & Napa Valencia, W. C. (2024). Estrategias de intervención de enfermería para el manejo del dolor y sedación en pacientes pediátricos críticos. *Revista Social Fronteriza*, 4(3), e43311. [https://doi.org/10.59814/resofro.2024.4\(3\)311](https://doi.org/10.59814/resofro.2024.4(3)311)

23. Ramos, J., Ortega Andrade, N. A., Valencia-Ortiz, A. I., González Frago, C., & Galan Cuevas, S. Bienestar psicológico de las familias de pacientes COVID-19 tras la enfermedad: Revisión Sistemática.