Vive Revista de Investigación en Salud
Volumen 9, N° 27 / septiembre-diciembre
https://doi.org/10.33996/revistavive.v9i27.536

Análisis de las prácticas de humanización de la atención en la unidad de cuidados intensivos de Huancavelica

Analysis of humanization practices in patient care in the Huancavelica intensive care unit

Rodrigo Quispe Rojas [a]✉; Gennma Lucila Flores Yallico [b]; Cesar Cipriano Zea Montesinos [c]; Irma Ana Yupanqui Martinez [d]; Olga Vicentina Pacovilca Alejo [e]

[a] Universidad Nacional de Huancavelica. Huancavelica, Perú
rodrigo.quispe@unh.edu.pe
https://orcid.org/0000-0002-0553-3063

[b] Hospital Departamental de Huancavelica. Huancavelica, Perú
gennmita@gmail.com
https://orcid.org/0000-0002-0133-5588

[c] Universidad Nacional de Huancavelica. Huancavelica, Perú
cesar.zea@unh.edu.pe
https://orcid.org/0000-0003-1109-5458

[d] Universidad Nacional Daniel Alcides Carrión. Cerro de Pasco, Perú
iyupanqui@undac.edu.pe
https://orcid.org/0000-0003-1864-6611

[e] Universidad Nacional de Huancavelica. Huancavelica, Perú
olga.pacovilca@unh.edu.pe
https://orcid.org/0000-0002-7219-9907

Resumen

Introducción: la humanización de la atención en las unidades de cuidados intensivos (UCI) constituye una prioridad para los sistemas de salud, dado que la tecnificación no debe perder de vista la dignidad del paciente. **Objetivo:** analizar las prácticas de humanización en la UCI del Hospital Departamental de Huancavelica. **Materiales y métodos:** investigación cualitativa, exploratoria, con entrevistas a cinco profesionales con cargo directivo y matriz de priorización, diagrama de Ishikawa y análisis de contenido. **Resultados:** el problema principal fue el descuido de la atención humanizada (61 puntos), seguido de referencias no justificadas (49), carencia de directivas de telesalud (43), malestar por hojas de referencia (41), demora en consultorio externo (39) e insatisfacción por falta de medicamentos (37). Las veintidós causas se clasificaron en seis grupos: entorno, recursos humanos, equipos, medición, método y material. Se propusieron ocho ejes temáticos: UCI de puertas abiertas, comunicación, bienestar del paciente, participación familiar, prevención del síndrome post-UCI, infraestructura, cuidado del profesional y situaciones terminales. **Conclusiones:** la humanización es percibida como la brecha prioritaria, con causas múltiples que requieren intervenciones integrales de bajo costo.

Palabras clave: Calidad de la atención de salud; Comunicación en salud; Humanización de la atención; Participación familiar; Unidades de cuidados intensivos

Abstract

Introduction: Humanization of care in intensive care units (ICUs) is a priority for healthcare systems, as technological advancement must not overlook patient dignity. **Objective:** To analyze humanization practices in the ICU of the Huancavelica Departmental Hospital. **Materials and methods:** Qualitative, exploratory research with interviews of five professionals in management positions, prioritization matrix, Ishikawa diagram, and content analysis. **Results:** The main problem was neglect of humanized care (61 points), followed by unjustified referrals (49), lack of telehealth directives (43), discomfort with referral forms (41), delays in outpatient care (39), and dissatisfaction due to medication shortages (37). Twenty-two causes were classified into six groups: environment, human resources, equipment, measurement, method, and material. Eight thematic axes were proposed: open-door ICU, communication, patient well-being, family participation, post-ICU syndrome prevention, infrastructure, professional care, and terminal situations. **Conclusions:**

Cómo citar:
Quispe Rojas R, Flores Yallico GL, Zea Montesinos CC, Yupanqui Martinez IA, Pacovilca Alejo OV. Análisis de las prácticas de humanización de la atención en la unidad de cuidados intensivos de Huancavelica. Vive Revista de Investigación en Salud. 2026;9(27). https://doi.org/10.33996/revistavive.v9i27.536

Research Article
Peer-reviewed
Open Access

Humanization is perceived as the priority gap, with multiple causes requiring low-cost comprehensive interventions.

Keywords: Family participation; Health communication; Humanization of assistance; Intensive care units; Quality of health care

Introducción

La humanización de la atención en salud comprende el conjunto de actuaciones orientadas a promover y proteger la salud, curar la enfermedad y garantizar un entorno que favorezca una vida sana y armoniosa en los planos físico, emocional, social y espiritual [(1)]. Este paradigma reconoce que la atención sanitaria no puede reducirse a la aplicación de procedimientos técnicos, sino que debe integrar la dignidad, la autonomía y las necesidades subjetivas de cada persona atendida. En las unidades de cuidados intensivos (UCI), este imperativo adquiere especial relevancia: se trata de espacios altamente tecnificados donde el paciente afronta dolor, estrés, ansiedad, soledad e incertidumbre, con frecuencia agravados por el ruido, la iluminación inadecuada y el aislamiento [(1,2)]. Cuando las necesidades y los deseos de pacientes, familiares y profesionales no son atendidos, la UCI puede percibirse como un entorno hostil, descrito incluso como una sucursal del infierno por quienes la padecen [(3)].

Frente a esta realidad, en la última década se han desarrollado programas científicos orientados a sensibilizar y educar a los profesionales, entre los que destaca el Proyecto HU-CI de humanización de los cuidados intensivos, que propone ocho líneas estratégicas de intervención [(2,4)]. La implantación de estos proyectos ha demostrado ser factible y bien aceptada por profesionales, pacientes y familias [(4)], y converge hacia un modelo de UCI centrada en la persona, donde la tecnología y la humanidad coexisten de forma deliberada [(5)]. Este modelo no pretende sustituir la excelencia técnica, sino complementarla con una dimensión relacional que reconoce al paciente como un ser biopsicosocial y no únicamente como un conjunto de parámetros fisiológicos.

El primer eje de transformación es la política de visitas. En gran parte del mundo, los UCI de adultos han funcionado con un modelo restrictivo que limita el contacto del paciente con sus familiares, bajo el supuesto de que estos interfieren con el trabajo clínico o incrementan el riesgo de complicaciones [(6)]. Sin embargo, la evidencia muestra que las visitas abiertas, con la colaboración regulada de la familia en cuidados básicos de alimentación, higiene y movilización, benefician a pacientes, familiares y profesionales [(6,7)]. Los horarios restringidos han sido cuestionados desde hace dos décadas por paternalistas e innecesarios [(8)], y un ensayo clínico aleatorizado multicéntrico demostró que la visita flexible reduce la incidencia de delirio y mejora la satisfacción familiar sin aumentar las infecciones ni el agotamiento del personal [(9)]. La presencia familiar continuada se asocia, además, con una menor incidencia de síndrome de estrés postraumático en los familiares y con una mejor adherencia al tratamiento por parte del paciente.

El segundo eje es la comunicación. La comunicación asertiva entre el paciente, la familia y el equipo de salud influye de manera decisiva en la experiencia del cuidado, en particular porque muchos pacientes fallecen en la UCI sin haber podido expresar sus necesidades y deseos [10]. Las guías de cuidado centrado en la familia recomiendan la comunicación estructurada, la participación familiar en las decisiones y el soporte emocional sistemático [10]. Una estrategia de comunicación con folleto informativo para familiares de pacientes al final de la vida redujo significativamente los síntomas de ansiedad, depresión y estrés postraumático [11], y las estructuras intensivas de comunicación para familias de pacientes de larga estancia mejoraron la comprensión pronóstica y la satisfacción [12]. La participación de la familia en las decisiones debe calibrarse como una alianza progresiva, con información oportuna de los servicios de apoyo: trabajo social, psicología y nutrición, y espacios adecuados de espera y acogida [13]. La comunicación no verbal, el contacto físico y la escucha activa constituyen dimensiones igualmente relevantes que el personal debe desarrollar mediante entrenamiento específico.

El tercer eje es el cuidado del profesional. Los profesionales de la salud, formados desde una perspectiva vocacional, alivian el dolor y el sufrimiento de sus pacientes, pero pagan un costo emocional elevado: agotamiento, despersonalización y baja realización personal. Las sociedades científicas de cuidados críticos han declarado el síndrome de desgaste profesional como una amenaza para la seguridad del paciente que exige respuestas organizacionales: dotación adecuada, liderazgo, trabajo en equipo y programas de autocuidado, y no solo resiliencia individual [14]. El desgaste profesional no es un problema individual sino organizacional, y su abordaje requiere intervenciones sistémicas que incluyan la redistribución de cargas, la supervisión entre pares y la creación de espacios de reflexión clínica. La humanización del cuidado del profesional es, en consecuencia, un prerrequisito para la humanización del cuidado del paciente.

El cuarto eje es la continuidad después del alta. Una proporción elevada de sobrevivientes desarrolla el síndrome post-cuidados intensivos, con secuelas físicas, cognitivas y psiquiátricas que también alcanzan a sus familiares [15,16]. El reconocimiento temprano de este síndrome y la organización de un seguimiento continuado: consultas post-UCI, rehabilitación, diarios del paciente y apoyo psicológico, permiten mitigar sus efectos [15-17]. Los diarios escritos por el personal y la familia han mostrado utilidad en la recuperación psicológica tras el alta [18]. La transición del hospital al domicilio representa un período de especial vulnerabilidad en el que el paciente y su familia requieren acompañamiento profesional para reconstruir su proyecto de vida.

El quinto eje es el final de la vida. Cuando el paciente se aproxima a la muerte, los cuidados paliativos deben coexistir con los cuidados intensivos para garantizar una muerte libre de dolor y sufrimiento evitables, respetando sus necesidades y deseos. Las recomendaciones bioéticas para el tratamiento al final de la vida del paciente crítico exigen adecuar el esfuerzo terapéutico, limitar el soporte vital fútil y registrar las voluntades anticipadas [19]. La derivación oportuna a cuidados paliativos y la retirada consensuada de la ventilación en ventilación

mecánica prolongada siguen siendo infrecuentes y desiguales, por lo que requieren protocolos explícitos [20]. La atención al final de la vida en la UCI exige competencias específicas en comunicación de malas noticias, manejo del duelo y toma de decisiones compartidas.

El sexto eje es el confort y el entorno físico. El concepto eCASH promueve el confort y el cuidado centrado en el paciente sin sedación excesiva, mediante analgesia protocolizada, movilización temprana, manejo del delirio y preservación del ciclo sueño-vigilia [21]. Las guías de diseño de UCI recomiendan habitaciones individuales, control de ruido e iluminación natural, espacios para la familia y estaciones de trabajo que favorezcan la vigilancia sin deshumanizar [22], hallazgos consistentes con dos décadas de evidencia sobre el efecto terapéutico del ambiente construido [23]. El entorno físico no es un mero contenedor de la atención, sino un componente activo que puede facilitar o dificultar la recuperación y el bienestar.

El séptimo eje es la cultura del detalle en enfermería. El cuidado humanizado se juega en gestos concretos: llamar al paciente por su nombre, preservar la intimidad, explicar cada procedimiento y atender el confort [24]. La percepción de comportamientos de cuidado humanizado puede medirse con instrumentos validados, como el PCHE en su tercera versión, útil para el diagnóstico y el seguimiento de intervenciones [25]. La humanización exige además relaciones interdisciplinarias fluidas, con roles claros, pases de visita compartidos y decisiones colegiadas [26]. Estos gestos, aparentemente menores, constituyen la materialización práctica de un modelo de cuidado que reconoce la singularidad de cada paciente.

Esta agenda internacional encontró eco en España y América Latina: el plan de humanización de la asistencia sanitaria de la Comunidad de Madrid formalizó la dignidad del paciente como eje del sistema [2], los hospitales que implantaron el Proyecto HU-CI documentaron mejoras en satisfacción y clima laboral [4], y la literatura regional insiste en que la humanización dignifica al paciente, a la familia y al profesional, además de mejorar la costo-efectividad [1,27-29]. Lejos de ser un lujo, humanizar es una estrategia de calidad [27]. En América Latina, la humanización de la atención se vincula además con la superación de desigualdades estructurales y con el reconocimiento de la diversidad cultural y lingüística de las poblaciones atendidas.

Esta realidad no es ajena a los hospitales del interior del Perú, donde a las carencias de equipamiento, medicamentos y personal se suman barreras culturales, lingüísticas y de accesibilidad. El Hospital Departamental de Huancavelica, nosocomio de referencia regional, registraba quejas de familiares en la plataforma de atención al usuario y en el libro de reclamaciones: información escasa e inoportuna sobre el estado del paciente, horarios reducidos de visita, explicaciones poco didácticas de los procedimientos y un trato percibido como indigno, con el consecuente deterioro emocional de las familias y la desconfianza hacia la atención sanitaria. La región de Huancavelica, con altos índices de pobreza y una población mayoritariamente quechuahablante, presenta desafíos específicos para la humanización que requieren respuestas adaptadas al contexto cultural y lingüístico. Por esta razón, el objetivo

del presente trabajo fue analizar las prácticas de humanización de la atención en la Unidad de Cuidados Intensivos del Hospital Departamental de Huancavelica, con el fin de priorizar los problemas, identificar sus causas y proponer medidas correctivas que garanticen una atención adecuada, humanizada y equilibrada.

Materiales y métodos

Se realizó una investigación con enfoque cualitativo y alcance exploratorio, coherente con el propósito de comprender un fenómeno poco estudiado en su contexto natural y generar una propuesta de mejora [30]. El estudio se desarrolló en el Hospital Departamental de Huancavelica, Perú, en enero de 2019. Este hospital constituye el principal establecimiento de salud de la región, con capacidad de referencia para casos complejos de toda la jurisdicción, y su UCI atiende una población predominantemente rural y quechuahablante.

La muestra estuvo conformada por cinco profesionales de salud con cargo directivo o jefatural de la UCI y de áreas vinculadas a ella (calidad, enfermería, psicología y asistencia social). Se trató de un muestreo intencional de informantes clave, seleccionados por su conocimiento de la gestión y de la operación cotidiana de la unidad. La técnica de recolección fue la entrevista individual con guía semiestructurada (ver Anexo), aplicada en sesiones presenciales durante enero de 2019. La variable de estudio fueron las prácticas de humanización de la atención, operacionalizada en problemas percibidos, causas atribuidas y medidas correctivas propuestas. Las entrevistas tuvieron una duración promedio de 45 minutos y fueron grabadas en audio con consentimiento previo, para su posterior transcripción literal y análisis.

El trabajo se organizó en tres etapas. Primera etapa, matriz de priorización de problemas: a partir de las entrevistas se listaron los problemas institucionales percibidos y cada participante los puntuó según tres criterios: importancia (relevancia frente a las prioridades sanitarias regionales o locales), frecuencia (qué tan a menudo ocurre el problema) y factibilidad (disponibilidad de recursos para abordarlo), con la escala alto = 5 (muy importante, muy frecuente, fácilmente factible), medio = 3 (importante, frecuente, factible) y bajo = 1 (poco importante, poco frecuente, difícilmente factible). Los puntajes individuales se sumaron por problema y el de mayor puntaje total se declaró problema principal. Esta matriz permitió jerarquizar los problemas de manera participativa, incorporando la perspectiva de los diferentes actores institucionales.

Segunda etapa, diagrama de Ishikawa o causa-efecto: mediante lluvia de ideas se listaron las causas atribuidas al problema principal y se clasificaron en seis grupos: entorno, recursos humanos, equipos, medición, método y material, siguiendo la lógica del diagrama de espina de pescado para el análisis causal de problemas de calidad [31]. Esta herramienta, ampliamente utilizada en gestión de calidad sanitaria, facilita la identificación sistemática de las causas raíz de un problema, agrupándolas en categorías que permiten visualizar las relaciones entre los diferentes factores contribuyentes. Tercera etapa, propuesta de ejes temáticos: por análisis de contenido de las respuestas se agruparon las medidas correctivas en ejes temáticos,

tomando como referencia documental las ocho líneas estratégicas del Proyecto HU-CI de humanización [32]. El análisis de contenido se realizó mediante codificación abierta de las respuestas, identificando categorías temáticas emergentes que fueron posteriormente organizadas en función de su afinidad conceptual.

Consideraciones éticas: el estudio no intervino sobre pacientes ni accedió a historias clínicas; los participantes fueron profesionales que opinaron sobre la gestión del servicio. Se solicitó su consentimiento informado verbal, se garantizó el anonimato (codificación P1 a P5) y la confidencialidad de la información, y los resultados se utilizaron exclusivamente con fines de mejora institucional. El estudio se ajustó a los principios éticos de la investigación con seres humanos, respetando la autonomía de los participantes y la confidencialidad de la información proporcionada.

El análisis de los datos se realizó mediante técnicas de análisis de contenido temático, siguiendo las propuestas de la metodología cualitativa [30]. Las entrevistas fueron transcritas literalmente y codificadas de forma abierta, identificando categorías temáticas emergentes que fueron posteriormente organizadas en función de su afinidad conceptual. La triangulación de los datos se realizó mediante la comparación de las perspectivas de los diferentes participantes, identificando consensos y discrepancias en sus percepciones. La validez de los resultados se aseguró mediante la revisión por pares de los hallazgos y la contrastación con la literatura científica existente sobre humanización en UCI.

La matriz de priorización de problemas se construyó siguiendo los principios de la gestión de calidad sanitaria, adaptando las herramientas de priorización ampliamente utilizadas en el ámbito hospitalario [31]. Los criterios de importancia, frecuencia y factibilidad fueron seleccionados por su relevancia para la toma de decisiones en contextos de recursos limitados, donde la factibilidad de las intervenciones es un factor crítico para su implementación. La escala de puntuación utilizada (alto = 5, medio = 3, bajo = 1) permitió cuantificar las percepciones de los participantes y jerarquizar los problemas de manera objetiva y transparente.

Resultados

El método de trabajo produjo resultados en tres etapas: identificación del problema principal, identificación de sus causas y propuesta de medidas correctivas para fortalecer el trato humanizado en la UCI del Hospital Departamental de Huancavelica.

Primera etapa: problema principal

En las entrevistas se identificaron seis problemas que afectaban al hospital, sin ningún orden preestablecido: (i) malestar del personal médico por el llenado deficiente de las hojas de referencia por parte del personal de los establecimientos de la región; (ii) demora en la atención en consultorio externo; (iii) descuido de la atención humanizada en la UCI; (iv) carencia de directivas de telesalud; (v) referencias no justificadas; y (vi) insatisfacción del

usuario externo por falta de medicamentos. Estos problemas reflejan las principales tensiones percibidas por los directivos hospitalarios, abarcando desde aspectos logísticos y administrativos hasta cuestiones directamente relacionadas con la calidad de la atención y la experiencia del usuario.

Al aplicar la matriz de priorización con los criterios de importancia, frecuencia y factibilidad, el problema con mayor puntaje total fue el descuido de la atención humanizada en la UCI, con 61 puntos, seguido de las referencias no justificadas: 49, la carencia de directivas de telesalud: 43, el malestar por las hojas de referencia: 41, la demora en consultorio externo: 39 y la insatisfacción por falta de medicamentos: 37. La Tabla 1 presenta la matriz con los puntajes desagregados por participante. El descuido de la atención humanizada obtuvo el puntaje más elevado en los tres criterios evaluados, lo que indica que los directivos lo perciben como un problema altamente relevante, frecuente y susceptible de ser abordado con los recursos disponibles. Este resultado es particularmente significativo porque, a diferencia de otros problemas que dependen de factores externos como el suministro de medicamentos o la dotación de personal, la humanización de la atención puede mejorarse mediante cambios organizativos y de capacitación que no requieren necesariamente inversiones adicionales.

Tabla 1. *Matriz de priorización de problemas de la atención en el Hospital Departamental de Huancavelica.*

Problema	Importancia	Frecuencia	Factibilidad	Total
(i) Malestar del personal médico por hojas de referencia	5	5	3	41
(ii) Demora en atención consultorio externo	3	5	3	39
(iii) Descuido de la atención humanizada en UCI	5	7	5	61
(iv) Carencia de directivas de telesalud	5	3	3	43
(v) Referencias no justificadas	5	5	3	49
(vi) Insatisfacción por falta de medicamentos	3	5	3	37

Nota: Cada celda consigna el puntaje total y su desagregado por participante (P1+P2+P3+P4+P5). Escala: alto = 5, medio = 3, bajo = 1. Fuente: entrevistas a profesionales con cargo directivo o jefatural, enero de 2019.

Segunda etapa: causas del problema principal

Mediante lluvia de ideas se obtuvo un listado de veintidós causas atribuidas al descuido de la atención humanizada: falta de colchones antiescaras, sillón reclinable, calefactores y televisor; falta de recurso humano; demora en interconsultas y ecografías; escasa capacitación en trato humanizado; carencia de directivas y flujogramas de atención en UCI; horario reducido de visitas; infraestructura inadecuada y techo deteriorado; falta de agua caliente; insatisfacción del usuario de UCI; confección inadecuada de batas y ropa de pacientes; falta de almohadas antiescaras, lavatorios, pelotas antiestrés, cojines y utensilios de higiene por paciente; camas inadecuadas; falta de información a familiares por parte de psicología, servicio social y

nutrición; mínimo porcentaje de personal que habla y comprende quechua; falta de gestión de la alimentación para familiares; clima organizacional y trabajo en equipo deficientes; desconocimiento de funciones por parte del personal; balones de oxígeno sin fijación; falta de talleres vivenciales; falta de estabilizadores de energía; y falta de compromiso de la jefatura de enfermería. Estas causas abarcan una amplia gama de factores, desde deficiencias en la infraestructura física y el equipamiento hasta problemas de capacitación, comunicación y cultura organizacional.

Estas causas se clasificaron en seis grupos. En entorno: demora de interconsultas y ecografías, falta de compromiso de la supervisión e infraestructura inadecuada con balones de oxígeno sin fijación. En recursos humanos: escasa capacitación en trato humanizado, falta de talleres vivenciales, carencia de personal, incongruencias en diagnóstico y tratamiento, y mínimo personal quechuahablante. En equipos: balones sin fijación, falta de estabilizadores y de lavatorios por paciente. En medición: clima organizacional deficiente, horario reducido de visitas e insatisfacción de usuarios internos y externos. En método: desconocimiento de funciones, carencia de directivas y flujogramas, falta de información a familiares y de gestión de su alimentación. En material: falta de colchones y almohadas antiescaras, sillón reclinable, calefacción, agua caliente permanente y ropa adecuada para pacientes. La Figura 1 sintetiza esta clasificación en el diagrama de Ishikawa. La distribución de las causas en los seis grupos revela que el descuido de la atención humanizada no puede atribuirse a un único factor, sino que resulta de la interacción de múltiples elementos que abarcan desde la infraestructura física hasta la cultura organizacional y las competencias del personal.

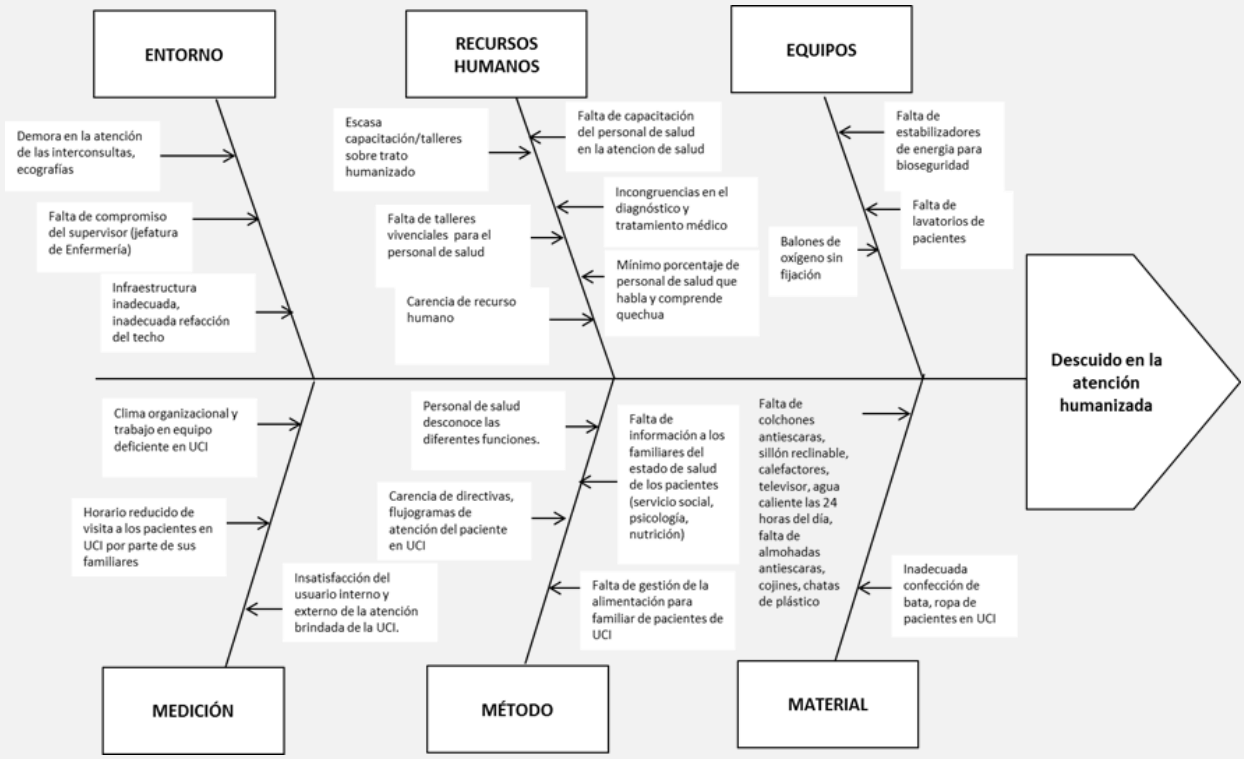

Figura 1. *Diagrama causa-efecto, Ishikawa[31] del descuido de la atención humanizada en la UCI del Hospital Departamental de Huancavelica.*

Nota: Seis grupos de causas - entorno, recursos humanos, equipos, medición, método y material. Elaboración propia a partir de las entrevistas, enero de 2019.

Tercera etapa: ejes temáticos y medidas correctivas

El análisis de contenido de las propuestas permitió agruparlas en ocho ejes temáticos con sus respectivas tareas, en consonancia con las líneas estratégicas del Proyecto HU-CI [32]. La Tabla 2 detalla cada eje y sus tareas. Los ocho ejes temáticos identificados fueron: (1) UCI de puertas abiertas, orientada a flexibilizar los horarios de visita y promover la participación familiar en el cuidado; (2) comunicación efectiva, centrada en mejorar la información a familiares y la comunicación interdisciplinaria; (3) bienestar del paciente, que incluye medidas de confort físico y emocional; (4) participación familiar, que busca integrar a la familia como actor activo en el proceso de cuidado; (5) prevención del síndrome post-UCI, orientada a garantizar la continuidad del cuidado después del alta; (6) infraestructura y equipamiento, que aborda las deficiencias físicas y de recursos materiales; (7) cuidado del profesional, centrado en el bienestar y la salud mental del personal; y (8) situaciones terminales, que aborda la atención al final de la vida y los cuidados paliativos. Cada eje incluye tareas específicos, responsables y plazos de implementación, lo que facilita su operativización y seguimiento (Tabla 2).

Tabla 2. *Ejes temáticos para fortalecer el trato humanizado en la UCI del Hospital Departamental de Huancavelica.*

Eje Tematico	Tareas principales
1. UCI de puertas abiertas	Flexibilizar horarios de visita; participación familiar en cuidados básicos
2. Comunicación efectiva	Informar oportunamente; formación en relación de ayuda y malas noticias
3. Bienestar del paciente	Protocolos de analgesia y sedación (eCASH); movilización temprana
4. Participación familiar	Integración de la familia como actor activo en el proceso de cuidado
5. Prevención del síndrome post-UCI	Consultas post-UCI; rehabilitación; diarios del paciente; apoyo psicológico
6. Infraestructura y equipamiento	Adecuación de espacios; colchones antiescaras; sillones reclinables
7. Cuidado del profesional	Programas de autocuidado; prevención del desgaste; trabajo en equipo
8. Situaciones terminales	Cuidados paliativos; adecuación del esfuerzo terapéutico; apoyo al duelo

Nota: Análisis de contenido de las entrevistas a profesionales con cargo directivo o jefatural, enero de 2019.

La identificación de ocho ejes temáticos refleja la complejidad del fenómeno de la humanización en la UCI, que abarca dimensiones técnicas, relacionales, organizativas y

culturales. Cada eje temático incluye tareas específicas que fueron priorizadas por los participantes según su viabilidad y potencial impacto. La UCI de puertas abiertas, por ejemplo, no solo implica modificar los horarios de visita, sino también capacitar al personal en la gestión de la presencia familiar, adaptar los espacios físicos y establecer protocolos de colaboración con las familias. La comunicación efectiva requiere no solo informar oportunamente, sino también desarrollar habilidades de escucha activa, empatía y manejo de situaciones emocionalmente difíciles (Tabla 2).

El eje de bienestar del paciente incluye medidas como la implementación de protocolos de analgesia y sedación según el modelo eCASH, la promoción de la movilización temprana, la prevención y manejo del delirio, y la preservación del ciclo sueño-vigilia. Estas medidas, aunque aparentemente simples, requieren cambios en la cultura organizacional y en las prácticas cotidianas del personal. La participación familiar se concibe no solo como la presencia de los familiares en la UCI, sino como su integración activa en el proceso de cuidado, con roles y responsabilidades claramente definidos. La prevención del síndrome post-UCI implica la organización de un seguimiento sistemático después del alta, incluyendo consultas de seguimiento, acceso a diarios del paciente y apoyo psicológico (Tabla 2).

Discusión

El hallazgo central del estudio se centra en el descuido del trato humanizado como problema principal, con 61 puntos, lo que confirma que la humanización es percibida por la propia gestión hospitalaria como la brecha prioritaria, por encima de problemas operativos como las referencias o la demora en consulta. Esta priorización coincide con la literatura que sitúa el diagnóstico de la situación de partida como paso imprescindible antes de cualquier intervención de humanización [27]. La Organización Mundial de la Salud define la salud como un estado de completo bienestar físico, mental y social, y no solamente la ausencia de afecciones o enfermedades [29], horizonte que da sentido a dicho diagnóstico. El hecho de que los directivos hospitalarios identifiquen la humanización como el problema más relevante, frecuente y factible de abordar sugiere una conciencia institucional sobre la necesidad de trascender un modelo de atención puramente técnico y adoptar un enfoque más integral y centrado en la persona.

Las causas identificadas reproducen, en un hospital altoandino de recursos limitados, la fenomenología descrita internacionalmente: síntomas físicos, neuropsicológicos y emocionales del paciente crítico y su familia, asociados a ambientes restrictivos y comunicación deficiente [32,15,16]. La barrera idiomática constituye, sin embargo, un rasgo distintivo del contexto: sin competencia lingüística y cultural, la información oportuna y el consentimiento resultan ilusorios, lo que obliga a incorporar intérpretes, señalética bilingüe y mediación intercultural en la ruta de mejora. Esta barrera es particularmente relevante en una región como Huancavelica, donde una proporción significativa de la población se comunica principalmente en quechua, y donde la atención en español puede generar malentendidos,

desconfianza y una percepción de trato indigno. La humanización en contextos interculturales exige no solo la traducción lingüística, sino también la competencia cultural, es decir, la capacidad de comprender y respetar las creencias, prácticas y expectativas de los pacientes y sus familias.

Respecto a las visitas, la propuesta de flexibilizar el horario hacia una UCI de puertas abiertas se alinea con la evidencia de que la presencia familiar regulada reduce el delirio y aumenta la satisfacción sin comprometer la seguridad [8,9], y con la experiencia española de apertura progresiva [6,32]. La resistencia esperable del personal debe gestionarse con directivas claras, flujogramas y socialización de funciones, tal como plantearon los entrevistados, pues la apertura sin reglas genera más conflicto que la restricción [6,26]. La implementación de visitas flexibles requiere no solo un cambio normativo, sino también un proceso de sensibilización y capacitación del personal, que permita superar las resistencias iniciales y construir una cultura de colaboración con las familias.

En comunicación, las tareas de informar oportunamente a través de los servicios de apoyo y formar al personal en relación de ayuda y malas noticias recogen exactamente lo que la evidencia recomienda: información estructurada, folletos, reuniones familiares protocolizadas y entrenamiento en habilidades [10-13]. La medición sistemática de la percepción de cuidado humanizado con instrumentos validados como el PCHE permitiría objetivar el avance [25]. La comunicación en la UCI no puede depender exclusivamente de la iniciativa individual de los profesionales, sino que debe estar institucionalizada mediante protocolos, herramientas y espacios específicos que garanticen su calidad y oportunidad.

El eje de bienestar del paciente traduce el concepto eCASH al contexto local [21], mientras que el abordaje del síndrome post-UCI responde a una necesidad habitualmente invisibilizada en hospitales del interior [15-17]. La implementación de diarios del paciente, de bajo costo, resulta particularmente atractiva para este entorno [18]. El bienestar del paciente en la UCI no se limita al manejo del dolor y la sedación, sino que incluye dimensiones como la movilización temprana, la preservación del ciclo sueño-vigilia, la estimulación cognitiva y el apoyo emocional, todas las cuales pueden implementarse con recursos limitados si existe la voluntad organizacional.

La infraestructura y el material recuerdan que la dignidad también es material: el confort físico es condición del confort moral [21-23]. El detalle es, como sostiene la enfermería humanista, requisito del cuidado y no adorno [24]. El cuidado del profesional reconoce que ningún equipo desgastado puede cuidar con ternura, en línea con el llamado de las sociedades científicas frente al desgaste [14]. Finalmente, la adecuación del esfuerzo terapéutico y los cuidados paliativos cierran el círculo de una UCI que acompaña también al morir, conforme a las recomendaciones bioéticas vigentes [19,20]. La infraestructura física de la UCI, incluyendo aspectos como la privacidad, el control del ruido y la iluminación, la presencia de espacios para la familia y la disponibilidad de equipos y materiales adecuados, constituye un componente esencial de la humanización que no puede ser postergado.

Entre las limitaciones, el estudio se basó en cinco informantes directivos de un solo hospital y en un momento único (enero de 2019), por lo que sus resultados no son generalizables estadísticamente; la voz de pacientes y familiares fue recogida de forma indirecta a través de quejas y de la percepción del personal. Futuras investigaciones deberán triangular estas perspectivas con entrevistas a usuarios y con mediciones pre-post de satisfacción, delirio y estancia, así como evaluar el costo-efectividad de las medidas. A pesar de estas limitaciones, el estudio ofrece un diagnóstico valioso de la situación de partida y una propuesta de mejora basada en la evidencia y adaptada al contexto local, que puede servir como referencia para otros hospitales de características similares.

La comparación de los hallazgos del presente estudio con la literatura internacional revela tanto similitudes como diferencias significativas. Mientras que en los países desarrollados la humanización de la atención se aborda principalmente desde la perspectiva de la calidad y la satisfacción del paciente, en contextos de recursos limitados como el de Huancavelica, la humanización está intrínsecamente ligada a la superación de carencias estructurales y a la garantía de condiciones mínimas de dignidad. Esta diferencia de contexto explica por qué problemas como la falta de colchones antiescaras, la infraestructura inadecuada y la escasez de personal son identificados como causas del descuido de la atención humanizada, mientras que en otros contextos estos problemas estarían resueltos y la atención se centraría en aspectos más sutiles de la relación interpersonal.

La barrera idiomática y cultural identificada en el presente estudio constituye un hallazgo particularmente relevante para la región andina del Perú, donde una proporción significativa de la población se comunica principalmente en quechua. La humanización en contextos interculturales exige no solo la traducción lingüística, sino también la competencia cultural, es decir, la capacidad de comprender y respetar las creencias, prácticas y expectativas de los pacientes y sus familias. La incorporación de intérpretes, la señalética bilingüe y la mediación intercultural no son medidas opcionales, sino requisitos esenciales para garantizar una atención verdaderamente humanizada en contextos de diversidad cultural.

Conclusiones

El análisis de las prácticas de humanización permitió identificar como problema principal el descuido de la atención humanizada en la UCI del Hospital Departamental de Huancavelica, con un puntaje de 61 en la matriz de priorización. Sus causas, sistematizadas con el diagrama de Ishikawa en seis grupos: entorno, recursos humanos, equipos, medición, método y material, revelan una combinación de restricciones estructurales, déficit de comunicación y brechas culturales y lingüísticas. Las medidas correctivas, organizadas en ocho ejes temáticos ofrecen una ruta de mejora integral, de bajo y mediano costo, con posibilidad de extenderse a otras unidades del hospital e incorporarse al plan estratégico institucional. La humanización, así entendida, dignifica al paciente, a la familia y al profesional, y mejora simultáneamente la calidad clínica y la costo-efectividad.

La identificación del descuido de la atención humanizada como problema principal, por encima de otros problemas operativos y administrativos, revela una paradoja institucional: los directivos reconocen la importancia de la humanización, pero las condiciones estructurales y organizativas dificultan su práctica cotidiana. Esta tensión entre el discurso y la práctica es común en instituciones de salud de países en desarrollo, donde la escasez de recursos y la sobrecarga de trabajo suelen relegar la humanización a un segundo plano. Sin embargo, el estudio demuestra que muchas de las medidas propuestas no requieren inversiones significativas, sino cambios en la cultura organizacional, la capacitación y la gestión.

El enfoque metodológico empleado, que combina herramientas de gestión de calidad con técnicas de investigación cualitativa, ofrece un modelo replicable para otros hospitales de la región y del país. La participación de los profesionales directivos en la identificación y priorización de problemas, así como en la propuesta de soluciones, garantiza que las medidas propuestas estén adaptadas a la realidad institucional y cuenten con el compromiso de quienes deberán implementarlas. Este enfoque participativo contrasta con las intervenciones diseñadas desde fuera de la institución, que frecuentemente fracasan por no considerar el contexto específico ni la perspectiva de los actores locales.

El estudio demuestra que la humanización de la atención en la UCI no es un lujo reservado a los hospitales de altos recursos, sino una estrategia de calidad factible incluso en contextos de limitaciones estructurales. La priorización participativa de problemas, el análisis sistemático de causas y la propuesta de medidas basadas en evidencia constituyen una metodología replicable que puede ser adaptada a otros establecimientos de salud con características similares. La incorporación de la perspectiva intercultural y lingüística, particularmente relevante en contextos de diversidad como el peruano, enriquece el modelo de humanización y lo hace más pertinente para poblaciones históricamente excluidas.

Como recomendaciones específicas, se sugiere: (1) implementar un programa de capacitación en humanización y competencias culturales para todo el personal de la UCI; (2) establecer un protocolo de visitas flexibles que regule la participación familiar sin comprometer la seguridad del paciente; (3) crear un sistema de información estructurada para familiares, con énfasis en la comunicación en el idioma del paciente; (4) desarrollar un programa de cuidado del profesional que incluya estrategias de prevención del desgaste y promoción del bienestar; (5) adecuar progresivamente la infraestructura y el equipamiento de la UCI según las guías de diseño recomendadas; y (6) establecer un sistema de medición periódica de la percepción de cuidado humanizado utilizando instrumentos validados. Estas recomendaciones, de implementación gradual y bajo costo, pueden generar mejoras significativas en la calidad de la atención y la satisfacción de pacientes, familiares y profesionales.

La implementación de estas recomendaciones requiere el compromiso de la dirección hospitalaria, la participación activa de todos los profesionales de la UCI y la asignación de recursos humanos y materiales suficientes. Es fundamental establecer un sistema de

seguimiento y evaluación que permita monitorear el progreso de las intervenciones y realizar los ajustes necesarios en función de los resultados obtenidos.

Acerca de

Contribución de los autores: Los autores contribuyeron en la conceptualización del estudio, desarrollo metodológico, análisis e interpretación de los datos, redacción del manuscrito y revisión crítica de su contenido intelectual. En la aprobación de la versión final para su publicación.

Financiamiento: La investigación no recibió financiamiento externo; fue realizada con recursos propios de los autores y de las instituciones participantes.

Conflicto de interés: Los autores declaran no tener conflicto de intereses para la publicación del presente artículo científico.

Agradecimiento: Los autores agradecen a los profesionales de salud del Hospital Departamental de Huancavelica que participaron en las entrevistas y aportaron su experiencia y conocimiento para la realización del presente estudio.

Certificación ética: La investigación se desarrolló considerando los principios de participación voluntaria, consentimiento informado, confidencialidad y protección de la información proporcionada por los profesionales entrevistados, respetando los principios éticos aplicables a la investigación con participantes humanos.

Historia del artículo: Artículo recibido 27 de agosto 2026 | Aceptado 30 de septiembre 2026 | Publicado 16 de noviembre 2026

Referencias

1. Rojas V. Humanización de los cuidados intensivos. Rev Med Clin Condes. 2019;30(2):120-125. https://doi.org/10.1016/j.rmclc.2019.03.005
2. Consejería de Sanidad de la Comunidad de Madrid. Plan de Humanización de la Asistencia Sanitaria 2016-2019. Madrid: Consejería de Sanidad; 2016. https://www.comunidad.madrid/transparencia/informacion-institucional/planes-programas/plan-humanizacion-asistencia-sanitaria-2016-2019
3. Alonso-Ovies A, Heras La Calle G. ICU: a branch of hell? Intensive Care Med. 2016;42(4):591-592. https://doi.org/10.1007/s00134-015-4023-7
4. De la Fuente-Martos C, Rojas-Amezcua M, Gómez-Espejo MR, Lara-Aguayo P, Morán-Fernandez E, Aguilar-Alonso E. Implantación de un proyecto de humanización en una Unidad de Cuidados Intensivos. Med Intensiva. 2018;42(2):99-109. https://doi.org/10.1016/j.medin.2017.08.002
5. Nin Vaeza N, Martin Delgado MC, Heras La Calle G. Humanizing Intensive Care: Toward a Human-Centered Care ICU Model. Crit Care Med. 2020;48(3):385-390. https://doi.org/10.1097/ccm.0000000000004191

6. Velasco Bueno JM, Prieto de Paula JF, Castillo Morales J, Merino Nogales N, Perea-Milla López E. Organización de las visitas de familiares en las unidades de cuidados intensivos en España. Enferm Intensiva. 2005;16(2):73-83. https://doi.org/10.1016/s1130-2399(05)73390-3

7. Escudero D, Martín L, Viña L, Quindós B, Espina MJ, Forcelledo L, et al. Política de visitas, diseño y confortabilidad en las unidades de cuidados intensivos españolas. Rev Calid Asist. 2015;30(5):243-250. https://doi.org/10.1016/j.cali.2015.06.002

8. Berwick DM, Kotagal M. Restricted visiting hours in ICUs: time to change. JAMA. 2004;292(6):736-737. https://doi.org/10.1001/jama.292.6.736

9. Rosa RG, Falavigna M, da Silva DB, Sganzerla D, Santos MMS, Kochhann R, et al. Effect of flexible family visitation on delirium among patients in the intensive care unit: the ICU Visits randomized clinical trial. JAMA. 2019;322(3):216-228. https://doi.org/10.1001/jama.2019.8766

10. Davidson JE, Aslakson RA, Long AC, Puntillo KA, Kross EK, Hart J, et al. Guidelines for Family-Centered Care in the Neonatal, Pediatric, and Adult ICU. Crit Care Med. 2017;45(1):103-128. https://doi.org/10.1097/CCM.0000000000002169

11. Lautrette A, Darmon M, Megarbane B, Joly LM, Chevret S, Adrie C, et al. A communication strategy and brochure for relatives of patients dying in the ICU. N Engl J Med. 2007;356(5):469-478. https://doi.org/10.1056/NEJMoa063446

12. Daly BJ, Douglas SL, O'Toole E, Gordon NH, Hejal R, Peerless J, et al. Effectiveness trial of an intensive communication structure for families of long-stay ICU patients. Chest. 2010;138(6):1340-1348. https://doi.org/10.1378/chest.10-0292

13. Azoulay E, Chaize M, Kentish-Barnes N. Involvement of ICU families in decisions: fine-tuning the partnership. Ann Intensive Care. 2014;4:37. https://doi.org/10.1186/s13613-014-0037-5

14. Moss M, Good VS, Gozal D, Kleinpell R, Sessler CN. An official critical care societies collaborative statement—burnout syndrome in critical care health-care professionals: a call for action. Chest. 2016;150(1):17-26. https://doi.org/10.1016/j.chest.2016.02.649

15. Needham DM, Davidson J, Cohen H, Hopkins RO, Weinert C, Wunsch H, et al. Improving long-term outcomes after discharge from intensive care unit: report from a stakeholders' conference. Crit Care Med. 2012;40(2):502-509. https://doi.org/10.1097/CCM.0b013e318232da75

16. Rawal G, Yadav S, Kumar R. Post-intensive care syndrome: an overview. J Transl Int Med. 2017;5(2):90-92. https://doi.org/10.1515/jtim-2016-0016

17. Harvey MA, Davidson JE. Postintensive care syndrome: right care, right now…and later. Crit Care Med. 2016;44(2):381-385. https://doi.org/10.1097/CCM.0000000000001531

18. Aitken LM, Rattray J, Hull A, Kenardy JA, Le Brocque R, Ullman AJ. The use of diaries in psychological recovery from intensive care. Crit Care. 2013;17(6):253. https://doi.org/10.1186/cc13164

19. Monzón Marín JL, Saralegui Reta I, Abizanda Campos R, Cabré Pericas L, Iribarren Diarasarri S, Martín Delgado MC, et al. Recomendaciones de tratamiento al final de la vida del

paciente crítico. Med Intensiva. 2008;32(3):121-133. https://doi.org/10.1016/S0210-5691(08)70922-7

20. Chen YC, Fan HY, Curtis JR, Lee OKS, Liu CK, Huang SJ. Determinants of receiving palliative care and ventilator withdrawal among patients with prolonged mechanical ventilation. Crit Care Med. 2017;45(10):1625-1634. https://doi.org/10.1097/CCM.0000000000002569

21. Vincent JL, Shehabi Y, Walsh TS, Pandharipande PP, Ball JA, Spronk P, et al. Comfort and patient-centred care without excessive sedation: the eCASH concept. Intensive Care Med. 2016;42(6):962-971. https://doi.org/10.1007/s00134-016-4297-4

22. Thompson DR, Hamilton DK, Cadenhead CD, Swoboda SM, Schwindel SM, Anderson DC, et al. Guidelines for intensive care unit design. Crit Care Med. 2012;40(5):1586-1600. https://doi.org/10.1097/CCM.0b013e3182413bb2

23. Rashid M. Two decades (1993-2012) of adult intensive care unit design: a comparative study of the physical design features of the best practice examples. Crit Care Nurs Q. 2014;37(1):3-32. https://doi.org/10.1097/CNQ.0000000000000002

24. Beltrán-Salazar OA. Atención al detalle, un requisito para el cuidado humanizado. Index Enferm. 2015;24(1-2):49-53. https://doi.org/10.4321/s1132-12962015000100011

25. González-Hernández OJ. Validez y confiabilidad del instrumento "Percepción de comportamientos de cuidado humanizado de enfermería PCHE 3ª versión". Aquichan. 2015;15(3):381-392. https://doi.org/10.5294/aqui.2015.15.3.6

26. Rubio Rico L, Cosi Marsans M, Martínez Márquez C, Miró Borrás A, Sans Riba L, Toda Savall D, et al. Relaciones interdisciplinarias y humanización en las unidades de cuidados intensivos. Enferm Intensiva. 2006;17(4):141-153. https://doi.org/10.1016/s1130-2399(06)73928-1

27. Heras La Calle G, Oviés AA, Tello VG. A plan for improving the humanisation of intensive care units. Intensive Care Med. 2017;43(4):547-549. https://doi.org/10.1007/s00134-017-4705-4

28. Heras La Calle G, Cruz Martín M, Nin N. Buscando humanizar los cuidados intensivos. Rev Bras Ter Intensiva. 2017;29(1):9-13. https://doi.org/10.5935/0103-507X.20170003

29. Organización Mundial de la Salud. Constitución de la Organización Mundial de la Salud. Nueva York: OMS; 1946. https://www.who.int/about/governance/constitution

30. Hernández Sampieri R, Fernández Collado C, Baptista Lucio P. Metodología de la investigación. 6a ed. México DF: McGraw-Hill; 2014. https://dialnet.unirioja.es/servlet/libro?codigo=775008

31. Ishikawa K. Guide to quality control. 2a ed. Tokyo: Asian Productivity Organization; 1976. https://unesdoc.unesco.org/ark:/48223/pf0000006144

32. Grupo de Trabajo de Certificación del Proyecto HU-CI. Manual de buenas prácticas de humanización en Unidades de Cuidados Intensivos. 2a ed. Madrid: Proyecto HU-CI; 2019. https://proyectohuci.com/es/buenas-practicas/

Este artículo está bajo la licencia Creative Commons Atribución 4.0 Internacional (CC BY 4.0).