

STRATEGIES FOR THE IMPLEMENTATION OF HUMANIZED CARE IN PEDIATRIC INTENSIVE CARE UNITSBriggite Antonella Carrillo-Almeida¹**E-mail:** antonelitacarrillo@gmail.com**ORCID:** <https://orcid.org/0009-0006-6749-7551>Fanny Vanessa Cifuentes-Tulcan¹**E-mail:** vane18cifuentes@yahoo.com**ORCID:** <https://orcid.org/0009-0004-7193-8474>Indyra Emma Gallard-Muñoz¹**E-mail:** indyra.gallard@udla.edu.ec**ORCID:** <https://orcid.org/0000-0003-1236-7363>¹ Universidad Iberoamericana del Ecuador. Ecuador.**Cita sugerida (APA, séptima edición)**

Carrillo-Almeida, B. A., Cifuentes-Tulcan, F. V., & Gallard-Muñoz, I. E. (2026). Estrategias para la implementación del cuidado humanizado en unidades de cuidados intensivos pediátricos. *Revista UGC*, 4(3), 85-92.

Fecha de presentación: 09/04/2026**Fecha de aceptación:** 31/05/2026**Fecha de publicación:** 01/07/2026**RESUMEN**

La humanización de la atención en las Unidades de Cuidados Intensivos Pediátricos constituye un enfoque orientado a responder de manera integral a las necesidades físicas, emocionales y sociales de los pacientes y sus familias. Con el propósito de analizar la evidencia científica disponible sobre las estrategias utilizadas para implementar modelos de cuidado humanizado, se realizó una revisión sistemática siguiendo las directrices Preferred Reporting Items for Systematic Reviews and Meta-Analyses. La búsqueda se efectuó en las bases de datos PubMed, Literatura Latinoamericana y del Caribe en Ciencias de la Salud, Scientific Electronic Library Online y DIALNET, considerando publicaciones en español, inglés y portugués entre 2020 y 2025. Se identificaron 469 registros, de los cuales 14 artículos cumplieron los criterios de inclusión y fueron analizados. La calidad metodológica de los estudios se evaluó mediante las herramientas del Joanna Briggs Institute y los hallazgos fueron integrados mediante síntesis narrativa. Los resultados muestran que las principales estrategias para promover la humanización del cuidado incluyen la presencia y participación activa de los padres, la comunicación efectiva entre el equipo de salud y las familias, la implementación de protocolos orientados a la atención humanizada, el fortalecimiento del trabajo en equipo y el desarrollo de una cultura organizacional centrada en la persona. Entre las principales barreras se identificaron la sobrecarga laboral, las limitaciones en la comunicación, factores organizacionales y dificultades de

acceso a recursos tecnológicos. Como facilitadores destacaron el apoyo institucional, la capacitación continua y el desarrollo de habilidades interpersonales en los profesionales sanitarios. En conjunto, la evidencia analizada indica que la atención humanizada favorece el bienestar de los pacientes y sus familias, incrementa la satisfacción con los servicios de salud y fortalece la calidad de la atención en contextos de cuidados intensivos pediátricos.

Palabras clave:

Cuidado humanizado, cuidados intensivos pediátricos, enfermería.

ABSTRACT

Humanization of care in Pediatric Intensive Care Units constitutes an approach aimed at comprehensively addressing the physical, emotional, and social needs of patients and their families. To analyze the available scientific evidence on the strategies used to implement humanized care models, a systematic review was conducted following the Preferred Reporting Items for Systematic Reviews and Meta-Analyses guidelines. The search was carried out in PubMed, Latin American and Caribbean Health Sciences Literature, Scientific Electronic Library Online, and DIALNET databases, considering publications in Spanish, English, and Portuguese published between 2020 and 2025. A total of 469 records were identified, of which 14 articles met the inclusion criteria and were analyzed. The methodological quality of the studies was assessed

using the Joanna Briggs Institute appraisal tools, and the findings were synthesized through a narrative review. The results showed that the main strategies for promoting humanized care include the active presence and participation of parents, effective communication between healthcare professionals and families, the implementation of protocols focused on humanized care, the strengthening of teamwork, and the development of a person-centered organizational culture. The main barriers identified were workload, communication limitations, organizational factors, and difficulties in accessing technological resources. Institutional support, continuous professional training, and the development of interpersonal skills among healthcare professionals emerged as key facilitating factors. Overall, the evidence suggests that humanized care enhances the well-being of patients and their families, increases satisfaction with healthcare services, and contributes to improving the quality of care in pediatric intensive care settings.

Keywords:

Humanized care, pediatric intensive care, nursing.

INTRODUCCIÓN

Las Unidades de Cuidados Intensivos Pediátricos constituyen servicios especializados destinados a la atención de niños y adolescentes con enfermedades graves o potencialmente mortales que requieren vigilancia continua, soporte vital avanzado y cuidados altamente complejos. Su surgimiento respondió a la necesidad de brindar atención intensiva a pacientes pediátricos críticos en entornos diferentes al quirófano, favorecido por el desarrollo de la ventilación mecánica y de otras tecnologías aplicadas al soporte vital. La primera Unidad de Cuidados Intensivos Pediátricos fue creada en Suecia en 1955 y, desde entonces, estos servicios han experimentado una expansión progresiva y una importante evolución tecnológica y asistencial a nivel mundial.

En las últimas décadas, el acceso a las Unidades de Cuidados Intensivos Pediátricos ha aumentado considerablemente, acompañado por una mayor especialización de los recursos humanos y una creciente complejidad de los casos atendidos. Se estima que hasta el 12,8 % de las consultas pediátricas realizadas en hospitales generales requieren atención en cuidados intensivos, mientras que en hospitales pediátricos especializados esta proporción puede superar el 50 % de los ingresos hospitalarios (Killien et al., 2023). Sin embargo, la supervivencia de los pacientes críticos no constituye el único desafío. Diversos estudios han demostrado que entre el 5,3 % y el 88 % de los niños hospitalizados en estas unidades desarrollan secuelas psicológicas, emocionales o relacionadas con el neurodesarrollo, mientras que sus padres y cuidadores presentan elevados niveles de ansiedad, depresión y trastorno por estrés postraumático durante y después de la hospitalización. Esta realidad exige ampliar la visión tradicional de la atención intensiva, incorporando

dimensiones psicológicas, sociales y familiares que contribuyan al bienestar integral del paciente y su entorno (Horvat et al., 2024).

En este contexto surge el concepto de humanización del cuidado, entendido como un modelo asistencial que busca equilibrar la excelencia técnica con el respeto a la dignidad, las necesidades emocionales y los valores de los pacientes y sus familias (Soto-Hilario et al., 2025). La humanización implica promover una atención centrada en la persona, favorecer la participación activa de los familiares en el proceso de cuidado, fortalecer la comunicación entre los profesionales sanitarios y las familias, y desarrollar entornos más seguros, empáticos y colaborativos. Este enfoque ha adquirido una creciente relevancia en las Unidades de Cuidados Intensivos Pediátricos debido al impacto emocional que la enfermedad crítica genera tanto en los niños como en sus cuidadores.

En América Latina, la implementación de modelos de cuidado humanizado ha mostrado avances importantes, aunque con diferencias significativas entre países e instituciones. González-Dambrauskas et al. (2021) reportaron que Uruguay, Brasil y Chile presentan algunos de los mayores niveles de apertura a la presencia familiar dentro de las Unidades de Cuidados Intensivos Pediátricos. Asimismo, identificaron que el 63 % de las unidades estudiadas permitían la permanencia de los padres sin restricciones horarias, favoreciendo su presencia durante las veinticuatro horas del día. No obstante, la adopción de estas prácticas continúa siendo heterogénea y depende de factores institucionales, culturales y organizacionales que condicionan su implementación.

En Ecuador, la evidencia científica relacionada con la humanización del cuidado en las Unidades de Cuidados Intensivos Pediátricos continúa siendo limitada. Los estudios disponibles indican que la aplicación de estrategias de cuidado humanizado se asocia con una mayor satisfacción y bienestar tanto de los pacientes como de sus familias; sin embargo, persisten barreras vinculadas con la resistencia a la presencia permanente de los padres, percepciones negativas sobre su participación en el cuidado y limitaciones organizacionales que dificultan la implementación de modelos de puertas abiertas.

La literatura científica ha identificado diversos componentes esenciales para promover la humanización del cuidado en estos servicios. Entre ellos destacan la atención centrada en la familia, la toma de decisiones compartida, el apoyo institucional, la comunicación efectiva, la planificación del cuidado, el trabajo multidisciplinario y la continuidad asistencial (Leland et al., 2023). De manera complementaria, se ha señalado la importancia de involucrar activamente a las familias en la atención de los pacientes pediátricos críticos, garantizar una comunicación clara y empática, fortalecer el acompañamiento durante el final de la vida y mantener el seguimiento de los pacientes tras el alta de la unidad (Butler et al., 2024).

Asimismo, diversos autores destacan que la atención centrada en la familia constituye uno de los pilares fundamentales del cuidado humanizado en las Unidades de Cuidados Intensivos Pediátricos (Rubio-Garrido et al., 2025). Otros estudios enfatizan la relevancia de la comunicación efectiva y de los cuidados paliativos como elementos esenciales de la atención humanizada en los cuidados críticos pediátricos (Rothschild & Derrington, 2020). Del mismo modo, se ha demostrado que permitir la presencia continua de los familiares y fomentar su participación en las rondas clínicas y en la toma de decisiones contribuye significativamente a mejorar la experiencia asistencial y la satisfacción de las familias (Aljawad et al., 2025; Toledo et al., 2023).

A pesar del creciente interés por la humanización del cuidado, la evidencia disponible se encuentra dispersa y se concentra principalmente en la descripción de dimensiones específicas o intervenciones aisladas. Aunque existen investigaciones que abordan aspectos como la comunicación, la participación familiar o el bienestar emocional, son menos frecuentes los estudios que integran de manera sistemática las estrategias utilizadas para implementar modelos de cuidado humanizado y los factores que favorecen o limitan su aplicación en las Unidades de Cuidados Intensivos Pediátricos. Además, gran parte de la literatura se centra en las unidades neonatales, lo que limita la disponibilidad de evidencia específica para la población pediátrica crítica.

En consecuencia, persiste la necesidad de sintetizar la evidencia científica disponible acerca de las estrategias empleadas para promover la humanización del cuidado, las barreras y facilitadores asociados a su implementación, así como sus efectos sobre la satisfacción y el bienestar de los pacientes y sus familias. Por ello, el objetivo de esta revisión sistemática fue identificar y analizar las estrategias de humanización del cuidado implementadas en las Unidades de Cuidados Intensivos Pediátricos, los factores que facilitan o dificultan su aplicación y sus efectos sobre la satisfacción de los padres y familiares.

MATERIALES Y MÉTODOS

En esta investigación se realizó una revisión sistemática siguiendo las directrices de la declaración Preferred Reporting Items for Systematic Reviews and Meta-Analyses (Page et al., 2021). Este diseño metodológico permitió integrar los resultados de investigaciones empíricas para generar una síntesis actualizada del conocimiento disponible sobre la humanización del cuidado en las Unidades de Cuidados Intensivos Pediátricos. Asimismo, garantiza una estrategia de búsqueda exhaustiva y reproducible, basada en criterios de selección previamente definidos, la evaluación de la calidad metodológica de los estudios y del riesgo de sesgo, así como la presentación estructurada de los resultados. Como fuentes de información se utilizaron publicaciones científicas indexadas en

las bases de datos PubMed, Literatura Latinoamericana y del Caribe en Ciencias de la Salud, Scientific Electronic Library Online y DIALNET.

Se empleó una estrategia de búsqueda estructurada basada en términos Medical Subject Headings, Descriptores en Ciencias de la Salud y operadores booleanos (AND, OR y NOT). Además, se incorporaron términos de uso común con el propósito de refinar los resultados y garantizar una búsqueda exhaustiva y precisa. Para ello, se utilizaron las siguientes ecuaciones de búsqueda: ("Patient-Centered Care"[Mesh]) AND "Intensive Care Units, Pediatric"[Mesh]; (("Nursing Care"[Mesh]) AND "Intensive Care Units, Pediatric"[Mesh]) AND "Patient-Centered Care"[Mesh]; y "Humanização na Unidade de Terapia Intensiva Pediátrica". Se incluyeron artículos publicados entre 2020 y 2025, en español, inglés o portugués, que describieran estrategias para la humanización del cuidado en las Unidades de Cuidados Intensivos Pediátricos, así como factores facilitadores, barreras y satisfacción de los padres.

Se excluyeron publicaciones incompletas, estudios con metodología poco clara o no reproducible, investigaciones con baja calidad metodológica, actas de congresos, editoriales y documentos que no proporcionaran información suficiente para el análisis. A partir de la estrategia de búsqueda descrita, los artículos potencialmente elegibles fueron seleccionados mediante la revisión de títulos y resúmenes. Posteriormente, se verificó el cumplimiento de los criterios de inclusión y exclusión, se eliminaron los registros duplicados y aquellos que no aportaban información relevante al tema de investigación. Este proceso se presenta en el diagrama de flujo Preferred Reporting Items for Systematic Reviews and Meta-Analyses (Figura 1).

La población inicial estuvo constituida por 469 artículos identificados en las bases de datos consultadas, distribuidos de la siguiente manera: PubMed (n = 127), Literatura Latinoamericana y del Caribe en Ciencias de la Salud (n = 110), Scientific Electronic Library Online (n = 117) y DIALNET (n = 115).

Del total de registros identificados se eliminaron 10 artículos duplicados, 40 por no cumplir los criterios de elegibilidad tras la revisión del título y resumen, y 213 debido a su diseño metodológico. De los 206 artículos restantes, se excluyeron 182 por no aportar información relevante al tema de estudio, uno por no haber podido ser recuperado, siete por centrarse en unidades de cuidados intensivos de adultos y dos correspondientes a tesis de grado. Al finalizar el proceso de cribado, se seleccionaron 14 artículos para su inclusión en la revisión sistemática, los cuales constituyeron la muestra final analizada.

Para la extracción de la información se diseñó una matriz de datos en Microsoft Excel elaborada por los investigadores. Esta matriz permitió registrar información

relacionada con los autores, año de publicación, país de procedencia, objetivo del estudio, diseño metodológico, población analizada, estrategias de humanización identificadas y principales hallazgos reportados.

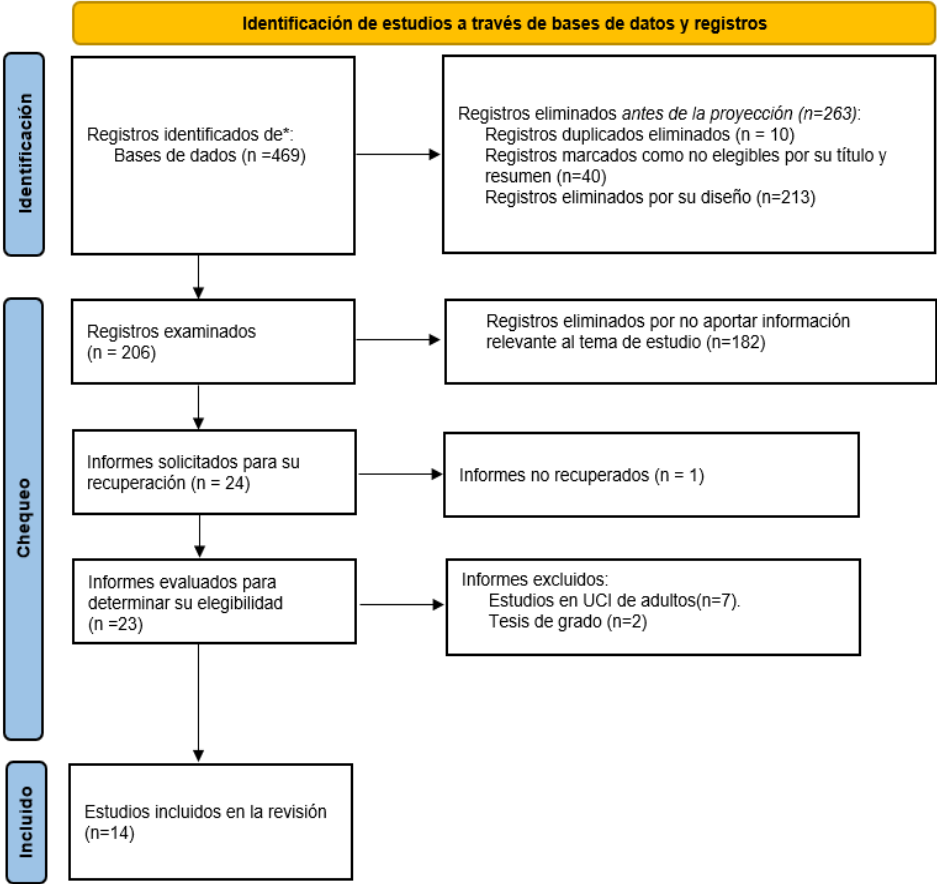


Figura 1. Diagrama PRISMA de selección de artículos.

Esto se realizó mediante una lectura crítica de los artículos, por dos investigadores independientes, que posteriormente triangularon la información. cuando hubo discrepancias, se solicitó la participación de un tercer revisor imparcial. Para la evaluación de la calidad metodológica se utilizó la herramienta del Joanna Briggs Institute (2022). Posteriormente, se realizó un análisis temático para comprender las principales estrategias, barreras y facilitadores descritos en los estudios seleccionados. La información se presenta en forma narrativa. Al tratarse de una revisión sistemática, no fue necesario solicitar consentimiento informado. Se verificó que los artículos incluidos se basaran y respetaran los principios de la bioética para la investigación en seres humanos.

RESULTADOS Y DISCUSIÓN

En el estudio se incluyeron 14 artículos: ocho estudios cualitativos, dos estudios mixtos, dos estudios observacionales, un estudio de factibilidad, un estudio cuasiexperimental prospectivo y un estudio basado en el método Delphi, lo que evidencia la heterogeneidad metodológica de las investigaciones disponibles. En seis estudios, la población estuvo constituida por padres o cuidadores de pacientes ingresados en las Unidades de Cuidados Intensivos Pediátricos (Chamblee & Miles, 2021; Poole et al., 2023). Asimismo, otros estudios incluyeron padres o cuidadores como población de interés (Rubio-Garrido et al., 2025; Solt et al., 2024; Terp et al., 2021). En cinco investigaciones, la población de estudio estuvo integrada por profesionales sanitarios de las Unidades de Cuidados Intensivos Pediátricos. Por otra parte, en dos artículos se analizaron pacientes pediátricos mayores de seis años (Ryan et al., 2025; Smith et al., 2023).

Los resultados permitieron identificar diversas estrategias orientadas a la implementación de modalidades de puertas abiertas y de modelos de atención centrados en el paciente y su familia. Entre las principales acciones se encontraron la presencia parental en las Unidades de Cuidados Intensivos Pediátricos, la participación activa en el cuidado, la comunicación efectiva y el trabajo en equipo con enfoque centrado en el paciente y la familia.

Entre las principales barreras para la implementación del cuidado humanizado se identificaron la falta de tiempo o de personal, el uso de lenguaje técnico, las limitaciones en el flujo de información, la presencia de tensiones entre colegas y familiares, los factores estructurales, la organización de los servicios, la ausencia de políticas de trabajo, así como deficiencias relacionadas con la higiene y el mantenimiento. También se reconocieron dificultades asociadas con el acceso a la tecnología y a la información.

Con respecto a los factores facilitadores, se destacan los institucionales, entre los que se encuentran la formación para el trabajo en equipo, la implementación de protocolos de cuidado humanizado, la promoción de una cultura organizacional compasiva, el apoyo institucional, la presencia parental en las Unidades de Cuidados Intensivos Pediátricos, la disponibilidad de tecnologías que faciliten el trabajo asistencial y el desarrollo de habilidades blandas en los profesionales que laboran en estas unidades.

Asimismo, los estudios revisados evidenciaron resultados favorables asociados con las estrategias de humanización del cuidado. Se observó un incremento en la percepción de respeto y en la participación de las familias en el proceso asistencial. De igual manera, la participación de los padres mediante herramientas digitales favoreció la transparencia del cuidado e incrementó su satisfacción. Además, los pases de visita centrados en la familia se asociaron con mayores niveles de satisfacción parental.

Las estrategias más relevantes para el cuidado humanizado en las Unidades de Cuidados Intensivos Pediátricos incluyen la participación de la familia, la capacitación del personal, el trabajo en equipo, la atención centrada en el paciente y la familia, la implementación de protocolos para el cuidado humanizado, así como el desarrollo del clima organizacional, la colaboración y la comunicación efectiva (Chamblee & Miles, 2021; Edwards et al., 2023). Asimismo, otros estudios resaltan la importancia de los protocolos institucionales, la cultura organizacional y las estrategias de apoyo al personal sanitario (García et al., 2025; Muller et al., 2021). De igual manera, se destaca el papel del apoyo institucional y de las estrategias centradas en la familia para fortalecer la calidad del cuidado (Poole et al., 2023; Rubio-Garrido et al., 2025). Otros autores enfatizan la participación familiar y la comunicación como elementos esenciales para la humanización de la atención (Ryan et al., 2025; Smith et al., 2023; Solt et al., 2024). Finalmente, también se reconoce la importancia de las intervenciones centradas en la familia y las rutinas participativas dentro del proceso asistencial (Stenkjaer et al., 2025; Terp et al., 2021).

La participación de la familia comprende promover la presencia permanente de los padres y cuidadores durante la estancia en las Unidades de Cuidados Intensivos Pediátricos (Chamblee & Miles, 2021; Ryan et al., 2025; Stenkjaer et al., 2025). Asimismo, implica la integración

de la familia, los padres o los cuidadores en la elaboración de protocolos de actuación desde una perspectiva humanista. Las estrategias basadas en la comunicación incluyen su optimización y el acceso digital a las notas médicas y de enfermería. También contemplan los pases de visita centrados en la familia con participación virtual o presencial (Solt et al., 2024), así como una comunicación coherente con los padres desde un enfoque humanista y centrado en la familia (Terp et al., 2021). Además, la comunicación es abordada desde una perspectiva organizativa para fortalecer la coordinación asistencial (Edwards et al., 2023).

Las estrategias basadas en protocolos para la humanización del cuidado destacan la presencia continua de la familia para garantizar los derechos de los pacientes, disminuir el estrés e incrementar la integración familiar en el cuidado. Además, establecen que la comunicación eficaz contribuye a reducir la incertidumbre, mejora la coordinación y genera confianza. Estas estrategias buscan el bienestar psicológico e incluyen el alivio del dolor, el control del delirio y las intervenciones no farmacológicas, que disminuyen el impacto de las estancias prolongadas en las Unidades de Cuidados Intensivos Pediátricos. Asimismo, garantizar el bienestar del personal sanitario mediante apoyo emocional y espacios adecuados de descanso previene el agotamiento y mejora el rendimiento (García et al., 2025). También se incluyen la atención personalizada al final de la vida y las modificaciones en la infraestructura de las Unidades de Cuidados Intensivos Pediátricos (García et al., 2026).

Asimismo, se incorpora el concepto de entorno amigable y apoyo institucional (Poole et al., 2023). En este contexto, el respaldo de las instituciones sociales desempeña un papel relevante (Smith et al., 2023), al igual que la implementación de rutinas de cuidado participativas (Stenkjaer et al., 2025). Las estrategias basadas en el trabajo en equipo y la cultura organizacional enfatizan la importancia del desarrollo de habilidades de liderazgo y de un entorno colaborativo (Muller et al., 2021). También resaltan la necesidad de garantizar la capacitación continua y la implementación de protocolos de actuación desde la perspectiva del cuidado centrado en el paciente con enfoque humanista; así como desde una perspectiva centrada en la familia (Rubio-Garrido et al., 2025).

Los factores más importantes que actúan como barreras son la falta de tiempo o de personal, el uso de lenguaje técnico y las limitaciones en el flujo de información (Chamblee & Miles, 2021; Edwards et al., 2023; Muller et al., 2021). También se identifican tensiones entre colegas, dificultades en la comunicación y limitaciones en el intercambio de información. Asimismo, se describen factores estructurales, la organización de los servicios y condiciones laborales que limitan el cuidado humanizado (García et al., 2026;). Otras barreras incluyen la ausencia de políticas o estrategias de trabajo, así como deficiencias en

higiene y mantenimiento que dificultan la creación de entornos humanizados (Rubio-Garrido et al., 2025; Smith et al., 2023). Finalmente, se reconocen barreras relacionadas con el acceso a la tecnología (Solt et al., 2024) y limitaciones en el acceso a la información como parte de una comunicación efectiva centrada en la familia (Rubio-Garrido et al., 2025).

Con respecto a los factores facilitadores, se destacan los institucionales, entre los que se encuentran la formación para el trabajo en equipo, la implementación de protocolos de cuidado humanizado y el fortalecimiento de una cultura organizacional compasiva con enfoque humanizado (García et al., 2025; Poole et al., 2023). Asimismo, se reconoce la importancia de las rutinas participativas y del compromiso institucional para consolidar estas prácticas (Stenkjaer et al., 2025). La presencia parental en las Unidades de Cuidados Intensivos Pediátricos constituye otro facilitador relevante, ya que contribuye a reducir el estrés y el malestar de los pacientes (Ryan et al., 2025). También se destaca la disponibilidad de tecnologías que favorecen el trabajo asistencial (Solt et al., 2024), así como las habilidades blandas de los profesionales, que incluyen voluntad, adaptabilidad, confianza y disposición para aprender (Rubio-Garrido et al., 2025). Finalmente, el desarrollo de habilidades de liderazgo constituye un elemento clave para fortalecer la implementación del cuidado humanizado (García et al., 2025).

Los estudios revisados evidenciaron que las estrategias de humanización del cuidado producen efectos positivos en la satisfacción de los padres. Se observó un incremento en la percepción de respeto y en la participación de las familias en el cuidado (Chamblee & Miles, 2021). Asimismo, la utilización de herramientas digitales favoreció la transparencia del proceso asistencial y aumentó la satisfacción parental. De igual manera, los pases de visita centrados en la familia se asociaron con mayores niveles de satisfacción de los padres. Además, los familiares perciben de manera más favorable la atención brindada por los profesionales en entornos de cuidado humanizado (Edwards et al., 2023), mientras que este enfoque contribuye al bienestar tanto de las familias como de los pacientes ingresados en las Unidades de Cuidados Intensivos Pediátricos.

Estos hallazgos coinciden con la literatura reciente, que destaca que el cuidado humanizado mejora la resiliencia de los niños en estado crítico y de sus padres, disminuye los requerimientos de atención médica y aumenta la satisfacción con la atención recibida (McAlinden et al., 2024).

Asimismo, este enfoque de cuidado se relaciona con menores niveles de estrés y con una mayor confianza de las familias en las decisiones adoptadas por los profesionales sanitarios. Esta relación puede explicarse porque la participación de las familias en el proceso asistencial favorece un entorno de apoyo que fortalece la comunicación efectiva, mejora la relación entre la familia y el personal

de salud y facilita la toma de decisiones compartida. Como resultado, se incrementan el bienestar psicológico y la satisfacción de los padres durante la hospitalización del niño. Del mismo modo, se ha evidenciado que la humanización del cuidado de enfermería mediante un trato cálido y empático contribuye a mejorar la salud y la recuperación de los pacientes, así como la satisfacción de los padres con la atención recibida. Además, se resalta la importancia del enfoque organizacional de la atención centrada en la familia y el paciente como estrategia fundamental para el desarrollo de un cuidado humanizado (Acuña et al., 2022).

Adicionalmente, se reconoce que estrategias tan sencillas como facilitar el contacto físico entre los padres y los pacientes pediátricos en estado crítico incrementan la satisfacción familiar, contribuyen a reducir la ansiedad y mejoran la percepción de la calidad del cuidado. Asimismo, se señala que las estrategias más reconocidas para implementar modelos de cuidado humanizado incluyen las rondas centradas en la familia y métodos innovadores de comunicación, como tableros personalizados junto a la cama del paciente con información no médica, folletos educativos sobre cuidados centrados en la familia y diarios de las Unidades de Cuidados Intensivos Pediátricos que permiten a las familias documentar sus experiencias y comunicarse con los profesionales de la salud (Aljawad et al., 2025).

CONCLUSIONES

El cuidado humanizado en las Unidades de Cuidados Intensivos Pediátricos se consolida como una necesidad asistencial, ética y organizacional dentro de los sistemas de salud contemporáneos. Su implementación no solo responde a un enfoque técnico del cuidado, sino que integra dimensiones emocionales, sociales y familiares que resultan fundamentales en el contexto de la atención pediátrica crítica. En este sentido, la evidencia analizada permite afirmar que la humanización del cuidado debe sustentarse en estrategias estructuradas de atención centrada en la familia, promoviendo la presencia activa y permanente de los padres o cuidadores, siempre que las condiciones clínicas lo permitan, así como el fortalecimiento de una comunicación efectiva, empática y bidireccional entre el equipo de salud y la familia.

Por otra parte, esta revisión sistemática permitió identificar que la implementación del cuidado humanizado en las Unidades de Cuidados Intensivos Pediátricos está influenciada por múltiples factores, tanto facilitadores como barreras, los cuales poseen una naturaleza multidimensional. Estos factores involucran al personal de salud, a la organización institucional y al sistema sanitario en su conjunto. Entre las principales barreras se encuentran la sobrecarga laboral, la limitada disponibilidad de recursos, la falta de formación específica en humanización, así como las resistencias culturales y organizacionales al cambio.

En contraste, los principales facilitadores incluyen el compromiso del equipo de salud, el apoyo institucional, la existencia de protocolos claros y el fortalecimiento de una cultura organizacional orientada al cuidado humanizado.

Asimismo, se destaca la importancia de implementar políticas institucionales orientadas a la capacitación continua del personal sanitario, no solo en competencias técnicas, sino también en habilidades blandas, como la empatía, la comunicación terapéutica y el acompañamiento emocional. Estas competencias, junto con un clima organizacional favorable, contribuyen significativamente a la consolidación de un entorno de atención centrado en el paciente y su familia, favoreciendo la calidad de la atención y mejorando la experiencia durante la hospitalización.

Finalmente, los hallazgos de esta investigación evidencian que la implementación de un modelo de cuidado humanizado en las Unidades de Cuidados Intensivos Pediátricos genera un impacto positivo significativo en el bienestar de los pacientes pediátricos y sus familias. Este enfoque se asocia con una mayor satisfacción respecto a la atención recibida, una mejor percepción de la calidad del cuidado, la reducción de la ansiedad y el estrés en los cuidadores, así como con el fortalecimiento de la confianza en el equipo de salud. De esta manera, la humanización del cuidado no solo representa un imperativo ético, sino también un indicador clave de calidad en la atención sanitaria, ya que contribuye a mejorar los resultados clínicos, la experiencia del paciente y la eficiencia del sistema de salud.

Avanzar hacia la humanización del cuidado en las Unidades de Cuidados Intensivos Pediátricos implica un compromiso integral de todos los actores del sistema sanitario, orientado a transformar los modelos tradicionales de atención en enfoques más inclusivos, empáticos y centrados en la persona, garantizando así una atención más digna, segura y de calidad.

REFERENCIAS

- Acuña, M., García, K., Machuca, J., Pin, N., & Herrera, M. (2022). Cuidados humanizados en pacientes de la UCI pediátricos desde la perspectiva Jean Watson: Revisión literaria. *UNESUM-Ciencias. Revista Científica Multidisciplinaria*, 6(4), 128–134. <https://revistas.unesum.edu.ec/index.php/unesumciencias/article/view/463/652>
- Aljawad, B., Miraj, S. A., Alameri, F., & Alzayer, H. (2025). Family-centered care in neonatal and pediatric critical care units: A scoping review of interventions, barriers, and facilitators. *BMC Pediatrics*, 25(1), 291. <https://doi.org/10.1186/S12887-025-05620-W>
- Butler, A. E., Krall, F., Shinewald, A., Manning, J. C., Choong, K., & Dryden-Palmer, K. (2024). Family-centered care in the PICU: Strengthening partnerships in pediatric critical care medicine. *Pediatric Critical Care Medicine*, 25(12), 1192–1198. <https://doi.org/10.1097/PCC.0000000000003621>
- Chamblee, T. B., & Miles, D. K. (2021). A prospective study of family engagement for prevention of central line-associated blood stream infections. *Pediatric Quality & Safety*, 6(5), e467. <https://doi.org/10.1097/PQ9.0000000000000467>
- Edwards, J. D., Williams, E. P., McHale, B. L., Lucas, A. R., & Malone, C. T. (2023). Parent and provider perspectives on primary continuity intensivists and nurses for long-stay pediatric intensive care unit patients. *Annals of the American Thoracic Society*, 20(2), 269–278. <https://doi.org/10.1513/AnnalsATS.202205-379OC>
- García, J., Delgado, P., Benito, L., & Romero, M. (2025). Good practices for humanization in pediatric intensive care units: A national Delphi consensus study. *Intensive and Critical Care Nursing*, 89, 104247. <https://doi.org/10.1016/j.iccn.2025.104247>
- García, J., Romero, M., Segura, V., Rosell, N., Rodríguez, L., Pérez, A., Tole, D., Albuja, M., Pelejero-Manzano, J., Rodríguez-Fórner, O., Cambra, F. J., Heras-La Calle, G., Velasco-Bueno, J., & Delgado-Hito, P. (2026). Evaluation of good humanisation practices and organisational determinants in paediatric intensive care units: A multicentre observational study. *SSRN Electronic Journal*. <https://doi.org/10.2139/ssrn.6018885>
- González-Dambrauskas, S., Mislej, C., Vásquez-Hoyos, P., & Rotta, A. T. (2021). Family presence and visitation practices in Latin American PICUs: An international survey. *Journal of Pediatric Intensive Care*, 10(4), 276–281. <https://doi.org/10.1055/s-0040-1716831>
- Horvat, C. M., Hamilton, M. F., Hall, M. W., McGuire, J. K., & Mink, R. B. (2024). Child health needs and the pediatric critical care medicine workforce: 2020–2040. *Pediatrics*, 153(Suppl. 2). <https://doi.org/10.1542/peds.2023-063678G>
- Joanna Briggs Institute. (2022). *JBIC critical appraisal tools*. <https://jbi.global/critical-appraisal-tools>
- Killien, E. Y., Keller, M. R., Watson, R. S., & Hartman, M. E. (2023). Epidemiology of intensive care admissions for children in the US from 2001 to 2019. *JAMA Pediatrics*, 177(5), 506–514. <https://doi.org/10.1001/jamapediatrics.2023.0184>

- Leland, B. D., Wocial, L. D., Madrigal, V. N., Moon, M. M., Ramey-Hunt, C., Walter, J. K., Baird, J. D., & Edwards, J. D. (2023). Group concept mapping conceptualizes high-quality care for long-stay pediatric intensive care unit patients and families. *The Journal of Pediatrics*, 252, 48–55.e1. <https://doi.org/10.1016/j.jpeds.2022.08.007>
- Muller, R., Gomes, G. C., Nörnberg, P. K. de O., Xavier, D. M., Minasi, A. S. A., & Silva, A. C. F. da. (2021). Humanização na unidade de terapia intensiva pediátrica: Facilidades e dificuldades da equipe de enfermagem. *Research, Society and Development*, 10(16), e566101624189. <https://doi.org/10.33448/rsd-v10i16.24189>
- Page, M. J., McKenzie, J. E., Bossuyt, P. M., Boutron, I., Hoffmann, T. C., Mulrow, C. D., Shamseer, L., Tetzlaff, J. M., Akl, E. A., Brennan, S. E., Chou, R., Glanville, J., Grimshaw, J. M., Hróbjartsson, A., Lalu, M. M., Li, T., Loder, E. W., Mayo-Wilson, E., McDonald, S., ... Moher, D. (2021). The PRISMA 2020 statement: An updated guideline for reporting systematic reviews. *BMJ*, 372(71). <https://doi.org/10.1136/bmj.n71>
- Poole, E. I., Ryan, M., Walls, M., Slumkoski, C., Curran, J. A., Seabrook, J. A., & Foster, J. R. (2024). "I want to be there. I have to be there.": Parents' perceived barriers and facilitators to bedside presence in the pediatric intensive care unit. *Frontiers in Pediatrics*, 11, 1308682. <https://doi.org/10.3389/fped.2023.1308682>
- Rothschild, C. B., & Derrington, S. F. (2020). Palliative care for pediatric intensive care patients and families. *Current Opinion in Pediatrics*, 32(3), 428–435. <https://doi.org/10.1097/MOP.0000000000000903>
- Rubio-Garrido, P., Bazo-Hernández, L., Enrich-Font, A., Montserrat-Gala, A. M., Pavón-García, C., Lasmarrás-Ugarte, M.-C., Martorell-Poveda, M.-A., & Jiménez-Herrera, M. F. (2025a). Family-centered care in pediatric critical care units: A critical review. *Journal of Pediatric Critical Care*, 12(3), 143–147. https://doi.org/10.4103/jpcc.jpcc_24_25
- Ryan, M. J., Lee, L. A., Carnevale, F. A., Crump, L., Garros, D., O'Hearn, K., Curran, J. A., Fiest, K. M., Fontela, P., Moghadam, N., Slumkoski, C., Walls, M., & Foster, J. R. (2025). Parental and family presence are essential: A qualitative study of children's lived experiences with family presence in pediatric intensive care. *Journal of Pediatric Nursing*, 80, e228–e235. <https://doi.org/10.1016/j.pedn.2024.12.017>
- Smith, M. B., Dervan, L. A., Watson, R. S., Ohman, R. T., Albert, J. E.-M., Rhee, E. J., Vavilala, M. S., Rivara, F. P., & Killien, E. Y. (2023). Family presence at the PICU bedside: A single-center retrospective cohort study. *Pediatric Critical Care Medicine*, 24(12), 1053–1062. <https://doi.org/10.1097/PCC.0000000000003334>
- Solt, S. A., Stolfi, D., Ritter, V. S., & Kihlstrom, M. (2024). An Apple iPad a day brings the doctor to you: Virtual family-centered rounds in a pediatric intensive care unit. *Journal of Pediatric Intensive Care*, 13(4), 330–336. <https://doi.org/10.1055/s-0042-1742673>
- Soto-Hilario, J. D., Torres-Condori, G. M., Fabián-Flores, F. G., Quispe-Coyle, M., Llanos-de Tarazona, M. I., & Ramírez-Montaldo, R. (2025). *Cuidados de enfermería pediátrica: Manual didáctico médico-quirúrgico*. Sophia Editions.
- Stenkjaer, R. L., Egerod, I., Moszkowicz, M., Greisen, G., Weis, J., Ista, E., Gjedsted, J., Jensen, M. S., Reichl, K. K., & Herling, S. F. (2025). A family-centred paediatric delirium bundle: A feasibility study. *Nursing in Critical Care*, 30(4), e70103. <https://doi.org/10.1111/nicc.70103>
- Terp, K., Weis, J., & Lundqvist, P. (2021). Parents' views of family-centered care at a pediatric intensive care unit—A qualitative study. *Frontiers in Pediatrics*, 9, 725040. <https://doi.org/10.3389/fped.2021.725040>
- Toledo, M., Rodrigues, M., Oliveira, S., Alves, A., & Silva, T. (2023). Práticas humanizadas do cuidado em unidades de terapia intensiva neonatal. *Revista Recien*, 13(41), 864–882. <https://www.recien.com.br/index.php/Recien/article/view/804/822>

Conflictos de interés:

Los autores declaran no tener conflictos de interés.

Contribución de los autores:

Briggite Antonella Carrillo-Almeida, Fanny Vanessa Cifuentes-Tulcan, Indyra Emma Gallard-Muñoz: Concepción y diseño del estudio, adquisición de datos, análisis e interpretación, redacción del manuscrito, revisión crítica del contenido, análisis estadístico, supervisión general del estudio.

Declaración ética:

El estudio aborda temas relacionados con estudiantes/personas vulnerables, pero se realizó únicamente mediante revisión documental, análisis de información secundaria o bases de datos públicas. No implicó la participación directa de seres humanos ni el manejo de información personal identificable.