

Andres Martin González-González; Adisnay Rodriguez-Plasencia; Ariel José Romero-Fernández

<https://doi.org/10.35381/s.v.v9i1.4689>

Factores de deshumanización en unidades de cuidados intensivos: revisión sistemática

Dehumanization factors in intensive care units: systematic review

Andres Martin González-González

andresgg50@uniandes.edu.ec

Universidad Regional Autónoma de Los Andes, Ambato, Tungurahua
Ecuador

<https://orcid.org/0009-0003-7234-5446>

Adisnay Rodriguez-Plasencia

ua.adisnayrodriguez@uniandes.edu.ec

Universidad Regional Autónoma de Los Andes, Ambato, Tungurahua
Ecuador

<https://orcid.org/0000-0003-0306-458X>

Ariel José Romero-Fernández

ua.arielromero@uniandes.edu.ec

Universidad Regional Autónoma de Los Andes, Ambato, Tungurahua
Ecuador

<https://orcid.org/0000-0002-1464-2587>

Recibido: 15 de abril 2025

Revisado: 15 de mayo 2025

Aprobado: 15 de julio 2025

Publicado: 01 de agosto 2025

Andres Martin González-González; Adisnay Rodríguez-Plasencia; Ariel José Romero-Fernández

RESUMEN

Objetivo: Identificar los factores que contribuyen a la deshumanización en unidades de cuidados intensivos mediante revisión sistemática de la literatura científica. **Métodos:** Revisión sistemática guiada por PRISMA en bases de datos PubMed, ScienceDirect y Scopus, incluyendo artículos publicados entre 2016-2022. Se utilizaron términos como "humanización", "deshumanización" y "unidad de cuidados intensivos". **Resultados:** Se identificaron cinco factores principales: sobrecarga laboral con tiempo limitado para contacto humano, primacía tecnológica sobre atención personalizada, entorno de sufrimiento continuo, pérdida de valores profesionales e uso intensivo de TIC sin estrategias humanizadoras. **Conclusiones:** La deshumanización en UCI es un fenómeno sistémico multifactorial que requiere intervenciones organizacionales, educativas y de soporte psicosocial para re-humanizar la práctica clínica y mejorar la calidad asistencial.

Descriptores: Humanización de la atención; unidades de cuidados intensivos; atención de enfermería. (Fuente: DeCS).

ABSTRACT

Objective: To identify factors contributing to dehumanization in intensive care units through systematic review of scientific literature. **Methods:** Systematic review guided by PRISMA in PubMed, ScienceDirect and Scopus databases, including articles published between 2016-2022. Terms such as "humanization", "dehumanization" and "intensive care unit" were used. **Results:** Five main factors were identified: work overload with limited time for human contact, technological primacy over personalized care, continuous suffering environment, loss of professional values and intensive use of ICT without humanizing strategies. **Conclusions:** Dehumanization in ICU is a multifactorial systemic phenomenon requiring organizational, educational and psychosocial support interventions to re-humanize clinical practice and improve care quality.

Descriptors: Humanisation of care; intensive care units; nursing care. (Source: DeCS).

Andres Martin González-González; Adisnay Rodríguez-Plasencia; Ariel José Romero-Fernández

INTRODUCCIÓN

La humanización en salud exige integrar la dimensión técnica y relacional en la atención sanitaria. En las unidades de cuidados intensivos (UCI), el avance tecnológico y la presión asistencial generan tensiones que pueden derivar en prácticas deshumanizadas, con efectos significativos en la calidad del cuidado y en el bienestar del equipo de salud.

La Organización Panamericana de la Salud (OPS) enfatiza que la enfermería debe abarcar el cuidado autónomo y colaborativo de personas, familias y comunidades, manteniendo una atención centrada en la persona ¹. Sin embargo, el entorno de cuidados intensivos presenta desafíos únicos que pueden comprometer esta filosofía de cuidado humanizado.

Las UCI representan espacios de alta complejidad tecnológica donde convergen situaciones críticas de vida o muerte, generando un ambiente que puede favorecer la despersonalización del cuidado. La comprensión de los factores que contribuyen a la deshumanización es fundamental para desarrollar estrategias efectivas que preserven la calidad humana en la atención crítica.

MÉTODO

Se realizó una revisión sistemática guiada por las directrices PRISMA (Preferred Reporting Items for Systematic Reviews and Meta-Analyses). La búsqueda bibliográfica se efectuó en bases de datos especializadas: PubMed, ScienceDirect, Scopus, complementada con búsquedas manuales en literatura gris.

Se combinaron términos de búsqueda como "humanization", "dehumanization", "intensive care unit", "nursing care" y sus equivalentes en español: "humanización", "deshumanización", "unidad de cuidados intensivos", "atención de enfermería".

Criterios de inclusión: Artículos de acceso completo, publicados entre 2016-2022, estudios cualitativos y cuantitativos relacionados con humanización en UCI, literatura en español e inglés.

Andres Martin González-González; Adisnay Rodríguez-Plasencia; Ariel José Romero-Fernández

Criterios de exclusión: Artículos sin acceso completo, publicaciones anteriores a 2016, estudios no relacionados directamente con humanización en cuidados intensivos.

Tras el cribado inicial y eliminación de duplicados, se seleccionaron 12 estudios considerados pertinentes para el análisis cualitativo.

RESULTADOS

Los estudios incluidos convergen en un conjunto de factores que favorecen la deshumanización en UCI:

1. **Sobrecarga laboral y tiempo limitado para el contacto humano:** La rutina asistencial prioriza tareas técnicas sobre la interacción terapéutica, limitando el tiempo disponible para el cuidado relacional ^{8 20}.
2. **Primacía de la tecnología y protocolos estrictos:** La atención se estructura en torno a dispositivos y procedimientos más que a la persona, generando una visión fragmentada del paciente ^{15 19}.
3. **Entorno de sufrimiento continuo:** La exposición constante a mortalidad y pacientes críticos conduce a mecanismos de defensa emocional y distancia afectiva como estrategia de autoprotección ^{18 21}.
4. **Pérdida o conflicto de valores profesionales:** La instrumentalización del cuidado genera tensión entre los valores humanísticos de la enfermería y las demandas técnicas del entorno ^{10 16}.
5. **Uso intensivo de tecnologías de información y comunicación (TIC):** Sin estrategias humanizadoras adecuadas, favorece interacciones más impersonales y reduce el contacto directo con pacientes y familias ¹⁴.

Estos factores interactúan de manera compleja, creando un ambiente que puede comprometer la calidad del cuidado humanizado y afectar tanto a pacientes como al personal de salud.

Andres Martin González-González; Adisnay Rodríguez-Plasencia; Ariel José Romero-Fernández

DISCUSIÓN

La evidencia analizada indica que la deshumanización en UCI no constituye un fallo individual sino un fenómeno sistémico donde factores organizacionales, culturales y tecnológicos se combinan para desplazar la centralidad de la persona en el cuidado ^{9 11}. Las teorías de enfermería, particularmente el modelo de Virginia Henderson ⁶ y la teoría del cuidado humano de Jean Watson ⁵, proporcionan marcos conceptuales sólidos para abordar esta problemática. Estos modelos enfatizan la importancia de mantener la dignidad humana y la relación terapéutica como elementos centrales del cuidado de enfermería.

Las intervenciones para re-humanizar los cuidados intensivos deben apuntar simultáneamente a: redistribución de cargas laborales y dotación adecuada de personal; formación en competencias comunicacionales y cuidado centrado en la persona ¹⁷; integración de tecnologías con protocolos que preserven la relación terapéutica; y desarrollo de estrategias de soporte emocional para el personal.

La implementación de estas estrategias podría reducir la automatización afectiva, mejorar los resultados asistenciales y incrementar el bienestar laboral del equipo de salud, creando un círculo virtuoso que beneficie tanto a pacientes como a profesionales ^{12 13}.

CONCLUSIONES

La deshumanización en unidades de cuidados intensivos es un fenómeno multifactorial donde convergen sobrecarga laboral, tecnología descontextualizada, exposición continua al sufrimiento y erosión de valores profesionales, resultando en atención mecanizada que compromete la calidad del cuidado.

Es necesario implementar medidas organizacionales que incluyan redistribución de cargas laborales, dotación adecuada de personal y protocolos que integren la dimensión humana en los procedimientos técnicos. Las intervenciones educativas deben enfocarse en el desarrollo de competencias comunicacionales y cuidado centrado en la persona.

Andres Martin González-González; Adisnay Rodríguez-Plasencia; Ariel José Romero-Fernández

El soporte psicosocial para el personal de salud emerge como elemento fundamental para prevenir el agotamiento emocional y mantener la vocación de servicio. Las políticas institucionales deben priorizar tanto la seguridad técnica como la calidad relacional del cuidado, reconociendo que ambas dimensiones son complementarias y esenciales para la excelencia asistencial.

La re-humanización de los cuidados intensivos requiere un compromiso institucional integral que trascienda las intervenciones puntuales y se constituya en una filosofía de atención que preserve la dignidad humana en el contexto de la alta complejidad tecnológica.

CONFLICTOS DE INTERÉS

Los autores declaran no tener conflictos de interés.

FINANCIAMIENTO

Autofinanciado.

AGRADECIMIENTO

A la Universidad Regional Autónoma de Los Andes por el apoyo institucional en el desarrollo de esta investigación.

REFERENCIAS

1. OPS. Enfermería y Partería. 2020. <https://n9.cl/3835o>
2. Prado Solar LA, González Reguera M, Paz Gómez N, Romero Borges K. La teoría Déficit de autocuidado: Dorothea Orem punto de partida para calidad en la atención. Rev Med Electron. 2014;36(6):835–45. <https://n9.cl/4vxj4>
3. Tulman L. Adaptación a la maternidad de alto riesgo: ampliación de una teoría preliminar de situación específica con enfoque en la condición psicológica y el estado funcional. Aquichan, 2023;23(1):e2318. <https://doi.org/10.5294/aqui.2023.23.1.8>

Andres Martin González-González; Adisnay Rodríguez-Plasencia; Ariel José Romero-Fernández

4. Rodrigues Barbosa de Sousa JE, Freitas da Silva GR, Barros Araújo Luz MH, Lima Pereira ML. Concepciones teóricas de Neuman asociadas con la prevención de las úlceras por presión: un estudio de caso. *Index Enferm.* 2015;24(4):222–226. <https://dx.doi.org/10.4321/S1132-12962015000300007>
5. Watson J. El conductismo. *Psicología.* 2023;1(1):1-2. <https://n9.cl/sl6d3>
6. Naranjo Y. Reflexiones conceptuales sobre algunas teorías de enfermería y su validez en la práctica cubana. *Revista Cubana de Enfermería.* 2020;32(4):10-12 <https://n9.cl/kg902>
7. OMS. Definición de salud. 2021. <https://n9.cl/qb52z>
8. Aguilar García CR, Martínez Torres C. La realidad de la Unidad de Cuidados Intensivos. *Medicina Crítica (Col. Mex. Med. Crít.).* 2017;31(3):171–173. <https://n9.cl/fa4qt>
9. Cruz Riveros C. La naturaleza del cuidado humanizado. *Enfermería: Cuidados Humanizados.* 2020;9(1):21–32. <https://n9.cl/06ysar>
10. Ávila-Morales JC. La deshumanización en medicina. Desde la formación al ejercicio profesional. *Iatreia.* 2017;30(2):216–229. <https://n9.cl/esgah>
11. Hoyos Hernández PA, Cardona Ramírez MA, Correa Sánchez D. Humanizar los contextos de salud, cuestión de liderazgo. *Invest Educ Enferm.* 2008;26(2):218–225. <https://n9.cl/c2s7f>
12. Ávila-Morales JC. La deshumanización en medicina. Desde la formación al ejercicio profesional. *Iatreia.* 2017;30(2):216–229. <https://n9.cl/kc0zw>
13. Jiménez Rodríguez LA, Gamboa Suárez R, Márquez M. Deshumanización en la atención de la salud: ¿son las TIC's el problema o la solución? *Mundo Fesc.* 2019;9(17):85–93. <https://n9.cl/5873r>
14. García-Umaña A, Ulloa MC, Córdoba EF. La era digital y la deshumanización a efectos de las TIC. *REIDOCREA.* 2020;9:11–20. <https://n9.cl/5sg11>
15. Elío-Calvo D. La deshumanización de la medicina. *Cuad Hosp Clín.* 2016;57(3):80–87. <https://n9.cl/f5sh7>

Andres Martin González-González; Adisnay Rodríguez-Plasencia; Ariel José Romero-Fernández

16. Trainini JC. Humanización en la práctica médica [editorial]. Educación Médica. 2020;21(2):65–66. <https://n9.cl/akezz>
17. Rosa Adl. Comunicación y empatía. Las Casas Biblioteca de Salud. 2016;15(4):11-15. <https://n9.cl/qwrkr>
18. Yáñez-Dabdoub M, Vargas-Celis I. Cuidado humanizado en pacientes con limitación del esfuerzo terapéutico en cuidados intensivos: desafíos para enfermería. Persona y Bioética. 2018;22(1):56–75. <https://n9.cl/qocdw>
19. Baeza Gómez I, Quispe Hoxsas LC. Proyecto "Humanizando los Cuidados Intensivos", nuevo paradigma de orientación de los Cuidados Intensivos. Rev Bioética y Derecho. 2020;(48):111–26. <https://n9.cl/pku9aj>
20. Valdiviares M. Humanización de los cuidados de enfermería en las unidades de Cuidados Intensivos. Enfermería Integral: Revista científica del Colegio Oficial de Enfermería de Valencia. 2020;12(2):57-62. <https://n9.cl/ezej7>
21. Oliva J. La humanización de los cuidados de enfermería intensiva: la posición de las enfermeras de UCI frente al aspecto humano del cuidado intensivo. Rev Cubana Enfermer. 2007;23(2).