

Paredes que Sanan: aplicación de neuroarquitectura y codiseño para la humanización del área pediátrica

Healing Walls: An application of neuroarchitecture and co-design for humanization of the pediatric area

Torres-Gómez KJ^{1*}, Cervantes-Aguilera LA², Gauna-Charles MR³, García-Tamez DK^{3,4}.

¹ Escuela de Medicina y Ciencias de la Salud, Instituto Tecnológico y de Estudios Superiores de Monterrey, Monterrey, Nuevo León, México.

² Dirección Médica, Instituto de Seguridad y Servicios Sociales de los Trabajadores del Estado (ISSSTE), Tlalpan, Ciudad de México, México.

³ Hospital General de Linares, Linares, Nuevo León, México.

⁴ Hospital Regional Materno Infantil, Servicios de Salud de Nuevo León, Guadalupe, Nuevo León, México.

ORCID: 0009-0006-8998-7279^{1*}.

RESUMEN

Introducción: La humanización de los servicios de salud en entornos pediátricos constituye un imperativo ético, organizacional y operativo que demanda estrategias basadas en evidencia. En la población pediátrica, el entorno físico hospitalario influye en la experiencia del usuario, la percepción de seguridad, la orientación espacial, la interacción con el personal sanitario y el bienestar emocional de las personas usuarias y sus cuidadores primarios. **Objetivo:** Evaluar los cambios posteriores a una intervención multimodal de humanización del área pediátrica, basada en neuroarquitectura, codiseño y participación comunitaria, sobre la percepción del entorno físico, la atención centrada en la persona y la experiencia asistencial de las personas usuarias pediátricas, los cuidadores primarios y el personal sanitario en un hospital rural de segundo nivel. **Métodos:** Se realizó un estudio cuasiexperimental, preintervención y postintervención, sin grupo control, con enfoque de métodos mixtos concurrente. Participaron 40 personas, distribuidas entre personas usuarias pediátricas, cuidadores primarios y personal sanitario. En la fase basal se aplicó la Evaluación Posocupación (P.O.E.) para valorar el entorno físico. En las mediciones preintervención y postintervención se aplicaron el *Person Centred Practice Inventory Care* (PCPI-C) y el *Person Centred Practice Inventory Staff* (PCPI-S). Se utilizaron mapas de empatía y *Patient Journey Map* como técnicas cualitativas complementarias. El análisis incluyó estadística descriptiva y prueba *U de Mann-Whitney* para muestras agregadas no pareadas. **Resultados:** La P.O.E. identificó fortalezas basales en privacidad (81%), nivel de ruido (77%), comodidad, seguridad y desplazamiento (71% cada una), y menores puntuaciones en iluminación (44%), bienestar (50%) y satisfacción global (55%). Tras la intervención, el PCPI-C aumentó de 2.95 a 4.78 puntos. En el PCPI-S, los prerrequisitos del personal aumentaron de 65.6% a 86.9%, el entorno de la práctica de 33.9% a 83.5% y los procesos centrados en la persona de 86.3% a 98.7%. Las comparaciones exploratorias mostraron diferencias significativas en las puntuaciones globales del PCPI-C y PCPI-S ($p < 0.001$). **Conclusiones:** Posterior a la intervención se observaron cambios favorables en la percepción del entorno asistencial, la atención centrada en la persona y el entorno de práctica. Los hallazgos sugieren que el codiseño y la participación comunitaria, integrados bajo los principios de neuroarquitectura, pueden favorecer una experiencia asistencial más comprensible, cercana y sensible a las necesidades de las personas usuarias, cuidadores primarios y el personal sanitario.



Autor(a) de Correspondencia:

Torres-Gómez KJ.
Correo electrónico:
kevin.torresgmz@gmail.com
Teléfono: 8182874007

Citar como:

Torres-Gómez KJ, Cervantes-Aguilera LA, Gauna-Charles MR, García-Tamez DK. Paredes que Sanan: aplicación de neuroarquitectura y codiseño para la humanización del área pediátrica. *Rev CONAMED*. 2026;31(2): 97-116. DOI: 10.35366/123602

Fecha de recepción:
29 de enero de 2026

Fecha de aceptación:
26 de junio de 2026



Esta revista publica sus contenidos bajo la Licencia Creative Commons Attribution 4.0 International (CC BY 4.0), que permite su uso, distribución y adaptación, siempre que se otorgue el debido reconocimiento a los autores y a la fuente original.

Palabras clave: humanización de la atención; participación de la comunidad; arquitectura y construcción de hospitales; calidad de la atención; atención centrada en el paciente.

ABSTRACT

Introduction: Humanizing healthcare services in pediatric settings is an ethical, organizational, and operational imperative that demands evidence-based strategies. In the pediatric population, the physical hospital environment influences the user experience, perception of safety, spatial orientation, interaction with healthcare staff, and the emotional well-being of patients and their primary caregivers. **Objective:** to evaluate the changes following a multimodal intervention for humanizing the pediatric area, based on neuroarchitecture, co-design, and community participation, on the perception of the physical environment, person-centered care, and the healthcare experience of pediatric patients, primary caregivers, and healthcare staff in a rural secondary-level hospital. **Methods:** A quasi-experimental, pre-intervention and post-intervention study without a control group was conducted using a concurrent mixed-methods approach. Forty people participated, including pediatric patients, primary caregivers, and healthcare staff. In the baseline phase, the Post Occupancy Evaluation (POE) was used to evaluate the physical environment. The Person-Centered Practice Inventory for Care (PCPI-C) and the Person-Centered Practice Inventory for Staff (PCPI-S) were used for pre and post-intervention measurements. Empathy maps and Patient Journey Maps were used as complementary qualitative techniques. The analysis included descriptive statistics and the Mann-Whitney U test for unpaired pooled samples. **Results:** The POE identified baseline strengths in privacy (81%), noise level (77%), comfort, safety, and mobility (71% each), and lower scores in lighting (44%), well-being (50%), and overall satisfaction (55%). After the intervention, the PCPI-C score increased from 2.95 to 4.78 points. In the PCPI-S, staff prerequisites increased from 65.6% to 86.9%, the practice environment from 33.9% to 83.5%, and person-centered processes from 86.3% to 98.7%. Exploratory comparisons showed significant differences in the overall scores of the PCPI-C and PCPI-S ($p < 0.001$). **Conclusions:** Following the intervention, favorable changes were observed in the perception of the care environment, person-centered care, and the practice environment. The findings suggest that co-design and community participation, integrated under the principles of neuroarchitecture, can foster a more understandable, accessible, and responsive care experience for service users, primary caregivers, and healthcare staff.

Keywords: humanization of assistance; patient-centered care; community participation; architecture and construction of hospitals; quality of health care.

INTRODUCCIÓN

La calidad de los servicios en los establecimientos de salud no se limita únicamente a la competencia técnica, la oportunidad diagnóstica o la efectividad terapéutica; también se expresa en la forma en que las personas usuarias perciben, comprenden y transitan por los diferentes niveles de atención. La experiencia de la persona usuaria se reconoce como una dimensión relevante de la calidad, vinculada con la seguridad del paciente, la efectividad clínica y la legitimidad de los servicios de salud.¹ En los entornos pediátricos, esta experiencia adquiere una complejidad particular, debido a que la atención se configura en una relación entre niñas, niños, adolescentes, cuidadores primarios y el personal sanitario, mediada por necesidades emocionales, comunicacionales, ambientales y familiares específicas.²

La hospitalización o atención de urgencias de la población pediátrica puede representar una experiencia de incertidumbre para la persona usuaria y su familia. La exposición a espacios desconocidos, señalización limitada, estímulos clínicos, tiempos de espera, separación parcial del entorno cotidiano y dificultad para comprender el proceso asistencial pueden influir en la percepción de seguridad, orientación y confianza. En este contexto, el entorno físico no constituye un componente accesorio de la atención, sino una condición que puede facilitar o limitar la comunicación, la participación familiar y la adaptación al espacio hospitalario.³

En la población pediátrica, el diseño del entorno resulta especialmente relevante porque debe responder a necesidades de desarrollo, comprensión, seguridad emocional, acompañamiento familiar y distracción positiva. La evidencia sobre espacios hospitalarios pediátricos ha señalado la importancia de ambientes que favorezcan orientación, privacidad, estímulos visuales adecuados y participación familiar durante la atención.⁴

Desde esta perspectiva, la rama de la neuroarquitectura aporta un marco conceptual robusto para analizar la relación entre el entorno construido, percepción, conducta y bienestar, sin sustituir la evaluación empírica de los resultados observados en cada contexto. Esta disciplina integra principios de psiconeuroinmunología y diseño arquitectónico para comprender cómo determinados estímulos del entorno pueden relacionarse con respuestas cognitivas, emocionales y fisiológicas.

Entre estos mecanismos, la activación del eje hipotálamo-hipófisis-adrenal constituye el mecanismo fisiológico central mediante el cual el entorno arquitectónico modula la respuesta al estrés: estímulos visuales, auditivos y olfativos son procesados por la amígdala y el córtex prefrontal, determinando la activación o inhibición

de la cascada de glucocorticoides que regula la respuesta adaptativa del organismo, mientras que la carga alostática permite comprender el desgaste fisiológico derivado de la exposición repetida o sostenida a elementos y factores estresores.⁵

El diseño del entorno hospitalario debe considerar además los principios de la navegación espacial y la cognición topográfica. Las células de lugar del hipocampo, responsables de la construcción de mapas cognitivos espaciales, requieren referencias ambientales consistentes y reconocibles para funcionar óptimamente.⁶ En un entorno hospitalario caracterizado por homogeneidad visual, pasillos clínicos indiferenciados, señalética insuficiente y ausencia de elementos espaciales distintivos, la persona usuaria puede experimentar desorientación y ansiedad adicionales, incrementando la carga cognitiva y emocional durante su trayecto asistencial.

La humanización de la atención pediátrica requiere intervenciones que trasciendan la modificación estética del espacio y se orienten a mejorar la experiencia asistencial desde una perspectiva integral. Esto implica considerar no solo los atributos físicos del entorno, sino también de la comunicación, la participación de la familia, la identificación del personal, la orientación durante el trayecto asistencial y las condiciones que permiten sostener prácticas centradas en la persona. La atención centrada en la persona reconoce a la persona usuaria y a su familia como actores relevantes del proceso de atención, con valores, preferencias, necesidades y capacidad de participación.⁷

La evaluación de la atención centrada en la persona se sustentó en el marco del *Person-Centred Practice*, desarrollado por Brendan McCormack y Tanya McCance, quienes plantean la interacción entre prerrequisitos operativos, entorno de la práctica y procesos como condiciones para una atención relacional y participativa. En este estudio se utilizaron dos instrumentos derivados de este marco: el *Person Centred Practice Inventory Staff (PCPI-S)*, orientado a evaluar la percepción del personal sanitario,⁸ y el *Person Centred Practice Inventory Care (PCPI-C)*, dirigido a explorar la percepción de las personas usuarias y cuidadores sobre la experiencia del cuidado.⁹

El codiseño constituye una estrategia y marco pertinente para el desarrollo de humanización de los servicios de salud, al incorporar la perspectiva de quienes utilizan, acompañan o prestan atención dentro del espacio asistencial.¹⁰ En contextos sanitarios, la participación comunitaria puede adquirir un valor adicional, debido a que permite integrar elementos culturales, simbólicos y territoriales que favorecen la pertinencia contextual de las soluciones implementadas. La incorporación de este tipo de actores en procesos de mejora e innovación en

salud permite fortalecer la aceptabilidad, factibilidad y sostenibilidad de las intervenciones.¹¹

La humanización del entorno pediátrico también debe analizarse desde las condiciones de trabajo del personal sanitario. El trabajo digno integra seguridad laboral, protección social, desarrollo personal, participación, igualdad de oportunidades y respeto a la dignidad de la persona trabajadora.¹² En México, este enfoque se relaciona con la prevención de factores de riesgo psicosocial y la promoción de entornos organizacionales favorables.^{13,14} La pertinencia de estos referentes radica en que la humanización no depende sólo de la disposición individual del personal, sino también de condiciones laborales y organizacionales que permitan sostener relaciones clínicas seguras, respetuosas y centradas en la persona.

A pesar del creciente interés por la humanización de espacios pediátricos, persiste la necesidad de documentar intervenciones evaluadas de manera sistemática, especialmente en hospitales rurales de segundo nivel. Gran parte de estas experiencias se describen como iniciativas institucionales, artísticas o comunitarias, pero cuentan con limitada medición estructurada de la percepción del entorno físico, la atención centrada en la persona y el entorno de práctica. Esta brecha es relevante para la calidad de la atención, porque limita la posibilidad de analizar qué componentes son útiles, factibles y potencialmente replicables en servicios de salud con recursos limitados.

En este contexto, las intervenciones basadas en arte, cultura y participación comunitaria pueden aportar elementos relevantes para la humanización de los servicios, siempre que se diseñen, implementen y evalúen de manera sistemática.¹⁵ A partir de este enfoque, se desarrolló la intervención "*Paredes que Sanan*", una estrategia multimodal de humanización pediátrica basada en neuroarquitectura, codiseño y participación comunitaria. El objetivo del estudio fue evaluar los cambios posteriores a la intervención en la percepción del entorno físico, la atención centrada en la persona y la experiencia asistencial de personas usuarias pediátricas, cuidadores primarios y personal sanitario en un hospital rural de segundo nivel.

MÉTODO

OBJETIVO DEL ESTUDIO

Evaluar los cambios posteriores a una intervención multimodal de humanización del área pediátrica, basada en neuroarquitectura, codiseño comunitario y participación de actores institucionales, sobre la percepción del entorno físico, la atención centrada en la persona y la experiencia asistencial de personas usuarias pediátricas, cuidadores primarios y personal sanitario en un hospital rural de segundo nivel.

DISEÑO DEL ESTUDIO

Se realizó un estudio cuasiexperimental con medición preintervención y postintervención, sin grupo control, mediante un enfoque de métodos mixtos concurrentes.¹⁶ Este diseño permitió integrar mediciones cuantitativas de percepción del entorno físico y atención centrada en la persona con técnicas cualitativas orientadas a comprender necesidades, puntos críticos y experiencias durante el trayecto asistencial. El abordaje mixto fue pertinente debido a que la intervención no solo modificó componentes ambientales del área pediátrica, sino que también incorporó elementos relacionales, comunitarios y organizacionales que requerían una interpretación integral.

El estudio se desarrolló en condiciones reales de práctica hospitalaria, por lo que no fue factible realizar asignación aleatoria ni establecer un grupo control. En consecuencia, la medición preintervención y postintervención se utilizó para comparar resultados agregados antes y después de la implementación de la intervención “Paredes que Sanan”. Debido a que no se recolectaron identificadores nominales con el propósito de preservar la confidencialidad de las personas participantes, las mediciones se analizaron como muestras agregadas parcialmente independientes y no como seguimiento individual pareado.

MARCO METODOLÓGICO INTEGRADO

El proyecto se estructuró mediante la convergencia de tres marcos metodológicos:

1) Ciclo PHVA: El ciclo de mejora continua de Deming orientó la secuencia operativa del proyecto mediante las siguientes fases:¹⁷

- **Planear:** diagnóstico situacional mediante herramientas cuantitativas y cualitativas, diseño de intervenciones e identificación de áreas de oportunidad y áreas de incidencia.
- **Hacer:** ejecución de los componentes de la intervención.
- **Verificar:** evaluación de resultados obtenidos.
- **Actuar:** identificación de aprendizajes operativos para la sostenibilidad y mantenimiento de la intervención, así como áreas de mejora.

2) Design Thinking: La metodología de *Design Thinking* estructuró el proceso creativo.¹⁸

- **Empatizar:** Mapas de empatía con usuarios, cuidadores primarios y personal operativo.
- **Definir:** identificación de necesidades y puntos de dolor prioritarios (*pain points*).

- **Idear:** generación colaborativa de soluciones (intervención artística).
- **Prototipar:** Desarrollo y revisión de versiones preliminares de las intervenciones.
- **Testear:** Validación con usuarios.

3) Evidence Based Framework: El *EBF for Arts and Culture in Public Health* proporcionó el fundamento teórico y conceptual para comprender el uso de arte y cultura como estrategia.¹⁵

- **Aplicación del arte en el ámbito sanitario:** creación de ambientes seguros, inclusivos y atractivos, fortalecimiento del sentido de pertenencia y generación de beneficios directos a la salud del paciente.
- **Mecanismos mediadores activados:** autoeficacia, resonancia personal y cultural, experiencia estética y construcción de significado.

CONTEXTO ORGANIZACIONAL

El estudio se desarrolló en un hospital rural de segundo nivel de atención ubicado en el noreste de México. La institución funciona como centro de referencia regional y brinda atención a población sin cobertura por seguridad social o medios privados, procedente de la cabecera municipal, localidades rurales y municipios cercanos.¹⁹⁻²¹

POBLACIÓN DE ESTUDIO

La población de estudio incluyó tres grupos de participantes.

1. El primer grupo estuvo integrado por personas usuarias pediátricas atendidas en el área intervenida.
2. El segundo grupo correspondió a cuidadores primarios acompañantes durante la atención.
3. El tercer grupo incluyó personal sanitario vinculado directa o indirectamente con la atención pediátrica en la unidad hospitalaria.

Los criterios de inclusión consideraron personas usuarias pediátricas mayores de tres años con capacidad para responder a los instrumentos de evaluación o participar en técnicas adaptadas a su edad y condición clínica. En menores de un año, la información fue proporcionada por el cuidador primario. También se incluyeron cuidadores primarios adultos que otorgaron consentimiento informado y personal sanitario con antigüedad mínima de un mes en la unidad. Se excluyeron personas usuarias pediátricas cuya condición clínica contraindicara la participación, así como cuidadores con limitaciones cognitivas que impidieran comprender los instrumentos.

La muestra incluyó 40 participantes distribuidos entre personas usuarias pediátricas, cuidadores primarios y personal sanitario. La participación fue anónima y no se recolectaron identificadores nominales. Por esta razón, aunque algunas personas pudieron participar en más de una medición, no fue posible confirmar pareamiento individual entre la fase preintervención y

postintervención. Esta decisión metodológica fortaleció la protección de identidad de las personas participantes y determinó que el análisis se realizara como comparación agregada de muestras parcialmente independientes. La caracterización de los participantes se describe a mayor profundidad en la *Tabla 1*.

Grupo de participantes	n	Caracterización disponible	Procedencia o adscripción	Observación metodológica
Personas usuarias pediátricas y cuidadores primarios	20	• Usuarios menores de 1 año (5) • Usuarios de 4 años (3) • Usuarios de 5 años (2) • Usuarios de 7 años (2) • Usuarios de 8 años (2) • Usuarios de 10 años (3) • Usuarios de 13 años (2) • Usuarios de 15 años (1)	Cabecera municipal (65%) Otros municipios (5%) Comunidades rurales (30%)	En menores de 4 años, la información fue proporcionada por cuidadores primarios
Personal sanitario	20	Jefatura de enfermería Área de observación pediátrica de urgencias Área de hospitalización pediátrica	Áreas clínicas y de supervisión vinculadas con la atención pediátrica	No aplica

Tabla 1. Caracterización de participantes del estudio.
Fuente: *Elaboración propia, (2025).*

DESCRIPCIÓN DE LA INTERVENCIÓN

La intervención “Paredes que Sanan” consistió en una estrategia multimodal de humanización pediátrica basada en neuroarquitectura, narrativa visual regional, codiseño y participación comunitaria. Su propósito fue transformar el área pediátrica mediante elementos ambientales, comunicacionales y relacionales orientados a mejorar la experiencia asistencial de personas usuarias pediátricas, cuidadores primarios y personal sanitario.

El diseño de la intervención se fundamentó en los hallazgos del diagnóstico situacional y en la identificación de puntos críticos del trayecto asistencial pediátrico. Esta lectura permitió orientar la intervención hacia dimensiones donde el espacio físico, la organización del cuidado y la relación interpersonal podían actuar de manera convergente para favorecer una experiencia asistencial más comprensible, participativa y emocionalmente segura.

a. Codiseño y participación comunitaria

El codiseño comunitario constituyó un componente central de la intervención. Su propósito fue incorporar

la perspectiva de actores externos e internos al hospital en la transformación del área pediátrica, con énfasis en artistas emergentes de la región, personal sanitario, áreas directivas y representantes vinculados con la comunidad. Esta decisión metodológica buscó disminuir la distancia simbólica entre el hospital y la población a la que atiende, integrando elementos culturales y visuales reconocibles para favorecer apropiación, pertenencia y mayor cercanía con el entorno institucional.²²

La convocatoria “Paredes que Sanan” funcionó como mecanismo de participación comunitaria y democratización del proceso de diseño. La participación de artistas regionales permitió incorporar narrativas visuales con resonancia cultural, mientras que la participación del equipo hospitalario aseguró que las propuestas fueran compatibles con las necesidades clínicas, las rutinas de limpieza, la circulación del servicio y la atención de personas usuarias pediátricas.

b. Estructura operativa de la convocatoria

La convocatoria se organizó en cuatro fases secuenciales, diseñadas para asegurar participación amplia, trazabilidad del proceso, evaluación multidisciplinaria y seguri-

dad durante la ejecución. Esta estructura permitió equilibrar apertura comunitaria con control institucional, aspecto fundamental en una intervención desarrollada dentro de un entorno clínico activo.

c. Fase de difusión institucional

La primera fase correspondió a la difusión institucional y comunitaria. La divulgación se realizó mediante material impreso, comunicación directa y visitas programadas a instituciones educativas de nivel medio superior y superior. También se estableció contacto con docentes vinculados con muralismo, artes visuales y disciplinas afines, con el propósito de promover la participación de estudiantes y artistas emergentes. Esta fase permitió ampliar el alcance de la convocatoria y favorecer la inclusión de propuestas provenientes de distintos perfiles formativos, artísticos y comunitarios.

d. Modalidad de postulación y sistematización del registro de propuestas

La segunda fase correspondió a la postulación y sistematización del registro de propuestas. La inscripción se gestionó mediante un formulario digital, lo que permitió centralizar la información, homologar los requisitos de participación y facilitar la revisión documental. Las personas postulantes podían participar de manera individual o en equipos de trabajo, con el objetivo de favorecer tanto propuestas autónomas como ejercicios colaborativos. Para valorar la viabilidad técnica y conceptual, se solicitó evidencia de formación o trayectoria artística, interpretación conceptual de la propuesta, narrativa visual, justificación estética y paleta cromática detallada, incluyendo los códigos de color específicos (ya sean valores hexadecimales, RGB o referencias Pantone) para garantizar la concordancia entre el diseño digital presentado y la ejecución física posterior. Esta información permitió evaluar no solo la calidad visual del diseño, sino también su pertinencia para una población pediátrica y su factibilidad de ejecución en un entorno hospitalario.

e. Validación de las propuestas conceptuales

La tercera fase consistió en la validación de las propuestas conceptuales por un panel multidisciplinario. Este panel revisó que los diseños fueran pertinentes para población pediátrica, culturalmente significativos, técnicamente viables y compatibles con las condiciones de seguridad sanitaria del hospital. La evaluación incluyó la revisión de materiales, limpieza, mantenimiento, circulación, riesgo de interferencia con actividades clínicas y congruencia con los objetivos de humanización.

f. Selección del proyecto artístico

La cuarta fase correspondió a la selección del proyecto artístico y a la preparación para la ejecución. Las propuestas con mayor puntaje fueron integradas a una narrativa visual ascendente, y se asignaron las áreas específicas de intervención. Antes del inicio de los trabajos, las personas participantes recibieron inducción sobre reglamento interno, confidencialidad, normas de seguridad, protocolos de emergencia y comportamiento dentro de instalaciones clínicas. Además, se gestionaron credenciales institucionales temporales para formalizar el control de acceso y resguardar la seguridad de pacientes, familiares, personal sanitario y participantes durante el periodo de intervención.

Los criterios de evaluación se organizaron en las siguientes cuatro dimensiones:

1) Calidad técnica y artística

- a. Elementos Valorados: Composición, originalidad, dominio técnico, coherencia estética y claridad narrativa.
- b. Finalidad dentro de la intervención: Asegurar propuestas visualmente sólidas y adecuadas para el área pediátrica.

2) Viabilidad en entornos hospitalarios

- a. Elementos Valorados: Materiales, limpieza, mantenimiento, seguridad sanitaria y compatibilidad operativa
- b. Finalidad dentro de la intervención: Evitar riesgos clínicos, sanitarios u operativos durante y después de la intervención

3) Resonancia cultural

- a. Elementos Valorados: Identidad regional, reconocimiento comunitario y pertinencia simbólica
- b. Finalidad dentro de la intervención: Favorecer apropiación del espacio y vínculo entre hospital y comunidad

4) Potencial restaurativo

- a. Elementos Valorados: Calma, orientación, distracción positiva, bienestar emocional y seguridad percibida.
- b. Finalidad dentro de la intervención: Contribuir a una experiencia asistencial menos intimidante y más comprensible.

g. Narrativa visual regional y lineamientos cromáticos

La narrativa visual se diseñó como una progresión simbólica ascendente, orientada a acompañar el trayecto asistencial de la persona usuaria pediátrica a través de diferentes áreas del hospital. Esta progresión permitió construir una experiencia visual continua, con capacidad para orientar espacialmente, diferenciar ambientes y generar estímulos positivos durante la estancia.

Los diseños seleccionados debían reflejar mensajes positivos vinculados con la salud, el bienestar, la esperanza, el cuidado, la comunidad y la recuperación. Esta orientación conceptual fue relevante, ya que permitió articular los lineamientos cromáticos y visuales con los objetivos de humanización del entorno hospitalario, integrando elementos que favorecieron una experiencia estética coherente, acogedora y centrada en las necesidades de las personas usuarias pediátricas y sus familias. Se validaron tres familias cromáticas para orientar la ejecución de los murales:

- Paleta Suave y Relajante: Orientada a reducir la activación fisiológica y promover estados de calma.
- Paleta Dinámica y Estimulante: Diseñada para áreas donde se busca activación cognitiva y emocional positiva.
- Paleta Natural y Reconfortante: Basada en tonalidades presentes en entornos naturales, vinculada a los principios del diseño biofílico.

h. Especificaciones técnicas y materiales

La selección de materiales se realizó considerando criterios de seguridad clínica, durabilidad, facilidad de limpieza y compatibilidad con las rutinas de desinfección hospitalaria. Se priorizaron pinturas acrílicas no tóxicas, lavables y adecuadas para interiores, así como selladores protectores que permitieran preservar las imágenes sin dificultar los procesos de limpieza. La revisión de materiales fue incorporada al proceso de validación para reducir riesgos sanitarios y asegurar que la intervención pudiera mantenerse en condiciones adecuadas durante la operación cotidiana del servicio.

i. Panel de expertos

La validación de las propuestas se realizó mediante un panel multidisciplinario integrado por perfiles institucionales, clínicos, sanitarios, formativos, artísticos y comunitarios. La participación de la Dirección hospitalaria permitió valorar la factibilidad institucional, administrativa y operativa de la intervención; el área de Calidad revisó la congruencia del proyecto con los objetivos de humanización, experiencia de la persona usuaria y mejora de la atención; enfermería aportó la perspectiva clínica y operativa del flujo asistencial pediátrico; epidemiología

valoró los criterios de bioseguridad, limpieza, selección de materiales y control de riesgos sanitarios; y enseñanza revisó el potencial educativo, comunicacional y formativo de los componentes propuestos.

De manera complementaria, la representación artística o cultural permitió evaluar la calidad técnica, composición, narrativa visual, pertinencia cromática y coherencia estética de las propuestas, mientras que la representación comunitaria contribuyó a valorar la apropiación simbólica, la resonancia cultural y la cercanía del diseño con el contexto territorial de la población atendida. Esta integración de perfiles permitió revisar las propuestas no solo desde su valor visual, sino también desde su viabilidad en un entorno clínico activo, su compatibilidad con la operación hospitalaria, su pertinencia para población pediátrica y su alineación con los principios de codiseño, participación comunitaria y atención centrada en la persona.

INSTRUMENTOS EMPLEADOS

Para la evaluación cuantitativa se utilizaron instrumentos seleccionados por su pertinencia conceptual respecto al objetivo del estudio y por sus antecedentes de uso en la evaluación del entorno físico, la experiencia de cuidado y la práctica centrada en la persona. No obstante, la evidencia de validación específica en población mexicana no fue homogénea para todos los instrumentos. Por ello, antes de su aplicación se realizó una revisión de comprensión lingüística, pertinencia contextual y adecuación operativa por parte del equipo investigador. Esta condición se reconoce como una limitación metodológica y se considera en la interpretación de los resultados:

- La Evaluación Posocupación (P.O.E.) se aplicó para valorar la percepción del entorno físico. Esta herramienta permite examinar el desempeño de los espacios construidos desde la experiencia de quienes los utilizan, considerando dimensiones ambientales y funcionales del entorno.²³ Este instrumento evalúa múltiples dimensiones del ambiente construido, incluyendo iluminación, temperatura, ventilación, limpieza, ruido, comodidad, privacidad, seguridad, desplazamiento, bienestar y satisfacción global mediante escalas *Likert* de cinco puntos donde 1 representa "muy insatisfecho" y 5 representa "muy satisfecho".
- El *Person Centred Practice Inventory Staff (PCPI-S)*, desarrollado originalmente en inglés por Slater, McCance y McCormack, fue diseñado para evaluar la percepción del personal sanitario sobre los prerrequisitos del personal operativo, el entorno de la práctica y los procesos centrados

en la persona.²⁴ Este instrumento cuenta con una validación psicométrica internacional y con una versión en español adaptada y validada en profesionales sanitarios de España.

- *Person Centred Practice Inventory Care* (PCPI-C), desarrollado por McCormack, Slater y colaboradores, fue diseñado para medir la experiencia de la atención centrada en la persona desde la perspectiva de las personas usuarias y sus cuidadores.⁹ El instrumento original evalúa dimensiones como trabajo con creencias y valores, toma de decisiones compartidas, implicación auténtica, presencia plena y enfoque holístico.

Para la evaluación cualitativa se emplearon mapas de empatía con los cuidadores primarios, el personal operativo del servicio y personas usuarias pediátricas con capacidad de participación. En la población infantil se utilizaron técnicas gráficas adaptadas a la edad y condición clínica, con el propósito de favorecer la expresión de percepciones, emociones y necesidades que podrían no ser capturadas mediante cuestionarios estructurados. Estas herramientas no se utilizaron como instrumentos psicométricos, sino técnicas exploratorias de aproximación cualitativa. Su beneficio principal fue ampliar la comprensión de la experiencia vivida; su principal limitación fue la dependencia del contexto, de la interpretación del equipo investigador y de la capacidad expresiva de cada participante.

De manera complementaria, se elaboró un mapa del viaje asistencial de la persona usuaria pediátrica, conocido como *Patient Journey Map (PJM)*, para identificar puntos de contacto, necesidades, barreras, facilitadores y oportunidades de mejora durante el trayecto asistencial.²⁵ Esta herramienta permitió integrar la experiencia de la persona usuaria, sus cuidadores y el personal de salud en una representación secuencial del proceso de atención. Su valor metodológico radicó en identificar momentos críticos del recorrido asistencial y orientar la reingeniería de componentes ambientales, comunicacionales y participativos. Al igual que los mapas de empatía, el PJM se utilizó como herramienta cualitativa de diseño y mejora, no como escala validada de medición.

PROCEDIMIENTO DE RECOLECCIÓN DE DATOS

La recolección de datos se realizó en dos fases. La primera fase correspondió al diagnóstico situacional previo a la intervención y tuvo una duración aproximada de cuatro semanas. Durante esta fase se aplicaron los instrumentos P.O.E., PCPI-C y PCPI-S a los 40 participantes, complementados con la implementación de mapas de empatía y el *Patient Journey Map*. Esta medición permitió establecer una línea base sobre la percepción del entorno

físico, la atención centrada en la persona y los puntos críticos de experiencia asistencial.

La segunda fase correspondió a la medición postintervención y se realizó aproximadamente un mes después de la implementación de los componentes de "*Paredes que Sanan*". En esta fase se aplicaron el PCPI-C y el PCPI-S para evaluar la variación en la percepción de la atención centrada en la persona y el entorno de práctica. No se aplicó una segunda medición del instrumento del P.O.E. posterior a la interpretación, por lo que la interpretación de los cambios ambientales se realizó mediante triangulación con los resultados postintervención del PCPI-C, PCPI-S y de los hallazgos cualitativos.

ESTRATEGIA DE ANÁLISIS DE LA INFORMACIÓN

El análisis cuantitativo se realizó mediante estadística descriptiva. Para las variables derivadas de escalas tipo *Likert* se calcularon frecuencias, porcentajes, medias, medianas y rangos intercuartílicos, de acuerdo con la estructura de cada instrumento. Las puntuaciones globales y por dominio del PCPI-C y del PCPI-S se expresaron como promedios en escala de 1 a 5 y, cuando correspondió, como porcentaje del puntaje máximo teórico.

La comparación preintervención y postintervención se presentó principalmente de forma descriptiva, mediante diferencias absolutas y cambios porcentuales. Debido a que no se recolectaron identificadores nominales, no fue posible confirmar el pareamiento individual entre las mediciones. Por esta razón, las observaciones se analizaron como muestras agregadas no pareadas y no se utilizaron pruebas para muestras relacionadas.

Como análisis complementario exploratorio, se aplicó la prueba U de *Mann-Whitney* para comparar las distribuciones agregadas de las puntuaciones globales preintervención y postintervención del PCPI-C y del PCPI-S.²⁶ La elección de esta prueba se justificó por tratarse de una comparación entre dos grupos independientes o no pareados, con tamaño muestral limitado y variables derivadas de escalas ordinales tipo *Likert*, sin asumir distribución normal de los datos. Se estableció un nivel de significancia de $p < 0.05$ para los contrastes exploratorios. Los resultados de esta prueba se interpretaron como apoyo estadístico complementario a la descripción de los cambios observados, sin atribución causal definitiva.

El análisis cualitativo se realizó mediante identificación de categorías temáticas derivadas de mapas de empatía, técnicas gráficas adaptadas y *Patient Journey Map*. Los hallazgos fueron organizados en

categorías relacionadas con percepción del entorno, seguridad emocional, comunicación, orientación, participación familiar, relación con el personal sanitario y apropiación simbólica del espacio. La integración de resultados cuantitativos y cualitativos se realizó mediante triangulación por convergencia, con el propósito de interpretar los hallazgos desde una perspectiva de experiencia asistencial y mejora del entorno pediátrico.

CONSIDERACIONES ÉTICAS

El proyecto se desarrolló como una intervención de mejora institucional en condiciones reales de práctica hospitalaria, orientada a la humanización del entorno pediátrico y a la evaluación de la experiencia asistencial. No implicó experimentación clínica, asignación aleatoria, procedimientos invasivos, modificación de tratamientos, restricción de la atención habitual ni exposición adicional a riesgos clínicos. De acuerdo con su clasificación como Proyecto de Mejora Institucional, no fue considerado sujeto a revisión formal por el Comité de Ética o Investigación, por lo que no cuenta con número de aprobación; su implementación y el uso de información agregada se realizaron bajo autorización de la Dirección del establecimiento, con participación del área de Calidad.

El proyecto consideró los principios de la Declaración de Helsinki en lo relativo a respeto por las personas, protección de grupos vulnerables, confidencialidad, participación voluntaria y uso responsable de la información.²⁷ La participación de personas usuarias pediátricas, cuidadores primarios y personal sanitario fue voluntaria. Los cuidadores primarios otorgaron autorización informada y, en las personas usuarias pediátricas, se consideró el asentimiento cuando la edad, condición clínica y capacidad de comprensión lo permitieron. La participación del personal sanitario fue anónima.

Para proteger la identidad de las personas participantes, no se recolectaron nombres, números de expediente, datos de contacto ni identificadores directos. La información fue anonimizada, analizada de forma agregada y utilizada exclusivamente con fines de evaluación, mejora de la calidad e investigación.

RESULTADOS

Etapas 1: Diagnóstico situacional

a) Evaluación del entorno físico (P.O.E.)

La Evaluación Posocupación (P.O.E.) permitió establecer una línea base sobre la percepción del entorno físico del área pediátrica. Se obtuvieron 20 registros y se evaluaron con base en diez dimensiones ambientales y funcionales

mediante una escala tipo *Likert* de 1 a 5. La puntuación global promedio fue de 3.25 puntos, equivalente a 65% del puntaje máximo teórico. Este resultado mostró una percepción basal intermedia favorable, con fortalezas específicas en dimensiones funcionales del espacio y oportunidades de mejora en componentes sensoriales y de bienestar.

Las dimensiones mejor valoradas fueron privacidad, con media de 4.05 puntos y 81.0% del máximo teórico, seguida de nivel de ruido, con media de 3.85 puntos y 77.0%. También se observaron puntuaciones favorables en comodidad, seguridad y desplazamiento, cada una con media de 3.55 puntos y 71.0%. Estos hallazgos sugieren que, antes de la intervención, el área pediátrica ya conservaba atributos relevantes para la operación clínica cotidiana, particularmente en aspectos relacionados con privacidad percibida, control acústico relativo, seguridad básica y movilidad dentro del servicio.

Las dimensiones con menor puntuación fueron iluminación, con media de 2.20 puntos y 44.0% del máximo teórico, bienestar, con media de 2.50 puntos y 50.0%, y satisfacción global, con media de 2.75 puntos y 55.0%. Este patrón permitió identificar que las principales áreas de oportunidad no se concentraban exclusivamente en la funcionalidad operativa del espacio, sino en la experiencia ambiental, visual y emocional de la estancia pediátrica. La diferencia entre una privacidad favorable y una baja percepción de iluminación y bienestar resultó particularmente relevante para orientar la intervención hacia componentes de neuroarquitectura, narrativa visual y apropiación simbólica del entorno.

La puntuación total correspondiente presentó una media de 32.5 puntos sobre 50 posibles, con desviación estándar de 7.44 y rango de 20 a 47 puntos. Esta dispersión sugiere heterogeneidad en la experiencia basal del espacio, probablemente relacionada con diferencias en trayectoria asistencial, condición clínica, tiempo de estancia, ubicación física dentro del servicio y expectativas previas de las personas usuarias o sus cuidadores.

Los hallazgos del P.O.E. permitieron establecer las bases para la priorización de las intervenciones, enfocándose en aquellos elementos que los usuarios percibían como más deficitarios y que impactaban directamente en su experiencia durante la estancia hospitalaria y el trayecto asistencial. La diferencia entre las dimensiones valoradas positivamente y aquellas identificadas como áreas de oportunidad reveló un patrón claro, mientras que los elementos relacionados con la operación básica de las instalaciones recibían valoraciones favorables, aquellos relacionados con la experiencia sensorial presentaban deficiencias significativas.

b) Evaluación basal de la atención centrada en la persona (PCPI-C)

El PCPI-C permitió valorar la percepción de personas usuarias pediátricas y cuidadores primarios respecto a la atención centrada en la persona. En la medición preintervención, la puntuación global promedio fue de 2.95 puntos en escala de 1 a 5, con desviación estándar de 0.15, mediana de 2.97, rango intercuartílico de 2.89 a 3.01 y rango observado de 2.61 a 3.28. Este comportamiento ubicó la percepción basal en un nivel medio bajo, con variabilidad limitada entre respondientes.

Por constructo, la puntuación basal más alta correspondió a presencia plena, con media de 3.13 puntos y 62.7% del máximo teórico. Le siguieron implicación auténtica, con 3.00 puntos y 60.0%; toma de decisiones compartida, con 2.98 puntos y 59.5%; enfoque holístico, con 2.91 puntos y 58.3%; y trabajo con creencias y valores, con 2.80 puntos y 56.0%.

La distribución basal del PCPI-C sugiere que las personas usuarias y sus cuidadores identificaban elementos relacionales presentes durante la atención, pero no de manera suficientemente consolidada. El constructo con menor puntuación fue trabajo con creencias y valores, lo que señaló una oportunidad concreta para fortalecer la exploración de aquello que resulta importante para la persona usuaria pediátrica y su familia. De manera complementaria, la puntuación de enfoque holístico evidenció la necesidad de trascender la atención centrada exclusivamente en la dimensión biomédica e incorporar elementos relacionados con el contexto familiar, las necesidades emocionales, la comunicación y la seguridad percibida.

En términos interpretativos, la línea base del PCPI-C mostró que la intervención debía incidir en la dimensión relacional de la atención. No bastaba con mejorar la apariencia del espacio físico, era necesario construir condiciones que facilitaran una interacción más cercana, comprensible y participativa entre personal sanitario, personas usuarias pediátricas y familias.

c) Evaluación basal del entorno de práctica (PCPI-S)

El PCPI-S permitió evaluar la percepción del personal sanitario sobre las condiciones profesionales, organizacionales y relacionales que sostienen la práctica centrada en la persona. En la medición preintervención, la puntuación global promedio fue de 2.89 puntos en escala de 1 a 5, con desviación estándar de 0.11, mediana de 2.86, rango intercuartílico de 2.83 a 2.94 y rango observado de 2.68 a 3.10. Este resultado ubicó la percepción global del personal en un nivel intermedio bajo.

El análisis por dominios mostró una distribución heterogénea. Los procesos centrados en la persona presentaron la puntuación basal más alta, con media de 4.32 puntos y 86.3% del máximo teórico. Los prerrequisitos del personal alcanzaron una media de 3.28 puntos y 65.6%; mientras que el entorno de la práctica presentó la puntuación más baja, con media de 1.70 puntos y 33.9%.

Dentro de los prerrequisitos del personal, la principal fortaleza fue compromiso con el trabajo, con media de 4.23 puntos y 84.6% del máximo teórico. También se identificó una puntuación favorable en habilidades interpersonales, con media de 3.53 puntos y 70.5%. En contraste, las puntuaciones más bajas correspondieron a conocerse a sí mismo, con media de 2.57 puntos y 51.3%; ser profesionalmente competente, con media de 2.62 puntos y 52.3%; y claridad de creencias y valores, con media de 2.75 puntos y 55.0%. Estos hallazgos indican que el compromiso del personal constituía una fortaleza institucional de base, aunque coexistía con áreas de oportunidad relacionadas con reflexión profesional, desarrollo de competencias y alineación explícita entre valores personales, práctica clínica y experiencia de cuidado.

En el dominio entorno de la práctica se concentraron las brechas más relevantes. Las subdimensiones con menor puntuación fueron poder compartido, con media de 1.00 puntos y 20.0% del máximo teórico; relaciones eficaces, con media de 1.02 puntos y 20.3%; y sistemas organizativos de apoyo, con media corregida de 1.20 puntos y 24.0%. También se observaron puntuaciones bajas en innovación y riesgo, con media de 1.73 puntos y 34.7%; entorno físico, con media de 2.33 puntos y 46.7%; sistemas de decisión compartida en el entorno, con media de 2.44 puntos y 48.8%; y proporción adecuada, con media de 2.47 puntos y 49.3%.

La distribución basal del PCPI-S permitió identificar una disociación relevante entre la disposición individual del personal sanitario y las condiciones organizacionales que sostienen la práctica centrada en la persona. Mientras que los procesos centrados en la persona y el compromiso con el trabajo mostraron puntuaciones favorables, el entorno de la práctica presentó la puntuación más baja del instrumento. Este patrón sugiere que el desafío inicial no se ubicaba principalmente en la falta de intención del personal para proporcionar una atención humanizada, sino en la limitada percepción de soporte institucional, colaboración efectiva, poder compartido, innovación y condiciones físicas del entorno.

El análisis conjunto de la P.O.E. y del PCPI-S mostró una convergencia descriptiva entre las áreas de oportunidad ambientales y organizacionales. La baja puntuación de iluminación, bienestar y satisfacción

global en la P.O.E. coincidió con la baja valoración del entorno físico, los sistemas organizativos de apoyo, el poder compartido y las relaciones eficaces en el PCPI-S. Esta convergencia orientó el diseño de la intervención hacia una transformación simultánea del espacio, la comunicación, la participación y la relación entre hospital, personal sanitario, personas usuarias y familias.

d) Identificación de necesidades, expectativas y puntos de dolor (*pain points*) mediante metodologías cualitativas

Los mapas de empatía y las técnicas gráficas adaptadas permitieron complementar los hallazgos cuantitativos mediante una aproximación cualitativa a la experiencia vivida. En las personas usuarias pediátricas, las expresiones gráficas y narrativas evidenciaron percepciones asociadas con temor, incertidumbre, extrañeza ante el entorno hospitalario y necesidad de estímulos visuales más comprensibles y emocionalmente seguros. En cuidadores primarios, las principales necesidades se relacionaron con información clara, orientación dentro del servicio, reconocimiento del rol familiar y mayor comprensión de los momentos del proceso asistencial.

El *Patient Journey Map* permitió identificar puntos de contacto críticos durante el trayecto asistencial pediátrico. Los momentos de mayor carga emocional se concentraron en el ingreso al área de urgencias, la transición hacia hospitalización, la permanencia en cama y la interacción con información clínica. Estos hallazgos justificaron que la intervención no se limitara a una modificación visual del entorno, sino que integrara componentes ambientales, comunicacionales y participativos orientados a mejorar la experiencia asistencial.

Etapas 2: Intervención artística

La ejecución se realizó procurando no interferir con la operación clínica del servicio y manteniendo criterios de seguridad, limpieza, circulación y confidencialidad dentro del entorno hospitalario.

a) Urgencias pediátricas (Elementos marítimos)

El área de urgencias pediátricas se intervino con una temática marina. Esta decisión fue congruente con el papel de urgencias como primer punto de contacto institucional, donde suelen concentrarse incertidumbre, preocupación familiar y elevada carga emocional. La composición visual incorporó fauna acuática, formaciones coralinas y tonalidades asociadas con calma, fluidez y continuidad visual.



Ilustración 1. Intervención en área de urgencias pediátricas.
Fuente: Elaboración propia, (2025).

La temática marina se seleccionó por su potencial para generar distracción positiva y suavizar la percepción inicial del ambiente hospitalario. Los elementos visuales fueron utilizados como recurso de contención ambiental, especialmente en un espacio donde la persona usuaria pediátrica y su cuidador primario pueden experimentar temor ante la incertidumbre diagnóstica, procedimientos clínicos o tiempos de espera. La intervención buscó transformar el primer contacto visual con el servicio en una experiencia menos intimidante, sin alterar la funcionalidad clínica del área.

b) Hospitalización pediátrica (Selva literaria)

El área de hospitalización pediátrica se intervino con la temática de selva literaria. Esta zona fue considerada prioritaria por representar el espacio de mayor permanencia durante la estancia hospitalaria. A diferencia del área de urgencias, donde predomina el primer contacto y la incertidumbre inmediata, la hospitalización requiere recursos ambientales que acompañen la permanencia, reduzcan la monotonía y favorezcan experiencias de distracción, conversación y apropiación del espacio.

La selva literaria integró elementos naturales, personajes, referencias a la imaginación y componentes asociados con lectura y fantasía. Esta combinación buscó

transformar el espacio de hospitalización en un entorno narrativo, con estímulos visuales capaces de promover curiosidad y generar oportunidades de interacción entre la persona usuaria pediátrica, sus cuidadores y

el personal sanitario. La dimensión literaria aportó un componente simbólico adicional, al vincular la estancia hospitalaria con imaginación, exploración y creación de significado.



Ilustración 2. Selva Literaria.
Fuente: Elaboración propia, (2025).

Etapas 3: Integración de la perspectiva del usuario y su familia en la reingeniería del proceso asistencial

Esta etapa consistió en integrar de manera sistemática la perspectiva de la persona usuaria pediátrica, sus cuidadores primarios y el personal sanitario en la reingeniería de componentes específicos del proceso asistencial. Esta fase permitió que la intervención trascendiera la transformación visual del entorno y se orientara hacia la mejora de la comunicación, la identificación, la participación familiar y la alfabetización en salud durante la estancia pediátrica.

La participación de las personas usuarias y sus familias se concibió como un componente sustantivo del proceso de humanización. En este sentido, niñas, niños, adolescentes y cuidadores primarios no fueron considerados únicamente receptores de una intervención ambiental, sino actores capaces de aportar información relevante sobre necesidades, barreras, expectativas y oportunidades de mejora. Esta aproximación permitió vincular los hallazgos del diagnóstico situacional con soluciones operativas orientadas a mejorar la experiencia asistencial.

La reingeniería del proceso asistencial se sustentó en la integración de información cuantitativa y cualitativa. Los resultados del PCPI-C permitieron identificar brechas en dimensiones como trabajo con creencias y valores, toma de decisiones compartidas, implicación auténtica, presencia plena y enfoque holístico. De manera comple-

mentaria, los mapas de empatía y las entrevistas de codiseño aportaron información sobre necesidades de orientación, comprensión del proceso de atención, comunicación con el personal sanitario y participación de los cuidadores primarios durante la estancia.

A partir de esta triangulación, la reingeniería se materializó en tres componentes principales. El primero fue el desarrollo de un repositorio digital de contenido educativo vinculado a códigos QR dinámicos. El segundo correspondió al rediseño de tableros de identificación interactivos en cabecera. El tercero fue la realización de entrevistas de codiseño para validar necesidades, ajustar soluciones y asegurar pertinencia operativa. Estos componentes se orientaron a fortalecer la relación entre personal sanitario, personas usuarias pediátricas y familias, así como a favorecer una experiencia de cuidado más comprensible, participativa y centrada en la persona.

a) Repositorio digital con códigos QR educativos dinámicos

Se desarrollaron códigos QR dinámicos vinculados a un repositorio institucional de contenido educativo revisado por el equipo responsable de la intervención. Este componente permitió ampliar la función tradicional de los gafetes de identificación, al convertirlos en un recurso de comunicación en salud para cuidadores primarios y familias. La finalidad fue facilitar el acceso a información clara, actualizada y pertinente sobre temas relacionados con el cuidado pediátrico, el funcionamiento del servicio

y las necesidades identificadas durante el diagnóstico situacional.

Este repositorio no sustituyó la comunicación directa con el personal sanitario, sino que funcionó como un complemento para reforzar mensajes, favorecer la comprensión del proceso asistencial y ofrecer información accesible durante la estancia hospitalaria.

b) Tableros de identificación interactivos

Se rediseñaron los tableros de identificación de cabecera mediante un formato modular e interactivo. El diseño incorporó componentes removibles que permitieron actualizar información relevante sin reemplazar por completo la tarjeta, favoreciendo una mayor flexibilidad operativa y una comunicación visual más clara durante la estancia. Este componente respondió a la necesidad de mejorar la identificación, la orientación y la participación de la persona usuaria pediátrica y su familia en aspectos básicos del proceso de atención.

Los tableros interactivos fueron concebidos como una herramienta de comunicación entre personal sanitario, persona usuaria pediátrica y cuidador primario. Su diseño buscó facilitar el reconocimiento de información relevante, fortalecer la participación familiar y favorecer que niñas, niños y adolescentes pudieran involucrarse de acuerdo con su edad, condición clínica y capacidad de comprensión. Esta aproximación es congruente con la atención centrada en la persona, al reconocer que la población pediátrica puede participar en su cuidado de manera gradual y adaptada a su desarrollo.

c) Entrevistas de codiseño

Las entrevistas de codiseño se realizaron como estrategia de participación para incorporar la perspectiva de los actores involucrados en el proceso asistencial. Estas sesiones facilitaron espacios de diálogo con

personas usuarias pediátricas, cuidadores primarios y personal sanitario, permitiendo explorar necesidades, preferencias, preocupaciones y propuestas relacionadas con los componentes de la intervención.

La metodología de codiseño permitió validar que las soluciones propuestas no fueran impuestas exclusivamente desde una perspectiva técnica o administrativa. Por el contrario, las decisiones de diseño se ajustaron con base en la experiencia vivida de quienes transitan, acompañan o prestan atención en el área pediátrica. Este proceso favoreció la identificación de aspectos que podrían no haber sido visibles mediante instrumentos cuantitativos, particularmente aquellos relacionados con comunicación, orientación, comprensión del entorno y seguridad emocional.

Las entrevistas también permitieron valorar la aceptabilidad de los componentes implementados. En particular, contribuyeron a ajustar el lenguaje, la ubicación y la función de los recursos educativos e interactivos. Esta retroalimentación fortaleció la pertinencia operativa de la intervención y permitió alinear los componentes de reingeniería con las condiciones reales del servicio.

Etapa 4: Evaluación postintervención

La evaluación postintervención se realizó aproximadamente un mes después de la implementación de “Paredes que Sanan”. En esta fase se aplicaron nuevamente el *Person Centred Practice Inventory Care* (PCPI-C) y el *Person Centred Practice Inventory Staff* (PCPI-S), con el propósito de valorar cambios en la percepción de atención centrada en la persona, experiencia asistencial y entorno de práctica. La Evaluación Posocupación (P.O.E.) no se aplicó en esta segunda medición, por lo que la interpretación posterior del componente ambiental se realizó mediante triangulación con los resultados del PCPI-C, el PCPI-S y los hallazgos cualitativos. (Tabla 2.)

Instrumento	Medición	Media	DE	Mediana	RIC	Rango	Diferencia media	U de Mann-Whitney	Valor de p	Tamaño de efecto exploratorio
PCPI-C	Preintervención	2.95	0.15	2.97	2.89 a 3.01	2.61 a 3.28				
PCPI-C	Postintervención	4.78	0.12	4.81	4.71 a 4.89	4.56 a 4.94	1.83	400	< 0.001	1,00

PCPI-S	Preintervención	2.89	0.11	2.86	2.83 a 2.94	2.68 a 3.10				
PCPI-S	Postintervención	4.43	0.15	4.38	4.35 a 4.47	4.25 a 4.78	1.54	400	< 0.001	1.00

Tabla 2. Análisis estadístico global preintervención y postintervención.
Fuente: Elaboración propia, (2025).

Cambios en la percepción del usuario y su cuidador (PCPI-C).

La evaluación postintervención del PCPI-C mostró un incremento consistente en la percepción de atención centrada en la persona desde la perspectiva de personas usuarias pediátricas y cuidadores primarios. La puntuación global promedio aumentó de 2.95 a 4.78

puntos en escala de 1 a 5, con una diferencia absoluta de 1.83 puntos. En términos relativos, el porcentaje del máximo teórico pasó de 59.1% a 95.6%, lo que representa un incremento de 36.5 puntos porcentuales.

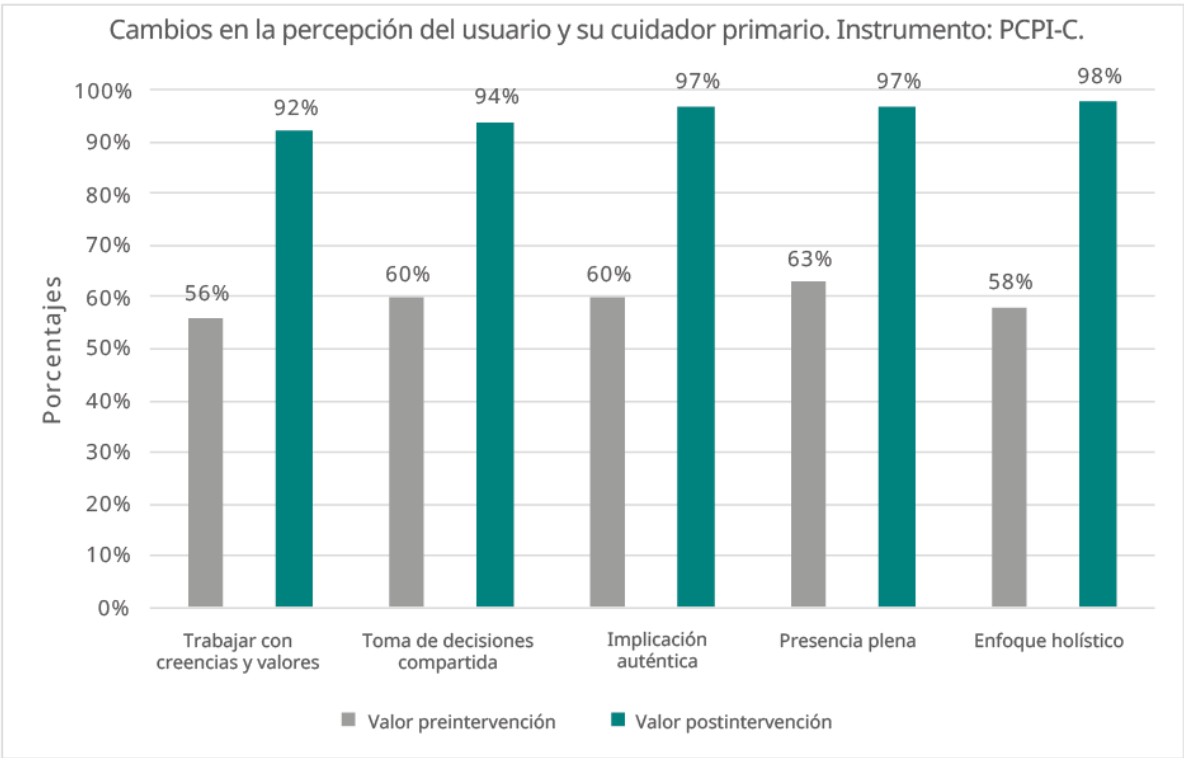


Gráfico 1. Cambios en la percepción de la atención centrada en la persona.
Fuente: Elaboración propia, (2025).

La distribución de las puntuaciones globales mostró un desplazamiento homogéneo hacia valores altos. En la medición preintervención, la mediana fue de 2.97 puntos, con rango intercuartílico de 2.89 a 3.01 y rango observado de 2.61 a 3.28 puntos. En la medición postintervención, la mediana aumentó a 4.81 puntos, con rango intercuartílico de 4.71 a 4.89 y rango observado de 4.56 a 4.94 puntos. La comparación exploratoria mediante *U de Mann-Whitney* mostró una

diferencia estadísticamente significativa entre ambas mediciones, con $p < 0.001$. La correlación biserial de rangos fue de 1.00; no obstante, este valor se interpretó únicamente como indicador exploratorio de separación entre distribuciones agregadas, sin establecer evidencia concluyente de efectividad.

Los cinco constructos del PCPI-C mostraron incrementos posteriores a la intervención. El mayor

cambio se observó en enfoque holístico, que aumentó de 2.91 a 4.90 puntos, con una diferencia absoluta de 1.99 puntos. Implicación auténtica aumentó de 3.00 a 4.87 puntos. Trabajo con creencias y valores pasó de 2.80 a 4.61 puntos. Toma de decisiones compartida se incrementó de 2.98 a 4.71 puntos y presencia plena aumentó de 3.13 a 4.83 puntos.

Este patrón indica que el cambio posterior a la intervención no se concentró en un solo componente de la experiencia, sino que se distribuyó de manera consistente en todas las dimensiones relacionales evaluadas. El incremento en enfoque holístico resulta particularmente relevante porque sugiere una percepción más favorable sobre la consideración de necesidades emocionales, familiares y contextuales durante el cuidado pediátrico. La mejora en trabajo con creencias y valores también es sustantiva, ya que este constructo había presentado la puntuación basal más baja y posteriormente mostró una recuperación importante, compatible con una mayor percepción de

reconocimiento de aquello que resulta significativo para la persona usuaria pediátrica y su familia.

En conjunto, los resultados del PCPI-C sugieren cambios favorables posteriores en la experiencia de cuidado desde la perspectiva de quienes reciben o acompañan la atención. Estos hallazgos son compatibles con una percepción más positiva de una atención integral, cercana, participativa y sensible al contexto familiar.

Cambios en la percepción del personal de salud (PCPI-S).

La evaluación postintervención del PCPI-S mostró una mejora global en la percepción del personal sanitario sobre la práctica centrada en la persona y las condiciones que permiten sostenerla. La puntuación global promedio aumentó de 2.89 a 4.43 puntos en escala de 1 a 5, con una diferencia absoluta de 1.54 puntos. En porcentaje del máximo teórico, el incremento fue de 57.8% a 88.7%, equivalente a 30.9 puntos porcentuales.

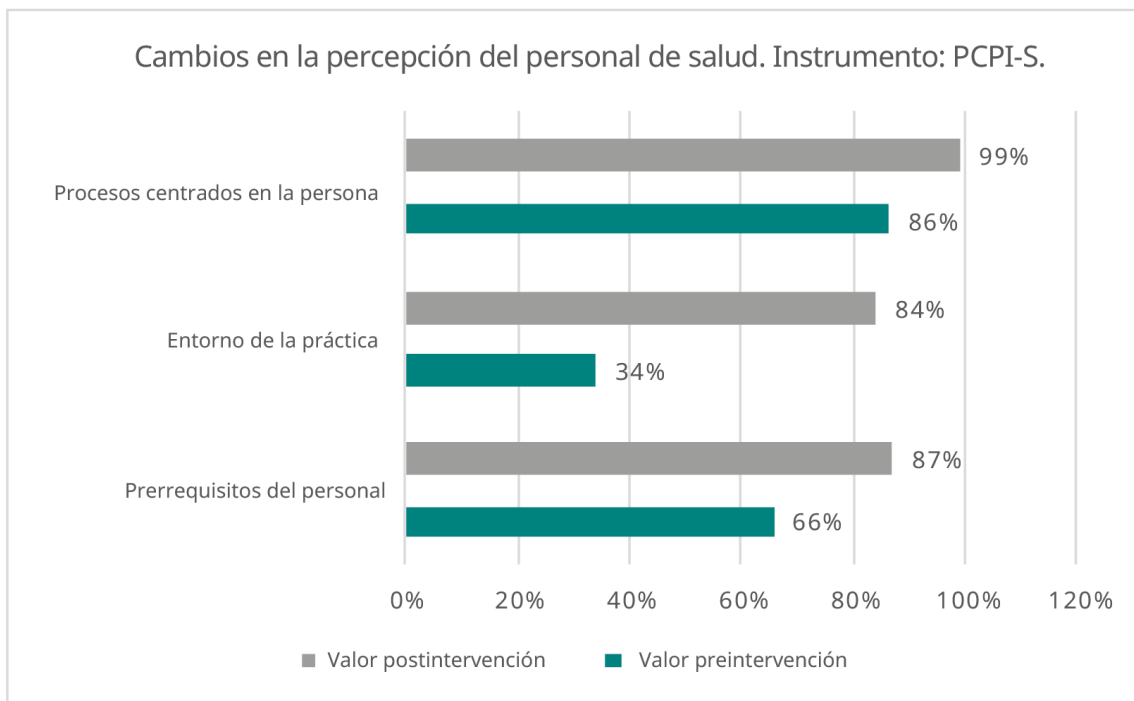


Gráfico 2. Cambios en la percepción del personal de salud.
Fuente: Elaboración propia, (2025).

La distribución global del PCPI-S mostró un desplazamiento consistente hacia puntuaciones altas. En la medición preintervención, la mediana fue de 2.86 puntos, con rango intercuartílico de 2.83 a 2.94 y rango observado de 2.68 a 3.10 puntos. En la medición postintervención, la mediana aumentó a 4.38 puntos, con rango intercuartílico de 4.35 a 4.47 y rango observado de 4.25 a 4.78 puntos. La comparación exploratoria mediante *U de Mann-Whitney* mostró una diferencia estadísticamente significativa, con $p < 0.001$ y correlación biserial de

rangos de 1.00, interpretada de forma exploratoria y complementaria debido al diseño sin grupo control y al análisis no pareado.

Por dominios principales, los prerrequisitos del personal aumentaron de 3.28 a 4.35 puntos, equivalentes a 65.6% y 86.9% del máximo teórico. El entorno de la práctica presentó el cambio más amplio, al pasar de 1.70 a 4.18 puntos, equivalentes a 33.9% y 83.5%. Los procesos centrados en la persona aumentaron de

4.32 a 4.93 puntos, equivalentes a 86.3% y 98.7%. Este comportamiento muestra que la intervención no solo reforzó prácticas relacionales que ya eran percibidas favorablemente, sino que se asoció con una mejora sustantiva en el entorno organizacional, colaborativo y físico percibido por el personal sanitario.

Las mayores mejoras se concentraron en el dominio entorno de la práctica, que había representado la principal brecha basal del PCPI-S. Sistemas organizativos de apoyo aumentó de 1.20 a 4.73 puntos, equivalente a un cambio de 24.0% a 94.6% del máximo teórico. Poder compartido que aumentó de 1.00 a 4.19 puntos, equivalente a un cambio de 20.0% a 83.8%. Relaciones eficaces pasó de 1.02 a 3.90 puntos, equivalente a 20.3% y 78.0%. Innovación y riesgo aumentó de 1.73 a 4.03 puntos, equivalente a 34.7% y 80.7%. Entorno físico aumentó de 2.33 a 4.30 puntos, equivalente a 46.7% y 86.0%. Proporción adecuada aumentó de 2.47 a 4.00 puntos, equivalente a 49.3% y 80.0%, mientras que sistemas de decisión compartida en el entorno pasó de 2.44 a 3.83 puntos, equivalente a 48.8% y 76.5%.

Estos hallazgos son metodológicamente relevantes porque las dimensiones con mayor rezago basal fueron las que mostraron los incrementos más amplios después de la intervención. La mejora en sistemas organizativos de apoyo, poder compartido y relaciones eficaces sugiere una percepción más favorable sobre colaboración, respaldo institucional, participación y posibilidad de introducir cambios en la práctica cotidiana. Desde el marco de humanización y trabajo digno, este resultado es importante porque muestra que la intervención no operó únicamente sobre el espacio visual, sino también sobre la percepción del entorno organizacional que sostiene la relación entre personal sanitario, personas usuarias pediátricas y familias.

En el dominio de prerrequisitos del personal, los mayores incrementos correspondieron a conocerse a sí mismo, que pasó de 2.57 a 4.55 puntos. Ser profesionalmente competente aumentó de 2.62 a 4.05 puntos, mientras que claridad de creencias y valores pasó de 2.75 a 3.95 puntos. Estos cambios sugieren una mejora en dimensiones relacionadas con reflexión profesional, reconocimiento de valores y percepción de competencia para sostener interacciones centradas en la persona.

En el dominio de procesos centrados en la persona, las puntuaciones postintervención alcanzaron niveles altos en prácticamente todas las subdimensiones. Creencias y valores del cuidado aumentó de 4.50 a 4.94 puntos. Decisión compartida en procesos pasó de 4.75 a 4.92 puntos. Implicación auténtica aumentó de 4.70 a 4.95 puntos. Presencia con pleno reconocimiento se incrementó de 2.57 a 4.87 puntos. Trabajo holístico

se mantuvo en el puntaje máximo de 5.00 puntos en ambas mediciones. Este comportamiento indica que las dimensiones clínicas y relacionales de la práctica, que ya mostraban fortalezas basales, se consolidaron posterior a la intervención.

DISCUSIÓN

Los hallazgos del presente estudio muestran cambios favorables posteriores a la intervención en la percepción de la atención, la experiencia asistencial y el entorno de la práctica. Este resultado es relevante porque la experiencia de la persona usuaria se reconoce como una dimensión sustantiva de la calidad asistencial, vinculada con la seguridad, la efectividad clínica y la legitimidad institucional.¹

La mejora observada en el PCPI-C, con incremento global de 2.95 a 4.78 puntos, indica un desplazamiento sustantivo hacia una percepción más favorable de atención centrada en la persona. Los cinco constructos evaluados mostraron incrementos posteriores a la intervención, con especial relevancia en enfoque holístico, implicación auténtica y trabajo con creencias y valores. Este patrón sugiere que la intervención no solo fue percibida como una modificación visual del espacio, sino como un conjunto de elementos que favoreció una experiencia de cuidado más integral, cercana y sensible al contexto familiar. Este hallazgo es congruente con los modelos de atención centrada en la persona, los cuales plantean que el cuidado debe considerar valores, preferencias, participación, comunicación y reconocimiento de la persona dentro de su contexto relacional.^{7-9,31}

Desde la perspectiva del personal sanitario, el resultado más relevante fue la mejora del dominio entorno de la práctica del PCPI-S, que pasó de 33.9% a 83.5% del puntaje máximo teórico. Este cambio es particularmente importante porque dicho dominio representaba la principal brecha basal del instrumento. Las mayores mejoras se observaron en sistemas organizativos de apoyo, poder compartido, relaciones eficaces, innovación y riesgo y entorno físico. Estos resultados sugieren una percepción más favorable del entorno organizacional y relacional posterior a la intervención.^{28,29}

La incorporación de códigos QR educativos y tableros de identificación interactivos amplió el alcance de la intervención hacia la alfabetización en salud, la orientación y la participación familiar.³² Estos componentes permitieron transformar elementos administrativos o informativos en recursos relacionales que favorecieron la comprensión del proceso asistencial y la comunicación entre personal sanitario, personas usuarias pediátricas y cuidadores primarios. Esta dimensión es relevante porque la humanización pediátrica no depende

únicamente del ambiente físico, sino también de la calidad de las interacciones, la claridad de la información y la posibilidad de que la familia participe de manera informada durante la estancia hospitalaria.

El codiseño y participación comunitaria representó otro componente diferenciador del proyecto. La convocatoria pública permitió incorporar a artistas emergentes y actores institucionales en un proceso de transformación del espacio hospitalario, favoreciendo apropiación simbólica y pertinencia cultural. Esta aproximación es congruente con la literatura sobre diseño basado en experiencia y codiseño, que reconoce que las personas usuarias, familias, personal sanitario y comunidad poseen conocimientos situados que pueden orientar soluciones más pertinentes que aquellas diseñadas exclusivamente desde una perspectiva técnica.^{10,30} La incorporación de actores también fortalece la planeación de innovaciones en salud, al aumentar la relevancia contextual, la aceptabilidad y la factibilidad de implementación.¹¹

La interpretación de los resultados cuantitativos debe considerar el diseño del estudio. Las comparaciones exploratorias mediante *U de Mann-Whitney* mostraron diferencias estadísticamente significativas en las puntuaciones globales del PCPI-C y PCPI-S ($p < 0.001$), con separación completa entre las distribuciones agregadas preintervención y postintervención. Este hallazgo refuerza la consistencia de los cambios observados; sin embargo, al no tratarse de mediciones pareadas, los hallazgos sugieren evidencia favorable asociada a la intervención, y no una demostración causal definitiva. En términos prácticos, la magnitud y consistencia de los cambios sugieren que la intervención tuvo relevancia operativa y perceptual en condiciones reales de práctica hospitalaria.

Los hallazgos cualitativos complementan esta interpretación.³³⁻³⁵ Las personas usuarias pediátricas y sus cuidadores describieron el área intervenida como más comprensible, menos intimidante y con mayor capacidad para favorecer orientación, conversación y distracción positiva. El personal sanitario percibió que la narrativa visual, los tableros interactivos y los códigos QR educativos facilitaron la comunicación con las familias y generaron condiciones más favorables para la interacción durante la atención. Esta convergencia respalda una interpretación prudente de cambios percibidos en dimensiones ambientales, relacionales y organizacionales de la experiencia asistencial.

En conjunto, "*Paredes que Sanan*" puede interpretarse como una estrategia de humanización pediátrica y mejora de la calidad que articula espacio físico, cultural, participación comunitaria, comunicación en salud y atención centrada en la persona. Su principal

aporte no radica únicamente en haber transformado visualmente un área pediátrica, sino en haber utilizado esa transformación como vehículo para fortalecer el vínculo entre hospital y comunidad, mejorar la relación entre personal sanitario, personas usuarias y familias, y generar condiciones más favorables para una experiencia asistencial comprensible, participativa y emocionalmente segura.^{36,37}

LIMITACIONES DEL ESTUDIO

El presente estudio presenta limitaciones metodológicas que deben considerarse en la interpretación de los hallazgos. En primer lugar, se utilizó un diseño cuasiexperimental con medición preintervención y postintervención, sin grupo control. Esta característica limita la posibilidad de establecer atribución causal definitiva entre la intervención y los cambios observados, debido a que no puede descartarse completamente la influencia de factores externos, cambios organizacionales concomitantes o efectos derivados de una mayor atención institucional durante el periodo de implementación.

En segundo lugar, las mediciones preintervención y postintervención se analizaron como muestras agregadas no pareadas. Esta decisión se adoptó para proteger la confidencialidad de las personas participantes, ya que no se recolectaron identificadores nominales. Como consecuencia, aunque algunas personas pudieron participar en ambas mediciones, no fue posible realizar un análisis pareado ni estimar cambios individuales. Por esta razón, la prueba *U de Mann-Whitney* se utilizó como contraste exploratorio para muestras independientes, y sus resultados deben interpretarse como apoyo estadístico complementario a la descripción de los cambios agregados.

En tercer lugar, el tamaño muestral fue limitado y correspondió a una experiencia desarrollada en un hospital rural público de segundo nivel. Aunque el número de participantes permitió documentar cambios descriptivos relevantes y obtener información útil para la mejora local, la generalización de los hallazgos a otros contextos debe realizarse con cautela. La población atendida, las características del hospital, la participación comunitaria y las condiciones organizacionales pueden modificar la factibilidad, aceptabilidad y efecto de intervenciones similares en otras instituciones.

Otra limitación corresponde a los instrumentos utilizados. El PCPI-S cuenta con una versión en español adaptada y validada en profesionales sanitarios de España, pero no se dispone de validación psicométrica específica para población mexicana.²⁴ En el caso del PCPI-C, el instrumento original fue desarrollado y probado en inglés con participación internacional, pero en este estudio se utilizó una versión en español revisada

por el equipo investigador para asegurar comprensión lingüística y pertinencia contextual.⁹ Por tanto, los resultados deben interpretarse como mediciones de percepción en el contexto del proyecto, no como estimaciones psicométricas plenamente generalizables a población mexicana pediátrica o a cuidadores primarios.

Asimismo, la P.O.E. se aplicó únicamente durante la línea base. Esta decisión permitió identificar áreas de oportunidad en el entorno físico antes de la intervención, pero impidió realizar una comparación directa postintervención mediante el mismo instrumento. Por ello, la interpretación posterior del componente ambiental se realizó mediante triangulación con PCPI-C, PCPI-S y hallazgos cualitativos. Estudios futuros deberían considerar una segunda medición de P.O.E. para valorar de manera directa los cambios percibidos en iluminación, bienestar, satisfacción global y otros componentes ambientales.

El periodo de evaluación postintervención fue breve, aproximadamente un mes después de la implementación. Esta ventana temporal permitió valorar la aceptabilidad inicial y los cambios inmediatos en la percepción de la experiencia asistencial, pero no permite establecer conclusiones sobre sostenibilidad a mediano o largo plazo. Es necesario realizar seguimientos posteriores para determinar si los efectos percibidos se mantienen, disminuyen o requieren estrategias de reforzamiento, mantenimiento y actualización de los componentes implementados.

Finalmente, el estudio no midió desenlaces clínicos, fisiológicos ni de seguridad del paciente, tales como ansiedad medida con escalas clínicas, dolor, eventos adversos, caídas, errores de identificación, estancia hospitalaria o adherencia terapéutica. Por tanto, las inferencias deben limitarse a percepción del entorno, atención centrada en la persona, experiencia asistencial y entorno de práctica. Esta delimitación fortalece la transparencia metodológica del manuscrito y permite plantear futuras líneas de investigación orientadas a evaluar resultados clínicos, organizacionales y de seguridad asociados con intervenciones de humanización pediátrica.

CONCLUSIÓN

Posterior a la intervención *"Paredes que Sanan"* se observaron cambios favorables en la percepción de la atención centrada en la persona, la experiencia asistencial pediátrica y el entorno de práctica. Los hallazgos sugieren que la integración de neuroarquitectura, codiseño, participación comunitaria, comunicación en salud y participación familiar puede contribuir a que el entorno pediátrico sea percibido como más comprensible,

cercano y sensible a las necesidades de niñas, niños, adolescentes, cuidadores primarios y personal sanitario. En conjunto, la experiencia documentada muestra que la humanización del área pediátrica puede fortalecerse cuando el espacio físico, la información, la participación familiar y la identidad comunitaria se articulan como parte del proceso de atención. Esta aproximación permitió recuperar la voz de quienes transitan y acompañan el cuidado, así como reconocer el valor del entorno hospitalario como un componente que puede favorecer orientación, confianza y acompañamiento durante la estancia asistencial.

Estos resultados deben interpretarse con cautela debido a la ausencia de grupo control, la falta de pareamiento individual entre mediciones, el tamaño muestral limitado, el seguimiento breve y la ausencia de desenlaces clínicos o de seguridad del paciente. Futuras investigaciones deberán evaluar la sostenibilidad de los cambios observados, incorporar mediciones posteriores del entorno físico, utilizar instrumentos validados en población mexicana y analizar desenlaces clínicos, organizacionales y de seguridad del paciente.

REFERENCIAS

1. Doyle C, Lennox L, Bell D. A systematic review of evidence on the links between patient experience and clinical safety and effectiveness. *BMJ Open*. 2013;3(1). doi:10.1136/bmjopen-2012-001570
2. Tripodi M, Siano MA, Mandato C, De Anseris AGE, Quitadamo P, Guercio Nuzio S, et al. Humanization of pediatric care in the world: focus and review of existing models and measurement tools. *Ital J Pediatr*. 2017;43:76. doi:10.1186/s13052-017-0394-4
3. Ulrich RS, Zimring C, Zhu X, DuBose J, Seo HB, Choi YS, et al. A review of the research literature on evidence-based healthcare design. *HERD*. 2008;1(3):61-125. doi:10.1177/193758670800100306
4. Gaminiesfahani H, Lozanovska M, Tucker R. A scoping review of the impact on children of the built environment design characteristics of healing spaces. *HERD*. 2020;13(4):98-114. doi:10.1177/1937586720903845
5. McEwen BS. Protective and damaging effects of stress mediators. *N Engl J Med*. 1998;338(3):171-179. doi:10.1056/NEJM199801153380307
6. O'Keefe J, Dostrovsky J. The hippocampus as a spatial map. Preliminary evidence from unit activity in the freely moving rat. *Brain Res*. 1971;34(1):171-175. doi:10.1016/0006-8993(71)90358-1

7. World Health Organization. Framework on integrated, people-centred health services: report by the Secretariat. Geneva: World Health Organization; 2016. Document No.: A69/39
8. Slater P, McCance T, McCormack B. The development and testing of the Person-centred Practice Inventory-Staff. *Int J Qual Health Care*. 2017;29(4):541-547. doi:10.1093/intqhc/mxz066
9. McCormack BG, Slater PF, Gilmour F, Edgar D, Gschwenter S, McFadden S, et al. The development and structural validity testing of the Person-centred Practice Inventory-Care. *PLoS One*. 2024;19(5). doi:10.1371/journal.pone.0303158
10. Bate P, Robert G. Experience-based design: from redesigning the system around the patient to co-designing services with the patient. *Qual Saf Health Care*. 2006;15(5):307-310. doi:10.1136/qshc.2005.016527
11. Concannon TW, Meissner P, Grunbaum JA, McElwee N, Guise JM, Santa J, et al. A new taxonomy for stakeholder engagement in patient-centered outcomes research. *J Gen Intern Med*. 2012;27(8):985-991. doi:10.1007/s11606-012-2037-1
12. International Labour Organization. Decent work [Internet]. Geneva: International Labour Organization; [date unknown] [cited 2026 May 14]. Available from: <https://www.ilo.org/topics/decent-work>
13. Cámara de Diputados del H. Congreso de la Unión. Ley Federal del Trabajo [Internet]. Última reforma vigente. México: Cámara de Diputados; [citado 14 mayo 2026]; <https://www.diputados.gob.mx/LeyesBiblio/pdf/LFT.pdf>
14. Secretaría del Trabajo y Previsión Social. Norma Oficial Mexicana NOM-035-STPS-2018, Factores de riesgo psicosocial en el trabajo-Identificación, análisis y prevención [Internet]. México: Diario Oficial de la Federación; 2018 [cited 2026 May 14]. Available from: https://www.dof.gob.mx/nota_detalle.php?codigo=5541828&fecha=23/10/2018
15. Golden TL, Sonke J, Rodriguez AK. An evidence-based framework for the use of arts and culture in public health. *Health Promot Pract*. 2025;26(3):454-62. doi:10.1177/15248399241228831
16. Creswell JW, Plano Clark VL. Designing and conducting mixed methods research. 3rd ed. Thousand Oaks: SAGE Publications; 2018
17. Deming WE. Out of the crisis. Cambridge: Massachusetts Institute of Technology, Center for Advanced Engineering Study; 1986
18. Brown T. Design thinking. *Harv Bus Rev*. 2008;86(6):84-92
19. Secretaría de Salud de Nuevo León. Hospital General Linares [Internet]. Nuevo León: Gobierno del Estado de Nuevo León; [date unknown] [cited 2026 May 14]. Available from: <https://www.saludnl.gob.mx/drupal/hospital-general-linares>
20. Instituto Nacional de Estadística y Geografía. Panorama sociodemográfico de Nuevo León: Censo de Población y Vivienda 2020 [Internet]. Aguascalientes: INEGI; 2021 [cited 2026 May 14]. Available from: https://www.inegi.org.mx/contenidos/productos/prod_serv/contenidos/espanol/bvinegi/productos/nueva_estruc/702825197926.pdf
21. Consejo Nacional de Población. Índices de marginación 2020 [Internet]. México: Gobierno de México; 2021 [cited 2026 May 14]. Available from: <https://www.gob.mx/conapo/documentos/indices-de-marginacion-2020-284372>
22. Franco-Trigo L, Fernandez-Llimos F, Martinez-Martinez F, Benrimoj SI, Sabater-Hernandez D. Stakeholder analysis in health innovation planning processes: a systematic scoping review. *Health Policy*. 2020;124(10):1083-1099. doi:10.1016/j.healthpol.2020.06.016
23. Preiser WFE, Rabinowitz HZ, White ET. Post-occupancy evaluation. New York: Van Nostrand Reinhold; 1988
24. Carvajal-Valcárcel A, Benitez E, Lizarbe-Chocarro M, Galán-Espinilla MJ, Vázquez-Calatayud M, Errasti-Ibarrondo B, et al. Translation, cultural adaptation, and validation of the Spanish version of the Person-Centred Practice Inventory-Staff (PCPI-S). *Healthcare*. 2024;12(23):2485. doi:10.3390/healthcare12232485
25. Bulto LN, Davies E, Kelly J, Hendriks JM. Patient journey mapping: emerging methods for understanding and improving patient experiences of health systems and services. *Eur J Cardiovasc Nurs*. 2024;23(4):429-433. doi:10.1093/eurjcn/zvae012
26. Mann HB, Whitney DR. On a test of whether one of two random variables is stochastically larger than the other. *Ann Math Stat*. 1947;18(1):50-60. doi:10.1214/aoms/1177730491
27. World Medical Association. World Medical Association Declaration of Helsinki: ethical principles for medical research involving human participants. *JAMA*. 2025;333(1):71-74. doi:10.1001/jama.2024.21972
28. Dijkstra K, Pieterse ME, Pruyn AT. Physical environmental stimuli that turn healthcare facilities into healing environments through psychologically mediated effects: systematic review. *J Adv Nurs*. 2006;56(2):166-181. doi:10.1111/j.1365-2648.2006.03990.x
29. Alvaro C, Wilkinson AJ, Gallant SN, Kostovski D, Gardner P. Evaluating intention and effect: the impact of healthcare facility design on patient and staff well-being. *HERD*. 2016;9(2):82-104. doi:10.1177/1937586715605779

30. Sanders EBN, Stappers PJ. Co-creation and the new landscapes of design. *CoDesign*. 2008;4(1):5-18. doi:10.1080/15710880701875068
31. McCormack B, McCance T, editors. *Person-centred practice in nursing and health care: theory and practice*. 2nd ed. Chichester: Wiley Blackwell; 2017
32. Fancourt D, Finn S. What is the evidence on the role of the arts in improving health and well-being? A scoping review. Copenhagen: WHO Regional Office for Europe; 2019. Health Evidence Network synthesis report No.: 67
33. Pauli Bock E, Nilsson S, Jansson PA, Wijk H, Alexiou E, Lindahl G, et al. Literature review: evidence-based health outcomes and perceptions of the built environment in pediatric hospital facilities. *J Pediatr Nurs*. 2021;61. doi:10.1016/j.pedn.2021.04.013
34. Yu C, Wong E, Gignac J, Walker M, Ross T. A scoping review of pediatric healthcare built environment experiences and preferences among children with disabilities and their families. *HERD*. 2024;17(2):309-325. doi:10.1177/19375867231218035
35. Mandato C, Siano MA, De Anseris AGE, Tripodi M, Massa G, De Rosa R, et al. Humanization of care in pediatric wards: differences between perceptions of users and staff according to department type. *Ital J Pediatr*. 2020;46:65. doi:10.1186/s13052-020-00824-5
36. Godino L, La Malfa E, Ricco M, Mancin S, Ambrosi E, De Rosa M, et al. Parents' and nurses' affective perception of a pictorial intervention in a pediatric hospital environment: quasi-experimental design pre-post-testing. *J Pediatr Nurs*. 2024;77:89-95. doi:10.1016/j.pedn.2024.03.021
37. Marcus CC, Sachs NA. *Therapeutic landscapes: an evidence-based approach to designing healing gardens and restorative outdoor spaces*. Hoboken: John Wiley & Sons; 2014

Consideraciones éticas:

El presente trabajo se desarrolló conforme a los principios de integridad y ética aplicables a la investigación y publicación científica, así como a la normatividad vigente. Cuando la naturaleza del estudio lo requirió, se obtuvieron las autorizaciones institucionales y aprobaciones éticas correspondientes.

Conflicto de intereses:

Las y los autores declaran que no existen conflictos de interés personales, comerciales, financieros ni de otra índole que puedan influir en el contenido, resultados o interpretación del presente artículo.

Financiamiento: Este trabajo no recibió apoyo financiero de ninguna fuente pública, privada ni institucional.
