



HUMANIZACIÓN DE CUIDADOS EN LA UCI DE ADULTOS

Revisión bibliográfica



AUTORA: EVELYN DEL CARMEN LÓPEZ HERNÁNDEZ

TUTORA: LAURA PASCUAL FERNÁNDEZ

FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD: SECCIÓN ENFERMERÍA

GRADO EN ENFERMERÍA

UNIVERSIDAD DE LA LAGUNA

CURSO ACADÉMICO: 2020-2021

JULIO 2021

ÍNDICE

1. RESUMEN.....	2
2. ABSTRACT.....	3
3. INTRODUCCIÓN.....	4
3.1. Origen de la humanización de los cuidados.....	4
3.2. Humanización de los cuidados en la UCI hasta nuestros días.....	6
4. JUSTIFICACIÓN.....	8
5. OBJETIVOS.....	9
6. METODOLOGÍA.....	9
7. RESULTADOS.....	12
8. DISCUSIÓN.....	25
9. CONCLUSIONES.....	28
10. BIBLIOGRAFÍA.....	30

1. RESUMEN

La humanización de los cuidados es un concepto que actualmente adquiere gran importancia en la atención sanitaria. Se considera una práctica, en la que es necesario que el profesional aborde de forma integral a la persona. No obstante, como consecuencia de ciertas características de algunos servicios hospitalarios, como las Unidades de Cuidados Intensivos se dificulta llevarla a cabo en todo momento del cuidado del paciente. En dichas unidades, debido a la estructura, la organización, la elevada tecnificación y a las estrictas políticas de visitas, las dimensiones de la salud del paciente pueden verse afectadas de tal forma, que tienen la capacidad de impedir su bienestar, satisfacción e incluso dejarle secuelas después del ingreso. Además, la humanización no engloba sólo al paciente, sino que abarca también a sus familiares, constituyendo uno de los elementos fundamentales para que el profesional ofrezca una mejor calidad en los cuidados al paciente. De igual manera, se debe cuidar el estado emocional del personal enfermero, dado que, numerosas veces experimenta una sobrecarga del trabajo y sufre un exceso de estrés, incluso pudiendo llegar a experimentar el Síndrome de Burnout y perjudicar al profesional de tal forma, que adoptaría una actitud despersonalizada y fría hacia los demás.

Por estos motivos, en esta revisión bibliográfica se indaga acerca de los factores que afectan a la humanización, las mejores medidas para llevarla a cabo, y las razones por las que es necesaria en las UCIs.

Palabras clave:

Humanización, humanizar, cuidados intensivos y enfermería.

2. ABSTRACT

The humanization of care is a concept that is now gaining great importance in health care. It is considered a practice, in which it is necessary for the professional to comprehensively approach the person. However, due to certain characteristics of some hospital services, such as Intensive Care Units, it is difficult to carry out this at all times of patient care. In these units, due to their structure, organization, high level of technology and strict visitation policies, the dimensions of the patient's health may be affected in such a way that they have the capacity to impede the patient's well-being, satisfaction and even leave consequences after admission. In addition, humanization does not only include the patient, but also includes their family members, constituting one of the fundamental elements for professionals to offer better quality care to the patient. Likewise, the emotional state of nurses should be taken care of because they often experience work overload and suffer from excessive stress, even if they may experience Burnout Syndrome and harm the professional in such a way that they would adopt a depersonalized and cold attitude towards others.

For these reasons, this literature review investigates the factors that affect humanization, the best measures to carry it out, and the reasons why it is necessary in ICUs.

Keywords:

Humanization, Humanize, Intensive Care and Nursing.

3. INTRODUCCIÓN:

Según la Organización Mundial de la Salud, la enfermería es la profesión que provee de cuidados, tanto autónomos como en colaboración, a personas de todas las edades, familias, grupos y comunidades, enfermas o sanas, en todos los contextos, incluyendo la promoción de la salud, la prevención de la enfermedad y los cuidados de los enfermos, discapacitados y personas moribundas.¹

En este sentido, numerosas reflexiones filosóficas en el campo estudiado han ayudado a conformar el actual concepto de “humanización de los cuidados”, basado en la visión holística del paciente, es decir, se debe tratar a la persona teniendo en cuenta sus dimensiones físicas, sociales, mentales y espirituales. Asimismo, la preservación de la “dignidad humana” y del sentido del “ser” de la persona, son dos de los fundamentos principales en los que se sustenta dicha práctica.²

De igual modo, se dice que el cuidado de las personas es la “esencia” de la enfermería². Para poder prestar cuidados de calidad a la sociedad, es imprescindible la adquisición de conocimientos, destrezas y principios éticos y de calidad humana. Dichas aptitudes identifican y caracterizan a la profesión. Hoy en día nuestros pacientes, demandan una atención más personalizada, en la que se reconozca su derecho a la dignidad de tal forma que puedan sentir que son valorados en todas las dimensiones humanas. Así pues, el profesional de enfermería debe ser capaz de atender todas las necesidades afectadas de sus pacientes, mediante un cuidado humanizado que además incluya a sus familiares.

Gracias a la unificación de valores profesionales y personales en la aplicación de los cuidados enfermeros, se logra proporcionar una atención de calidad en el autocuidado y en la conservación de la salud. Por eso, el personal sanitario, tiene el compromiso moral y científico de adquirir no solo los conocimientos meramente técnicos de la profesión, sino que además ha de ser capaz de estar formado para poder atender la esfera social, afectiva y espiritual de cada persona a su cargo.

3.1. Origen de la humanización de los cuidados

El origen de la humanización de los cuidados se remonta a la doctrina del Humanismo en Grecia (siglo IV a.C). Sócrates quiso orientar la Filosofía hacia los aspectos de la ética, el conocimiento de la verdad, y una educación cívica.²¹

Entre los siglos XIV y XVI, surge la corriente del Humanismo Renacentista, donde el concepto de la dignidad humana adquiere gran importancia.^{6,7} Desde entonces, se ha abordado el concepto de humanización a partir de las perspectivas de teóricos y filósofos, en las que los profesionales de la enfermería se han basado para configurar sus visiones acerca del cuidado humanizado. La doctrina del Humanismo Renacentista estableció que las personas tenían pensamientos propios, sus actuaciones eran guiadas por el conocimiento, y valores como el respeto hacia los demás y la dignidad ligado a la personalidad, se convirtieron en derechos inalienables e inviolables.^{6,7}

Uno de los autores que compartió el concepto del humanismo, fue el filósofo Immanuel Kant, en 1785. En su manifiesto del imperativo categórico, estableció que la conexión, entre la personalidad y la dignidad de las personas, era los principios del respeto, donde los deberes morales deben existir en todo momento para guiar el comportamiento de las personas.⁸

Asimismo, Martin Heidegger, fue uno de los teóricos que propuso la importancia del sentido del “ser” de la persona, pensamiento que posteriormente formaría parte del cuidado humanizado. En el contexto de la enfermería, cuando el profesional presta atención sanitaria al paciente, éste se implica directamente en el compromiso de coexistir con la otra persona y acompañarla. Es decir, formar parte de su “ser”. Por lo tanto, es preciso que el personal reconozca su propia existencia y a sí mismo, de manera que pueda a su vez reconocer la esencia del ser que está cuidando.⁹

Posteriormente Maslow en 1943, propuso *The Theory of Human Motivation*, una teoría donde asume que las personas, deben satisfacer una serie de necesidades, expuestas de forma jerárquica en una pirámide, para poder sentirse autorrealizados. Cuando satisfacen la primera, se encuentran motivados a satisfacer la segunda. Y así, con todos los niveles. Las necesidades que propuso fueron las siguientes:¹⁰ necesidades fisiológicas, necesidades de seguridad, necesidades sociales, necesidades de estima, necesidades de autorrealización.¹⁰

Desde el punto de vista enfermero, Virginia Henderson propuso que los profesionales de enfermería tienen la función de ayudar o reemplazar aquellas actividades que no puedan ejercer las personas por sí mismas para satisfacer sus propias necesidades.¹¹

En contraposición a esta autora, Dorothea Orem crea en 1965 el concepto de autocuidado, en el que expone que la propia persona debe buscar el método adecuado para cubrir sus propias necesidades, y según las circunstancias en las que se encuentre lo

hará de una forma u otra.¹¹ De este modo, la enfermera debe ayudar al individuo en este camino hacia su “autocuración”.

Desde el punto de vista actual en la humanización, Jean Watson propone la Teoría del Cuidado Humano. En ella, se establece que los profesionales de la salud requieren de un compromiso moral con cada persona, enferma o sana, para mejorar su calidad de vida, atendiendo a su vez, los aspectos éticos y espirituales del cuidado.⁵

Según el Código Deontológico de Enfermería, el deber del profesional es proteger al paciente que esté a su cuidado, de cualquier tipo de afrenta a su dignidad personal, proporcionar sus cuidados en función de las necesidades del paciente, administrar los cuidados necesarios para aliviar sus sufrimientos y fomentar el propio autocuidado del paciente .¹⁵

La humanización de los cuidados se debería llevar a cabo de manera igualitaria en todas las áreas que componen la atención sanitaria. Sin embargo, es necesario hacer hincapié en que, en determinadas unidades asistenciales, altamente especializadas, como pueden ser las Unidades de Cuidados Intensivos, es posible que sea más difícil proveer al usuario de cuidados humanizados.

3.2. Humanización de los cuidados en la UCI hasta nuestros días

La creación de las Unidades de Cuidados Intensivos tuvo lugar en 1854, cuando surgió la necesidad urgente de priorizar a los pacientes en riesgo de muerte para ofrecerles cuidados adaptados a su gravedad. Florence Nightingale, consideraba necesario que los soldados en estado grave debían ser tratados de forma más especializada que los que tenían heridas menores. El anestesiólogo Peter Safar, en 1950, comenzó a separar a los pacientes en estado crítico, instaurando las medidas apropiadas, tales como mantenerlos sedados y ventilados en una zona de cuidados intensivos específica. De igual manera, de 1947 a 1952, durante las epidemias de poliomielitis se ubicaban a los pacientes en las llamadas “unidades de respiración artificial”, para vigilarlos y ventilarlos adecuadamente.^{12,13}

Con el paso de los años, estas unidades se fueron incorporando en los hospitales de todo el mundo, al mismo tiempo que se avanzaba tecnológicamente en el campo de la medicina y la enfermería.^{12,13} En 1958 se instauró la primera UCI en Baltimore.¹² Siete años

más tarde, se creó la primera unidad especializada en Madrid, España. Luego, se extendieron en todo el país a principios de los setenta.¹⁴

Los avances científicos y tecnológicos que se han incorporado al sistema sanitario en general y a las UCIs en particular, han causado el desplazamiento de la persona como centro de atención. Se da mayor importancia a los factores fisiológicos y biológicos de la persona, produciéndose la despersonalización. Al separar la enfermedad de los aspectos emocionales y espirituales del paciente, se produce el fenómeno de “cosificación”, convirtiéndose los pacientes en meros procedimientos, patologías o números de box.

Las características estructurales y organizativas de las UCIs son factores que facilitan la percepción de éstas como ambientes hostiles y fríos. Como consecuencia, en ocasiones el personal ha estado inmerso en un escenario, en el que se ha dificultado la acción de proporcionar unos cuidados adecuadamente humanizados.¹⁵ Así pues, los profesionales sanitarios que trabajan en estas unidades han sufrido dificultades a la hora de abordar todas las necesidades humanas y emocionales, tanto de los pacientes como de sus familias.

Además, en estas Unidades de Cuidados Intensivos suceden a diario, acontecimientos de diversa índole, que generan estrés. Los sanitarios, deben afrontar en su día a día, situaciones donde la muerte, el dolor, y la enfermedad están presentes. De igual manera, tienen que ser lo suficientemente eficaces para poder tomar decisiones de forma inmediata cuando hay una emergencia, estando expuestos a experimentar frustración, en las ocasiones en las que el restablecimiento de la salud no es posible. A esto, se le añade la insuficiente formación de los profesionales en la gestión de las emociones, los horarios de trabajo o la falta de organización entre el equipo. Todo ello, puede dar lugar al Síndrome de Burnout en los sanitarios, el cual se manifiesta en tres dimensiones: la baja realización personal, la despersonalización y el agotamiento emocional. En este sentido, el “estar quemado”, puede influir en el trato dirigido al paciente, desembocando en la deshumanización de éste.¹⁸

Del mismo modo, las políticas de visitas de los seres queridos han seguido siempre un modelo restrictivo, ya que se considera favorecedor para la evolución en el cuidado de los pacientes y para la facilitación del trabajo a los sanitarios. No obstante, se ha evidenciado en diversos estudios, cómo la presencia de familiares junto a los pacientes no solo no altera las condiciones fisiológicas de éstos, sino que, además, provoca una reducción de la ansiedad, soledad, temor o miedo que puedan experimentar los ingresados en las UCIs.¹⁶

Desafortunadamente, debido a la pandemia de COVID-19, ha aumentado la incidencia del Síndrome de Burnout en los profesionales de enfermería. De tal manera, que las enfermeras cometen un 60% más de errores en las UCIs, según un estudio realizado por la Facultad de Enfermería de la Universidad de Ohio (Estados Unidos).¹⁹ Como consecuencia a las nuevas medidas restrictivas que se han tenido que llevar a cabo, el cuidado humano hacia el paciente se ha visto comprometido en gran medida. La utilización de equipos de protección individual, con el que apenas el paciente puede reconocer al personal que le atiende, la rapidez con la que se tienen que ejercer todas las tareas, así como la estricta política de visitas de las familias, son factores que han provocado una mayor impotencia y vulnerabilidad en las personas ingresadas en estos servicios.²⁰

4. JUSTIFICACIÓN

La implementación de nuevas técnicas enfermeras y médicas, ha incrementado la eficacia tanto en el tratamiento de los pacientes, como en los cuidados enfermeros. Sin embargo, ha supuesto a su vez, un impedimento a la hora de abordar los elementos sociales, psicológicos y emocionales del cuidado al paciente crítico.^{22,23} Debido a la elevada tecnificación, a la estructura y al ambiente de las unidades de cuidados intensivos, existe el riesgo de que el cuidado humanizado a los individuos quede relegado a un segundo plano. Como consecuencia, puede producir que el profesional sanitario, se enfoque solamente en el tratamiento de la enfermedad o de síntomas, y no de la persona.^{22,23} Por esta razón, es necesario conocer a través de la evidencia científica, cuáles son los factores que influyen en la humanización de los cuidados en esta área, para poder ofrecer una mejor atención al paciente en todas sus dimensiones.

La humanización de los cuidados intensivos es necesaria en nuestra actual sociedad, puesto que, no solo el paciente es el que sufre las consecuencias emocionales de estar ingresado en la UCI, como pueden ser el miedo, la ansiedad o la incertidumbre, sino que también los familiares pueden experimentarlas. Es importante que el profesional cuente con las opiniones y percepciones de ambos, para así poder ofrecer un cuidado humanizado. Asimismo, el sanitario, se encuentra ante el factor estresante, de que debe satisfacer todas las necesidades del paciente, con el mejor cuidado posible. Debido a esto, el profesional puede adquirir un nivel de autoexigencia, que le perjudicará negativamente en el trabajo, dando lugar al Síndrome de Burnout o desgaste profesional, y al distrés moral.^{23,22}

Diversos programas han llevado a cabo una serie de estrategias, con el fin de implementar proyectos de humanización en las unidades de cuidados intensivos. Éstos tienen como objetivo principal, adquirir las habilidades adecuadas para ofrecer una atención personalizada, mediante la adquisición del conocimiento y la información necesaria para lograr una mejor cercanía e integración, tanto con los pacientes como con los familiares. Dichas medidas han sido aplicadas con gran acierto mediante el Plan HU-CI en Madrid, y El Hospital Infanta Margarita en Córdoba.^{24,25}

Por todo lo anteriormente expuesto, es prioritario averiguar qué factores influyen en la humanización de los cuidados, para poder implementar las medidas necesarias con el objetivo de fomentarla en la atención sanitaria, concretamente en las UCIs.

5. OBJETIVOS:

5.1. General:

- Obtener evidencias de qué factores influyen en la humanización de cuidados de enfermería en la UCI.

5.2. Específicos:

- Identificar las razones de por qué es necesaria la humanización en la UCI.
- Determinar los mejores métodos para fomentar la humanización de cuidados a los pacientes.

6. METODOLOGÍA

6.1. Diseño del estudio:

Para llevar a cabo este estudio se ha realizado una revisión bibliográfica que analiza la humanización de cuidados en la UCI de adultos en las siguientes bases de datos científicas: Pubmed, Science Direct, Scielo y Dialnet. A todas se pudieron acceder a través del buscador "Google".

6.2. Palabras clave utilizadas en las búsquedas:

Se han utilizado las siguientes palabras en español: humanización, humanizar, cuidados intensivos y enfermería. Asimismo, se han empleado las palabras en inglés: Humanization, Humanization care, Intensive Care, Nursing, Humanize, Intensive Care Unit.

6.3. Estrategias de búsqueda:

Se combinaron las palabras mencionadas anteriormente con el operador booleano "AND". Debido a que el tema del trabajo se centra en la humanización de cuidados en la UCI de adultos, se excluyeron aquellos artículos relacionados con la pediatría. De este modo, ante la aparición de un gran número de documentos con dicha temática, se utilizó el operador "NOT" junto con la palabra "pediatrics" para descartarlos. De igual forma, para garantizar un uso correcto de los operadores booleanos, se ha utilizado la opción "búsqueda avanzada".

De los resultados obtenidos, se seleccionaron aquellos que cumplieran con los criterios de inclusión establecidos.

-Criterios de inclusión:

- ❖ Artículos publicados en los últimos ocho años tanto en España como fuera de ella.
- ❖ Artículos científicos indexados en bases de datos científicas.
- ❖ Artículos escritos en español, inglés o portugués.
- ❖ Textos completos con lectura gratuita (Open Access) (Free full Text).
- ❖ Textos relacionados con la humanización de cuidados en la UCI de adultos.

-Criterios de exclusión:

- ❖ Artículos donde se muestre sólo Resumen o Abstract.
- ❖ Artículos relacionados con la pediatría o neonatología.

Por medio de las diferentes estrategias de búsqueda empleadas, se encontraron un total de 681 artículos en las distintas bases de datos. A continuación, se seleccionaron 20 artículos. El resto se descartaron debido a que no cumplían los criterios de inclusión, no se relacionaban con el tema propuesto, por aparecer repetidos en las búsquedas y por no corresponderse con los objetivos de esta revisión.

A continuación, en la Tabla 1, se expone cuáles fueron las ecuaciones de búsqueda utilizadas, los resultados obtenidos, el número de artículos seleccionados, así como el límite de años de las bases de datos.

▪ **Tabla 1: Resultados de la búsqueda**

Base de datos	Límite de años	Ecuación de búsqueda	Resultados	Artículos totales seleccionados
PUBMED	2013-2021	“Humanization care” AND “Intensive Care Unit”	120 resultados. Tras eliminar repetidos, y los que no se incluían en criterios de inclusión, 4 válidos.	8
		Intensive Care Unit [Title/Abstract] AND nursing [Title/Abstract]:	281 resultados. Tras eliminar repetidos, y los que no se incluían en criterios de inclusión, 2 válidos.	
	2013-2021	("humanization" [Title/Abstract]) AND ("Intensive Care"[Title/Abstract])	12 resultados. 2 válidos.	
SCIENCE DIRECT	2013-2021	("Humanize" AND "Intensive Care" NOT "pediatric")	137 resultados. 3 válidos.	6
	2013-2021	“Humanization” AND “ICU”	64 resultados. Tras eliminar repetidos, 3 válidos.	
DIALNET	2013-2021	“Humanización” AND “UCI	24 resultados. Tras eliminar repetidos, 2 válidos.	4
		“Humanizar” AND “Cuidados Intensivos”	34 resultados. Tras eliminar repetidos, 2 válidos.	
SCIELO	2013-2021	("Humanization") AND ("Intensive Care") NOT ("Pediatrics").	9 resultados. 2 válidos	2

7. RESULTADOS

Título del artículo	Autores	Revista	Diseño del estudio	Año	Conclusiones
El cuidado y la tecnología en las unidades de cuidados intensivos	<p>Patrícia Kuerten Rocha</p> <p>Marta Lenise do Prado</p> <p>Patrícia Fernanda de Almeida Cabral</p> <p>Ana Izabel Jatobá de Souza</p> <p>Jane Cristina Anders</p>	Index de enfermería	Artículo basado en evidencia científica	2013	<p>En este artículo, se exponen los diferentes tipos de tecnologías existentes que hay en las UCIS. Se encuentran: las duras, que se refiere a los dispositivos tecnológicos con funciones avanzadas, como los ventiladores mecánicos, las bombas de perfusión o infusión, el monitor hemodinámico, etc. Las blandas duras, que hacen referencia al conocimiento estructurado, basado en el uso de algoritmos y consensos, propuestos por distintas identidades. Y las blandas, que incluyen las relaciones del equipo profesional con el paciente y la familia, así como la gestión de los servicios. En la UCI, esta tecnología blanda se ha reconocido como imprescindible y necesaria en la atención de enfermería, siendo la comunicación uno de los aspectos destacados. Si ésta última es adecuada, puede favorecer el acercamiento de los sanitarios, con el paciente y la familia, ofreciendo a su vez una atención más cercana. Se concluye, que es necesario incorporar en la práctica, las tres tecnologías de forma equilibrada, utilizándolas como un medio no como un fin porque el objetivo de la atención es satisfacer las necesidades de las personas.</p>

<p>For an open-door, more comfortable, and humane intensive care unit. It is time for change.</p>	<p>D. Escudero, L. Viña, C. Calleja</p>	<p>Medicina Intensiva</p>	<p>Artículo basado en la evidencia científica, del servicio de Medicina Intensiva, del Hospital Universitario Central de Asturias, España.</p>	<p>2014</p>	<p>A partir de estudios realizados, se proponen técnicas de mejoras para una adecuada humanización de cuidados en la UCI. Las familias deberían tener una mayor implicación en el cuidado de sus seres queridos durante su estancia en la unidad, se tendría que prolongar el horario de las visitas, mejorar las formas de comunicación con el paciente intubado mediante el desarrollo de sistemas del lenguaje no verbal, sería recomendable cambiar el ambiente de los cubículos con el fin de que el paciente se encuentre más cómodo y mejore su sueño. Además, se tendría que permitir las visitas de los niños a sus familiares.</p>
<p>Política de visitas, diseño y confortabilidad en las unidades de cuidados intensivos españolas</p>	<p>D. Escudero, L. Martín, L. Viña, B. Quindós, M.J. Espina, L. Forcelledo, L. López-Amor, B. García-Arias, C. del Busto, S. de Cima y E. Fernández-Rey</p>	<p>Calidad Asistencial</p>	<p>Estudio multicéntrico, descriptivo</p>	<p>2015</p>	<p>Estudio en el que se demuestra que debido al sufrimiento y al miedo que experimentan los pacientes en las UCIs por su ambiente tan frío y poco familiar, es necesario tomar una serie de medidas para mejorar la confortabilidad de los pacientes en estas unidades. Algunas de esas medidas son: mejorar las infraestructuras de las UCIs, utilizar la música como elemento terapéutico, con el objetivo de aliviar la ansiedad o el estrés que puede sufrir el paciente, y favorecer una mayor cercanía de los familiares ampliando el horario de visitas. Por otro lado, las familias exigen la necesidad de que el personal enfermero les proporcione más información acerca de los cuidados de sus seres queridos, porque la mayoría afirma que la primera y única fuente de información es el médico.</p>

Care ethics. A new bioethical approach to humanize the ICU	A. Fernández-Trujillo Vallverdú-Cartié B. Román-Maestre	Medicina Intensiva	Artículo de opinión basado en evidencia científica	2016	Para humanizar los cuidados intensivos, es necesario fomentar la ética del cuidado, que <i>“asegura la autonomía de las personas vulnerables y utiliza un enfoque relacional y ligado al contexto hacia la moralidad y la toma de decisiones”</i> , como un método para evitar la despersonalización del paciente, preservar su dignidad, así como mejorar la calidad de los cuidados.
Comprehensiveness and humanization of nursing care management in the Intensive Care Unit.	Adriane Calveti de Medeiros Hedi Crecencia Heckler de Siqueira Claudia Zamberlan Diana Cecagno Simone dos Santos Nunes Mara Regina Bergmann Thurow	Da Escola de Enfermagem da USP	Investigación documental con un enfoque descriptivo, exploratorio y cualitativo.	2016	Para una adecuada integración de la humanización de los cuidados de enfermería en las unidades de cuidados intensivos, es necesario que la gestión del cuidado esté interrelacionada con los valores éticos de la profesión, (la responsabilidad, la dignidad humana y la sensibilidad) y que se provea una adecuada organización del trabajo y formación de los trabajadores, promoviendo la interrelación entre éstos.

<p>Multidisciplinary team of intensive therapy: humanization and fragmentation of the work process</p>	<p>Viviane Canhizares Evangelista Thiago da Silva Domingos Fernanda Paula Cerântola Siqueira Eliana Mara Braga</p>	<p>Brasileira de Enfermagem</p>	<p>Estudio descriptivo y exploratorio de carácter cualitativo</p>	<p>2016</p>	<p>En este estudio se realizaron entrevistas al equipo multidisciplinar de un Hospital Universitario, donde se incluían a enfermeros, médicos, fisioterapeutas y psicólogos, que respondían a la siguiente pregunta: “¿Cómo es su experiencia en el desarrollo de la atención humanizada con pacientes ingresados en UCI trabajando en un equipo multidisciplinario?” Como conclusión, para los profesionales, la comunicación con el paciente resultó ser un elemento indispensable para humanizar la atención, independientemente de su grado de consciencia. Otros elementos que se identificaron como favorecedores de un trato humanizado fueron: la comunicación con los familiares, la empatía y la relación adecuada con el equipo. Por otra parte, se encontraron una serie de componentes deshumanizadores como: una fragmentada e inadecuada organización del trabajo y la falta de tiempo, de personal y de materiales.</p>
--	---	---------------------------------	---	-------------	---

<p>Análisis de las necesidades de la familia del paciente crítico y la opinión de los profesionales de la unidad de cuidados intensivos</p>	<p>A. Sánchez-Vallejo D. Fernández A. Pérez Gutiérrez M. Fernández-Fernández</p>	<p>Medicina Intensiva</p>	<p>Estudio descriptivo prospectivo realizado entre marzo y junio de 2015.</p>	<p>2016</p>	<p>Se realiza un estudio con el objetivo de describir las necesidades de la familia del paciente ingresado en la UCI y la opinión de sus profesionales sobre aspectos relativos a la presencia familiar en la unidad. Los resultados mostraron que el familiar valoraba positivamente la información recibida acerca de su ser querido, sobre los cuidados proporcionados y su tratamiento. Afirmaron que dicha información es sincera, adecuada en horario y comprensible. Sin embargo, mientras que el 100 % del personal facultativo ofrecía información a las familias, había un déficit cuantitativo en la información ofrecida por 2/3 del colectivo de enfermería, ya que los allegados referían tener una menor comunicación con ellos. Por otra parte, se encontró adecuadamente cubierta la necesidad familiar de percibir un entorno seguro de cuidados al paciente. Las encuestas a los profesionales mostraron que la mayoría están a favor de la flexibilización de la actual política de visitas.</p>
---	--	---------------------------	---	-------------	--

<p>Do Spanish Intensive Care Units need to be “humanized”?</p>	<p>S. Arias-Rivera, M. M. Sánchez-Sánchez</p>	<p>Enfermería Intensiva</p>	<p>Artículo basado en la evidencia científica.</p>	<p>2017</p>	<p>En base a la literatura científica, para poder humanizar los cuidados en las UCIs, se deberían establecer una serie de medidas: mejorar el entorno ambiental de éstas, de manera que se pueda recrear un ambiente más familiar y acogedor, fomentar la participación de los familiares en los cuidados, mejorar la atención en los cuidados al final de la vida y realizar una adecuada prevención y manejo del Síndrome Post- Cuidados intensivos.</p>
<p>Surviving the Intensive Care Units looking through the family's eyes</p>	<p>MC Martín Delgado A. García de Lorenzo y Mateos</p>	<p>Medicina Intensiva</p>	<p>Revisión bibliográfica</p>	<p>2017</p>	<p>Esta revisión bibliográfica, mostró que el Síndrome Post-Cuidados intensivos es una condición que afecta a los familiares y cuidadores de los pacientes, pudiendo sufrir efectos físicos, sociales y psicológicos negativos que empeorarían su calidad de vida. Por ello, se deben implantar medidas con el objetivo de prevenir la aparición de secuelas después del ingreso del paciente crítico. El Plan HU-CI ha introducido una serie de líneas estratégicas en su proyecto para facilitar la reintegración de los pacientes y sus familias a la sociedad tras el episodio crítico.</p>

<p>Humanización de la Sanidad y Salud Laboral: Implicaciones, estado de la cuestión y propuesta del Proyecto HU-CI.</p>	<p>Macarena Gálvez Herrer, José Manuel Gómez García Mari Cruz Martín Delgado Mónica Ferrero Rodríguez</p>	<p>Medicina y Seguridad del Trabajo</p>	<p>Revisión narrativa</p>	<p>2017</p>	<p>El proyecto de humanización de las unidades de cuidados intensivos (HU-CI), (que actualmente se está llevando a cabo) establece una serie de líneas estratégicas con el fin de que los profesionales puedan proporcionar unos cuidados más humanizados. Dichas medidas son: proporcionar bienestar al paciente, así como cuidados al final de la vida, prevención, manejo y seguimiento del Síndrome Post-Cuidados Intensivos, fomentar la presencia y participación de los familiares en los cuidados intensivos, cuidados al profesional, crear una UCI de puertas abiertas y una infraestructura humanizada.</p>
<p>Satisfaction in the Intensive Care Unit (ICU). Patient opinion as a cornerstone.</p>	<p>M.S.Holanda Peñaa N.Marina Talledo E.Ots Ruiz J.M.Lanza Gómeza A.Ruiz Ruiza A.García Miguelez V.Gómez Marcos M.J.Domínguez Artiga</p>	<p>Medicina Intensiva</p>	<p>Estudio transversal, observacional, descriptivo y prospectivo</p>	<p>2017</p>	<p>Estudio que se realizó con el objetivo de estudiar la concordancia entre los grados de satisfacción de los familiares y los pacientes, en cuanto a las atenciones y cuidados proporcionados durante su estancia en la UCI. Se demostró que los niveles de satisfacción fueron altos en ambos grupos. En cuanto a la comunicación y el respeto recibido por parte del personal de enfermería, se asoció a altos niveles de satisfacción en ambos grupos, siendo la puntuación más alta entre los pacientes que en los familiares. Sin embargo, se reflejó que las explicaciones dadas por los médicos recibieron peores puntuaciones de los pacientes que de sus familiares. Esto puede ser debido a que el médico suele dedicar más tiempo a informar a la familia que al paciente real, quizás olvidando que el paciente de la UCI también puede expresar su opinión y, a su vez,</p>

	M.Á.Hernández Hernández R.Wallmannb, J Llorca Díaz, HU-CI Project				recibir información. Además, se concluyó, que para asegurar la humanización de la atención recibida es necesario dedicar más tiempo a escuchar a los pacientes, ya que puede ayudar a que la UCI sea más personalizada, cómoda, y capaz de ofrecer una alta calidad humana y científico-técnica.
Relatos de vida y fotografía de pacientes sedados en UCI: ¿estrategia de humanización posible?	Cristina Aparecida Pereira da Silva Ribeiro Mónica Martins Trovo Ana Cláudia Puggina	Enfermería Global	Investigación cualitativa	2017	En este estudio, se identificó la influencia del contexto del paciente sedado a través de las historias de vida y fotografía en la percepción del cuidar del personal de enfermería y se evaluó la intervención que se propone como una estrategia de humanización para cuidar al paciente sedado. Como resultado, los profesionales, tras exponerse a la fotografía y relatos de vida del paciente, mencionaron aspectos fundamentales para el cuidado: la empatía, la emoción, y el fortalecimiento del vínculo con el paciente. Todo ello indica, que es imprescindible tener en cuenta dichos elementos básicos para proporcionar cuidados humanizados, incluyendo sentimientos en la práctica y promover mayor sensibilidad del profesional. Esto, aumenta a su vez el compromiso e implicación con la asistencia a pacientes sedados. Por otra parte, es necesario crear estrategias para poder cuidar emocionalmente al equipo, una vez que esté involucrado en la imagen e historia del paciente sedado.

<p>Humanization in healthcare arises from the need for a holistic approach to illness</p>	<p>C. de la Fuente-Martos M. Rojas Amezcua M.R. Gómez-Espejo P. Lara-Aguayo E. Morán-Fernández E. Aguilar-Alonso</p>	<p>Revista Medicina Intensiva</p>	<p>Proyecto comunitario</p>	<p>2018</p>	<p>Durante un año, se desarrolló un proyecto comunitario en el Hospital Infanta Margarita, ya que era necesario implementar medidas que fomenten la humanización de los cuidados en las UCIs, y comprender mejor el sufrimiento que experimentan los pacientes y familiares. Las medidas que se llevaron a cabo fueron: crear una estructura física favorable, utilizar musicoterapia, involucrar a la familia en el cuidado del paciente, mejorar las herramientas de comunicación entre las familias, pacientes y profesionales, realizar encuentros con familias y entre familias, la salida de los pacientes fuera de los boxes, prevenir el estrés postraumático y ofrecer a los pacientes la oportunidad de utilizar las tecnologías.</p>
<p>O tema da humanização na terapia intensiva em pesquisas na saúde</p>	<p>Bianca Silveira de Carli, Liamara Denise Ubessi, Marinez Koller Pettenon, Liane Beatriz Righi, Vanda Maria da Rosa Jardim, Eniva Miladi Fernandes Stumm</p>	<p>Revista Cuidado É Fundamental</p>	<p>Revisión bibliográfica sistemática de estudios.</p>	<p>2018</p>	<p>En esta revisión bibliográfica se demostró a partir de varios estudios, diversos factores deshumanizantes de los cuidados que impiden la satisfacción del paciente en su estancia en la UCI, además de producir la despersonalización de éste y la disminución de su autonomía. Entre ellos se encuentran: las condiciones del trabajo de los profesionales, debido al elevado número de horas y la sobrecarga laboral; el impedimento del profesional para conciliar su vida familiar y otros vínculos afectivos; la utilización de la tecnología y la estructura de la UCI. Por otra parte, se evidenciaron a su vez varios elementos humanizadores para ofrecer una adecuada atención: el diálogo y la comunicación con los pacientes y familiares;</p>

					<p>proporcionarles a las familias más información acerca de los cuidados ofrecidos a su ser querido, así como la explicación de cualquier duda que tengan; más preparación al profesional acerca del cuidado humanizado al paciente, para poder atender mejor a los aspectos fisiológicos, psicológicos, sociales y espirituales de cada persona, con el fin de la preservación de la dignidad humana; y más formación acerca de cómo afrontar las situaciones en las que el paciente esté en la etapa final de la vida.</p>
Humanización de los Cuidados Intensivos	Verónica Rojas	Revista Médica Clínica Las Condes	Revisión bibliográfica	2019	<p>El miedo, el dolor y la incertidumbre son sentimientos que experimentan muchos de los pacientes que ingresan en las UCIs. La formación de los profesionales sanitarios está enfocada en aspectos de tratamientos y diagnóstico, y no en evaluar de forma más holística y humanizada a los individuos. En esta revisión se concluye que es necesario implementar medidas que favorezcan la humanización de los cuidados, como en el proyecto HU-CI, que ha creado ocho líneas estratégicas para establecer un modelo de cuidado holístico. Por lo tanto, para que estos aspectos de mejora se puedan extender en el resto del entorno hospitalario, y no solo en las UCIs, se debe trasladar a todos los centros educativos donde los equipos sanitarios son formados.</p>

<p>La gestión humanizada es posible</p>	<p>Cortés Borra, Albert Jaén Ferrer, Pedro.</p>	<p>Revista Recien</p>	<p>Revisión narrativa</p>	<p>2019</p>	<p>Es imprescindible humanizar la gestión sanitaria entre los trabajadores, fomentando, la comunicación, el respeto, la motivación, la empatía, la honestidad, la escucha activa y la adaptación al cambio. Este modelo de gestión repercutirá en que los profesionales serán capaces de proporcionar el mejor cuidado a los pacientes.</p>
<p>Nurse-family relationship. Beyond the opening of doors and schedules</p>	<p>C. Duque-Ortiz M.M. Arias-Valencia</p>	<p>Revista Enfermería Intensiva</p>	<p>Revisión narrativa</p>	<p>2020</p>	<p>Proporcionar información a las familias acerca de los cuidados de sus familiares, conlleva a ofrecer una mejor calidad de los cuidados, así como a humanizarlos. Se ha demostrado que la mayoría de las familias necesitan obtener más información acerca de sus seres queridos, ya que no pueden evitar sentir inseguridad e incertidumbre, de cómo estarán ellos, si el tratamiento está funcionando o qué cambios han tenido desde la última visita. Asimismo, reflejan que acuden primero al médico para solicitar información sobre el seguimiento del ser querido, de su tratamiento, su evolución con la enfermedad... Mientras que a las enfermeras recurren en segundo lugar, para que les proporcionen información acerca de sus cuidados, resultando ésta más tranquilizadora para ellos.</p>

<p>Proyecto “Humanizando los Cuidados Intensivos”, nuevo paradigma de orientación de los Cuidados Intensivos</p>	<p>Ignacio Baeza Gómez, Linda Cynthia Quispe Hoxsas</p>	<p>Revista de Bioética y Derecho</p>	<p>Revisión bibliográfica</p>	<p>2020</p>	<p>En esta revisión bibliográfica se demostró que los avances tecnológicos y la focalización del tratamiento de la enfermedad, han originado la despersonalización de pacientes, familias, cuidadores e incluso profesionales, así como el desarrollo del Síndrome Post-Cuidados intensivos (Post Intensive Care Syndrome). Por ello, es necesario que existan nuevas perspectivas éticas para cambiar el entorno y los cuidados recibidos, destinados a reducir el sufrimiento, dolor y miedo.</p>
<p>Humanizing ICU Coronavirus Disease 2019 Care</p>	<p>Judith Marin-Corral, MD, PhD Ángela García-Sanz, RN Joan Ramon Masclans, MD, PhD</p>	<p>CHEST JOURNAL</p>	<p>Artículo informativo</p>	<p>2021</p>	<p>En este artículo se exponen algunas medidas que ha adoptado el proyecto “HUCIMAR” (Humanización de la UCI del Parc de Salut Mar), para ofrecer una mejor atención humanizada. Dichas medidas eran: la inclusión de una política de puertas abiertas las 24 horas para familiares cercanos, la movilización temprana en la UCI realizada por fisioterapeutas, control del ruido ambiental, musicoterapia, caminatas asistidas por personal, y mejoras en la estructura de la unidad. Sin embargo, debido a la pandemia, la mayoría de estas medidas se vieron interrumpidas. En los casos de pacientes diagnosticados por Covid-19, se decidió mediante el consenso del departamento, reiniciar una de las actividades terapéuticas: “caminatas curativas frente al mar”, donde se daba al paciente un paseo breve y rápido hasta el paseo marítimo, favoreciendo el bienestar personal de éste.</p>

<p>Humanización de Los Cuidados Intensivos: Un llamado a la acción durante y después del covid-19</p>	<p>José F. Gómez-González Valentina Cortés-López Lenin Y. Basante-Muñoz Katherine Gaviria-Zuluaga Mariana Blanco-Betancur Jorge A. Sánchez-Duque</p>	<p>Archivos de Medicina Familiar y General</p>	<p>Artículo de reflexión</p>	<p>2021</p>	<p>En este artículo se expone que, debido a los nuevos avances tecnológicos y científicos en el cuidado de la salud, se ha generado un distanciamiento de aquellos aspectos que caracterizan al ser humano, provocando a su vez la deshumanización de la práctica sanitaria. Ésta última, se ha acrecentado durante la pandemia por COVID-19, debido a las medidas de protección (mascarillas, guantes, gafas, bata y pantalla protectora) y aislamiento requeridas para proteger tanto al personal de salud, como a la comunidad. Por ello, en numerosos países han creado diversas estrategias de humanización. En México, se han llevado a cabo medidas, como la de colocar una fotografía sobre el tórax del profesional, para que el paciente pueda identificar quién le está tratando, o la realización de videollamadas entre familiares y pacientes aislados. En España, se ha asignado un miembro del personal de enfermería a cada usuario que se encuentre en la etapa final de la vida, para realizar el proceso de acompañamiento entre éste y sus familias por medio de llamadas telefónicas. En Italia, se ha utilizado la musicoterapia, y, con el objetivo de que la persona ingresada no pierda el contacto con el exterior, se les ha permitido tener sus dispositivos móviles. Asimismo, en Argentina, se ha aprobado que los familiares cuyos seres queridos se encuentren en <i>Situación de Últimos días</i>, puedan despedirse presencialmente.</p>
---	--	--	------------------------------	-------------	---

8. DISCUSIÓN

Debido a las situaciones deshumanizantes que se dan en las UCIs en numerosas ocasiones, diversos autores han propuesto medidas que fomentan la humanización de los cuidados a los pacientes.^{23,24,25, 26, 27, 28, 30,31,32,33, 34,35,36,37, 38, 39, 40,41}

M. Gálvez, et al, exponen en su artículo cómo las ocho líneas estratégicas del Proyecto HU-CI, pueden favorecer al profesional a la hora de proporcionar unos cuidados más humanizados. En primer lugar, se encuentra la UCI de puertas abiertas, que permita una mayor participación de los familiares en el cuidado de los pacientes. Por otro lado, en cuanto a la comunicación, el objetivo es fomentarla para mejorar el trabajo en equipo. Además, se propone el bienestar del paciente, tanto psicológico, emocional y físico, teniendo en cuenta las necesidades de la familia. Otra de las líneas, es la de cuidados al profesional ya que adquiere gran importancia la prevención del Síndrome de Burnout, la fatiga por compasión o el sufrimiento moral, como mejora del desarrollo en su trabajo. La infraestructura humanizada, en la que las salas de espera sean un espacio acogedor, luminoso y cálido para poder ofrecer una mejor atención a los familiares durante la espera, así como la creación de “ventanas” a través de elementos decorativos que conformen paisajes en los boxes de los pacientes. Además, se establece la prevención, manejo y seguimiento del Síndrome Post-Cuidados Intensivos. Por último, se propone la integración de cuidados paliativos con el fin de mejorar los cuidados al final de la vida de las personas.³¹

Estos argumentos, son fortalecidos en los artículos de S. Arias-Rivera, et al,³² y de D. Escudero, et al,²³ que sugieren que las familias deberían tener una mayor implicación en el cuidado de sus seres queridos durante su estancia en las UCIs, así como prolongar el horario de las visitas de los familiares, cambiar el ambiente del cubículo de los pacientes, o prevenir el Síndrome Post-Cuidados Intensivos. Sin embargo, los últimos autores, a diferencia de los anteriores, hacen hincapié en mejorar la comunicación con el paciente intubado mediante el desarrollo de sistemas del lenguaje no verbal. Asimismo, realzan la importancia de permitir las visitas de los niños a sus familiares, puesto que es un potencial estímulo para la recuperación del paciente, además que contribuye a que los menores comprendan mejor la enfermedad y la situación.²³

De igual manera, en un estudio en el que participó el mismo autor, D. Escudero, se demostró que la utilización de la música en las UCIs es un método que favorece el alivio de la ansiedad o el estrés que puede sufrir el paciente,²⁴ aspecto en el que coincide C. de la Fuente, et al,³⁴ y José F., et al.⁴¹

V. Canhizares, et al, demostró que la comunicación con el paciente, los familiares, la empatía y la relación adecuada con el equipo, resultaron ser elementos indispensables para humanizar la atención sanitaria.²⁷ En este sentido, esto se ve reforzado por los argumentos expuestos a partir del Proyecto Comunitario de Humanización de Los Cuidados, en el Hospital Infanta Margarita. En este artículo, C. de la Fuente, et al, llevan a cabo, una mejora de las herramientas de comunicación entre las familias y los pacientes, puesto que sus necesidades y satisfacción son considerados el principal objetivo para conseguir una atención humanizada.³⁴ Además, coincide con el Proyecto HU-CI³¹, en la serie de líneas estratégicas que se llevaron a cabo. Sin embargo, al contrario de éste, el Proyecto Comunitario, realizó encuentros con las familias, y la salida de los pacientes fuera de los boxes.³⁴

Respecto a la propuesta del Hospital Infanta Margarita de la salida de los pacientes fuera de los boxes,³⁴ coincide con una de las medidas humanizadoras de los cuidados, que se ha llevado a cabo por el Proyecto HUCIMAR en el hospital, tal y como afirman J. Marín, et al, en su artículo informativo. A pesar de que se viera limitada esta actividad debido a la situación actual de la pandemia por la COVID-19, mediante un consenso del departamento de la UCI, se volvió a retomar la actividad terapéutica de: “caminatas curativas frente al mar” en aquellos pacientes con PCR negativa.⁴⁰

En contraste a las estrategias anteriores recogidas en la literatura científica,^{23,24,30,31,32,34,40}, C. Aparecida, et al, evidenciaron en su investigación cualitativa, que exponer a los profesionales de enfermería, a una fotografía del paciente y a los relatos de sus vidas, fomentaba la empatía, la emoción y el fortalecimiento del vínculo enfermera-paciente, elementos necesarios en la humanización del cuidado.³³ Debido a la situación actual del COVID-19, José F, et al, demostraron en su artículo que los factores humanizantes, tal y cómo describió C. Aparecida, et al, se vieron disminuidos. Todo ello, debido a las medidas restrictivas tanto de protección y aislamiento, que se han tenido que llevar a cabo por la pandemia. Por esta razón, en varios países se propusieron una serie de líneas estratégicas innovadoras para poder humanizar, en la medida de lo posible, la atención sanitaria en tiempos de COVID-19. Se ha utilizado la estrategia de colocar una fotografía sobre el tórax de la persona que los atiende, para que los pacientes puedan reconocerla, la realización de videollamadas con sus familiares, la asignación de un solo profesional de enfermería que los acompañe en su etapa final de la vida, con la posibilidad de permitirles el uso de sus propios dispositivos móviles. Asimismo, aquellos que se encuentren en dicha situación podrán despedirse presencialmente de sus seres queridos.⁴¹

Dentro de la misma línea, A. Fernández, et al, aseguran en su artículo, que se requiere fomentar la ética del cuidado para humanizar los cuidados intensivos, consiguiendo así, asegurar la autonomía de las personas, preservar su dignidad y evitar la despersonalización del paciente, a la par que mejorar la calidad de los cuidados.²⁵ Coinciden con estos argumentos A. Calvetti, et al, no obstante, aportan como novedad, que es necesaria una adecuada formación de los trabajadores como otro elemento humanizante.²⁶ En esto último, también coincide V. Rojas, et al,³⁷ que expone la necesidad de enfocar la formación de los profesionales, en un trato más holístico y humanizado hacia las personas, puesto que normalmente suele estar centrado en aspectos de tratamiento y diagnóstico.

Desde otra perspectiva, afirman los autores C. Borra, et al, que es imprescindible humanizar la gestión sanitaria entre los trabajadores, fomentando la comunicación, el respeto, la motivación, la empatía y la honestidad y la escucha activa, con el fin de proporcionar el mejor cuidado a los pacientes.³⁶

A. Sánchez, et al, argumentan en su estudio, que los familiares muestran gran satisfacción, acerca de la información recibida sobre sus seres queridos por el personal sanitario. Pero, se afirma una mayor satisfacción por la que es proporcionada por el personal facultativo respecto a la del profesional de enfermería.²⁸ Por el contrario, M.S. Holanda, et al, exponen en su estudio que los familiares se encontraban satisfechos con la comunicación, el respeto y la información ofrecida por parte de los enfermeros.²⁹

Del mismo modo, C. Duque, et al, afirman que proporcionar información a las familias acerca de los cuidados de sus seres queridos, conlleva a ofrecer una mejor calidad de los cuidados, así como a humanizarlos. Las familias necesitan saber más acerca de sus allegados, debido a la incertidumbre e inseguridad sobre cómo estarán ellos, si el tratamiento está funcionando o qué cambios han tenido desde la última visita. A su vez, se evidenció que las familias acudían primero al médico para solicitar información sobre el tratamiento y seguimiento de su ser querido. Mientras que solicitaban a la enfermera en segundo lugar, que les proporcionara información acerca de sus cuidados.³⁹

M. Gálvez, et al,³¹ S. Arias-Rivera, et al,³² y de D. Escudero, et al,²³, exponen que es necesario implantar medidas centradas en la movilización temprana, con el objetivo de prevenir el Síndrome Post-Cuidados Intensivos. Al contrario de éstos, MC. Martín, et al,³⁰ en su artículo, realza la importancia de mantener un adecuado nivel de sedación, conseguir el control del dolor, manejar el delirio y fomentar la implicación y participación de la familia,

ya que dichas medidas actuarán como estrategias eficaces en la prevención de dicho síndrome.

Por otro lado, B. Silveira, et al, en su artículo describen varios factores que deshumanizan los cuidados, e impiden a su vez, la satisfacción del paciente en su estancia en la UCI, además de producir la disminución de su autonomía, y la despersonalización de éste. Entre ellos, se encuentran: las condiciones del trabajo de los profesionales, debido al elevado número de horas y la sobrecarga laboral, el impedimento del profesional para conciliar su vida familiar y otros vínculos afectivos, la utilización de la tecnología y la estructura de la UCI.³⁵ Igualmente, V. Canhizares, et al, establecen como elementos deshumanizantes, la fragmentada e inadecuada organización del trabajo, la falta de tiempo, de personal y de materiales.²⁷ Del mismo modo, coinciden I. Baeza, et al, con estos autores, en que los avances tecnológicos, han originado la despersonalización de pacientes, familias y cuidadores. Sin embargo, en contraste con los anteriores, argumenta como elemento deshumanizante, la focalización del tratamiento de la enfermedad, de tal forma, que el profesional no se centre en abordar los aspectos holísticos de la atención en los cuidados al paciente.³⁸

B. Silveira, et al,³⁵ V. Canhizares²⁷ y I. Baeza, et al, hacen hincapié, en que la tecnificación en las UCIs ha propiciado la deshumanización de éstas. Sin embargo, P. Kuerten, et al,²² demuestran en su artículo, que la combinación de tres tecnologías de forma equilibrada, incorporadas a la práctica, pueden favorecer el acercamiento y comunicación con los sanitarios, el paciente y las familias, consiguiendo así, un cuidado humanizado. Estos autores, se refieren a estas tecnologías, como duras, blandas duras y blandas. Las duras, se refieren a los dispositivos tecnológicos con funciones avanzadas, como los ventiladores mecánicos, las bombas de perfusión o el monitor hemodinámico. Las blandas duras, hacen referencia al conocimiento estructurado, basado en el uso de algoritmos y consensos, propuestos por distintas identidades. Y las blandas, incluyen las relaciones del equipo profesional con el paciente y la familia, y la gestión de los servicios.

9. CONCLUSIONES

Los factores identificados como elementos que afectan de manera negativa a la prestación de cuidados humanizados en las UCIs son: la tecnificación de dichos espacios, la estructura arquitectónica, la estricta política de visitas a los familiares, la inadecuada organización, las condiciones de trabajo a las que se somete el personal sanitario, el

impedimento de conciliar su actividad laboral con su vida familiar y afectiva, la elevada carga de trabajo y el estrés excesivo o la escasez de formación para desempeñar tareas.

Las razones por las que es necesaria la humanización en las UCIs se cimentan en la necesidad de mitigar en el paciente sentimientos de soledad, miedo o ansiedad, evitar la posibilidad de sufrir, junto a sus familiares, el Síndrome Post-Cuidados Intensivos y las demandas sociales actuales para recibir una información más detallada e inteligible, así como para participar activamente en su proceso de enfermedad-curación.

Las medidas para fomentar la humanización de los cuidados en nuestras Unidades de Cuidados Intensivos deben abarcar tanto a nuestros pacientes como a sus allegados y a los profesionales que los atienden. Entre ellas, se encuentran: mejorar las estructuras de las UCIs, establecer una política de puertas abiertas, fomentar la comunicación, emplear la musicoterapia como medida terapéutica, crear medidas para prevenir el Síndrome Post-Cuidados Intensivos, optimizar la atención en el cuidado del paciente en su etapa final de la vida, modificar el horario de visitas de las familias e implicar a éstas en sus cuidados, así como proporcionarles más información acerca de éstos, favorecer la ética del cuidado, mejorar la gestión, la organización y la comunicación entre profesionales, junto con una formación más holística, inclusive en las universidades, y promover la conciliación entre las labores asistenciales y la vida privada de los profesionales sanitarios.

10. BIBLIOGRAFÍA

- 1.- Definiciones [Internet]. ICN - International Council of Nurses. 2021 [consultado en enero 2021]. Disponible en: <https://www.icn.ch/es/politica-de-enfermeria/definiciones>
- 2.- Següel Palma Fredy, Valenzuela Süazo Sandra, Sanhueza Alvarado Olivia. EL TRABAJO DEL PROFESIONAL DE ENFERMERÍA: REVISIÓN DE LA LITERATURA. *Cienc. enferm.* [Internet]. 2015 Ago [consultado en enero 2021]; 21(2): 11-20. Disponible en:http://www.scielo.cl/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0717-95532015000200002&lng=es
- 3.- Backes DS, Koerich MS, Erdmann AL. Humanizing care through the valuation of the human being: resignification of values and principles by health professionals. *Revista latino-americana de enfermagem*, 15(1), 34–41. [consultado en enero 2021]. Disponible en: <https://doi.org/10.1590/s0104-11692007000100006>
- 4.- Plan de Humanización de la Asistencia Sanitaria 2016-2019. CONSEJERÍA DE SANIDAD. [Internet] Madrid. Org. [consultado en enero 2021]. Disponible en: <http://www.madrid.org/bvirtual/BVCM017902.pdf>
- 5.- La humanización de los cuidados de enfermería. Una visión antropológica [Internet]. Ohsjd.es. 2016 [citado el 4 de marzo de 2021]. Disponible en: <https://www.ohsjd.es/humanizacion-cuidados-enfermeria-vision-antropologica>
- 6.- Melina. Humanismo - Concepto, origen, tipos y características [Internet]. Concepto.de. 2020 [consultado en febrero 2021]. Disponible en: <https://concepto.de/humanismo/>
- 7.- Opinión [Internet]. Gacetamedica.com. 2020 [consultado en febrero de 2021]. Disponible en: <https://gacetamedica.com/seccion-opinion/>
- 8.- Gutmann T, Münster U, Rendón UM, Universidad Nacional de Colombia. Dignidad y autonomía. Reflexiones sobre la tradición kantiana. *Estud Filos.* 2019;(59):233–54.
- 9.- Franco FN, García JMS. EL SORGE COMO PROPUESTA DE HUMANIZACIÓN EN EL CUIDADO. *Ene* [Internet]. 2016 [consultado en febrero 2021];10(3). Disponible en: <http://www.ene-enfermeria.org/ojs/index.php/ENE/article/view/661/sorge>
- 10.- La humanización de los cuidados de enfermería. Una visión antropológica [Internet]. Ohsjd.es. 2016 [citado el 4 de marzo de 2021]. Disponible en: <https://www.ohsjd.es/humanizacion-cuidados-enfermeria-vision-antropologica>

- 11.- RAE. humanizar [Internet]. Rae.es. [consultado en febrero 2021]. Disponible en: <https://www.rae.es/drae2001/humanizar>
- 12.- Aguilar García C. R. Martínez Torres C. La realidad de la Unidad de Cuidados Intensivos. Med Crit 2017;31(3):171-173. [consultado en febrero de 2021]. Disponible en: <https://www.medigraphic.com/pdfs/medcri/ti-2017/ti173k.pdf>
- 13.- García González A. Enfermería en cuidados paliativos. Madrid, Spain: Editorial Universitaria Ramón Areces; 2011.
- 14.- _Historia [Internet]. Seeiuc.org. [consultado en febrero de 2021]. Disponible en: <https://seeiuc.org/seeiuc/sociedad/historia/>
- 15.- CODEM. Ilustre Colegio Oficial de Enfermería de Madrid [Internet]. Codem.es. [citado el 4 de junio de 2021]. Disponible en: <https://www.codem.es/codigo-deontologico>
- 16.- Velasco Bueno JM, Prieto de Paula JF, Castillo Morales J, Merino Nogales N, Perea-Milla López E. Organización de las visitas de familiares en las unidades de cuidados intensivos en España. Enferm Intensiva. 2005;16(2):73–83.
- 17.- Pérez-Fuentes MDC, Herera-Peco I, Molero Jurado MDM, Oropesa Ruiz NF, Ayuso-Murillo D, Gázquez Linares JJ. The development and validation of the Healthcare Professional Humanization Scale (HUMAS) for nursing. Int J Environ Res Public Health. 2019;16(20):3999.
- 18.- Ballester Arnal R, Gómez Martínez S, Gil Juliá B, Ferrándiz-Sellés MD, Collado-Boira EJ. Burnout y factores estresantes en profesionales sanitarios de las unidades de cuidados intensivos. Rev psicopatol psicol clín. 2016;21(2):129.
- 19.- Las enfermeras con “burnout” cometen hasta un 60% más de errores en UCI [Internet]. Redaccionmedica.com. [consultado en febrero de 2021]. Disponible en: <https://www.redaccionmedica.com/secciones/enfermeria/enfermeras-burnout-cometen-mas-errores-uci-5674>
- 20.- Ñique Carbajal C, Cervera Vallejos M, Díaz Manchay R, Domínguez Barrera C. Principios bioéticos en el contexto de la pandemia de COVID-19. RMH [Internet]. 8 ene.2021 [consultado en febrero de 2021];31(4):255-6. Disponible en: <https://revistas.upch.edu.pe/index.php/RMH/article/view/3860>

- 21.- Centro de Servicios Informáticos de la Universidad Nacional de Educación a Distancia. humanismo [Internet]. Uned.es. [consultado en febrero de 2021]. Disponible en: http://portal.uned.es/portal/page?_pageid=93,5584340&_dad=portal&_schema=PORTAL
- 22.- Kuerten Rocha Patrícia, Prado Marta Lenise do, Almeida Cabral Patrícia Fernanda de, Jatobá de Souza Ana Izabel, Anders Jane Cristina. El cuidado y la tecnología en las unidades de cuidados intensivos. Index Enferm [Internet]. 2013 Sep [consultado en febrero de 2021] ; 22(3): 156-160. Disponible en: http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1132-12962013000200009&lng=es
- 23.- Escudero D, Viña L, Calleja C. Por una UCI de puertas abiertas, más confortable y humana. Es tiempo de cambio. Med Intensiva. 2014;38(6):371–5. [consultado en febrero de 2021] ; Disponible en: <https://medintensiva.org/es-por-una-uci-puertas-abiertas-articulo-S0210569114000370>
- 24.- Escudero D, Martín L, Viña L, Quindós B, Espina MJ, Forcelledo L, et al. Política de visitas, diseño y confortabilidad en las unidades de cuidados intensivos españolas. Rev Calid Asist. 2015;30(5):243–50.
- 25.- Fernández-Truillo A, Vallverdú-Cartié H, Román-Maestre B. Care ethics. Un nuevo enfoque bioético para humanizar la UCI. Med Intensiva (Engl Ed). 2016;40(8):511–3. [consultado en febrero de 2021] Disponible en: <https://www.sciencedirect.com/science/article/abs/pii/S2173572716300546>
- 26.- Medeiros AC de, Siqueira HCH de, Zamberlan C, Cecagno D, Nunes SDS, Thurow MRB. Comprehensiveness and humanization of nursing care management in the Intensive Care Unit. Rev Esc Enferm USP. 2016;50(5):816–22.
- 27.- Evangelista VC, Domingos T da S, Siqueira FPC, Braga EM. Equipe multiprofissional de terapia intensiva: humanização e fragmentação do processo de trabalho. Rev Bras Enferm. 2016;69(6):1099–107.
- 28.- Sánchez-Vallejo A, Fernández D, Pérez-Gutiérrez A, Fernández-Fernández M. Análisis de las necesidades de la familia del paciente crítico y la opinión de los profesionales de la unidad de cuidados intensivos. Med Intensiva. 2016;40(9):527–40.
- 29.- Holanda Peña MS, Marina Talledo N, Ots Ruiz E, Lanza Gómez JM, Ruiz A, García Miguez A, et al. Satisfaction in the Intensive Care Unit (ICU). Patient opinion as a cornerstone. Med Intensiva (Engl Ed). 2017;41(2):78–85.

- 30.- Martín Delgado MC, García de Lorenzo y Mateos A. Surviving the Intensive Care Units looking through the family 's eyes. *Med Intensiva (Engl Ed)*. 2017;41(8):451–3. [consultado en marzo de 2021]; Disponible en <https://www.sciencedirect.com/science/article/abs/pii/S2173572717301649>
- 31.- Gálvez Herrero Macarena, Gómez García José Manuel, Martín Delgado Mari Cruz, Ferrero Rodríguez Mónica. Humanización de la Sanidad y Salud Laboral: Implicaciones, estado de la cuestión y propuesta del Proyecto HU-CI. *Med. segur. trab.* [Internet]. 2017 Jun [consultado en marzo de 2021]; 63(247): 103-119. Disponible en: http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0465-546X2017000200103&lng=es
- 32.- Arias-Rivera S, Sánchez-Sánchez MM. Do Spanish Intensive Care Units need to be “humanised”? *Enferm Intensiva (Engl)*. 2017;28(1):1–3. [consultado en marzo de 2021] ; Disponible en: <https://www.sciencedirect.com/science/article/abs/pii/S2529984017300113>
- 33.- Ribeiro Cristina Aparecida Pereira da Silva, Trovo Monica Martins, Puggina Ana Cláudia. Relatos de vida y fotografía de pacientes sedados en UCI: ¿estrategia de humanización posible?. *Enferm. glob.* [Internet]. 2017 [consultado en marzo de 2021] ; 16(47): 453-495. Disponible en: http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1695-61412017000300453&lng=es <https://dx.doi.org/10.6018/eglobal.16.3.257291>
- 34.- de la Fuente-Martos C, Rojas-Amezcuca M, Gómez-Espejo MR, Lara-Aguayo P, Morán-Fernandez E, Aguilar-Alonso E. Humanization in healthcare arises from the need for a holistic approach to illness. *Med Intensiva (Engl Ed)*. 2018;42(2):99–109.
- 35.- de Carli BS, Ubessi LD, Pettenon MK, Righi LB, da Rosa Jardim VM, Stumm EMF. O tema da humanização na terapia intensiva em pesquisas na saúde. *Rev Pesqui Cuid é Fundam Online*. 2018;10(2):326–33.
- 36.- Borra AC, Ferrer PJ. La gestión humanizada es posible. *Rev cient enferm*. 2019;(17):6–10.
- 37.- Rojas V. HUMANIZACIÓN DE LOS CUIDADOS INTENSIVOS. *Rev médica Clín Las Condes*. 2019;30(2):120–5.
- 38.- Baeza Gómez I, Quispe Hoxsas L. Proyecto “Humanizando los Cuidados Intensivos”, nuevo paradigma de orientación de los Cuidados Intensivos. *Revista de bioética y derecho: publicación del Máster en bioética y derecho*, ISSN-e 1886-5887, Nº. 48, 2020, págs. 111-

126. [consultado en abril de 2021]; Disponible en:
<https://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=7385728>

39.- Duque-Ortiz C, Arias-Valencia MM. Nurse-family relationship. Beyond the opening of doors and schedules. *Enferm Intensiva (Engl)* . 2020;31(4):192–202. [consultado en abril de 2021]; Disponible en:
<https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S2529984020300501>

40.- Marin-Corral J, Garcia-Sanz À, Masclans JR. Humanizing ICU Coronavirus disease 2019 care. *Chest*. 2021;159(2):489–91. [consultado en mayo de 2021] ; Disponible en:
https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S0012369220349175?dgcid=raven_sd_recommender_email

41.- Gómez-González JF. Cortés-López V. Basante-Muñoz LY . Gaviria-Zuluaga K. Blanco-Betancur M. Sánchez-Duque JA. Humanización de los Cuidados Intensivos: Un llamado a la acción durante y después del COVID-19. [consultado en mayo de 2021] ; Disponible en:
https://www.researchgate.net/profile/Jorge-Sanchez-Duque/publication/350373907_Humanizacion_de_los_Cuidados_Intensivos_Un_llamado_a_la_accion_durante_y_despues_del_COVID-19_Humanization_of_Critical_Medicine_and_Intensive_Care_A_call_for_action_amid_and_beyond_COVID-19/links/605c5b38458515e8346cf1f2/Humanizacion-de-los-Cuidados-Intensivos-Un-llamado-a-la-accion-durante-y-despues-del-COVID-19-Humanization-of-Critical-Medicine-and-Intensive-Care-A-call-for-action-amid-and-beyond-COVID-19.pdf