



**Universitat**  
de les Illes Balears

## **TRABAJO DE FIN DE GRADO**

# **HUMANIZACIÓN CLÍNICA EN LA UNIDAD DE CUIDADOS INTENSIVOS (UCI)**

**Ainhoa Moreno Gervilla**

**Grado de Enfermería**

**Facultad de Enfermería y Fisioterapia**

**Año Académico 2023-2014**

Palabras clave del trabajo:

Humanización clínica, Unidad de Cuidados Intensivos, familia, paciente crítico.

Nombre Tutor/Tutora del Trabajo: Antonia Pades Jiménez.

## RESUMEN

**Introducción:** el paso por la UCI resulta estresante para los pacientes y sus familiares, incluyendo miedo, ansiedad, depresión, aislamiento social, pérdida de control y cambios en su vida cotidiana.

Los enfermeros que trabajamos en este servicio debemos de llevar a cabo un cuidado integral a nuestros pacientes y familiares, siempre desde el respeto y la empatía, fomentando la humanización de los cuidados.

**Objetivos:** analizar la humanización clínica en la Unidad de Cuidados Intensivos (UCI) dirigida a la atención a la familia y paciente crítico.

**Metodología:** se ha realizado una revisión bibliográfica de 23 artículos sobre la humanización en UCI, experiencias y grado de satisfacción. Estos artículos se han encontrado en diversas bases de datos siguiendo los criterios de inclusión y exclusión establecidos.

**Resultados:** se han obtenido un total de 131 artículos, de los cuales se descartaron 108 artículos al no resultar de interés para la investigación y los 23 artículos restantes se seleccionaron para la investigación.

**Conclusiones:** los profesionales de la salud presentan una alta carga emocional y laboral, provocando en muchas ocasiones situaciones de deshumanización e insatisfacción. Además, la automatización de la atención ha supuesto mejoras en cuanto a la atención. Sin embargo, aún encontramos experiencias negativas en la UCI. Por tanto, es fundamental modificar los hábitos de conducta que se producen de manera habitual en las Unidades de Cuidados Intensivos con el objetivo de mejorar en todos los niveles.

**Palabras clave:** humanización clínica, Unidad de Cuidados Intensivos, paciente crítico, y familia.

## **RESUM**

**Introducció:** el pas per l'UCI és estressant per els pacients i familiars, incloent por, ansietat, depressió, aïllament social, pèrdua de control i canvis en la seva vida quotidiana.

Els infermers que treballam en aquest servei hem de dur a terme un cuitat integral per els nostres pacients i familiars, sempre des de el respecte i l'empatia, fomentat la humanització de les cures.

**Objectius:** analitzar la humanització clínica a l'Unitat de Cures Intensives (UCI) dirigida a l'atenció a la família i pacient crític.

**Metodologia:** s'ha realitzat una revisió bibliogràfica de 23 articles sobre la humanització a UCI, experiències i grau de satisfacció. Aquests articles han estat trobats en diverses bases de dades seguint els criteris d'inclusió i exclusió establerts.

**Resultats:** s'han obtingut un total de 131 articles, dels quals s'han descartat 108 articles per no ser d'interès per a la investigació, i s'han seleccionat els 23 articles restants per a la realització d'aquesta investigació.

**Conclusions:** els professionals de la salut presentes una càrrega emocional i laboral elevades, provocant en moltes ocasions situaciones de deshumanització i insatisfacció. A més, a més d'això, l'automatització de l'atenció ha suposat millores. No obstant, encara trobem experiències negatives a la UCI. Per tant, és fonamental modificar els hàbits de conducta que es produeixen de manera habitual a les Unitats de Cures Intensives amb l'objectiu de millorar en tots els nivells.

**Paraules clau:** humanització clínica, Unitat de Cures Intensives (UCI), pacient crític i família.

## SUMMARY

**Introduction:** the Intensive Care Unit (ICU) is stressful for patients and their families, including fear, anxiety, depression, social isolation, loss of control and changes in their lives.

As nurses working in this type of services we must provide comprehensive care to our patients and their families, always with respect and empathy, promoting the humanization of care.

**Objectives:** to analyze the clinical humanization in the Intensive Care Units (ICU) aimed at the care of the family and critically ill patient.

**Methodology:** the bibliographic review has been conducted on 23 articles regarding humanization in the ICU, experiences and level of satisfaction. These articles have been found in different databases following the established inclusion and exclusion criteria.

**Results:** a total of 131 articles were obtained, out of which 108 articles were discarded, which ones there were not relevant for this investigation and the remaining 23 articles were selected for the research.

**Conclusions:** healthcare professionals experience a high emotional and work-related burden, often leading to situations of dehumanization and dissatisfaction. Furthermore, the automation of care has brought improvements. Nevertheless, it is essential to change the habitual behavior patterns that occur in ICU in order to improve on all levels.

**Keywords:** humanization, humanization of assistance, humanization of care, Intensive Care Units (ICU), family-centered care and critical illness.

## ÍNDICE

Introducción.....	Páginas 6-10
Objetivos.....	Página 11
Estrategia de búsqueda bibliográfica.....	Páginas 12-14
Resultados de la búsqueda bibliográfica.....	Páginas 15-25
Discusión.....	Páginas 26-39
Conclusiones e implicaciones.....	Página 40
Bibliografía.....	Páginas 41-44
Anexos.....	Páginas 45-46

## INTRODUCCIÓN

La humanización de los servicios de salud y, en especial, de las unidades de cuidados intensivos (UCI), nos ha llevado a incorporar el concepto de «atención centrada en el paciente y la familia», el cual pretende crear un enfoque de atención en el que la familia adquiera mayor relevancia e importancia en los servicios de salud. Dicho concepto tiene como principios: la información compartida, el respeto por las diferencias, y la colaboración, negociación y cuidado en el contexto familiar y comunitario (1).

El ingreso en UCI provoca a los pacientes y familiares trastornos sociales y psicológicos, precisando de este modo una atención especializada. Las necesidades claves para favorecer una correcta atención se agrupan en cinco áreas: seguridad, proximidad, apoyo, comodidad e información, siendo ésta última una de las más importantes tanto para el paciente como su familia.

La evidencia muestra que la relación enfermera-paciente/familiar ayuda diariamente a los profesionales en la toma de decisiones, y que los familiares se consideran un elemento esencial de la atención al paciente (2). Por otra parte, establecer relaciones de confianza se considera un elemento esencial para la atención y, a su vez, contribuye a humanizar los cuidados en la UCI.

Arias-Rivera y Sánchez-Sánchez exponen que, ‘en la UCI, todavía es necesario mejorar aspectos como la empatía con los sentimientos y preocupaciones de los miembros de la familia, la comodidad de las unidades y la coordinación del personal con los familiares’.

Se han propuesto varias estrategias para ayudar a lograrlo, tanto de naturaleza farmacológica como no farmacológica. Sin embargo, la mayoría de las estrategias tienen el mismo enfoque: comprender al paciente críticamente enfermo como individuo y brindar atención médica, psicológica y de rehabilitación integral tanto para los pacientes como para sus cuidadores (3).

Por ello, como dice Connelly et al, al comprender lo que les importa a los pacientes en el entorno de cuidados críticos podremos llevar a cabo intervenciones a pequeña escala que pudieran mejorar de manera potencial la experiencia y la atención del paciente (3).

Debemos recordar que humanizar en el campo de los cuidados es prestar servicios y tecnologías, recursos humanos y materiales e infraestructuras para proporcionar y garantizar atención de calidad, confort y bienestar a los usuarios (4).

Para cambiar nuestra realidad y proporcionar unos cuidados humanizados debemos identificar los obstáculos que encontramos en el área de la salud, con el objetivo de proporcionar una asistencia digna y humana e implementando estrategias que resulten efectivas.

Parece que todos los enfoques coinciden en ofrecer siempre una definición basada en dar respuesta a las necesidades del paciente, por ejemplo, la necesidad de recibir información, tener comunicación cara a cara con los profesionales sanitarios e incluso recibir la coordinación de la atención (4).

Por ello, ha ido surgiendo con el paso del tiempo lo denominado como humanización del cuidado, con el objetivo de dar respuesta a la percepción de una sociedad en la cual la atención de la salud se encuentra deshumanizada o despersonalizada. A pesar de considerarse como una situación multifactorial, podría asociarse principalmente a factores como, por ejemplo, el agotamiento emocional y el burnout (llamado coloquialmente como ‘quemarse en el trabajo’) (4).

Según la Organización Mundial de la Salud, ‘la humanización en la atención médica se caracteriza por un conjunto de prácticas orientadas a lograr mejorar la atención y proporcionar un mayor cuidado’. Al llevar a cabo el proceso de humanización del quehacer contribuimos a optimizar tanto la relación como la seguridad del paciente, así como evitar errores médicos.

Las actitudes que debemos llevar a cabo para fomentar la humanización clínica son las siguientes: afecto, autoeficacia, comprensión emocional y sociabilidad. Además, del desarrollo de la empatía, trabajar en equipo y la escucha activa (4).

El concepto de humanización puede definirse como la agrupación de competencias personales que concedan desarrollar la actividad profesional en el ámbito sanitario, cumpliendo y velando por la dignidad y el respeto de las personas. Se trata, por tanto, de una actividad enfocada a proporcionar una mejora tanto a nivel físico, como mental y emocional, y ésta está dirigida tanto a usuarios como a los propios profesionales sanitarios, siendo ambos grupos partícipes de la humanización clínica (4).

Por tanto, debemos favorecer que los pacientes tengan un papel activo en sus cuidados, colocándolos en el centro del sistema sanitario. Para conseguirlo, debemos proporcionarle herramientas tanto educativas como personales para poder afrontar y progresar en su estado de salud (4).

Todos estos factores generan un ambiente estresante que genera inseguridades en los usuarios hospitalizados, quienes ya son vulnerables por su propia enfermedad. Debido a esta particular condición, el equipo multiprofesional de la UCI debe ser capaz de brindar la atención humanizada requerida, capaz de cubrir todas las necesidades del usuario, más allá del mero aspecto teórico-técnico de asistencia, es decir, no sólo su demanda fisiológica, pero también psicoemocional, social y espiritual (5).

La humanización en el entorno de enfermería se encuentra tanto a nivel macrosocial (relacionándose con la gestión y las políticas públicas) como a nivel micro (relacionándose con la asistencia) (7).

La UCI consta de equipos de gran sofisticación tecnológica, recursos humanos altamente especializados capaces de brindar atención ininterrumpida al paciente hospitalizado. La dinámica habitual de este sector puede causar malestar al usuario debido a la falta de privacidad derivada de la necesidad de observación continua, el aislamiento y separación de la familia/sociedad y la experiencia constante de muerte presente en la rutina de las unidades (8).

Humanizar es un concepto que forma parte de la profesión enfermera y éste es un derecho esencial que deben poseer todos y cada uno de los usuarios. Sin embargo, encontramos una tendencia a tratar a los pacientes como “grupos de síntomas” o



“siendo la persona del box 2”. Este despojo de la identidad afecta de forma negativa a los pacientes y provoca una relación profesional-paciente de mala calidad (9).

Al hablar de humanización clínica, nos centramos en los usuarios, dejando de lado las necesidades de los profesionales de la salud, los cuales también precisan sentirse humanizados.

Debido a una sobrecarga de trabajo repetida en el tiempo, los enfermeros pueden brindar una atención mucho más mecanizada y técnica, no reflexiva, olvidando el hecho de humanizar el cuidado que proporcionan a sus pacientes (13).

El desgaste físico y, especialmente, psíquico que padecen los profesionales se refleja en una actividad laboral insatisfactoria y problemas de salud como, por ejemplo, ansiedad y burnout.

Durante mi paso por diversos hospitales y centros de salud, así como en diversas unidades de críticos, considero que la humanización dentro del trabajo de enfermería es fundamental para satisfacer correctamente las necesidades tanto del paciente como de su familia. Además, debemos llevar a cabo un plan individualizado que se ajuste a las necesidades de cada uno de los pacientes y no caer en la costumbre de tratar a nuestros pacientes como meros objetos o espectadores de su proceso de enfermedad.

Actualmente, hay investigaciones acerca de cómo ven los pacientes, familiares y hasta profesionales de salud la humanización de los cuidados. Como veremos a lo largo de este trabajo, encontramos experiencias tanto positivas como negativas y, factores relacionados.

Toda la bibliografía en la cual está basada este trabajo apoya firmemente la idea de que la humanización en la atención sanitaria es clave para lograr reducir la insatisfacción de usuarios y profesionales de la salud y, nos proporciona los elementos clave para fomentarla. Sin embargo, no hay un gran número de artículos sobre este tema y es preciso fomentar un incremento de la calidad en los servicios de salud.

Por ello, y porque considero que debemos hacer mayor énfasis en promover y mejorar nuestras habilidades enfermeras para llevar a cabo nuestro trabajo, estoy realizando mi trabajo de fin de grado sobre dicho tema; la humanización clínica en la Unidad de Cuidados Intensivos (UCI).

## **OBJETIVOS**

La pregunta de investigación es la siguiente: “¿Las habilidades comunicativas, emocionales y sociales de los profesionales de la salud pueden contribuir a una mejora en la humanización en el ambiente en la Unidad de Cuidados Intensivos (UCI) a nivel de humanización clínica?”.

El objetivo general es analizar la humanización clínica en la Unidad de Cuidados Intensivos (UCI) dirigida a la atención a la familia y paciente crítico.

Los objetivos específicos son los siguientes:

- Analizar la satisfacción de la familia y paciente crítico en la Unidad de Cuidados Intensivos (UCI).
- Identificar y analizar los elementos que constituyen las representaciones de enfermeros y usuarios (paciente y familia) sobre la humanización del cuidado. Así como analizar estrategias que contribuyan a la implementación de la humanización.
- Establecer la relación entre la sensibilidad moral y el comportamiento prosocial de las enfermeras, definiendo las diferencias en sensibilidad moral, empatía y comportamiento prosocial basado en la humanización en enfermería. Así como analizar el papel mediador de la empatía en la relación entre sensibilidad moral y conducta prosocial.
- Comprender las percepciones de familiares y de los profesionales de salud acerca de la humanización en la unidad de cuidados intensivos (UCI) a fin de determinar una acción educativa.

## ESTRATEGIA DE BÚSQUEDA BIBLIOGRÁFICA

Se ha procedido a realizar la pregunta de investigación utilizando la estrategia PICO (Patient/Problem, Intervention, Comparison and Outcome; por sus siglas en Inglés).

**Tabla 1.** *Estrategia PICO de este trabajo.*

### Pregunta PICO

<b>Patient (Paciente)</b>	Paciente crítico y familiares en la Unidad de Cuidados Intensivos (UCI).
<b>Intervention (Intervención)</b>	Implementación de un modelo de actuación centrado en la humanización clínica.
<b>Comparison (Comparación)</b>	No se realiza comparación.
<b>Outcome (Resultado)</b>	Mejorar la atención a la familia y paciente crítico.

Fuente: Elaboración propia.

Para poder realizar este trabajo, se han llevado a cabo diversas búsquedas de información en diversos artículos encontrados en bases de datos que han resultado relevantes para el tema de investigación.

Durante la elaboración de la etapa de introducción, se seleccionaron artículos que tuvieran relación con la humanización clínica en la Unidad de Cuidados Intensivos (UCI), con el objetivo de recopilar información requerida para establecer los fundamentos básicos que ayuden a la comprensión de este proyecto.

Las bases de datos de búsqueda son las siguientes: Ovid MEDLINE, Pubmed/Medline, EBSCO host (CINAHL) y Cochrane Library Plus.

Las palabras clave son las siguientes:

CASTELLANO	CATALÁN	INGLÉS
<ul style="list-style-type: none"> <li>● Humanización clínica.</li> <li>● Unidad de Cuidados Intensivos (UCI).</li> <li>● Familia.</li> <li>● Paciente crítico.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>● Humanització clínica.</li> <li>● Unitat de Cures Intensives (UCI).</li> <li>● Família.</li> <li>● Pacient crític.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>● Humanization OR Humanization of assistance OR Humanization of care.</li> <li>● Intensive Care Units (ICU).</li> <li>● Critical illness.</li> <li>● Family-centered care.</li> </ul>

Dichas palabras clave surgen en DeCS y, posteriormente, las comparo en MeSH.

Los operadores booleanos utilizados son: ‘AND’ y ‘OR’.

Los criterios de inclusión son:

- Artículos relacionados con la humanización clínica en el entorno de la Unidad de Cuidado Intensivos, relacionados con la atención al paciente crítico y su familia.
- Artículos publicados entre 2013 y 2023, es decir, artículos publicados durante los últimos 10 años.
- Artículos cuyo idioma de publicación es: inglés, español y portugués.
- Artículos en versión PDF descargable.
- Artículos cuyos integrantes fueran humanos.

Los criterios de exclusión:

- Artículos escritos en idiomas distintos al español, portugués o inglés (filtro 1).

- Artículos en los cuales sólo consideraban a los médicos como profesionales de la salud, excluyendo de la investigación a otros profesionales de la salud como enfermeros y técnicos en cuidados de enfermería (filtro 2).
- Artículos relacionados con la Unidad de Cuidados Intensivos y pacientes con una determinada patología y cuidados paliativos (filtro 3).

## RESULTADOS DE LA BÚSQUEDA BIBLIOGRÁFICA

En todas las bases de datos utilizadas se ha utilizado la siguiente fórmula para la búsqueda avanzada: ((“Humanization of assistance OR humanization OR humanization of care”) AND (“Intensive care units (ICU)”) AND (“Family-centered care” AND “Critical illness” AND “Models of care” OR “Care models”)) con el objetivo de encontrar todos los artículos que tuvieran relación con dichos términos.

Se utilizaron los descriptores booleanos “AND” y “OR”.

Como descriptores primarios encontramos los siguientes: “humanization of assistance OR humanization OR humanization of care” AND “Intensive care units (ICU)”. Y, como descriptores secundarios: “Family-centered care” AND “Critical illness” AND “Models of care” OR “Care models”.

La selección de los artículos para llevar a cabo la investigación se inició en la base de datos EBSCOhost, utilizando los criterios de inclusión anteriormente citados, el resultado fueron 6 artículos, de los cuales seleccioné 2 artículos que resultaron de interés para la investigación.

En la segunda búsqueda se ha realizado en Ovid MEDLINE y he obtenido un total de 100, y aplicando los criterios de exclusión e inclusión mencionados anteriormente, seleccioné un total de 25 artículos que resultaron de interés para la elaboración de la investigación.

Posteriormente, la tercera búsqueda se ha realizado en Pubmed/Medline, cuyo resultado fueron 9 artículos, de los cuales seleccioné 4 artículos que resultaron de interés.

Por último, la cuarta búsqueda se ha realizado en Cochrane, en la cual obtuve un total de 6 artículos, pero ninguno de ellos resultó ser útil para el tema de la investigación.

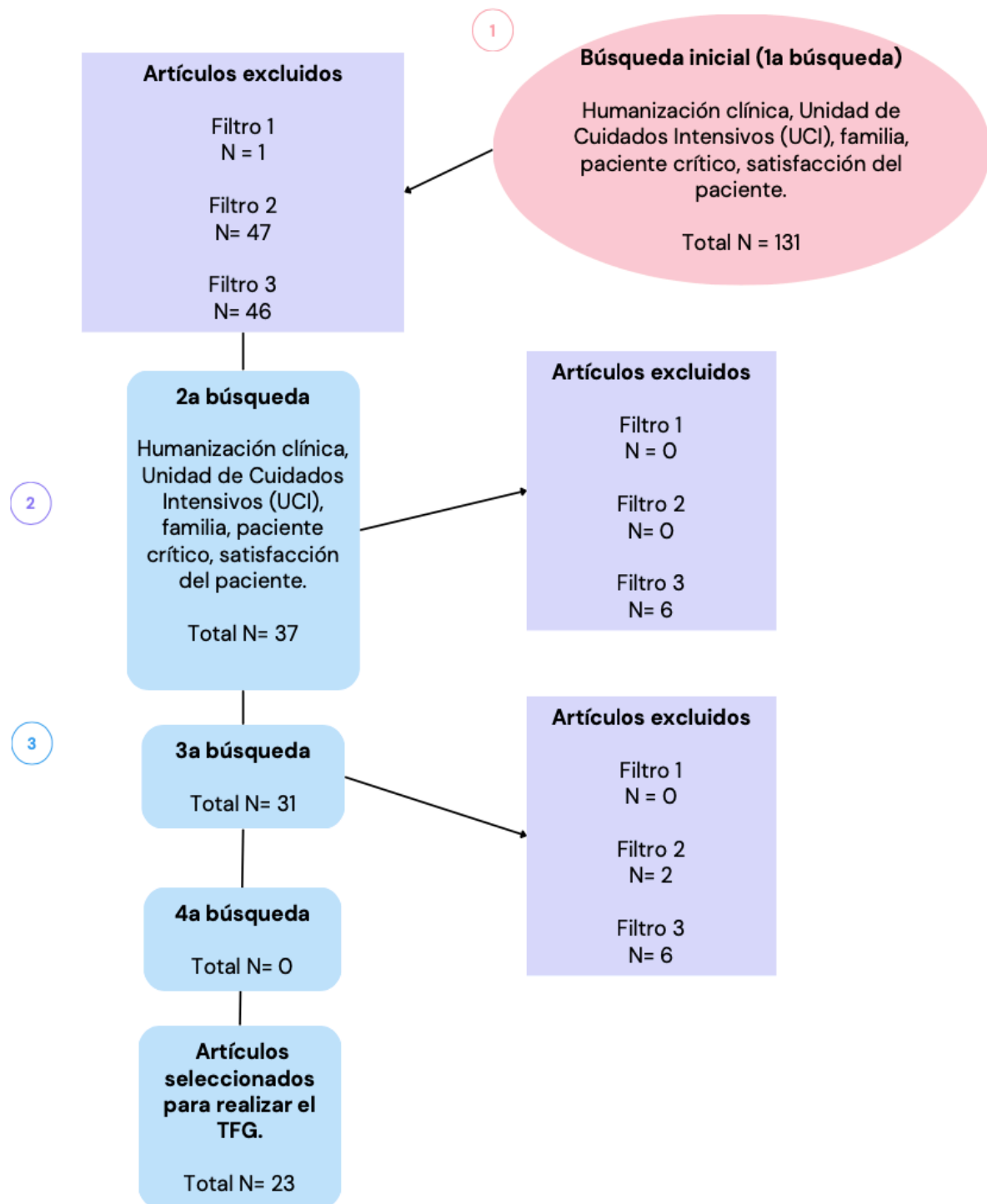
Con un total de 31 artículos se llevó a cabo un proceso de selección mediante la lectura de todos ellos, descartando aquellos que no resultaron útiles para el tema de interés.

Se llevó a cabo la revisión exhaustiva de la información, recopilación y organización de los datos, así como también la presentación de los resultados obtenidos, los cuales constituyen el producto final de esta investigación. Como resultado, se han eliminado un total de 8 artículos que no eran pertinentes, lo que dejó un resultado final de 23 artículos para ser utilizados en este trabajo de fin de grado.

El diagrama de flujo que aparece en la Figura 1 muestra el resumen de todos los pasos realizados en la búsqueda de la bibliografía. Es decir, las palabras clave utilizadas y los filtros aplicados para lograr los 23 artículos que componen este trabajo.



**Figura 1:** Diagrama de flujo de los resultados de la búsqueda bibliográfica.



Fuente: Elaboración propia.

De los 23 artículos seleccionados para este trabajo; 1 de ellos es una revisión sistemática, 2 opiniones de expertos, 1 estudio cuantitativo documental, 2 estudios descriptivos y exploratorios de carácter cualitativo, 1 ensayo clínico aleatorizado, 1 revisión y meta etnografía, 1 tabla del modelo biopsicosocial de Borrell i Carrió F., 2 investigaciones de campo, 1 investigación cualitativa, 1 evaluación exploratoria-proyecto de mejora de la calidad, 1 estudio descriptivo y transversal, 2 revisiones narrativas, 1 diseño transversal, 1 investigación cualitativa con enfoque exploratorio, 1 estudio mixto (métodos cuantitativos y cualitativos), la escala HUMAS y, el modelo rogeriano de Rogers C.

En la siguiente tabla se muestran los 23 artículos finales obtenidos en la búsqueda bibliográfica.

Tabla 1. Presentación de los resultados obtenidos en la búsqueda.

<b>Año publicación</b>	<b>Autor principal</b>	<b>Lugar</b>	<b>Fecha recogida de datos</b>	<b>Inclusión de casos</b>	<b>Sujetos de estudio</b>	<b>Fuentes de datos</b>	<b>Tamaño muestral</b>	<b>Rango de edad</b>	<b>Nivel de evidencia*</b>
2016	Medeiros et al.	Brasil	2015	Humanización de la gestión en la UCI. Consentimiento informado.	Enfermeros	Entrevistas semiestructuradas.	No especificado	No especificado	Estudio cualitativo documental
2016	Rodríguez-Prat et al.	España	2015	Perspectivas. Dignidad.	Pacientes	PubMed, Web of Science, CINAHL, PsycINFO, Cochrane	400 sujetos	No especificado	Revisión y meta etnografía
2002	Borrell i Carrió F.	España	2002	Modelo biopsicosocial	Pacientes	Universidad de Barcelona. Google académico.	No especificado	No especificado	No tiene nivel de evidencia al no basarse en la recopilación de datos

									empíricos o estudios específicos)
2013	De Moraes Chernícharo et al.	Brasil	Septiembre y octubre del 2010	Humanización.	Profesionales de enfermería (enfermeros y auxiliares)	Entrevistas semiestructuradas individuales	12 sujetos	Entre 43 y 53 años	Investigación cualitativa con enfoque exploratorio
2013	Da Silva & Ferreira	Brasil	Desde noviembre de 2010 hasta mayo de 2011	Atención de enfermería en UCI	Enfermeros de la UCI.	Observación y entrevistas semiestructuradas individualizadas	21 sujetos	No especificado	Investigación de campo, cualitativa
2017	Michelan et al.	Brasil	Entre marzo y agosto de 2010	Unidad de Cuidados Intensivos (UCI). Humanización del cuidado	Profesionales de enfermería	Entrevistas semiestructuradas no directivas	25 sujetos (22 mujeres y 3 hombres)	Entre 21 y 56 años	Investigación cualitativa
2014	Guimarães Mongiovi et al.	Brasil	2010	Unidad de Cuidados Intensivos	Profesionales de enfermería	Entrevistas semiestructuradas	11 sujetos	No especificado	Estudio cualitativo, exploratorio

				(UCI). Humanización. Consentimiento informado					y descriptivo
2019	Connelly et al.	Reino Unido	Entre abril y septiembre de 2018	Unidad de Cuidados Intensivos (UCI).	Pacientes de UCI que podrían comunicarse	Proyecto de mejora de la calidad. Pregunta de “¿Qué les importa hoy?” a los pacientes	196 pacientes, de los cuales 86 eran hombres	62 años	Evaluación exploratoria. Proyecto de mejora de la calidad
2020	Suazo et al.	España	2020	Humanización de las enfermeras	Enfermeras que trabajaban en el momento de la adquisición de los datos	Series de preguntas	330 sujetos	De 22 a 56 años	Estudio descriptivo transversal
2019	Busch et al	Suiza	2007 a 2016	Humanización de la atención	Proveedores de atención médica, pacientes o cuidadores de pacientes	Web of Science, PubMed, MEDLINE, PsycINFO, CINAHL	De 4 a 70 pacientes (n=20)	No especificado	Revisión sistemática (nivel de evidencia: 2++)

2016	Evangelista et al.	Brasil	2016	Cuidado humanizado en UCI	Profesionales de la salud (equipo multidisciplinar)	Entrevistas semiestructuradas	24 sujetos	No especificado	Estudio descriptivo y exploratorio de carácter cualitativo
2017	Aguilar-García et al.	México	2017	UCI	Paciente crítico	No especificado	No especificado	No especificado	Artículo de opinión (opinión de expertos; nivel de evidencia de 4)
2003	Alves Rozendo et al.	Brasil	2003	Humanización de cuidados en enfermería	Enfermería	No especificado	No especificado	No especificado	Ensayo clínico aleatorizado (nivel de evidencia de 1+)
2019	Hoad N. et al.	Canadá	2019	Consentimiento informado. Pacientes de habla inglesa en UCI con	Pacientes ingresados en UCI, familiares y médicos	Formularios personalizados	25 médicos, 5 pacientes y 13 familiares (de 5 pacientes)	No especificado	Estudio mixto (métodos cuantitativos y

				estancia igual o superior a 1 semana (con pizarras)			supervivientes de UCI y otros 5 que fallecieron en UCI)		cuantitativos)
2017	Luiz F.F et al.	Brasil	Entre julio y agosto de 2015	Humanización	Pacientes, familiares y profesionales de la salud	Entrevistas semiestructuradas y grupos focales	14 sujetos (8 familiares y 6 profesionales de la salud)	Edad profesional no especificado. Familiares de entre 20 y 62 años. Pacientes ingresados entre 6 y 150 días	Estudio de campo
2019	Pérez-Fuentes et al.	España	2019	Consentimiento informado. Humanización de los enfermeros	Enfermeros de centro de salud y hospitales	Escala de humanización profesional de salud (HUMAS). Cuestionario voluntario	338 sujetos	Entre 22 y 56 años (DE=7,55)	Estudio cuantitativo, observacional y transversal

2014	Frampton & Guastello	Suiza	24 de junio de 2014	Atención centrada en el paciente	No especificado	No especificado	No especificado	No especificado	Comentario de texto (opinión de expertos; nivel de evidencia de 4)
2019	Rodríguez-Almagro et al.	España	Entre noviembre y diciembre de 2016	Humanización en la UCI	Pacientes, familiares y profesionales de la salud	Entrevistas semiestructuradas	27 sujetos	No especificado	Estudio descriptivo, cualitativo y fenomenológico
2020	Duque-Ortiz et al.	España	2020	UCI. Relación enfermera-familia. Comunicación	Enfermeros y familiares de pacientes en UCI	Ovid, PubMed, Science Direct, Scopus, Clinical Key, Google Académico y Scielo	63 artículos	No especificado	Revisión narrativa integrativa de la literatura científica



2014	López Meseguer J.L et al.	España	No especificad o	Modelo rogeriano	No especificado	No especificado	No especificado	No especificado	Tabla del modelo rogeriano de Rogers C.
2021	Regaira-Martínez	España	2019	Proceso de información. UCI. Satisfacción de los familiares	Familiares en la UCI	MEDLINE, CINAHL, PsycINFO, Cochrane Library	46 artículos	No especificado	Revisión narrativa
2023	Tsukuda M. et al.	Japón	Entre febrero y marzo de 2022	Cuestionarios. Participación familiar. Consentimiento informado	Enfermeras de UCI	Encuestas web	250 sujetos	No especificado	Diseño transversal

**\*Escala SIGN para diseños cuantitativos o clasificación de Gálvez Toro para diseños cualitativos.**

*Fuente: adaptación de Bauzà, ML, Esteva, M., Pereiró, I. i Ingla, M. (2016). Revisión sistemática del perfil de usuarias de anticonceptivos de emergencia. Revista Latino-Americana de Enfermagem, 24, e2733.*

## DISCUSIÓN

Como veremos a continuación, los estudios incluidos en esta revisión bibliográfica responden a la pregunta PICO y a los objetivos de dicha revisión.

### **Percepciones familiares y profesionales de salud acerca de la humanización**

Éstas percepciones se pueden observar a través de las experiencias documentadas que encontramos a continuación. A continuación se relatan las experiencias tanto de familiares y pacientes como de profesionales.

Algunos pacientes relatan sus experiencias en los párrafos siguientes:

“Para mí, sentí que, cuando me miraban, me miraban a mí, ya no como a un paciente... me miraban como a un hombre de familia; un padre, un marido, un tío, un hermano... Yo no era sólo 'ese paciente de la habitación 4'. (Paciente)”

Los pacientes se refirieron con frecuencia a la necesidad de humanizar el entorno de cuidados críticos (3). Se ha podido observar que mediante pequeñas intervenciones, dispositivos y estrategias de bajo coste se puede lograr. Un ejemplo de ello es ponerle al paciente la música que le gusta o su programa favorito de radio.

Los pacientes hablan de una constante entre humanización y deshumanización, dependiendo de la persona que les atiende (6).

“Noté cómo una enfermera tomó mi mano e inyectó algo en la cánula de la mano. Ella hizo esto con frialdad y nunca me miró a la cara. Si hubiera mirado, tal vez hubiera notado la expresión en mis ojos' (E3).

Como dice Chernícharo et al. (2013), se debe internalizar el concepto de cuidado y humanización y su relación con la enfermería y, es posible hacer de esta asistencia algo

más allá de lo técnico, de lo científico, que vaya hacia el encuentro de lo subjetivo y de la complejidad del ser (7).

Para los encuestados, sentirse bienvenido también implica momentos afectuosos o simplemente acciones de comunicación no verbal (8). A veces es más simple de lo que pensamos, es: un toque, sonreírle o estar dispuestos a escucharle y comprender sus necesidades.

Algunos familiares relatan sus experiencias en los párrafos siguientes:

“Estaba llorando mucho, la recepcionista vino de allí y me trajo una servilleta, entonces fue muy dulce y me dijo que podía llamar, porque no quería irme, pero me hizo ir a las 10 de la noche y me dijo que podía. Llamé para preguntarle, entonces ella iba a verla por mí [...]”. (F5)

Algunos profesionales de la salud relatan sus experiencias en los párrafos siguientes:

“Se debe desarrollar la relación con la familia, especialmente durante las horas de visita. Estos son los momentos en los que tenemos más tiempo para enfatizar este lado humanitario.”(K18)

“Como si la persona hospitalizada fueras tú, ¿no? Para mí esto es humanizar.”(K4)

“[...]Veo al paciente de manera integral, lo respeto, le doy condiciones para que se recupere lo más rápido posible; llamándolo por su nombre, respetando su privacidad, atendiendo sus necesidades, viendo qué necesita, qué interfiere en el trabajo y en el desarrollo de la enfermedad mientras está hospitalizado. Hago todo lo que puedo para mejorar y consolar mientras él está aquí.”(K10)

“Lo que hay que hacer es hablar y escuchar también a otros profesionales, entender lo que la psicología, la fisioterapia, la enfermería y la medicina tienen que decir sobre ese paciente. Todos juntos, para poder hacerlo mejor.”(K23)

“En realidad, esto de preocuparme por la gente, lo recuerdo cuando empecé a trabajar aquí: “¡Oh! No puedes visitar a los pacientes. ¡Oh! No debe importarte tanto involucrarte con los pacientes, no puedes involucrarte”. Pero es por eso que trabajo con la gente. Si no quisiera involucrarme, trabajaría con papeles [...]”. (P4)

Los profesionales identifican que la idea de humanización en el cuidado está fuertemente vinculada a cuestiones de empatía entre profesionales y usuarios. Lo cual resulta ser un factor clave a la hora de humanizar ya que al ponernos en la situación de la otra persona, podemos imaginar lo que sentiríamos si estuviésemos en esa situación (7).

Hay situaciones que agotan al trabajador, como la falta de materiales, mobiliario inadecuado, el intenso ritmo de trabajo, además de las largas jornadas de trabajo, el ritmo mecánico de trabajo con insuficiente descanso y condiciones de trabajo que de por sí hacen inhumano el ambiente de trabajo. Vemos que para conseguir proporcionar una asistencia humanizada, además de invertir en equipamientos y tecnologías, también debemos invertir en la acogida de los pacientes y familiares en la unidad.

Esta acogida debe estar basada en la comunicación, el diálogo y el respeto. Y, para lograr dicho objetivo, también es imprescindible que se humanicen las condiciones laborales de los profesionales (7).

Una directriz útil para la humanización en UCI es el seguimiento de un profesionalismo ético y sensato que sea capaz de trascender sobre los conocimientos teóricos. De manera que podamos aplicar acciones y procedimientos que no incumplan los principios morales y científicos, obteniendo unos resultados más “humanos” (8).

La humanización es vista por el equipo multidisciplinario como una posibilidad de organización protocolaria del proceso de trabajo en salud o como opción ideológica del profesional (8).

Como comentan Evangelista et al. (2016), las experiencias anteriores enfatizan la necesidad de comunicación afectiva y escucha calificada. Ambos factores son

esenciales para conseguir los objetivos mutuos que este proceso comunicativo implica (9).

Sin embargo, en la práctica clínica podemos observar aspectos que dificultan la humanización en las Unidades de Cuidados Intensivos. Un ejemplo de ello es el siguiente:

“[...] verá, mi hija intentó suicidarse. Entonces todos los días había comida normal, con tenedor y cuchillo [...] Ayer trajeron estofado de carne con tenedor y cuchillo de plástico y se rompieron, sinceramente creo que esto es discriminación [...] Si ella fuera peligrosa, entonces estaría bien. Está a punto de ir a un psiquiatra para recibir tratamiento. Es un prejuicio, te lo digo, sabes, porque dicen que ella es bipolar, pero esto es un prejuicio y el prejuicio duele”.

### **Satisfacción de la familia y paciente crítico en UCI**

La presencia del familiar mientras que el paciente es atendido en UCI puede evitar que el paciente sienta abandono, lo cual influye de manera directa en su grado de satisfacción (1).

Las experiencias desfavorables son recordadas por los encuestados y las identifican como situaciones que provocan un alejamiento por parte de los sujetos, dificultando la creación de vínculos y corresponsabilidad (8). Al provocar este tipo de situaciones, se produce la insatisfacción de usuarios y/o familiares.

Para generar satisfacción y, por ende, humanizar los cuidados, no es suficiente con tratar la enfermedad o los síntomas (9). El trato que el paciente y familia reciben puede influir en su recuperación y, está demostrado que con una buena práctica clínica reduce significativamente los periodos de hospitalización.

La mente supone un gran impacto en el cuerpo. Por ello, debemos garantizar una forma de atención que aborde tanto el cuerpo como la mente.

Está demostrado que tratar con dignidad se relaciona con un incremento en la satisfacción del paciente y una mayor adherencia al tratamiento. Por ello debemos tener un enfoque holístico, teniendo en cuenta todos los aspectos biopsicosociales y espiritual-dimensiones del paciente, sus cuidados y su enfermedad. Además, debemos de ver a nuestros pacientes como seres biopsicosociales, teniendo en cuenta que la mente influye fuertemente en el cuerpo y, debemos garantizar que nuestra forma de atender incluya tanto la mente como el cuerpo (9).

Además, debemos considerar a cada paciente como una persona única con sus propios valores, expectativas y experiencias que le constituyen como ser humano.

Por otra parte, la transparencia en el tratamiento es considerada, principalmente por parte de usuarios que de profesionales, como un elemento clave para la satisfacción. Consecuentemente, no presentar disposición para responder las preguntas de los pacientes implica que no se pueda conseguir una atención humanizada (9).

Según este principio de transparencia, la información que les proporcionamos a los pacientes, o bien por escrito o por otros medios, debe proporcionarle una visión del conjunto del tratamiento pronosticado de forma claramente legible, visible e inteligible.

### **Elementos que constituyen representaciones de enfermeros y usuarios sobre la humanización del cuidado**

Encontramos tres elementos cruciales que confluyen en cuanto a la configuración de las representaciones de profesionales y usuarios sobre la humanización, los cuales son: las relaciones interpersonales entre ellos, los recursos para ofrecer servicios (humanos y materiales) y la propia organización (7). Observamos que la lógica detrás de las ideas construidas por parte de los enfermeros y usuarios sobre humanización implica cuestiones tanto sociales (las cuales muestran la relación profesional-paciente/familia) como gerenciales (las cuales muestran las posibles facilidades y/o dificultades en cuanto a la asistencia).

Otro aspecto clave es el aspecto religioso o espiritual de los pacientes y familia. Concretamente, Luiz et al. (2017) consideran que algunos aspectos deberían ser un

requisito para conseguir dicha humanización. Un ejemplo sería, abordar la fe, la oración o usar objetos benditos (8).

Respetar la dignidad, singularidad, individualidad y humanidad del paciente, empatizar con los pacientes, establecer vínculos profesional-paciente/familia, seguir un enfoque holístico, considerar la autonomía e incluir activamente al paciente y, hacer uso de comunicación tanto verbal como no verbal son elementos clave en la humanización del cuidado (10).

### **Sensibilidad moral y competencia prosocial enfermeras**

La escala de humanización en profesionales de salud (HUMAS) reúne los cinco factores fundamentales para la humanización son: afecto (procesar de manera adecuada la información emocional recibida y saber empatizar con sus pacientes), ser autoeficaz (tener confianza en sus propias acciones para sí gestionar exitosamente situaciones que resulten ser complicadas y/o estresantes), tener comprensión emocional (capacidad de: comprender, identificar e interpretar de manera racional los sentimientos y emociones de los usuarios), optimismo (tener expectativas positivas sobre acontecimientos futuros) y, ser sociable (buscando compañía con otros compañeros, relacionándose adecuadamente, siendo asertivo y empático) (4).

Es un hecho demostrable que los familiares experimentan menores niveles de ansiedad y mayor satisfacción cuando se les informa de manera clara y honesta.

En el artículo de Guimarães Mongiovi et al. (2014) un gran número de enfermeros indicaron la sensibilidad a través de una asistencia atenta en la que era imprescindible ponerse en el lugar del otro, con el objetivo de comprender cómo quisiera el paciente que le trataran, tratarlo como a un familiar o incluso a sí mismo (5).

En las respuestas de los entrevistados podemos ver la relación que se establece entre el cuidado basado en la capacidad de relacionarse con el usuario en cuestión y la posibilidad de visualizar sus necesidades a partir de la comprensión del bienestar personal. Corresponde, por tanto, al profesional reconocer sus limitaciones frente a las

convicciones del otro, paciente y/o familiar, en la búsqueda de acciones que promuevan una atención diferenciada, apuntando principalmente al confort y la satisfacción del sujeto en cuestión, basándose en sus propios ideales (5).

El hecho de mostrar un comportamiento deshumanizante es visto por los usuarios como una acción cruel e inhumana. Al tratar a los pacientes como un mero objeto y no como un participante activo de su proceso de salud, provoca que se destruya su dignidad. Estrategias para evitar dicha deshumanización son tan simples como, por ejemplo, dirigirse al paciente por su nombre en lugar de por su número de habitación. El uso de este tipo de estrategias ayuda a que el paciente se sienta importante, respetado y visto como un individuo (9).

Como competencias a tener, los profesionales sanitarios han de respaldarse en principios morales y éticos, ser imparciales, tratar en igualdad de condiciones a sus pacientes, tener paciencia, trabajar en equipo y comprometerse con su trabajo. Además, la empatía, la singularidad y la integralidad son consideradas como las expresiones que mejor describen la forma en la que los profesionales conciben la práctica del cuidado humanizado (9).

El constructo de humanización se correlacionó positivamente con la responsabilidad, la fortaleza y el sentido de carga moral (11). Además de estos elementos, en el comportamiento prosocial encontramos una relación directa con otros factores, los cuales son: la sensibilidad moral y factores relacionados con la empatía.

Autores como Regaira-Martínez & García-Vivar obtuvieron que los enfermeros son los profesionales con mayor nivel de comunicación, más accesibles y amables.

Es cierto que los profesionales de enfermería han demostrado mayor empatía y sensibilidad al aportar información tanto a los pacientes como a sus familiares. De hecho, muchas enfermeras manifiestan insatisfacción al no poder dedicar mayor a sus pacientes en días de mayor carga de trabajo.



En cuanto a las conductas que se asocian mayoritariamente a la humanización encontramos que las conductas más prosociales, las cuales suponen consecuencias positivas para el usuario. A su vez, encontramos los tres aspectos humanitarios que están directamente relacionados con los logros afectivos, los cuales son: la autoeficacia (ser capaz de gestionar situaciones complicadas y estresantes de forma exitosa y adecuada), el afecto o vulnerabilidad y, la comprensión emocional (ser capaz de experimentar, comprender y saber gestionar las emociones de forma eficaz) (11).

Por otra parte, Medeiros et al. (2016) añaden que los profesionales de la salud precisamos poder comprender las necesidades de los usuarios en su proceso de salud-enfermedad para poder fomentar una atención integral y humanizada. Para ello, es necesario que la gestión del cuidado en la UCI esté vinculada con los valores éticos de la profesión. Algunos de estos valores éticos son: la dignidad humana, la responsabilidad, la sensibilidad y la solidaridad (12).

Según Suazo et al. (2020) indican que los profesionales que presentaban puntuaciones bajas tenían una menor: carga moral, responsabilidad, fortaleza, empatía cognitiva y conducta prosocial. En cambio, aquellos con una alta competencia en humanización tenían puntuaciones superiores en dichos factores (11).

### **Área organizacional**

Dentro de este apartado, encontramos los elementos que influyen en la humanización de los profesionales, los cuales son: las condiciones de trabajo adecuadas, una formación adecuada y llevar a cabo trabajo en equipo.

Los profesionales agrupan seis factores que suponen una barrera significativa para proporcionar una atención humanizada: la fragmentación del trabajo, tiempo insuficiente para dedicar a cada paciente de manera individual, una intensa rutina laboral, las exigencias excesivas que suponen los cuidados de los pacientes críticos, las excesivas actividades burocráticas y las actividades adicionales fuera de su alcance (9). Sin embargo, estos autores indican que llevar a cabo una gestión eficiente del tiempo fue considerado como una estrategia para mejorar las condiciones laborales de los profesionales.

Además, a causa de la angustia y agotamiento que les genera su trabajo, los profesionales expresan que ser comprometido, paciente y empático con los pacientes es un desafío.

La limitación de tiempo por paciente debido a la alta carga de trabajo ocasiona que los profesionales tengan que apresurarse en sus encuentros con los pacientes, provocándoles: pérdida de entusiasmo, dedicación y significado (9).

Como nos indican Evangelista et al. (2016), hasta que las organizaciones no sean capaces de superar estas barreras, establecer condiciones de trabajo adecuadas y demostrar que el bienestar laboral de los profesionales tiene la misma importancia, no conseguiremos una atención humanizada (9).

En cambio, si conseguimos superar estas barreras, los profesionales presentarán una mayor satisfacción laboral, siendo menos susceptibles a sufrir agotamiento/burnout y podrán brindar una atención de calidad y, por ende, humanizada.

Además, debemos crear una relación profesional-paciente/usuario más dinámica, flexible y cooperativa fundamentada en el diálogo y la construcción colectiva, buscando satisfacer las necesidades e intereses de todos los que forman parte (profesionales, pacientes y familiares). Por tanto, necesitamos cambiar la forma de actuar, pensar y organizar el trabajo en la UCI, reorganizando las prácticas (ya que éstas determinan y orientan la adquisición de habilidades y competencias para el ejercicio de la profesión (12).

Medeiros et al. también añade que debemos reconsiderar el proceso formativo de los profesionales (en el cual continúa predominando el aprendizaje técnico, individualizado y racional, carente muchas veces de sensibilidad, creatividad y ejercicio crítico), lo cual involucra principalmente sus dimensiones políticas y filosóficas que imprimen a las acciones de salud un significado humano, ético y solidario (12).

Cuando hablamos de las condiciones de trabajo, otro factor negativo que encontramos es el desgaste físico y emocional y una baja remuneración. Lo cual resulta en una mala calidad de la atención prestada al paciente, así como el abandono de la profesión.

Para evitarlo el profesional debe ser partícipe, expresarse y comprometerse en el proceso, guiarse por la horizontalidad, construyendo nuevos espacios dialógico-reflexivos con la posibilidad de conseguir cambios en los directivos.

En este sentido, debemos incluir a las enfermeras y enfermeros, ya que estos profesionales experimentan situaciones desmotivadoras debido a la alta carga de trabajo, lo cual dificulta el desarrollo del proceso de trabajo y comprometen la calidad de la atención (14).

Por tanto, debemos transformar la teoría en la práctica y valorar al profesional sanitario.

Para concluir este apartado del área organizacional, Tsukuda (2023) obtuvo que un número importante de enfermeras presentan una actitud positiva hacia la participación activa de los familiares a la hora de prestar atención a sus familiares ingresados en UCI. Sin embargo, las enfermeras carecen de apoyo por parte de las organizaciones para su implementación. De este modo vemos que el entorno departamental supone un desafío para impulsar la importancia de los cuidados centrados en la familia. Por tanto, para implicar a las familias en el cuidado de su familiar que se encuentra ingresado en UCI se requiere un esfuerzo grupal que esté más enfocado en una cultura compartida y un marco definido, lo cual requerirá apoyo de las organizaciones en forma de políticas hospitalarias y de UCI, así como de educación de enfermería diseñada para promover los cuidados centrados en la familia (16).

### **Área estructural**

A causa de los imperativos económicos y el crecimiento de demandas (ej., envejecimiento de la población), los sistemas de salud se encuentran en una lucha continua debido a una falta de recursos económicos y existencia insuficiente y crítica de profesionales de la salud (9).

Según la Asociación Estadounidense de Facultades de Enfermería, “la falta de personal provoca mayores niveles de estrés entre las enfermeras, una menor satisfacción laboral y abandonos laborales”.

Según Evangelista et al. (2016), establecer relaciones personales de calidad con los usuarios se ha convertido en un desafío debido a una presión de tiempo exorbitante. Para que los profesionales puedan dedicar tiempo suficiente para interactuar con los usuarios, las instituciones deben ser capaces de brindar recursos humanos y materiales suficientes (9).

Construir un cuidado humanizado y la práctica de equipo multidisciplinario, se pueden mejorar si los servicios de salud ofrecen oportunidades para la creación de espacios de construcción y síntesis elaboradas desde la diversidad de las sólidas experiencias de cada trabajador (9).

Al retratar la gestión, los trabajadores experimentan la necesidad de estar cerca, ser participantes, sentirse escuchados y estimulados, ya que creen que notan una falta de apoyo por parte de los directivos, especialmente en UCI. Estos resultados también nos demuestran una gestión verticalmente centralizada y jerárquica, escasez tanto de diálogo como de contacto con la jerarquía superior y de apreciación profesional (14).

### **La comunicación como habilidad profesional.**

Según Connelly et al. (2019), mediante la formulación de una pregunta sencilla a los usuarios (“¿Qué es lo que necesita?”) les proporcionamos a los pacientes la oportunidad de obtener respuestas a sus preguntas, recibiendo atención y mejorando los resultados a largo plazo (3).

Según De Moraes Chernícharo et al. (2013), la comunicación es la herramienta que permite orientar el proceso de cuidar, debido a través de su uso nos permite: analizar, identificar, comprender e investigar la situación en la que el individuo está inserto, haciendo posible que construyamos estrategias específicas para cada situación difícil (7).

Además, la información que transmitimos debe ser: clara, concisa y recíproca.

De Moraes Chernícharo et al. (2013) también añaden que los profesionales, al igual que los usuarios, también valoran la comunicación, destacando la escucha atenta como uno

de los puntos esenciales en el proceso de atención enfermero. Por tanto, escuchar atentamente nos permite prestar atención a los anhelos de las personas y crear vínculos de apoyo que puedan contribuir eficazmente a la humanización del cuidado (7).

Tanto Luiz et al. (2017) como Evangeslita et al. (2016) consideran que la comunicación es un factor clave para lograr la humanización y que es precisa que la posean tanto los profesionales como los usuarios y familiares (8-9). Y, según Evangeslita et al. (2016) no hay manera de proporcionar una buena acogida sin un poco de comunicación eficaz y clara (9).

Luiz et al. (2017) y Evangeslita et al. (2016) también destacan la comunicación verbal como un punto clave, pero también destacan la importancia de la comunicación no verbal. Entendemos la comunicación no verbal como: gestos, expresiones, tacto y actitud hacia el otro, proporcionando así un servicio más humanizador (8-9).

Además, respecto al trabajo multidisciplinario, según Evangelista et al. (2016) la comunicación actúa a modo de vehículo para la articulación de acciones profesionales (9).

Michelan et al. (2017) también indican que la falta de información como problema, la cual debe ser identificada por los enfermeros en cuanto a los agentes de riesgo propios de su trabajo. Por tanto, es necesario crear estrategias que fomenten la transferencia segura de información en el manejo de pacientes entre las unidades y en los cambios de turno, para lograr la seguridad del paciente y unas condiciones de trabajo óptimas (14).

### **Uso de tecnologías en UCI**

Evangelista et al. (2016) comentan que debido a la densidad tecnológica que presenta la UCI y, al ser de gran importancia para los profesionales, propicia discusiones en el ámbito sanitario debido a que presentan características impersonales que alejan al profesional del campo subjetivo (9).

Además, Da Silva & Ferreira (2013) consideran que es esencial que el uso de la tecnología en la atención esté guiado por principios humanistas, ya que tiene un impacto en el desempeño de la enfermera y en el cliente (15). Por tanto, debemos combinar sentimientos humanos junto con la realización de actividades técnicas.

En el momento en el que la enfermera desempeña su rol de manera más técnica y perfeccionada, provoca que se aleje del paciente y una disminución del contacto que debería producirse entre la enfermera y el paciente. No obstante, esta separación no indica que esté directamente relacionada con cosificar al paciente o que sea propicia una relación fría y distante (15).

Por este motivo precisamos traspasar la clínica fragmentada, progresando hacia la noción de interdisciplinariedad, acatando el carácter subjetivo y social en la complejidad de cada tema.

Podemos decir que combinar el hecho de cuidar con el uso de la tecnología contribuye a impulsar la humanización y preservar la dignidad humana (15).

Sin embargo, aún existen grupos de enfermeros que no están dispuestos a dominar dichas tecnologías o que no se alejan pero se acomodan, dejando de buscar los conocimientos necesarios para proporcionar atención a sus pacientes, lo cual aumenta la probabilidad de riesgos (15).

### **Aspectos que requieren más investigación**

Tras la lectura en profundidad de los artículos seleccionados para la elaboración de este trabajo de fin de grado (TFG), los aspectos que requieren más investigación son los siguientes:

- + Punto de vista de los profesionales de la salud, colocando el foco de atención a la humanización de los mismos con el objetivo de reducir el “burnout” y otros aspectos negativos como ansiedad e insatisfacción laboral. Y, por tanto, abordar las necesidades de los profesionales.
- + Investigar nuevas formas de potenciar la empatía afectiva de los profesionales debido a que, en la revisión hemos observado puntuaciones más bajas en ésta al comprarla con el afecto.
- + Establecer nuevas condiciones de trabajo con el objetivo de proporcionar bienestar profesional a los trabajadores del ámbito sanitario.

- + Formas de potenciar el ejercicio de la humanización para que cada profesional lo cumpla, reduciendo los casos de malas experiencias de los pacientes y familiares.

### **Metodología y limitaciones de los estudios**

Los autores utilizaron como fuentes de datos, en su mayoría, CINAHL, PubMed, Web of Science, MEDLINE y entrevistas semiestructuradas.

Además, se utilizaron tanto métodos cuantitativos como cualitativos. De hecho, al utilizar también estudios de carácter cualitativo, se ha proporcionado una visión de la atención basada en las experiencias vividas por pacientes, familiares y profesionales.

En cuanto a las limitaciones, gran parte de los artículos que constituyen esta revisión tienen varias limitaciones, de las cuales destacan:

- + Tamaños muestrales pequeños.
- + Usar sólo artículos publicados en inglés (ya que pueden haberse omitido estudios que podrían haber contribuido a un alcance mayor de los hallazgos obtenidos).
- + No haber llevado a cabo una investigación del perfil sociodemográfico del grupo de profesionales de la salud al entender que el tiempo de ocupación y la edad no serían significativos en la percepción de humanización por parte de los profesionales (la gran mayoría de artículos, a excepción de algunos pocos, los tuvieron en cuenta).
- + Tipo de muestreo utilizado.
- + Realización de estudios en un contexto circunscrito, imposibilitando la generalización de los resultados.

## **CONCLUSIONES E IMPLICACIONES**

Como hemos podido observar a lo largo de este Trabajo de fin de grado presentado, la estancia en UCI supone un gran cambio en el estilo de vida del paciente y su familia. Gran parte de ellos manifiestan sentimientos de estrés, miedo y ansiedad derivados del motivo de su ingreso.

Como profesionales de la salud, debemos: proporcionar afecto, ser autosuficientes, así como poseer sociabilidad y comprensión emocional.

Debemos, por tanto, proporcionar entornos humanizados o entornos amables a los usuarios donde se pueda establecer una relación terapéutica humanizada, tener en cuenta sus deseos y necesidades, así como acompañarlos durante su estancia en la unidad.

Los pacientes y familiares se apoyan en nosotros, los profesionales de enfermería, puesto que, al fin y al cabo, los enfermeros y técnicos en cuidados de enfermería somos los profesionales que les acompañamos las veinticuatro horas del día en su paso por la UCI.

Además, como profesionales de la salud, los enfermeros debemos disponer de herramientas comunicativas para conseguir una relación profesional-paciente/familia de calidad, así como preservar nuestra empatía hacia ellos.

No obstante, también hemos podido observar que los profesionales, concretamente los pertenecientes a enfermería, manifiestan una alta presión debido a la gravedad de los usuarios que ingresan en este tipo de unidades. Además de estar expuestos a una alta carga de trabajo, la cual puede conducir hacia una prestación de cuidados de menor calidad.

Por ello, y al igual que numerosos autores, considero que debemos continuar con la investigación de la humanización debido a que es clave para proporcionar una correcta calidad en la atención, tanto a los usuarios como a los profesionales.



## BIBLIOGRAFÍA

1. Duque-Ortiz C y Arias-Valencia MM. Relación enfermera-familia. Más allá de puertas y horarios. Sociedad Española de Enfermería Intensiva y Unidades Coronarias (SEEIUC). *Enferm Intensiva* [Internet]. [Consultado 22 Nov 2023]. 2020 oct-dic;31(4):192-202. Revisión narrativa de la literatura científica. Disponible en: <https://doi.org/10.1016/j.enfi.2019.09.003>
2. Regaira-Martínez E y Garcia-Vivar C. El proceso de información a los familiares en las unidades de cuidados intensivos: una revisión narrativa. Sociedad Española de Enfermería Intensiva y Unidades Coronarias (SEEIUC) *Enferm Intensiva* [Internet]. [Consultado 22 Nov 2023]. 2021;32:18-36. Disponible en: <https://doi.org/10.1016/j.enfi.2019.11.004>
3. Connelly C, Jarvie L, Daniel M, Monachello E, Quasim T, Dunn L, McPeake J. Comprender lo que les importa a los pacientes en cuidados críticos: una evaluación exploratoria. *Nursing in Critical Care (BACCN)* [Internet]. [Consultado 22 Nov 2023]. 2020;25:214-220. Disponible en: <https://doi.org/10.1111/nicc.12461>
4. Pérez-Fuentes MC, Herrera Peco I, Molero Jurado MM, Oropesa Ruiz FM, Ayuso-Murillo D y Gazquez Linares JJ. El desarrollo y validación de la Escala de Humanización de Profesionales de la Salud (HUMAS) para enfermería. *Rev Salud Pública* [Internet]. [Consultado 22 Nov 2023]. 2019;16:3999. Disponible en: <https://doi.org/10.3390/ijerph16203999>
5. Guimarães Mongiovi V, Holanda Soares SB, Lago-Falcão TM, De Cássia Cordeiro Bastos Leite dos Anjos R. Reflexiones conceptuales sobre la humanización de la salud: concepción del enfermero en Unidades de Cuidados Intensivos. *Rev Bras Enferm* [Internet]. [Consultado 22 Nov 2023]. 2014 marzo-abril;67(2):306-11. Disponible en: <https://doi.org/10.5935/0034-7167.20140042>
6. Rodríguez-Almagro J, Quero Palomino MA, Aznar Sepúlveda E, Fernández-Espartero Rodríguez-Barbero M, Ortiz Fernández F, Soto Barrera V, Hernández-Martínez A. *Scandinavian Journal of Caring Sciences* [Internet]. [Consultado 22 Nov 2023]. 2019;33:912-920. Disponible en: <https://doi.org/10.1111/scs.12689>

7. De Moraes Chernícharo I, Duarte da Silva de Freitas F. y De Assunção Ferreira M. Humanização no cuidado de enfermagem: contribuição ao debate sobre a Política Nacional de Humanização. *Rev Bras Enferm (REBEn)* [Internet]. [Consultado 22 Nov 2023]. 2013 julio-agosto;66(4): 564-70
8. Luiz FF, Caregnato RCA, Costa MR. Humanización en Cuidados Intensivos: percepción de la familia y profesionales de la salud. *Rev Bras Enferm (REBEn)* [Internet]. [Consultado 23 Nov 2023]. 2017;70(5):1040-7. [Edición Temática “Buenas Prácticas: Fundamentos del trabajo de Enfermería en la construcción de una sociedad democrática”]. Disponible en: <http://dx.doi.org/10.1590/0034-7167-2016-0281>
9. Busch IM, Moretti F, Travaini G, W Wu A y Rimondini M. Humanization of Care: Key Elements Identified by Patients, Caregivers, and Healthcare Providers. Springer Nature [Internet]. [Consultado 23 Nov 2023]. 2019;12:461-474. Disponible en: <https://doi.org/10.1007/s40271-019-00370-1>
10. Evangelista VC, Domingos TS, Siqueira FPC, Braga EM. Equipo multidisciplinario de terapia intensiva: humanización y fragmentación del proceso de trabajo. *Rev Bras Enferm (REBEn)* [Internet]. [Consultado 23 Nov 2023]. 2016;69(6):1037-44. Disponible en: <http://dx.doi.org/10.1590/0034-7167-2016-0221>
11. Suazo I., Martos Martínez A., Sisto M., Pérez-Fuentes M.C., Simón Márquez M.M., Barragán Martín A.B., María del Mar Molero Jurado, Gázquez Linares J.J. Sensibilidad moral, empatía y comportamiento prosocial: Implicaciones para la humanización de la atención de enfermería. *Rev Salud Pública* [Internet]. [Consultado 23 Nov 2023]. 2020;17:8914. Disponible en: <https://doi.org/10.3390/ijerph17238914>
12. Medeiros AC, Siqueira HCH, Zamberlan C, Cecagno D, Nunes SS, Thurow MRB. Integralidad y humanización de la gestión de los cuidados de enfermería en la Unidad de Cuidados Intensivos. *Rev Esc Enferm USP* [Internet]. [Consultado 23 Nov 2023]. 2016;50(5):816-822. Disponible en: <https://doi.org/10.1590/S0080-623420160000600015>
13. Alves-Rozendo C y Collet N. Humanización y trabajo en enfermería. *Rev Bras Enferm (DF)* [Internet]. [Consultado 23 Nov 2023]. 2003 mar-abr;56(2):189-192.

14. Michelin VCA, Spiri WC. Percepción de la humanización del trabajador de enfermería en terapia intensiva. *Rev Bras Enferm* [Internet]. [Consultado 23 Nov 2023]. 2018;71(2):372-8. Disponible en: <https://doi.org/10.1590/0034-7167-2016-0485>
15. Da Silva RC, Ferreira MDA. The practice of intensive care nursing: Alliance among technique, technology and humanization. *Rev Esc Enferm USP* [Internet]. [Consultado 23 Nov 2023]. 2013;47(6):1325-32. Disponible en: <https://doi.org/10.1590/S0080-623420130000600011>
16. Tsukuda M, Ito Y, Kakazu S, Sakamoto K. y Honda J. Development and validity of the Japanese version of the questionnaire on factors that influence family engagement in acute care settings. *Nursing reports* [Internet]. [Consultado 23 Nov 2023]. 2023;13:601-611. Disponible en: <https://doi.org/10.3390/nursrep13020053>
17. Hoad N, Swinton M y Takaoka A, et al. Fomentar el humanismo: una mezcla de métodos de evaluación del Proyecto Huellas en cuidados críticos. *BMJ Open* [Internet]. [Consultado 24 Nov 2023]. 2019;9:e029810. Disponible en: <https://doi.org/10.1136/bmjopen-2019-029810>
18. Aguilar-García C.R., Martínez-Torres C. La realidad de la Unidad de Cuidados Intensivos. *Med Crit* [Internet]. [Consultado 24 Nov 2023]. 2017;31(3):171-173. Disponible en: <http://www.medigraphic.com/medicinacritica>
19. Frampton SB y Guastello S. Es hora de adoptar un nuevo grito de guerra de atención centrada en el paciente: "¿Por qué no?". *Planetree* [Internet]. [Consultado 24 Nov 2023]. 2014;7:231-233. Disponible en: <https://doi.org/10.1007/s40271-014-0069-9>
20. Rodríguez-Prat A, Monforte-Royo C, Escribano X, Porta-Sales J, Balaguer A. Perspectivas de los pacientes sobre la dignidad, la autonomía y el control al final de la vida: revisión sistemática y meta etnografía. *PLOS ONE* [Internet] [Consultado 24 Nov 2023]. 2016;11(3):e0151435. Disponible en: <https://doi.org/10.1371/0151435>
21. Broggi i Trias M.A., Borrell F., Estrach N., Hernández Clemente J.C, Medrano Albéniz J y Morales Hidalgo V. Atención centrada en el paciente: la responsabilidad de las instituciones. *Rev Folia Humanística, revista de Salud, ciencias sociales y humanidades* [Internet]. [Consultado 12 Dic 2023]. oct-nov

2016;4. ISSN 2462-2753. Disponible en:  
<https://doi.org/10.1001/jama.2016.1509>

22. López Meseguer JL. La psicoterapia centrada en el cliente de Carl Rogers como modelo de orientación educativa: paralelismos con el pensamiento gnóstico. Universidad católica de Murcia (UCAM) [Internet]. [Consultado 25 Nov 2023]. 2014 junio. Disponible en: <http://hdl.handle.net/10952/1235>
23. Borrell i Carrió F. El modelo biopsicosocial en evolución. Med Clin (Barc) [Internet]. 2002;119(5):175-9. [Consultado 12 Dic 2023]. Artículo 45.714 (localizador web). Disponible en: <http://www.elsevier.es>

## ANEXOS

### Anexo 1: Atención centrada en el paciente.



Fuente: Artículo "Time to embrace a new patient-centered care; Why Not?" (Frampton & Guastello, 2014)

### Anexo 2: Decálogo de humanización de los cuidados.

A continuación encontramos un decálogo que ayuda a mantener la humanización en la UCI, el cual consta de 10 apartados:

1. Presentarnos (ej.: Hola, soy Ainhoa y soy tu enfermera esta mañana).
2. Dirigirnos a los pacientes por su nombre (ej.: Buenos días, Juan. ¿Cómo se encuentra hoy?).
3. Utilizar palabras que favorecen la comunicación con los pacientes (ej.: hola/buenos días/buenas tardes, adiós/hasta ahora/hasta luego, gracias, perdón y por favor).
4. Informarnos si el paciente ha llevado a cabo el registro de voluntades anticipadas (respetando su decisión y acompañarle durante su estancia en la unidad).

5. Informar diariamente al paciente y familia sobre su estado actual (transmitiéndoles cercanía, sonriéndoles, dándoles la mano, empatizando con ellos y llevando a cabo la escucha activa).
6. Llevar a cabo una toma de decisiones compartida.
7. Respetar la intimidad del paciente y mantener la confidencialidad de sus datos (ej.: realizándole la higiene corporal con biombos para preservar su intimidad y, no hablar de algo íntimo de él con otros profesionales, excepto en caso de atención sanitaria o “deber de secreto”).
8. Respetar las creencias, valores y deseos de nuestros pacientes.
9. En caso de existir una limitación del esfuerzo terapéutico; informar de ello, ser flexible con los horarios de visita, manejar adecuadamente el dolor mediante la sedación y la analgesia y, proporcionar apoyo emocional tanto al paciente como a su familia.
10. Proporcionar atención durante el duelo, proporcionando apoyo emocional a los familiares y permitiendo el acompañamiento.

Fuente: Elaboración propia basándome en el “Decálogo de humanización de los cuidados” de las III Jornadas sobre Humanización “Juntos Humanizamos la Sanidad” del Hospital Regional Universitario de Málaga (2017) [Internet]. [Consultado 05 En 2024]. Disponible en: <https://www.picuida.es/decalogo-humanizacion-los-cuidados-huci-del-hospital-regional-universitario-malaga/>