



PONTIFICIA UNIVERSIDAD CATÓLICA DEL ECUADOR SEDE SANTO DOMINGO

Dirección de Investigación y Postgrados

**CUIDADO HUMANIZADO DEL ADULTO MAYOR EN LA UNIDAD DE CUIDADOS
INTENSIVOS**

HUMANIZED CARE OF THE ELDERLY IN THE INTENSIVE CARE UNIT

Artículo profesional previo a la obtención del título de Magíster en Gestión del Cuidado con
mención en Unidades de Emergencia y Unidades de Cuidados Intensivos

Línea de Investigación: Salud y grupos vulnerables.

Autores:

MIRIAN ELIZABETH BRAVO TORRES

DIEGO ARTURO VERA CABRERA

Dirección:

Mg. WALTER PATRICIO CASTELO RIVAS

Santo Domingo – Ecuador

Abril, 2024



PONTIFICIA UNIVERSIDAD CATÓLICA DEL ECUADOR SEDE SANTO DOMINGO

Dirección de Investigación y Postgrados

HOJA DE APROBACIÓN

**CUIDADO HUMANIZADO DEL ADULTO MAYOR EN LA UNIDAD DE CUIDADOS
INTENSIVOS**

HUMANIZED CARE OF THE ELDERLY IN THE INTENSIVE CARE UNIT

Línea de Investigación: Salud y grupos vulnerables.

Autoría:

MIRIAN ELIZABETH BRAVO TORRES

DIEGO ARTURO VERA CABRERA

Walter Patricio Castelo Rivas, Mg.

DIRECTOR DE TRABAJO DE TITULACIÓN

Maricelys Jiménez Barrera, Dra. Sc.

CALIFICADORA

Alisson Patricia Muñoz Guanga, Mg.

CALIFICADORA

Yullio Cano de la Cruz, PhD..

DIRECTOR DE INVESTIGACIÓN Y POSTGRADOS

Santo Domingo – Ecuador

Abril, 2024

DECLARACIÓN DE AUTENTICIDAD Y RESPONSABILIDAD

Nosotros, Mirian Elizabeth Bravo Torres portador de la cédula de ciudadanía No. 110439308-5 y Diego Arturo Vera Cabrera portador de la cédula 110434918-6 declaramos que los resultados obtenidos en la investigación que presento como informe final, previo la obtención del Título de Magíster en Gestión del Cuidado con mención en Unidades de Emergencia y Unidades de Cuidados Intensivos son absolutamente originales, auténticos y personales.

En tal virtud, declaramos que el contenido, las conclusiones y los efectos legales y académicos que se desprenden del trabajo propuesto de investigación y luego de la redacción de este documento son y serán de nuestra y exclusiva responsabilidad legal y académica.

Igualmente declaramos que todo resultado académico que se desprenda de esta investigación y que se difunda, tendrá como filiación la Pontificia Universidad Católica del Ecuador, Sede Santo Domingo, reconociendo en las autorías al director del Trabajo de Titulación y demás profesores que amerita. Estas publicaciones presentarán el siguiente orden de aparición en cuanto a los autores y coautores: en primer lugar, a los estudiantes autores de la investigación; en segundo lugar, al director del trabajo de titulación y, por último, siempre que se justifique, otros colaboradores en la publicación y trabajo de titulación.

Además, declaramos que el presente trabajo, producto de las actividades académicas y de investigación, forma parte del capital intelectual de la Pontificia Universidad Católica del Ecuador, Sede Santo Domingo, de acuerdo con lo establecido en el artículo 16, literal j), de la Ley Orgánica de Educación Superior.

En tal razón, autorizamos a la Pontificia Universidad Católica del Ecuador, Sede Santo Domingo, para que pueda hacer uso, con fines netamente académicos, del Trabajo de Titulación, ya sea de forma impresa, digital y/o electrónica o por cualquier medio conocido o por conocerse, siendo el presente documento la constancia del consentimiento autorizado; y, para que sea ingresado al Sistema Nacional de Información de la Educación Superior del Ecuador para su conocimiento público, en cumplimiento del artículo 103 de la Ley Orgánica de Educación Superior.



Mirian Elizabeth Bravo Torres

CI.110439308-5



Diego Arturo Vera Cabrera

CI. 110434918-6

INFORME DE TRABAJO DE TITULACIÓN ESCRITO DE POSTGRADO

Yullio Cano de la Cruz, PhD

Dirección de Investigación y Postgrados

Pontificia Universidad Católica del Ecuador Sede Santo Domingo

De mi consideración,

Por medio del presente informe en calidad del director/a del Trabajo de Titulación de Postgrado de Maestría en gestión del Cuidado con mención en Unidades de Emergencia y Unidades de Cuidados Intensivos, titulado CUIDADO HUMANIZADO DEL ADULTO MAYOR EN LA UNIDAD DE CUIDADOS INTENSIVOS realizado por los maestrantes: Mirian Elizabeth Bravo Torres con cédula: No 110439308-5 y Diego Arturo Vera Cabrera con cédula: No 110434918-6, previo a la obtención del Título de Magíster en Gestión del Cuidado con mención en Unidades de Emergencia y Unidades de Cuidados Intensivos, informo que el presente trabajo de titulación escrito se encuentra finalizado conforme a la guía y el formato de la Sede vigente.

Además, certifico haber verificado la originalidad y autenticidad del trabajo de titulación por medio del programa anti plagio Turnitin, en respuesta a la normativa institucional vigente.

Santo Domingo, 29 de abril del 2024

Atentamente,



Mg. Walter Patricio Castelo Rivas

Profesor Titular Auxiliar II

AGRADECIMIENTOS

En primer lugar, quiero agradecer a Dios por brindarme la sabiduría, y el entendimiento necesario para alcanzar este significativo logro. Agradezco de corazón a mis padres, esposo e hijos por su apoyo incondicional, motivación y valiosos consejos que me han dirigido hacia la superación de este reto. Compartir este proceso con ellos ha sido especialmente significativo, todos enfocados en el único propósito de cumplir este objetivo en el desarrollo académico.

Quiero expresar mi profundo agradecimiento a la Universidad Católica del Ecuador, con sede en Santo Domingo, por brindarme la oportunidad de realizar este trabajo. Agradezco especialmente a las autoridades de la institución y personal docente por su invaluable apoyo, orientación y dedicación, que han sido fundamentales para la realización de este proyecto. Les agradezco sinceramente por compartir su conocimiento, el cual ha tenido un impacto significativo en mi crecimiento profesional.

Mirian Elizabeth Bravo Torres

Deseo expresar mi sincero agradecimiento a Dios, fuente inagotable de sabiduría y guía, por permitirme llevar a cabo este trabajo científico. Su infinita gracia ha sido mi inspiración y fuerza motriz a lo largo de esta etapa. A mi amada familia, les dedico este logro. Su constante apoyo, comprensión han sido mi fuerte durante este proceso. Agradezco cada sacrificio que han hecho para que pueda perseguir mis sueños académicos.

A los distinguidos docentes de la Universidad Pontificia de Santo Domingo, agradezco profundamente su dedicación y orientación. Han sido faros de conocimiento, brindándome las herramientas necesarias para el desarrollo de esta investigación. Su compromiso con la excelencia académica ha dejado una marca indeleble en mi formación.

Diego Arturo Vera Cabrera

DEDICATORIA

A Dios, fuente inagotable de bendiciones, le dedico con profundo cariño este trabajo, como una expresión sincera de mi gratitud. A mi amado esposo Diego, cuyo apoyo constante ha sido mi fuente de fuerza e inspiración, un agradecimiento especial por compartir este viaje a mi lado. A mis queridos hijos, Pablo y Santiago, auténticos regalos divinos, cuya alegría ilumina mis días, les agradezco por ser maestros incansables del verdadero significado del amor incondicional. Mi gratitud se extiende a mi amada familia, quienes han sido pilares fundamentales en este camino. Que estas palabras reflejen la profunda gratitud que albergo en mi corazón por los preciosos tesoros que Dios me ha regalado.

Mirian Elizabeth Bravo Torres

A Dios, cuya luz ha iluminado cada paso de mi camino y cuya sabiduría ha sido mi guía constante en la búsqueda del conocimiento. En Su gracia encuentro inspiración y fortaleza para este trabajo científico. A mi amada familia, y en particular a mi querida esposa Mirian, cuyo apoyo incondicional y amor han sido el sostén que ha hecho posible cada logro. A mis hijos, fuente de alegría y motivación, quienes han compartido este viaje conmigo.

Esta obra está dedicada a ustedes, mis seres queridos, cuyo amor y aliento han sido el motor que impulsa mis esfuerzos. Que este trabajo científico sea un testimonio de gratitud y dedicación a la familia que siempre ha sido mi pilar fundamental.

Diego Arturo Vera Cabrera

RESUMEN

El cuidado humano busca proporcionar atención que aborde tanto las necesidades físicas como las emocionales y sociales. Este estudio centra su investigación en el cuidado humanizado del adulto mayor en la unidad de cuidados intensivos, en donde se identifica las acciones específicas para una atención integral. Plantea un enfoque cualitativo y diseño descriptivo y se basó en una revisión bibliográfica sistemática de artículos provenientes de bases de datos como Google Académico, Scielo, PubMed, Redalyc y Scopus. Los hallazgos principales destacan que el cuidado humanizado involucra varias acciones clave como acceso sin restricciones al área crítica para incluir a la familia en el proceso de atención, comunicación asertiva y eficaz que fomente la empatía y la confianza, medidas de bienestar espiritual, emocional y psicológico, infraestructura humanizada con un ambiente confortable que promueva la deambulaci3n, orientaci3n as3 como tambi3n evitar ca3das y el manejo de cuidados al final de la vida, incluyendo terapia del dolor, apoyo necesario a la familia y preparaci3n para la etapa de duelo. La implementaci3n de estas estrategias en las unidades de cuidado cr3tico, ser3a vital para proporcionar una atenci3n humanizada, garantizando que el cuidado del adulto mayor sea integral, emp3tico y respetuoso en todas las etapas de su estancia hospitalaria.

Palabras clave: Adulto mayor; cuidado humanizado; envejecimiento; enfermedad; salud

ABSTRACT

Human care seeks to provide care that addresses physical as well as emotional and social needs. This study focuses its research on the humanized care of the elderly in the intensive care unit, where specific actions for comprehensive care are identified. It proposes a qualitative approach and descriptive design and was based on a systematic bibliographic review of articles from databases such as Google Scholar, Scielo, PubMed, Redalyc and Scopus. The main findings highlight that humanized care involves several key actions such as unrestricted access to the critical area to include the family in the care process, assertive and effective communication that fosters empathy and trust, measures of spiritual, emotional and psychological well-being. , humanized infrastructure with a comfortable environment that promotes ambulation, orientation as well as avoiding falls and managing end-of-life care, including pain therapy, necessary support for the family and preparation for the grieving stage. The implementation of these strategies in critical care units would be vital to provide humanized care, guaranteeing that the care of the elderly is comprehensive, empathetic and respectful at all stages of their hospital stay.

Keywords: Older adult; humanized care; aging; disease; health.

ÍNDICE DE CONTENIDOS

1. INTRODUCCIÓN	1
1.1 Antecedentes	2
1.2 Delimitación del problema	3
1.3 Formulación y sistematización del problema.....	5
1.3.1 Formulación del problema.	5
1.3.2 Sistematización del problema. Preguntas específicas.	5
2. JUSTIFICACIÓN	6
3. OBJETIVOS	7
3.1 Objetivo general.....	7
3.2 Objetivos específicos.	7
4. REVISIÓN DE LA LITERATURA	8
4.1.Tabla 1. Revision sistemática	8
4.2.Predicción científica.....	42
5. MATERIALES Y MÉTODOS	42
5.1.Enfoque, diseño y tipo de investigación.....	42
5.2.Población y muestra.....	42
5.3.Técnicas e instrumentos de recogida de datos.....	43
5.4.Técnicas de análisis de datos.....	44
6.RESULTADOS	45
6.1.Participación de familiares para un impacto positivo de cuidados humanizados en UCI.....	45
6.2. Comunicación entre Familiares, Pacientes, y Personal Asistencial en la UCI.....	46

6.3. Medidas de bienestar para proporcionar cuidado humanizado a los adultos mayores en la UCI.....	47
6.4. Infraestructura Ideal en Unidades de Cuidados Intensivos para una Atención Humanizada.....	48
6.5. Cuidados al final de la vida, centrados en la atención humanizada para los adultos mayores.....	49
7. DISCUSIÓN	50
8. CONCLUSIONES.....	56
9. RECOMENDACIONES.....	57
10. REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS.....	58

1. INTRODUCCION

Desde el punto de vista histórico, López (2021) indica que el inicio de la humanización de los cuidados tiene sus raíces en el Humanismo de la antigua Grecia, específicamente en el siglo IV a.C., cuando Sócrates dirigió la Filosofía hacia cuestiones éticas, la búsqueda de la verdad y la formación ciudadana. Este contexto histórico resalta la importancia de tener en cuenta no solo la parte física de la atención médica, sino también los aspectos éticos, emocionales y sociales que afectan la vivencia del paciente y su entorno familiar. A lo largo de la historia, la humanización de los cuidados ha evolucionado hasta nuestros días, enfrentando desafíos en entornos hospitalarios críticos como las Unidades de Cuidados Intensivos (UCI), donde la tecnificación y la estructura pueden dificultar la atención integral a los pacientes.

De acuerdo a Ortega et al. (2023), reconocen a la UCI como un área hospitalaria que acoge a pacientes en riesgo de muerte y con diagnósticos altamente complejos, donde el uso de tecnologías para brindar soporte vital es fundamental. Sin embargo, en ocasiones, estos recursos tecnológicos pueden llevar a una deshumanización de los pacientes al generar una brecha entre el personal de salud y ellos, agotar al personal y convertir el cuidado en un proceso mecánico.

Durante la atención al paciente en estado crítico, Silva et al. (2019) señalan que cada vez es más frecuente encontrar a personas de la tercera edad siendo receptores de cuidados intensivos. No obstante, debido a la disminución de su habilidad para enfrentar el estrés y la enfermedad, los adultos mayores en estado crítico demandan una evaluación exhaustiva y detallada. El efecto de tener múltiples enfermedades en un paciente de mayor edad, junto con su capacidad reducida para adaptarse fisiológicamente, lleva a una mayor frecuencia de uso de servicios de atención médica, lo que a su vez resulta en costos significativamente altos en comparación con pacientes más jóvenes.

Según Carrillo et al. (2019) aproximadamente la mitad o más de los ingresos en UCI corresponden a pacientes adultos mayores, lo que implica reconocer el nivel de comorbilidad y fragilidad que existe. A la vez esto resulta mayor vulnerabilidad y la probabilidad de una disfunción general, creando mayores necesidades de atención médica y una eventual demanda de cuidados altamente especializados.

Para Rojas (2019) humanizar la atención en cuidados intensivos implica centrarse en la individualidad de cada paciente, respetando su dignidad y valores. Se trata de proporcionar cuidados basados en la mejor evidencia disponible y utilizar de manera racional los recursos, así como también involucrar a los familiares e integrarlos en el proceso de atención. Por lo tanto, es importante recordar que la salud es un derecho básico de toda persona y que este enfoque ayuda a revitalizar la vocación y el propósito del equipo de salud en su labor.

Por lo tanto, Melita et al. (2021) señalan en su estudio, que esta atención integral implica una responsabilidad especializada que requiere de habilidades de comunicación efectivas para disminuir las posibilidades de una experiencia hospitalaria negativa y traumática. Es fundamental que los profesionales sanitarios muestren un interés genuino en proporcionar consuelo a los pacientes, aborden de manera oportuna las necesidades básicas y complejas, controlen el dolor físico y manejen de manera responsable la administración de medicamentos entre otros aspectos. De tal manera que para los pacientes sea fundamental la atención humanizada recibida donde se promueva confianza, aborde inquietudes y proporcione explicaciones claras sobre procedimientos y tratamientos.

1.1 Antecedentes

Según Cervantes et al. (2020) el incremento en la proporción de individuos mayores de 60 años está asociado con una creciente demanda de atención, ya que aumenta la posibilidad de enfrentar situaciones de fragilidad, enfermedad y/o discapacidad, a veces de forma simultánea, los adultos mayores tienen un mayor riesgo de desarrollar discapacidades o enfermedades debido al deterioro en las funciones vitales.

De acuerdo al planteamiento de Peralvo et al. (2022) el cuidado humanizado que se otorga al paciente se caracteriza por la calidad en el trato durante la provisión de los cuidados necesarios. La atención se centra en un cuidado específico, mostrando sensibilidad, responsabilidad y ética y reconociendo la importancia de preservar la dignidad humana. Para Sili et al. (2020) la humanización presenta desafíos significativos para los profesionales de enfermería, lo que implica una reflexión profunda sobre los valores y principios fundamentales que guían su práctica profesional. Existe un aumento en la percepción sobre la importancia de abordar la vocación y el propósito en el desempeño de la profesión de manera intencionada y humanizada, en lugar de realizarla de manera obligatoria y mecánica.

Rangel et al. (2022) señalan que el cuidado asistencial se fundamenta como característica esencial, y se destaca que está intrínsecamente vinculado a un conjunto de valores que le otorgan significado. Algunos de los valores fundamentales que lo caracterizan son la autonomía, la fe, la solidaridad, la empatía, el amor, la humildad y la compasión.

Por tal razón, Duque et al. (2021) consideran que, en la UCI los familiares experimentan ansiedad debido a la gravedad de la enfermedad. Esta ansiedad se ve exacerbada por las particularidades de este servicio, como áreas cerradas y horarios de visita limitados, lo que puede provocar que los familiares se sientan excluidos de los planes de atención y no puedan establecer una relación cercana con el personal médico. No obstante, el estado de salud de los pacientes en la UCI suele asociarse con la posibilidad de fallecimiento, lo que lleva a buscar apoyo para hacer frente a esta situación tan difícil.

Ventura et al. (2021) señalan que el profesional de enfermería juega un papel relevante, ya que en ellos la familia busca apoyo para adaptarse a la UCI, promoviendo su participación activa en los cuidados diarios. De esta manera se busca reducir los efectos negativos tanto en el paciente como en sus familiares, en términos de su bienestar mental y emocional.

1.2 Delimitación del problema

La prevalencia de adultos mayores a nivel mundial establece nuevos desafíos para los sistemas de salud a través del avance de la medicina o en la detección de comorbilidades y atención más compleja y especializada. De acuerdo a la Organización Mundial de la Salud (OMS 2021) el envejecimiento de la población a nivel global ocurre de manera más veloz que en épocas anteriores, en el Caribe y América Latina esta transformación demográfica se está produciendo aún más rápidamente.

En el año 2020, más del 8% de la población alcanza edades de 65 años y más, y se prevé que este grupo se duplique para el año 2050, llegando a superar el 30% para el final del siglo. El envejecimiento de la población está generando una mayor demanda de servicios de salud especializados, incluidas las UCI, lo que puede sobrecargar los sistemas de salud que ya están enfrentando limitaciones en recursos humanos y financieros, el grupo poblacional de adultos mayores como pacientes se enfrentan a una situación de vulnerabilidad única, donde no solo se predispone el cuadro patológico sino se forman

necesidades, temores y desconcierto que pueden presentar durante su ingreso y estadía, así como también intranquilidad y ansiedad en sus familiares.

Según el planteamiento de Bravo et al (2021) en Chile, el fenómeno del envejecimiento poblacional no ha sido una excepción. Según la información brindada por el Instituto Nacional de Estadísticas, este país ha experimentado un rápido cambio demográfico desde la década de 1960 hasta el año 2017. Durante este período, la proporción de personas mayores de edad ha alcanzado significativamente, pasando del 4,3% al 11,4%, según las proyecciones de la misma institución, se espera que esta tendencia continúe, y para el año 2035 la población adulta mayor alcance el 18,9%. Los pacientes mayores a menudo presentan múltiples enfermedades crónicas y condiciones médicas complejas como la fragilidad, la disminución de la reserva fisiológica y la mayor vulnerabilidad a complicaciones.

Guato et al. (2022) mencionan que, en Ecuador en el año 2020, las personas mayores representaban un 7,4%. Se calcula que para el año 2054, esta proporción superará el 18%, según información del Ministerio de Inclusión Económica y Social (MIES) en 2021, el 25% de los inscritos en el Consejo Nacional de Discapacidades (CONADIS) eran adultos mayores con discapacidades físicas, cognitivas o mixtas. Por lo tanto, cerca del 40% de los adultos mayores en América Latina necesitan atención a largo plazo, y se anticipa que este número continúe creciendo, sobrepasando la capacidad de atención. Como consecuencia, muchas familias se ven en la necesidad de hacerse cargo del cuidado y los gastos relacionados.

Por lo tanto, Martínez (2019) señalan que las demandas de atención médica de los individuos mayores son distintas en comparación con otras fases de la vida. Estas necesidades demandan un enfoque completo y colaborativo que abarque todas las facetas de su bienestar. No obstante, en la actualidad, los servicios proporcionados no logran satisfacer las expectativas, especialmente los adultos mayores. Resulta necesario reflexionar sobre este sentir, ya que el uso incorrecto y la implementación de los avances científicos y tecnológicos, la presión que enfrentan el personal asistencial debido a la carga excesiva de responsabilidades y otros factores han ocasionado que la atención se convierta en un proceso monótono, automático, basado en procedimientos y carente de calidez.

Frente a esta situación, Kennion et al. (2019) plantean la propuesta de implementar un cuidado humanizado que atienda de manera completa las necesidades de las personas de edad avanzada. Esto implica desarrollar estrategias específicas y efectivas de atención para

abordar los diversos problemas de salud que enfrenta este grupo enfocado en el respeto a la persona atendida como a su familia.

1.3 Formulación y sistematización del problema

1.3.1 Formulación del problema.

Para el desarrollo del trabajo se plantea la siguiente interrogante:

¿Cuáles son las acciones de atención integral que existen para aplicar un cuidado humanizado al adulto mayor en UCI?

1.3.2 Sistematización del problema. Preguntas específicas.

Para el presente estudio del cuidado humanizado en adultos mayores en UCI, se plantea las siguientes interrogantes:

- a ¿Cuáles son las prácticas asistenciales que permiten la participación de los familiares en los cuidados humanizados dirigidos al adulto mayor en uci?
- b ¿Cuáles son las técnicas de comunicación que permite una relación del personal de salud con el paciente y familia?
- c ¿Qué aspectos de cuidado humanizado permite acceder a una atención de calidad y calidez al adulto mayor, enfocado en su bienestar?
- d ¿Qué medidas de infraestructura humanizada permiten fomentar un espacio adecuado que proporcione un ambiente confortable y cálido para el adulto mayor y sus familiares en la UCI?
- e ¿Cuáles son las acciones y prácticas de atención humanizada en el cuidado al final de la vida del adulto mayor?

2. JUSTIFICACIÓN

El estudio del cuidado humanizado en la UCI para adultos mayores desde el punto de vista social, económico y familiar se realiza por varios motivos fundamentales, para Tonin et al. (2020) el cuidado humanizado se justifica socialmente porque respeta la dignidad y los derechos humanos, incluido el derecho a recibir atención médica de calidad, tratar con respeto, compasión y empatía esto fortalece la confianza en los sistemas de salud, se genera confianza en los profesionales y hace que los usuarios busquen atención médica cuando la necesiten, lo que puede conducir a una detección temprana y un tratamiento oportuno de enfermedades.

En cuanto aspectos económicos García et al. (2022) señalan que el cuidado humanizado en UCI puede también contribuir a la disminución de los costos hospitalarios, tal es el caso de que señalan que al aplicar cuidados de calidad que proporcionen un entorno de apoyo emocional y social centrados en el paciente puede conducir a una recuperación más rápida y a una menor duración de la estancia hospitalaria,

Para Ojeda et al. (2021) en cambio mencionan que el cuidado humanizado puede ayudar a prevenir complicaciones médicas como infecciones nosocomiales, úlceras por presión, trastornos del sueño, y complicaciones psicológicas, como estrés, ansiedad y depresión estas se relacionan con proporcionar medidas que disminuyan los costos asociados a su tratamiento. Duque et al. (2020) indican que cuando los pacientes se sienten escuchados, comprendidos y apoyados en la UCI, es más probable que sigan las indicaciones médicas y participen activamente en su proceso de recuperación. Una mejor adherencia al tratamiento puede conducir a resultados de salud más positivos y evitar complicaciones que podrían aumentar los costos hospitalarios.

Para la familia brindar cuidado humano en los pacientes de UCI resulta satisfactorio, según Canchero et al (2019), añaden que la familia presenta una sensación de tranquilidad emocional al saber que su familiar está siendo tratado con compasión, respeto y dignidad, lo que les proporciona confianza en la calidad de la atención que está recibiendo. Además, Gil et al (2019) indican que los familiares pueden sentirse más involucrados en el proceso de atención cuando se les trata de una manera adecuada y se les proporciona información clara y comprensible, además les permite tomar decisiones informadas y sentirse más empoderados durante la estancia en la UCI.

3. Objetivos de la investigación

3.1 Objetivo general.

Identificar cuáles son las acciones de atención integral que existen para aplicar el cuidado humanizado al adulto mayor en UCI.

3.2 Objetivos específicos.

Conocer qué prácticas de cuidado integral, permiten la participación de los familiares en los cuidados humanizados dirigidos al adulto mayor en uci.

Reconocer cuáles son las técnicas de comunicación que permite una relación del personal de salud con el paciente y familia.

Describir los aspectos del cuidado humanizado que permiten proporcionar una atención de calidad y calidez al adulto mayor, centrándose en su bienestar.

Determinar qué medidas de infraestructura humanizada permiten fomentar un espacio adecuado que proporcione un ambiente confortable y cálido para el adulto mayor y sus familiares en UCI.

Establecer cuáles son las acciones y prácticas de atención humanizada en el cuidado al final de la vida del adulto mayor.

4. REVISIÓN DE LA LITERATURA

TABLA 1. Revisión sistemática de la literatura sobre cuidado humanizado en unidades de cuidados intensivos

ARTICULO	OBJETIVO DE ESTUDIO	METODOLOGIA	RESULTADOS	VACIOS DEL CONOCIMIENTO	CONCLUSIONES
<p>Tema: 1. Influencia de la terapia musical en pacientes de uci</p> <p>Autores:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Ochoa Stefany Elizabeth • Mejía Sandra Katherine • Pacheco • Montoya Daniel Alfredo <p>Año de publicación: 2022</p> <p>Base de datos: Google académico</p>	<p>El objetivo es reconocer los impactos generados por la musicoterapia en pacientes internados en unidades críticas, como parte fundamental del enfoque de cuidado humanizado.</p>	<p>El estudio adopta un enfoque cuantitativo, descriptivo y prospectivo con un diseño de corte transversal. La población objetivo incluye 33 pacientes de la UCI del Hospital de Loja, mayores de 20 años, bajo ventilación mecánica, cuyos familiares dieron su consentimiento informado. La recolección de datos implicó medir las constantes vitales de los pacientes antes y después de sesiones de musicoterapia, utilizando equipos y</p>	<p>Resumen: De los 33 pacientes evaluados, el 60.61% fueron hombres y el 45.4% mujeres, todos adultos mayores. Antes de la música, el 21.21% mostró niveles de presión arterial elevados, pero después, ninguno tuvo valores muy altos. La frecuencia cardíaca, que era taquicárdica en el 42.4% antes de la musicoterapia, disminuyó en todos los pacientes después de la intervención. La frecuencia respiratoria, inicialmente elevada</p>	<p>Los autores no manifiestan vacíos del conocimiento.</p>	<p>La música armoniosa y ritmos lentos muestran un potencial de mejorar la vasodilatación en aproximadamente el 26% de los casos. Esto activa el sistema nervioso parasimpático, reduciendo la liberación de adrenalina, la frecuencia cardíaca y la presión arterial. Además, estimulan áreas en el sistema límbico asociadas con sensaciones placenteras. Actualmente, la terapia de música en vivo se incorpora</p>

métodos estandarizados. Se aplicó la Escala de Agitación y Sedación, y la música pasiva seleccionada, interpretada por músicos profesionales, se ajustó a la edad de los pacientes. La duración de la sesión fue de 20 a 30 minutos, y se registraron nuevamente las constantes vitales y el RASS después de 10 minutos de finalizar la sesión.

en el 95.2%, también mostró una reducción. En cuanto al nivel de sedación/agitación, el 3.03% estaba agitado y el 24.24% inquieto antes de la intervención, pero después, ninguno obtuvo puntajes altos en la escala RASS. Estos resultados sugieren beneficios fisiológicos y de sedación tras la musicoterapia en pacientes de la UCI.

como una intervención no farmacológica en unidades críticas, buscando reducir la ansiedad, aliviar el dolor y mitigar otros factores estresantes para mejorar la salud y proporcionar bienestar al paciente.

<p>Tema: 2. Enfoque del paciente en situación de emergencia desde la óptica de los cuidados paliativos</p> <p>Autores:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Sobral Fraga de Medeiros • María Olivia 	<p>Explorar la perspectiva de los cuidados paliativos en el abordaje de pacientes con enfermedades avanzadas por parte del equipo de atención médica de emergencia.</p>	<p>La investigación adoptó un enfoque cualitativo con la herramienta COREQ, utilizando una perspectiva dialéctica para explorar el enfoque paliativo en pacientes de emergencia. La muestra incluyó 29</p>	<p>Los profesionales carecen de comprensión completa sobre los cuidados paliativos, considerándolos principalmente como medidas de confort y alivio del dolor. En la práctica, se centran en acciones inmediatas</p>	<p>* Se sugiere elaborar y llevar a cabo un plan de atención personalizado y funcional dirigido para paciente-familia</p>	<p>La investigación destaca que la atención a personas con enfermedades avanzadas se enfoca mayormente en proporcionar medidas de confort y controlar síntomas, con escasa comunicación empática que incluya</p>
---	---	--	--	---	--

<ul style="list-style-type: none">• Souza da Silva Rudval <p>Año de publicación: 2022</p> <p>Base de datos: Scielo</p>	<p>profesionales de una unidad de urgencias en un hospital privado en Salvador, distribuidos entre enfermeras, técnicos de enfermería y médicos. Los criterios de inclusión requerían más de seis meses de experiencia en el equipo multidisciplinario, excluyendo a aquellos de vacaciones o en roles administrativos. La recolección de datos se realizó mediante entrevistas semiestructuradas entre enero y marzo de 2019, grabadas y transcritas. El análisis de contenido se empleó para categorizar y codificar las entrevistas según la ocupación del participante y la secuencia de las entrevistas.</p> <p>para proporcionar comodidad, como baños, cambios posturales y analgesia. La comunicación se percibe como secundaria, limitada por el ritmo laboral, aunque reconocen su importancia para identificar quejas y conocer las historias de vida de los pacientes. Los médicos se centran en la conciencia del paciente, sin establecer vínculos emocionales. Los pacientes terminales expresan necesidades a través de señales no verbales, y los profesionales responden con mayor atención y empatía, priorizando el manejo del dolor.</p>	<p>al paciente y a su familia. Este hallazgo invita a reflexionar sobre las prácticas actuales y buscar mejoras para ofrecer un cuidado digno e integral durante el proceso de morir. Cuidar a pacientes en situación de paliación representa un desafío para los equipos de salud y los familiares, y la reflexión sobre esta práctica y el ciclo de la vida puede sensibilizar a los profesionales, fomentando un cuidado que priorice la comodidad y dignidad del paciente.</p>
--	---	--

<p>Tema: 3. Labor de enfermería para prevenir caídas en pacientes hospitalizados mayores, analizando su relación con el conocimiento y las actitudes.</p>	<p>Examinar cómo las enfermeras profesionales aplican sus prácticas en caídas en adultos mayores, considerando tanto su actitud como su nivel de conocimiento.</p>	<p>La investigación se enfocó en un diseño cuantitativo con una muestra de 76 enfermeras. La recolección de datos se realizó mediante un cuestionario estructurado que consta de cuatro partes y un total de 21 preguntas cerradas. Estas preguntas abordaron aspectos como la identificación personal y profesional de las enfermeras, su comprensión sobre caídas y medidas preventivas, las posturas adoptadas en relación con las caídas y la prevención, así como las acciones implementadas para reducir las caídas en pacientes, y la evaluación de la cultura de seguridad del paciente en UCI de ancianos</p>	<p>El 73.7% de las enfermeras en estudio son mujeres, con el 64.5% en el rango de 20 a 39 años. El 76.3% tiene especialización y el 61.8% recibió formación en prevención de caídas en adultos mayores. Un 63.2% no recibió educación específica en este tema. La mayoría (55.3%) reporta haber presenciado caídas en el hospital. Las caídas son poco frecuentes (52.3%), con factores intrínsecos como confusión mental (28.9%) y comorbilidades (19.7%). Factores extrínsecos incluyen falta de compañía (53.9%) y superficies resbaladizas (23.6%).</p>	<p>La investigación identifica como limitación la exclusión de hospitales privados, reconociendo que esto pudo afectar la información relacionada con la prevención de caídas realizada por el personal de enfermería en dichos hospitales. A pesar de esta limitación, se destaca la rigurosidad de la metodología utilizada, lo que permite considerar los resultados obtenidos como positivos.</p>	<p>Este estudio revela que las enfermeras con un mayor conocimiento tienden a adoptar más medidas preventivas en comparación con aquellas con conocimiento limitado, aunque la mayoría muestra actitudes favorables. A pesar de esto, se identifica un conocimiento deficiente sobre la prevención de caídas, lo que resulta en prácticas carentes de fundamentos científicos. La seguridad de los pacientes ancianos hospitalizados se ve amenazada por las caídas, generando preocupación y afectando su calidad de vida. La prevención de estos incidentes requiere un enfoque</p>
<p>Autores:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Tonial Paulette Thalita • Oliveira Reiners Annelita Almeida • Capriata de Souza Azevedo Rosemeiry • Teixeira Cunha Carla Rafaela • Ribeiro Dalla Vechia Akeisa Dieli • Nina MamanI Abigail Roxana • Neuber José Segrió 					
<p>Año de publicación: 2019</p>					

<p>Base de datos: Scielo adultos mayores hospitalizados</p>	<p>hospitalizados desde la perspectiva de profesionales especializados.</p>	<p>Las caídas resultan en fracturas (75.0%), lesiones cerebrales (50.0%), heridas (48.6%) y muerte (11.8%).</p> <p>Las estrategias preventivas abarcan barandillas en la cama (68.0%) y barras de apoyo (19.7%). El 82.8% cree que la caída es grave y natural en la vejez. El 94.7% cree que las enfermeras deben preocuparse por las caídas y el 96.0% cree que deben evaluar riesgos y tomar medidas preventivas.</p> <p>Las prácticas preventivas incluyen el uso de barandillas (67.1%), educar a los adultos mayores (61.8%) y limitaciones físicas/químicas (36.8%).</p>	<p>interdisciplinario y la creación de un entorno seguro, subrayando la importancia de proporcionar un cuidado humanizado a este segmento vulnerable.</p>
--	---	---	---

<p>Tema: 4. Opiniones de enfermeros de área intensiva sobre la implementación de visitas en una UCI</p> <p>Autores:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Rodríguez A. Alonso • Martínez Villamea S. • Sánchez Vallejo Gallego • Fernández Lorenzo J. • Menéndez M. <p>Año de publicación: 2021</p> <p>Base de datos: PubMed</p> <p>Link.</p>	<p>La investigación tiene como objetivo explorar la perspectiva de los enfermeros que trabajan en UCI sobre cómo las visitas impactan a pacientes y familias, así como analizar la influencia en la rutina diaria de los profesionales. También busca recopilar opiniones sobre la política actual de visitas abiertas en este entorno.</p>	<p>Enfoque: cuantitativo.</p> <p>Tipo de estudio: descriptivo.</p> <p>Muestreo: probabilístico.</p> <p>Muestra: 120 enfermeras</p> <p>A cada uno se les proporcionó un cuestionario con 26 preguntas, y también se incluyó una pregunta abierta.</p>	<p>El estudio incluyó enfermeros con una edad promedio de 42.8 años y una experiencia laboral de 12.7 años. Aproximadamente, el 38.6% de los encuestados tenían algún familiar que había estado en UCI, y el 35.6% recibió capacitación en habilidades de comunicación. La mayoría de los participantes eran mujeres (87%). El 75.2% de los enfermeros afirmó que cambia sus actividades cuando los familiares están presentes en la UCI, y el 89.9% opinó que la presencia de los familiares genera una carga psicológica y física para el personal.</p> <p>Además, un 80% de los enfermeros indicó</p>	<p>El propósito radica en elevar las competencias comunicativas de los profesionales que laboran en UCI a través de interacciones con la familia de los pacientes, y proporcionando capacitación especializada en esta esfera.</p>	<p>El personal investigado reconoce los beneficios potenciales de las visitas sin restricciones para pacientes y familias, pero los resultados no respaldan horas de visitas flexibles y políticas de acceso en la UCI. Se destaca que los pacientes en la UCI pueden experimentar trastornos emocionales y cambios de comportamiento, lo que puede afectar negativamente su recuperación. La presencia de familiares se considera ventajosa, brindando beneficios como mayor satisfacción familiar y reducción de la ansiedad. La empatía, la compasión y el apoyo emocional del personal durante las visitas son</p>
--	---	--	--	--	--

			que las visitas agotan a los familiares, y el 84.2% señaló que las familias sienten la obligación de estar constantemente junto al paciente. Un 94% de los encuestados expresó su opinión sobre cómo la presencia de la familia afecta a la UCI.		esenciales para establecer una relación positiva y contribuir al bienestar de los familiares.
<p>Tema: 5. Enfermería basada en el modelo de Betty Neuman para proporcionar cuidados que ayuden a prevenir los estresores ambientales que pueden llevar al desarrollo de delirio en UCI autores:</p> <p>Autores:</p> <ul style="list-style-type: none"> Rodríguez Mondéjar Juan José <p>Año de publicación: 2019</p> <p>Base de datos: Scielo</p>	<p>Identificar los factores del entorno que pueden dar lugar al delirium en pacientes críticos, siguiendo las pautas de enfermería basadas en el modelo, Betty Neuman.</p>	<p>La investigación adopta un enfoque cuantitativo y utiliza un muestreo probabilístico aleatorio simple para seleccionar una muestra de 49 pacientes. La recopilación de información se lleva a cabo mediante una ficha de cuidados que considera factores desencadenantes del delirium, como el ruido y la luz artificial durante el día y la</p>	<p>En el estudio, se observó que el 77% de los participantes eran hombres, con edades comprendidas entre 23 y 92 años. Se identificaron varios factores desencadenantes del delirium, entre los cuales el 71.4% de los pacientes tenían dispositivos invasivos, el 22.4% presentaban enfermedades infecciosas y el 22.4% habían sido sometidos a cirugías</p>	<p>Se sugiere implementar guías prácticas en la mayoría de las Unidades de Cuidados Intensivos (UCI) para identificar los estresores que pueden desencadenar el delirium en los pacientes. Estas guías deben incluir medidas no farmacológicas que favorezcan el sueño y prevengan el</p>	<p>En UCI los pacientes enfrentan dificultades para conciliar el sueño debido a estímulos ambientales como el ruido, la luz y las actividades de cuidado. Se han utilizado intervenciones tanto farmacológicas como no farmacológicas para abordar esta situación. Las intervenciones no farmacológicas, que incluyen enfoques cognitivos, conductuales y la</p>

	noche, que pueden afectar el sueño.	cardiorácicas. En términos de factores farmacológicos, se detectó que el 3% de los pacientes recibía sedantes, el 56% analgésicos y el 8% utilizaba drogas vasoactivas para el soporte de su tratamiento.	déficit funcional y cognitivo.	reducción de estresores ambientales, buscan mejorar la calidad y duración del sueño sin los efectos secundarios asociados a las intervenciones farmacológicas. Además, terapias complementarias como la musicoterapia y el masaje se han empleado para mejorar el sueño en la UCI.
Tema: 6. La investigación se enfoca en analizar la calidad de cuidados al final de la vida en UCI en Taiwán, perspectiva de médicos y enfermeras.	comparar las opiniones de médicos y enfermeras sobre diversos aspectos de los cuidados paliativos en la UCI. Se pretende examinar las causas que contribuyen a la percepción de la calidad de los cuidados paliativos en este entorno.	La investigación se llevó a cabo utilizando una encuesta con un cuestionario que abordaba cuatro aspectos clave: información demográfica, participación del enfermero en las decisiones médicas, conocimiento y actitudes, y la calidad percibida de las medidas en cuidados paliativos. Se realizó	Los médicos evaluaron que las enfermeras obtuvieron resultados estadísticamente superiores a ellos en la atención de síntomas, brindando atención de confort y ofreciendo apoyo espiritual tanto para los pacientes como para las familias. Por otro lado, las enfermeras se	Los vacíos incluyen la ausencia de la opinión de los pacientes y sus familias con respecto a los cuidados en UCI, lo que podría haber proporcionado una visión más completa. Se tiene en cuenta que nuestros hallazgos se basan en médicos y enfermeras de un solo centro médico. Además, es
Autores: • Ke1ying Xuan • Hu Sophia • Nakamura Naomi • Lin Chía Chin				Los cuidados paliativos en UCI buscan mejorar la estadía hospitalaria y aliviar síntomas para pacientes y familias. Aunque pueden reducir hospitalización y ansiedad, desafíos incluyen falta de conocimiento y habilidades del personal de salud.
Año de publicación: 2019				

Base de datos: PubMeb

en siete Unidades de Cuidados Intensivos (UCI) médicas y quirúrgicas para adultos. La muestra incluyó a 65 médicos y 186 enfermeras a tiempo completo con licencia activa, que habían trabajado en una UCI para adultos en el hospital durante más de tres meses y que brindaban atención directa al paciente.

calificaron a sí mismas como significativamente mejores que los médicos en términos de brindar apoyo emocional y físico a los pacientes y sus familias, además de destacar en el manejo de síntomas, atención de confort y apoyo espiritual.

En relación al conocimiento sobre los cuidados paliativos, los médicos obtuvieron puntajes significativamente más altos que las enfermeras. A pesar de ello, ambos grupos mostraron actitudes positivas hacia los cuidados paliativos.

necesario mencionar que los resultados se basan en información proporcionada por los propios participantes, lo que puede dar lugar a posibles sesgos en la calidad de los cuidados en etapas terminales. También es relevante considerar que algunas evaluaciones se basaron en respuestas binarias en lugar de la escala Likert, lo que podría restringir la amplitud del análisis.

<p>Tema: 7. La espiritualidad en adultos mayores ingresados en el hospital abordada desde una</p>	<p>Ofrecer un análisis de la visión espiritual de los individuos de edad avanzada que están</p>	<p>La investigación tiene un enfoque cuantitativo y utiliza un muestreo no probabilístico. Incluye</p>	<p>El estudio incluyó a adultos mayores hospitalizados con una edad media de 69.7 años, siendo la</p>	<p>Aunque la investigación enfocó detalladamente en el objeto de estudio, las</p>	<p>La atención a las necesidades espirituales y religiosas de adultos mayores</p>
--	---	--	---	---	---

<p>perspectiva cuantitativa en este estudio</p> <p>Autores:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Castañeda Flores Teresa • Guerrero Raúl Fernando <p>Año de publicación: 2019</p> <p>Base de datos: Redalyc</p>	<p>bajo atención hospitalaria en una entidad de salud.</p>	<p>adultos mayores hospitalizados, excluyendo a aquellos en ventilación mecánica. Se recopilan datos mediante la Ficha Sociodemográfica y la Escala de Identidad Espiritual, evaluando creencias y prácticas espirituales con una puntuación más alta indicando mayor espiritualidad.</p>	<p>mayoría casados y católicos. La duración promedio de la hospitalización fue de 13 días. Un alto porcentaje (80.4%) indicó que no recibió apoyo espiritual de los cuidadores. La evaluación de la espiritualidad reveló que los participantes tienen una buena perspectiva espiritual. En cuanto a las prácticas espirituales, un porcentaje significativo participó en actividades como hablar sobre asuntos espirituales y compartir alegrías o problemas diarios. La mayoría expresó la importancia del perdón, la orientación diaria por la espiritualidad y la influencia de las creencias en su vida. La cercanía con lo divino y el valor de</p>	<p>limitaciones surgieron debido al número reducido de participantes. Se sugiere que futuras investigaciones consideren muestras más amplias para obtener una comprensión más completa. Además, se recomienda realizar estudios cualitativos para profundizar en los conceptos abordados en este trabajo.</p>	<p>hospitalizados es crucial, ya que la vejez fortalece estas creencias, otorgándoles significado en situaciones de enfermedad. Actividades como la oración y compartir creencias son vitales para su bienestar. Los profesionales de enfermería deben respetar estas creencias y desarrollar herramientas para favorecer la vivencia espiritual durante la hospitalización, alineándose con el enfoque holístico de la disciplina.</p>
---	--	---	---	---	---

			las convicciones espirituales fueron aspectos destacados.		
<p>Tema: 8. Nivel de comprensión que tiene el paciente crítico sobre el actuar frente a cuidado humanizado proporcionados por el personal de enfermería.</p> <p>Autores:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Guáqueta Parada Sandra Rocío • Joven Zuli Milena <p>Año de publicación: 2019</p> <p>Base de datos: Google académico</p>	<p>Identificar el grado de comprensión que presentan los pacientes adultos en estado crítico sobre las conductas de atención humanizada proporcionadas por el personal de enfermería</p>	<p>Este estudio se enfocó en una metodología descriptiva y cuantitativa, con una muestra de 55 pacientes que fueron hospitalizados en la UCI. La inclusión en el estudio se limitó a usuarios de la UCI con hospitalización superior a 48 horas, pacientes orientados, sin sedación, despiertos y sin alteraciones cognitivas, con edades entre 18 y 70 años y hemodinámicamente estables. También se incluyeron pacientes dados de alta de la UCI pero que continuaron en hospitalización. Se establecieron criterios de exclusión para pacientes derivados de</p>	<p>Priorización del paciente como sujeto de cuidado "siempre" (60%): Se enfatiza la importancia de considerar al paciente como el centro de atención, respetando sus decisiones, intimidad y utilizando su nombre. Se destaca la necesidad de actuar con respeto, explicar procedimientos, brindar confianza y demostrar empatía. Apertura de la comunicación para la educación en salud "siempre" (42%): La comunicación efectiva es esencial, permitiendo que los pacientes expresen sus necesidades y utilizando un lenguaje apropiado. Sin embargo, el 9% de los</p>	<p>Se sugiere fortalecer los procedimientos relacionados con la comunicación y la provisión de educación en salud. Esto fomentará una atención más sensible y cálida. Con respecto al instrumento utilizado, es importante tener en cuenta que su aplicación demanda tiempo suficiente, dado que los pacientes bajo estudio se encuentran en un proceso de recuperación.</p>	<p>La calidad de la atención humanizada en la UCI ha sido evaluada en tres niveles, generalmente considerada como buena, especialmente en la priorización del paciente como centro del cuidado y las cualidades demostradas por el equipo de enfermería. Aunque se valora positivamente, se identifican áreas de mejora, como las relaciones interpersonales y la provisión oportuna de apoyo emocional, psicológico y manejo del dolor. Se destaca la necesidad de trabajar en la empatía y la actitud paciente-enfermera a lo largo de toda la estancia hospitalaria. En</p>

otras unidades, experimentaron falta aquellos con de diálogo efectivo, incapacidad o procedimientos no alteración neurológica explicados y una que les impidiera atención mecánica, lo responder al que generó instrumento de percepciones de estudio, y pacientes manejo poco humano sedados que fueron y falta de amabilidad. readmitidos.

Cualidades del hacer de enfermería "siempre" (27%): Se resalta la importancia de integrar cualidades como empatía, apoyo físico y emocional, contacto visual, y liderazgo en la atención al paciente. Aunque se esperaría que estas cualidades estuvieran presentes en todo momento, el 14% de los pacientes indicaron que no observaron estas cualidades en la atención brindada por los enfermeros. Se recomienda establecer relaciones

relación con la comunicación y la salud, se reconoce su calidad en la explicación de actividades y procedimientos, así como en la provisión de información relevante. Sin embargo, se señala la necesidad de , enfocarse en una atención más cuidadosa y compasiva para favorecer su proceso de recuperación.

			auténticas para mejorar la comunicación y la preocupación por el bienestar del paciente.		
<p>Tema: 9.La familia juega un papel fundamental como representante del paciente para poder llegar con el personal de salud.</p> <p>Autores:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Anduquia Vásquez Paula Andrea • Ramírez Barrientos Adriana • Lopera Betancur Martha Adíela • Forero Pulido Constanza • Córdoba Pérez Luisa Fernanda <p>Año de publicación: 2020</p> <p>Base de datos: Redalyc</p>	<p>El propósito radica en identificar y valorar la función y relevancia que la familia desempeña en la relación con el equipo de enfermería mientras el paciente está hospitalizado.</p>	<p>El estudio cualitativo se centró en 10 adultos con experiencia en la hospitalización de familiares. La investigación se basó en entrevistas que cumplieron con criterios específicos, como ser mayores de edad y tener experiencia con familiares hospitalizados.</p>	<p>La familia desempeña un papel importante al actuar como portavoz del paciente, especialmente cuando este no puede tomar decisiones. Además, asumen la responsabilidad del cuidado del paciente, atendiendo a sus necesidades fisiológicas y siguiendo horarios de medicación, aunque a veces sienten falta de apoyo del personal de enfermería. La familia espera que la enfermera brinde cuidados mínimos esenciales, como comodidad, control de excreta, alimentación y cambios posturales, pero en muchos</p>	<p>Es imprescindible que las instituciones educativas y de atención médica implementen programas de educación dirigidos tanto a las familias como al personal de enfermería. Estos programas deben enfocarse en incluir a la familia en el cuidado, al mismo tiempo que se respeta su autonomía.</p>	<p>La familia y la enfermera juegan papeles esenciales en la atención al paciente. Aunque la familia brinda apoyo durante la enfermedad, su cercanía puede limitar la autonomía del paciente. La familia busca colaboración y apoyo de la enfermera, pero a menudo percibe una atención centrada en aspectos técnicos en lugar de la humanización de los cuidados. La comunicación a veces es escasa debido a la confidencialidad, pero se destaca la importancia de una comunicación humanizada. Para la familia, la enfermera debe ser vista como</p>

			casos, realizan estas tareas ellos mismos, generando una sensación de soledad. La calidad humana en el cuidado es crucial para la familia, quienes buscan atención realizada con amor y calidad, incluso en situaciones con recursos limitados.		una figura agradable y confiable.
Tema: 10. Comprensión de la humanización en la atención en situaciones críticas: Vivencias y conductas de expertos del ámbito de la salud en UCI	Reconocer los factores relacionados con el profesionalismo y los aspectos deontológicos que favorecen la humanización UCI	Enfoque: cualitativo, con el propósito de comprender los significados asociados con la humanización en UCI de las ciudades de Bogotá y Cartagena. Población: El grupo de estudio estaba compuesto por 46 enfermeros que trabajaban en UCI, incluyendo médicos, enfermeras, auxiliares de enfermería y fisioterapeutas. Muestra: Se	El estudio sobre las experiencias de profesionales en la UCI, basado en los 8 pilares del proyecto HU-CI, revela varios aspectos clave. Aunque se reconoce la importancia de la participación familiar, existen restricciones en las visitas debido a riesgos de infección. La comunicación varía, siendo clara en algunos casos y limitada en otros, con	La UCI de puertas abiertas destaca la importancia de la presencia familiar para la recuperación del paciente, resaltando la afectación por horarios de visita restringidos. La comunicación, afectada por la pandemia, se realiza principalmente por vía telefónica, con conflictos derivados de la falta de comunicación	La humanización en UCI para la atención asistencial implica colocarse en el lugar del paciente, y también incluir en el cuidado. Esto implica brindar un buen trato y cuidados de calidad que protejan la intimidad y privacidad del paciente. Es esencial ser cordiales y amables, actuando de acuerdo a la patología del paciente para evitar el dolor y el sufrimiento. Además,
Autores:					
	<ul style="list-style-type: none"> • Sánchez Alfaro Luis Alberto • González Yolima Carmona • Silva Pinilla Yuri Viviana • Garzón Ortizluisa Fernanda 				

<ul style="list-style-type: none"> • Medina Carrión Mónica Alejandra <p>Año de publicación: 2022</p> <p>Base de datos: Scielo</p>	<p>seleccionaron 20 participantes, provenientes tanto de UCI privadas como públicas, con una distribución equitativa de 10 participantes en cada ciudad (Bogotá y Cartagena). De los participantes, 12 eran femeninos y 8 masculinos, se tomaron en cuenta enfermera, auxiliares y fisioterapeutas. La experiencia laboral variaba, desde 6 meses hasta 30 años trabajando en UCI.</p>	<p>conflictos y falta de empatía entre el equipo de trabajo, agravados por la pandemia. Aunque se aplican medidas terapéuticas, se destaca la necesidad de abordar más la parte emocional del paciente. La participación de la familia depende del personal a cargo, señalando la falta de protocolos. La infraestructura es señalada como reducida e inadecuada. Los cuidados al final de la vida abordan aspectos como la orden de no reanimación y el manejo del dolor. Se describen iniciativas para humanizar la atención, pero se enfrentan a obstáculos como la pandemia, escasez de recursos y</p>	<p>interna del personal. El bienestar del paciente se centra en necesidades biológicas, descuidando el aspecto emocional, mientras que la atención al personal es insuficiente, especialmente en cuanto al apoyo psicológico. El síndrome pos-UCI se aborda de manera ocasional, destacando la necesidad de seguimiento integral al egreso. Deficiencias en la infraestructura afectan la calidad de la atención, especialmente en instituciones públicas. Los cuidados al final de la vida se brindan de manera afectiva y respetuosa, considerando las</p>	<p>se deben tener en cuenta las necesidades d y siempre actuar con profesionalismo y vocación de servicio.</p>
--	--	--	--	--

			restricciones en la comunicación. La humanización se destaca como una obligación para el personal, enfatizando su aplicación con profesionalismo, amor y respeto.	necesidades del paciente. La influencia del personal en la atención humanizada destaca la importancia de la vocación, la creación de confianza y el respeto a la privacidad.	
Tema: 11. Satisfacción de los pacientes en condiciones críticas relacionado con la atención clínica. <ul style="list-style-type: none"> • Delgado Pilar Alcalá Isidro • Jiménez, María • Martínez Antonia • De la Cueva Laura Ariza, • Adamuz Jordi Cuzco Cecilia, • Benito Lúcia Romero Mart Año de publicación: 2022	Los objetivos de este estudio se centraron en analizar la satisfacción de los pacientes en estado crítico en relación con los cuidados de enfermería que han recibido, así como investigar la posible asociación entre los niveles de satisfacción y diversos factores demográficos, clínicos y organizativos.	Tipo de estudio: correlacional descriptivo y prospectivo. Población: conformada por todos los pacientes dados de alta UCI de 19 hospitales en España entre diciembre de 2018 y diciembre de 2019. Para medir el nivel de satisfacción, se utilizó la Nursing Intensive Care Satisfacción Scale, que ha sido validada previamente. Además, se recogieron datos demográficos,	La edad fue de 59.7 años, el 62.8% eran hombres. Los elementos que mostraron la mayor proporción de participantes satisfechos fueron los siguientes: asegurarse de que no tuvieran dolor, administrar su medicación a tiempo, brindarles atención continua, cuidarlos de manera amable, preocuparse por su comodidad y asegurarse de mantenerlos limpios.	El estudio presenta limitaciones que incluyen el sesgo de supervivencia al no incluir a pacientes fallecidos durante el período de investigación y la posibilidad de respuestas sesgadas hacia la deseabilidad social. La falta de variabilidad en las respuestas también limita el análisis al concentrarse en puntuaciones más altas, lo que podría afectar la capacidad	Los pacientes críticos expresaron niveles muy altos de satisfacción con la atención proporcionada en la UCI, sin hallarse relaciones estadísticamente significativas con las variables sociodemográficas. La investigación respalda hallazgos previos que vinculan la satisfacción del paciente con su percepción de salud y recuperación, y también muestra

Base de datos: PubMed		clínicos y organizativos de los pacientes.		de captar diferentes niveles de satisfacción. Estas limitaciones deben ser consideradas al interpretar los resultados del estudio y podrían influir en las conclusiones obtenidas.	asociaciones con variables como el tiempo de ventilación mecánica, la complejidad del hospital y el tipo de UCI. Estos resultados destacan áreas de mejora para garantizar una atención más satisfactoria
Tema: 12. Atención de enfermeros angoleños sobre la importancia de brindar cuidados humanizados en la UCI	Examinar cómo los profesionales de enfermería empleados en UCI en Angola perciben la prestación de cuidados humanizados, así como identificar los recursos requeridos para su ejecución.	El estudio tiene un enfoque cualitativo aplicada en UCI La muestra, 26 trabajadores de la salud, de los cuales 9 eran enfermeros y 17 técnicos de enfermería. Sin embargo, debido a que 11 participantes estaban de vacaciones o con baja médica, se contó con la participación de 15 profesionales en total. Para la selección de los participantes fueron ser enfermero o técnico de enfermería y trabajar en la UCI	En este estudio participaron 15 profesionales de la salud, siendo 5 enfermeros y 10 técnicos de enfermería, con una mayoría de mujeres (11) y 4 hombres. Los resultados resaltan la importancia del cuidado humanizado, abordando no solo las necesidades biológicas, sino también las fisiológicas, sociales y espirituales del paciente. Los profesionales concuerdan en que la	El estudio presenta algunas limitaciones, como el hecho de no utilizar la estrategia de devolver las transcripciones de las entrevistas a los participantes para validar sus respuestas. Además, la investigación se enfoca únicamente en la visión de una categoría profesional en UCI, lo que podría debilitar las generalizaciones de los hallazgos. No obstante, los resultados obtenidos son relevantes y	Los profesionales involucrados en el cuidado humanizado de los pacientes que ingresan a UCI deben aplicar un enfoque integral basado en la empatía y, teniendo en cuenta aspectos éticos, sociales y espirituales. Es fundamental contar con recursos humanos suficientes en la asistencia humanizada para evitar la sobrecarga de profesionales y asegurar una atención de calidad. Sin embargo, también se destaca la importancia
Autores:					
<ul style="list-style-type: none"> • Mateus Sili Eurico • Pereira Eliane Regina Nascimento • Hagemann Luciana Bihain • Hermida Malfussi Magdalena Vieira • Souza Ana Isabel Jatoba • Lazzari Daniele Delacanal • Silva Martins Marisa 					

<p>Año de publicación: 2022</p> <p>Base de datos: Scielo</p>	<p>durante los turnos de mañana y tarde</p> <p>La recopilación de información fue con entrevistas individuales programadas, que fueron grabadas con una duración de 30 minutos cada una. Posteriormente, las entrevistas fueron transcritas en un documento Microsoft Word, utilizando el software Quali QuantiSoft (versión 1.3)</p>	<p>humanización del cuidado implica considerar tanto al paciente como a sus familiares, estableciendo un vínculo de confianza, brindando atención individualizada y proporcionando apoyo afectivo. Además, enfatizan la interconexión entre la formación profesional y la atención humanizada, destacando la necesidad de mantenerse bien capacitados y conscientes de los valores humanos para ofrecer un cuidado integral.</p>	<p>ofrecen información valiosa para la implementación de mejoras en la enfermería de cuidados.</p>	<p>de mantener una formación continua en conocimientos científicos y tecnológicos.</p> <p>En resumen, el cuidado humanizado debe estar dirigido a proteger y promover la salud creando un ambiente de armonía y seguridad garantizada para ellos.</p>
<p>Tema:</p> <p>13. Evaluación de la Experiencia UCI, desde la Perspectiva de Pacientes y Familiares autores:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Gil-Juliá, Beatriz 	<p>El objetivo es examinar la percepción de los pacientes y sus familiares acerca de la estadía en UCI y su influencia en las</p>	<p>El enfoque de este estudio es cualitativo</p> <p>Muestra: 71 pacientes críticos y 89 familiares</p> <p>Criterios de inclusión: Los participantes debían tener más de</p>	<p>Este estudio analizó las percepciones de 160 participantes, incluyendo 71 pacientes y 89 familiares, en relación con su experiencia en la UCI. Los pacientes,</p>	<p>El estudio presenta limitaciones significativas, como la falta de representatividad al basarse exclusivamente en una única UCI,</p> <p>Resumiendo, la evaluación general de la hospitalización en UCI es positiva en varios aspectos concretos, especialmente destacando la atención</p>

<ul style="list-style-type: none"> • Ballester-Arnal, Rafael • M. Desamparados Bernat-Adell, • Giménez-García Cristina • Castro-Calvo. Jesús <p>Año de publicación: 2019</p> <p>Base de Datos: Redalyc 10 de 7270 artículos Geriatría en uci</p>	<p>variables sociodemográficas.</p>	<p>18 años y una estancia en la UCI de más de 48 horas. Para los pacientes, era necesario no estar en situación de coma, y que el paciente pueda comunicarse. Para los familiares, los criterios incluyeron ser mayor de 18 años, no presentar deterioro cognitivo y no tener dificultades con el idioma.</p>	<p>con un promedio de edad de 46 años, describieron mayormente su estancia como "muy agradable" (80.7%). Otorgaron altas calificaciones a la atención de los profesionales de salud, el cuidado de los familiares y la atención médica, aunque aspectos como la distracción y la tranquilidad en la sala recibieron calificaciones más bajas. En comparación, el 61.1% de los familiares percibió la estancia como "bastante" o "muy agradable" y destacaron positivamente la atención psicológica y el trato del personal de salud (83.8% y 70% respectivamente). Se</p>	<p>dificultando la generalización de los resultados a otras unidades. La muestra restringida se debe a la complejidad de evaluar participantes en un entorno específico como la UCI. Se destaca la necesidad de futuras investigaciones que exploren variables adicionales, como aspectos de la personalidad, experiencias previas en la UCI, duración del ingreso, momento de la encuesta, expectativas de recuperación y uso de sedación, para obtener una comprensión más completa y detallada de la experiencia en la UCI</p>	<p>y cuidado brindado por los profesionales tanto a los pacientes como a sus familiares. Sin embargo, es necesario analizar los aspectos negativos relacionados con el ambiente general de la unidad para implementar medidas que refuercen la calidad de la atención proporcionada.</p>
--	-------------------------------------	---	---	---	--

			observaron notables diferencias en la evaluación entre pacientes y familiares, tanto en la percepción general como en aspectos específicos de la atención y el apoyo emocional.
<p>Tema: 14. Análisis de las formas de atención a personas mayores institucionalizadas, un estudio realizado desde la perspectiva de estudiantes de Enfermería.</p> <p>Autores:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Rangel Flores Yesica; • Aguilera Díaz de León Frida Hozan <p>Año de publicación: 2022</p> <p>Base de datos: Scielo</p>	<p>Comprender cómo se manifiesta el enfoque humanista en la atención geriátrica desde la perspectiva de estudiantes de Enfermería que hacen labor social.</p>	<p>Participantes: El estudio incluyó a 19 estudiantes de enfermería</p> <p>Metodología: Se llevaron a cabo entrevistas basadas en un guion semiestructurado que abarcaba siete dimensiones interrelacionadas identificadas en el cuidado humanizado. Todas las entrevistas fueron grabadas con consentimiento informado previo y transcritas inmediatamente después.</p>	<p>En un estudio con 19 estudiantes de enfermería en periodo de pasantía, se identificó que el cuidado proporcionado se basaba en aspectos administrativos y protocolos biomédicos, careciendo de una perspectiva integral e individualizada. La categorización de "Cuidado no humanizado" surgió debido a la falta de consideración de la individualidad y valores de cada persona atendida. Los</p> <p>El cuidado humanizado para adultos mayores debe abordar una variedad de necesidades fisiológicas, sociales, religiosas y espirituales a medida que envejecen. Sin embargo, es crucial reconocer que el desgaste laboral y cognitivo puede dar lugar a la omisión de cuidados, una comunicación deficiente y altos niveles de estrés, lo que afecta negativamente la capacidad de brindar</p> <p>Los hallazgos sugieren la necesidad de implementar capacitaciones en cuidado integral para mejorar la interacción de los enfermeros con personas adultas mayores, permitiéndoles asumir un rol profesional en la atención y promoción de la calidad de vida de los pacientes.</p>

		<p>Análisis de datos: Se utilizó la codificación axial para analizar los datos.</p>	<p>participantes se centraron en cuidados fisiológicos y atendieron necesidades especiales consideraron la variabilidad requerimientos.</p>	<p>se asistencia humanizada. Atender a estos factores es esencial para garantizar un cuidado integral y respetuoso para los adultos mayores.</p>	
<p>Tema: 15. Comprensión empática de la familia con la enfermera en UCI</p> <p>Autores: • Duque-Ortiz, Camilo; Arias-Valencia María Mercedes "</p> <p>Año de publicación: 2020</p> <p>Base de datos: Redalyc</p>	<p>Explorar la dinámica entre el equipo de enfermería y familiares</p>	<p>Metodología: Se adoptó un enfoque cualitativo para llevar a cabo esta investigación.</p> <p>Población de estudio: El grupo de participantes consistió en 26 familiares de pacientes que habían estado UCI.</p> <p>Criterios de inclusión: Se consideraron aquellos familiares que habían acompañado al paciente durante su estancia en la UCI.</p> <p>Criterios de exclusión: Se excluyeron los familiares de pacientes que habían pasado por un proceso</p>	<p>En el estudio que involucró a 26 familiares de pacientes en UCI, se destacó la importancia de la relación entre enfermeras y familiares. La capacidad de establecer relaciones, la empatía y el carisma de las enfermeras fueron considerados cruciales para una relación profesional satisfactoria. La comunicación fue señalada como esencial, pero se identificaron obstáculos como</p>	<p>Se sugiere que en futuras investigaciones se profundice en el rol de la familia de pacientes en UCI, y cómo esto influye al relacionarse con las enfermeras. Asimismo, se recomienda el desarrollo de estudios enfocados en identificar las estrategias que utilizan los familiares para afrontar cuando entran a la UCI. Estas investigaciones podrían arrojar luz sobre la dinámica de</p>	<p>La relación entre enfermería y la familia requiere empatía y confidencialidad, con énfasis en identificar categorías que fortalezcan esta conexión. Se sugiere realizar estudios para desarrollar estrategias de evaluación y educación dirigidas a la familia, mejorando la comprensión y la entrega de información. Esto facilitará la colaboración de la familia en la atención humanizada de los pacientes, abordando sus inquietudes de manera personalizada.</p>

		<p>de reanimación, aquellos ingresados en las últimas 24 horas, los que tenían limitación de esfuerzo terapéutico, aquellos en estado crítico y con un alto riesgo de fallecer.</p> <p>Instrumentos utilizados: Se emplearon entrevistas semiestructuradas, complementadas con observación participante.</p>	<p>aspectos físicos, administrativos, normativos y humanos. Algunos familiares percibieron a los enfermeros como poco sinceros, experimentando una falta de empatía y humanización en la UCI, lo que podría afectar la relación durante la estadía del paciente.</p>	<p>la relación enfermera-familia y proporcionar información valiosa para mejorar la calidez del cuidado y la atención</p>	
<p>Tema: 16. Cuidado de enfermería humanizado es de vital importancia para los pacientes en situación paliativa</p> <p>Autores:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Peralvo Veloz Gabriela Lissette • Ramírez Gavilanes Gloria Isabel <p>Año de publicación: 2022</p>	<p>El objetivo de esta investigación es analizar la percepción que los pacientes en cuidados paliativos y sus familiares tienen sobre la calidad de la atención de enfermería con enfoque humano que se les proporciona.</p>	<p>Se empleó un enfoque cuantitativo y se trabajó con una muestra de 15 pacientes de medicina crítica, varones y mujeres. Los seleccionados debían estar dispuestos a participar en el estudio y tener una estadía hospitalaria de al menos 2 días. Se incluyeron aquellos</p>	<p>El cuidado humanizado en pacientes paliativos, crucial para abordar sus necesidades y respetar su dignidad, no se aplica de manera adecuada ni oportuna, según los resultados. La mayoría de los pacientes informaron que solo en algunas ocasiones se</p>	<p>Se sugiere que futuras investigaciones aborden otras variables relevantes, como la duración de la hospitalización, el tipo de cuidado paliativo y el pronóstico del paciente. Los resultados derivados de programas de</p>	<p>La atención que brinda los trabajadores de la salud se fundamenta en el deseo de servir, lo que implica una aproximación multidisciplinaria basada en el respeto y la adhesión a valores y la ética profesional de esta manera, el cuidado al paciente se entrelaza con la capacidad técnica y el</p>

Base de datos: Scopus		pacientes que requerían atenciones paliativas. Se excluyeron pacientes con edad menores de 18 años, aquellos con limitaciones cognitivas o alteraciones, pacientes aislados y aquellos que no dieron su consentimiento informado.	que implementa esta técnica. Además, al analizar dimensiones específicas del cuidado humanizado, como las actividades de enfermería y la comunicación, se observó una frecuencia relativamente baja de aplicación.	evaluación similares serán esenciales para diseñar intervenciones específicas que contribuyan a mejorar la asistencia y el trato proporcionado a los pacientes paliativos.	conocimiento actualizado, adquiridos mediante una práctica de calidad y un trato digno.
Tema: 17. Mejorando el Bienestar Espiritual en el Contexto Hospitalario: Aportes para Humanizar la Prestación de Atención Médica.	Analizar el estado de bienestar espiritual entre el personal de enfermería y cómo esto influye éticamente en la mejora de la humanización en la atención médica.	Muestra: Se seleccionaron 250 profesionales de enfermería, y finalmente participaron 148 personas que cumplían con la inclusión: realizar cuidado directo a los pacientes.	Se La muestra final incluyó a 148 participantes, y mayoritariamente mujeres solteras entre 30 y 41 años, provenientes de dos hospitales. Las tácticas para fomentar el bienestar espiritual incluyeron la alegría, ayudar a otros y actividades familiares, destacando que más del 50% consideraba la espiritualidad crucial en sus vidas.	En el proceso de fin de vida, la presencia y comunicación de familiares impactan positivamente, proporcionando un tránsito más sereno. La ausencia familiar se vincula con emociones negativas en pacientes, como ansiedad y tristeza. La falta de investigaciones exhaustivas limita la comparación de datos y la identificación de	La investigación sobre las dimensiones del bienestar espiritual (BE) es crucial para ofrecer atención humanizada y mejorar la calidad de los cuidados de salud. Proporciona una perspectiva valiosa que los profesionales de la salud deben tener en cuenta, especialmente en términos de aspectos sociales, religiosos y espirituales de los pacientes. Además, es
Autores: <ul style="list-style-type: none"> • Gómez Ramírez, Olga Janeth • Henao Castaño, Ángela María • Díaz Heredia Luz Patricia • Molano-Pirazán María Luisa 		Material utilizado: Se emplearon dos instrumentos: un formato para datos sociodemográficos, y un instrumento que evalúa el bienestar			
Año de publicación:					

<p>2019</p> <p>Base de datos: Redalyc 1 a10 de 682 artículos bienestar del paciente anciano</p>		<p>espiritual con tres componentes: Valoración de la salud espiritual, enfoque de vida y apreciación del enfermero en relación a brindar asistencia a los pacientes. Análisis de datos: Los datos se almacenaron en Excel 2007 y se realizaron análisis estadísticos con el programa Stata, versión 11.2.</p>	<p>Sorprendentemente, las prácticas religiosas, como visitar a líderes religiosos, fueron menos utilizadas por profesionales de enfermería para promover el bienestar espiritual. Se sugiere considerar estas prácticas como valiosos recursos para abordar desafíos de la enfermedad y potencialmente prevenir o gestionar problemas de salud mental.</p>	<p>enfoques comunicativos. Se destaca la necesidad de investigaciones adicionales que guíen la práctica de enfermería, abordando el bienestar espiritual y contribuyendo a la humanización de los servicios de atención médica.</p>	<p>fundamental continuar con investigaciones que aborden las discrepancias relacionadas con el BE, ya que esto no solo perfeccionará las áreas de la asistencia médica, sino que también contribuirá al crecimiento profesional del personal de enfermería. Estos estudios serán una contribución tangible para establecer una atención médica integral, caracterizada por su enfoque humanizado.</p>
<p>Tema: 18. Reflexión sobre la relación entre atención Paliativa y Comunicación, basada en la Teoría del final de los días</p> <p>Autores:</p>	<p>Analizar la contribución de la atención enfermera, con énfasis en la comunicación, al bienestar de pacientes en etapa terminal que reciben cuidados paliativos,</p>	<p>El estudio adoptó un enfoque cualitativo con la participación de 15 familiares que desempeñaban el papel de cuidadores de pacientes en cuidados paliativos, en la etapa final de enfermedades</p>	<p>En el estudio participaron quince familiares, mayormente mujeres y con diversas afiliaciones religiosas. Dos categorías resaltaron la importancia de la</p>	<p>Dada la falta de investigaciones sustanciales en este campo, se destaca la necesidad de realizar más estudios para obtener una comprensión sólida de las necesidades de</p>	<p>En el proceso final de la vida, es fundamental brindar al paciente una atención digna, de calidad y cálida hasta sus últimos momentos. Por lo tanto, este estudio aporta al</p>

<ul style="list-style-type: none"> • Garrido de Andrade Cristiani • Pinto Costa Isabelle Cristinne • Souza Batista, Patrícia Serpa • Pereira de Melo Alves, Adriana Marques • Saraiva Costa, Bruna Hellen • Melissa Santos Nassif • Solange Fátima Geraldo da Costa. <p>Año de publicación: 2022</p> <p>Base de datos: Scielo</p>	<p>así como de sus familiares.</p>	<p>crónicas. Se aplicaron criterios de cuidados paliativos. La primera destacó para identificar una estrategia de mejora en la atención.</p> <p>eliminación y exclusión para que la comunicación, seleccionada por profesionales de enfermería, proporciona consuelo, cuidado y fortalece vínculos, generando bienestar y mitigando el sufrimiento. La segunda resaltó la relevancia del diálogo y la proximidad familiar para un final de vida sereno, señalando que la ausencia de amigos cercanos puede generar desamparo y angustia. La investigación subraya la necesidad de una comunicación efectiva para humanizar la atención médica en esta etapa delicada.</p>	<p>comunicación en los pacientes bajo cuidados paliativos y comunicación como una estrategia de mejora en la atención.</p> <p>La primera destacó para identificar una estrategia de mejora en la atención.</p> <p>comunicación que enriquezcan la atención de enfermería. Además, se enfatiza la importancia de difundir el conocimiento relacionado con este tema.</p>	<p>desarrollo de la comunicación como una estrategia de mejora en la atención.</p>	
<p>Tema:</p>	<p>Investigar la posible relación entre el</p>	<p>Enfoque: Este estudio se basó en un enfoque</p>	<p>En el estudio, participaron 837</p>	<p>Dado el período requerido para llevar</p>	<p>En resumen, los ancianos con</p>

<p>19. Relación entre el grado de independencia funcional y la nutrición en ancianos</p> <p>Autores: Bravo, Carolina</p> <ul style="list-style-type: none"> • Godoy, José • Sánchez, Yanara • Riveros, María Jesús <p>Año de Publicación: 2021</p> <p>Base de datos: Google académico</p>	<p>grado de autonomía funcional y la nutrición en ancianos</p>	<p>cuantitativo.</p> <p>Muestra: Se utilizó una muestra de 837 sujetos, seleccionados de una base de datos anonimizada.</p> <p>Criterios de exclusión: Se excluyeron personas que obtuvieron puntajes alterados en Escalas de Depresión Geriátrica. Esto se hizo debido a que factores cognitivos influyen significativamente en el estado nutricional de los adultos mayores.</p>	<p>adultos mayores con una edad promedio de 74.3 años, siendo ligeramente mayor en hombres que en mujeres. La mayoría de la muestra fue femenina, representando el 62.3% del total. En cuanto al estado nutricional, se observó que el 37.4% de los adultos mayores tenían un estado nutricional normal, seguido por un 30.4% con sobrepeso y un 22.3% con obesidad. Los resultados sugieren que el estado nutricional podría influir en la aparición de cambios en la funcionalidad corporal, con una inclinación hacia problemas relacionados con el exceso de peso. Estos hallazgos concuerdan</p>	<p>a cabo el EFAM, podría ser recomendable contemplar un análisis más general de la capacidad funcional mediante una herramienta más breve como el PFAQ-7Ch, que ha sido validado para su uso en adultos mayores chilenos. No obstante, es necesario considerar que una restricción del PFAQ-7Ch es su incapacidad para discernir entre diversos niveles de habilidad funcional entre aquellos sin deficiencias funcionales, lo que también limita la detección de personas en riesgo de experimentar una disminución en su capacidad funcional.</p>	<p>desnutrición especialmente aquellos con IMC igual o mayor a 32 , muestran una disminución en la autovalencia, lo que se convierte en una variable relevante para considerar en la prevención y postergación de la dependencia funcional. La detección temprana de la sarcopenia en este grupo de personas y la intervención preventiva podrían mejorar su desempeño funcional, permitiéndoles realizar sus actividades diarias de forma independiente o con mínima asistencia.</p>
--	--	--	---	--	---

			con estudios anteriores que destacan la obesidad sarcopenia como un desafío de salud pública global		
<p>Tema: 20. Perspectiva de las enfermeras sobre los principios de La atención en pacientes que están en etapa paliativa en UCI</p> <p>Autores:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Marques da Cunha • Cavalcanti Ítal • Oliveira de Oliveira Liliany • Cabalgante de Macêdo Leandro, • Cesar Leal María Helena, • Rocha Morimura María, • Tavares Gomes Eduardo <p>Año de publicación: 2019</p>	<p>Analizar las opiniones de los enfermeros que trabajan en UCI sobre su cumplimiento de los principios de cuidados del paciente paliativo en su atención clínica.</p>	<p>Enfoque cuantitativo, la muestra consistió en 104 enfermeras que trabajaban en 12 unidades de UCI</p> <p>La técnica de recogida de datos incluyó entrevistas y el uso de un instrumento específico diseñado para la investigación, dividido en dos partes. La primera parte recopiló datos demográficos de las enfermeras entrevistadas, como edad, tiempo de formación, educación, entre otros. La segunda parte se basó en los Principios de atención Paliativa en UCI, siguiendo los principios generales</p>	<p>En el estudio, las enfermeras evaluaron la importancia de los fundamentos de la atención paliativa, destacando valores como la mitigación del dolor, la calidad de vida en la etapa final, el bienestar del paciente y el respeto a la independencia. Aunque se valoraron positivamente, aspectos como afirmar la vitalidad, abordar la muerte como proceso natural y evaluar el equilibrio entre costos y beneficios obtuvieron calificaciones más bajas. El estudio destaca el papel crucial de las enfermeras en la</p>	<p>Una limitación del presente estudio fue que, al momento de completar los formularios, los investigadores no proporcionaron explicaciones detalladas sobre las definiciones y aspectos activos de cada principio a los participantes, lo que pudo haber generado dudas. Sin embargo, no consideramos que el hecho de que algunas enfermeras no respondieran a la encuesta sea una limitación del estudio, ya que la idea principal era evaluar las opiniones de las enfermeras y</p>	<p>El trabajo activo de las enfermeras en decidir y tener una comunicación efectiva dentro del equipo de atención facilita la colaboración de la familia. Se recomienda promover un amplio debate sobre este tema entre los equipos de atención, permitiendo que las enfermeras desempeñen un papel mediador entre el equipo y la familia. Esto fortalecerá la atención individualizada y centrada en las necesidades específicas de cada paciente.</p>

Base de datos: Google académico	establecidos por la OMS	prestación de cuidados integrales, especialmente en la mitigación del dolor y síntomas	no su conocimiento sobre el tema.
<p>Tema: 21. Percepciones colectivas de comodidad en familiares de pacientes sometidos a paliativos en UCI</p> <p>Autores:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Perão Odisséia Fátima, • Pereira do Nascimento Eliane Regina, • Coelho de Souza Padilhab Maria Itayra C, Delacanal Lazzari Daniele, • Vieira Patrícia Magdalena Hermidad, Cunha Kersten Mayara Ana <p>Año de publicación: 2021</p> <p>Base de datos: Scielo</p>	<p>Explorar las construcciones sociales de bienestar experimentadas por la familia de pacientes que reciben cuidados paliativos.</p>	<p>Enfoque: Investigación descriptiva que adopta una perspectiva cualitativa.</p> <p>Diseño: Empleo de entrevistas.</p> <p>Muestra: Incluyó a un total de 30 familiares que estaban acompañando a los pacientes durante la hospitalización</p> <p>Criterios de inclusión: Fueron considerados aquellos familiares con edades iguales o superiores a 18 años, que mantuvieran una relación cercana con el paciente de más de 48 horas, bajo cuidados paliativos.</p>	<p>Los resultados del estudio revelan que la experiencia previa de los familiares, especialmente si han tenido a otro ser querido en cuidados paliativos en la UCI, influye en sus emociones y angustias durante las visitas. El duelo anticipatorio en este contexto es un proceso doloroso y complejo, que varía en duración dependiendo del tiempo. Es crucial que el equipo de salud de la UCI esté preparado para abordar los sentimientos negativos de los familiares, utilizando una comunicación adecuada como una</p> <p>. n este enfoque cualitativo, se destaca la importancia de orientar la labor del equipo multidisciplinario hacia la capacitación y asistencia integral del paciente y su familia durante el proceso de cuidados paliativos en una unidad de cuidados intensivos (UCI). Se busca abordar las diversas necesidades que surgen en esta etapa, centrándose en el alivio del sufrimiento, facilitando la proximidad de visitas y proporcionando comunicación precisa y relevante.</p>

			<p>estructura esencial para el cuidado del paciente y la entrega de información. Sin embargo, ciertos aspectos como la transmisión de información incorrecta y horarios limitados de visita pueden afectar la comodidad y satisfacción de los familiares.</p>	<p>A pesar de la aplicación del cuidado humanizado, se señalan limitaciones, como la recopilación de datos exclusivamente de una UCI, lo que restringe la perspectiva y la falta de artículos específicos que aborden el confort de los familiares en estas circunstancias.</p>
<p>22. Requerimientos de la familia de individuos en UCI y su percepción acerca de la interacción con los profesionales médicos. Autores:</p> <ul style="list-style-type: none"> • García de Cesar Augusto • Del Castanhel Flávia, • Grosseman Suely" <p>Año de publicación: 2023</p>	<p>Entender cómo los familiares perciben la comunicación médica y cuáles son sus demandas al respecto cuando sus seres queridos son admitidos en unidades de cuidados intensivos.</p>	<p>Enfoque: El estudio adopta una perspectiva que combina elementos cualitativos y cuantitativos. el estudio utilizó un diseño de entrevistas con 92 familiares de pacientes hospitalizados en UCI, quienes compartieron sus experiencias, necesidades y</p>	<p>los resultados del estudio señalan diversas áreas relevantes para la evaluación de la comunicación médica en el entorno de la UCI. Se identificaron limitaciones, como la terminología médica poco clara y la necesidad de un espacio adecuado para las conversaciones. Las</p>	<p>destaca la urgente necesidad de mejorar la comunicación y el profesionalismo de ciertos médicos en entornos de cuidados intensivos. Se resalta la importancia de considerar a los familiares como parte integral del equipo de atención, recibirlos en un entorno adecuado con suficiente</p> <p>En este estudio se infiere que la comunicación en un entorno de cuidados críticos posee una relevancia innegable. Además, la atención dirigida a familia paciente incita sentimientos empáticos en el personal de salud hacia los parientes. La existencia de un espacio o</p>

Base de datos: Scielo	<p>percepciones. Los criterios de inclusión fueron ser familiares de pacientes en UCI durante al menos 24 horas, tener 18 años o más y ser ciudadanos brasileños, con la única exclusión basada en la incapacidad para comunicarse efectivamente debido a la sobrecarga emocional.</p>	<p>actitudes de los profesionales de la salud, resaltando la sensibilidad y empatía, se consideraron fundamentales para abordar las diversas emociones de los familiares. La importancia de las visitas flexibles y la infraestructura adecuada también se destacaron como elementos esenciales para una comunicación efectiva y comprensible sobre la condición del paciente.</p>	<p>tiempo y demostrar respeto, atención, compromiso, empatía y sensibilidad. Además, se enfatiza la necesidad de escuchar y abordar las necesidades, inquietudes y emociones de los familiares, así como compartir información de manera clara y comprensible sobre la condición del paciente.</p>	<p>infraestructura que brinde comodidad y privacidad refleja un gesto de aprecio y respeto hacia aquellos que reciben y brindan cuidados. Es igualmente evidente que proporcionar información precisa y adecuada es crucial. La participación activa de los familiares en las decisiones y la extensión de los horarios de visita emergen como estrategias efectivas para mitigar el sufrimiento emocional en los seres queridos, subrayando así el enfoque de bienestar a través de la implementación de un cuidado y respaldo fundamentado en la humanización.</p>	
Tema:	<p>Exponer la medida de incertidumbre que sienten los</p>	<p>Muestra: Compuesta por 300 familiares de cuidadores de</p>	<p>En este estudio sobre el papel del cuidador en cuidados</p>	<p>En este estudio sobre cuidadores familiares en</p>	<p>Cuidar a un paciente en situación de cuidados paliativos</p>

<p>23. Inseguridad experimentada por la familia de cuidadores frente a la enfermedad de pacientes que reciben cuidados paliativos y los elementos relacionados con esta situación.</p> <p>Autores:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Arias Mauricio - Rojas, Carreño-Moreno Sonia, • Posada López Carolina <p>Año de publicación: 2019</p> <p>Base de datos: Scielo</p>	<p>familiares encargados del cuidado en relación a la enfermedad de los pacientes y examinar las conexiones del cuidador y los grados de inseguridad experimentados.</p>	<p>pacientes hospitalizados. Los requisitos de inclusión se definieron de la siguiente manera: ser el principal encargado del paciente y responsable de su atención la mayor parte del tiempo, tener más de 18 años, mantener un nivel adecuado de conciencia y orientación, que el paciente presentara una enfermedad en fase avanzada y estuviera recibiendo atención por parte del equipo de apoyo de cuidados paliativos. En cuanto a los criterios de exclusión, se excluyeron los cuidadores profesionales o contratados para el cuidado del paciente.</p>	<p>paliativos, se examinaron las particularidades en relación con el nivel de satisfacción y la percepción del respaldo brindado por el cuidador del paciente. Se destacó la presencia de cierta incertidumbre o ambigüedad acerca de las enfermedades en cuidados paliativos, aunque se evidenció un entendimiento del estado funcional, especialmente en síntomas como el dolor, la pérdida de apetito, la desmotivación, la inquietud, el sueño y el bienestar. El análisis de variables sociodemográficas subraya la importancia de considerar experiencias previas y la percepción de la carga del cuidado del</p>	<p>cuidados paliativos, se descubrió que enfrentan incertidumbre respecto a la enfermedad del paciente. Se estableció una conexión significativa entre el grado de incertidumbre y la funcionalidad del paciente y sus síntomas. Se sugiere que a medida que el paciente decae, la incertidumbre del cuidador aumenta debido a la disminución de la funcionalidad o la intensificación de los síntomas. Además, se destaca la importancia de factores como el apoyo familiar y entornos religiosos o espirituales en la etapa final de la vida. Sin embargo, se</p>	<p>constituye una realidad compleja. Los resultados del estudio resaltan la importancia de la labor del profesional de enfermería en la identificación de carencias y en la atención proporcionada al cuidador familiar del paciente en cuidados paliativos. También enfatizan la necesidad de fortalecer el sistema de apoyo familiar que rodea a la diada paciente-cuidador, así como la relevancia de explorar el impacto de las redes de apoyo religioso o espiritual. Estos enfoques tienen el propósito de prevenir o moderar la sensación de incertidumbre que enfrenta el cuidador ante la enfermedad del paciente</p>
---	--	--	---	---	--

				paciente para prevenir la incertidumbre en el proceso de cuidado.	señala que el tamaño de las relaciones encontradas y el método de selección de participantes podrían influir en la interpretación de los resultados, siendo posibles debilidades del estudio.
Tema: 24. Requerimientos y enfoques de implicación sugeridos por los familiares en la atención cotidiana del paciente en UCI.	Comprender las emociones y requerimientos de los parientes de pacientes internados en UCI, así como identificar las tácticas de involucramiento propuestas por estos familiares.	Este estudio adoptó un enfoque cualitativo y se centró en 15 familiares de pacientes ingresados en una unidad de cuidados intensivos. Se incluyeron familiares de primer grado de consanguinidad mayores de edad, mientras que se excluyeron aquellos con dificultades de comunicación o barreras idiomáticas. La metodología de selección utilizó un muestreo intencional para formar tipologías que abarcaran	La presentación de resultados se organiza en tres categorías principales. "Sentimientos experimentados en la UCI" explora cómo el entorno tecnológico y la condición clínica generan crisis emocionales en los familiares, destacando aspectos positivos y negativos. La segunda categoría, "Necesidades percibidas", aborda las necesidades personales y vinculadas al paciente para adaptarse a la UCI, incluyendo la	Como limitaciones es la falta de empleo de otros métodos, como la observación, que habrían permitido contrastar y enriquecer los datos obtenidos. Además, las entrevistas se llevaron a cabo únicamente con un miembro de la familia, lo que imposibilitó abordar la perspectiva completa del grupo familiar.	La familia experimenta una notable fluctuación emocional, caracterizada por la presencia de sentimientos negativos, así como la esperanza y la felicidad. A lo largo de este proceso, surgen diversas interrogantes en la familia que deben ser satisfechas para asegurar el bienestar. Además, la disponibilidad de mayor información y la colaboración en los cuidados resultan especialmente cruciales. Entre las
Autores: • Ventura Laia Expósito, • Antonia Arreciado Marañón					
Año de publicación: 2020					
Base de datos: Google académico					
					Fortalezas: Este estudio presenta como punto fuerte la

<p>diversas características personales y relacionadas con el tema de estudio. La recopilación de datos se llevó a cabo mediante entrevistas semiestructuradas, con consentimiento informado al inicio de cada entrevista. Las grabaciones se transcribieron y entregaron a los participantes en la unidad de cuidados intensivos.</p>	<p>importancia del apoyo y la información. La tercera categoría, "Participación en los cuidados", revela la ausencia de oportunidades para la familia en los cuidados diarios, pero destaca su voluntad de contribuir. Se proponen estrategias para mejorar la conexión, como ampliar las horas de visita y proporcionar información sobre el entorno de la UCI.</p>	<p>inclusión de resultados obtenidos directamente de las familias, capturando sus vivencias y experiencias frente al ingreso de un ser querido. Además, los datos se recopilaron en el transcurso del proceso de hospitalización, lo que contribuyó a minimizar la posible pérdida de información y a obtener una mayor riqueza y profundidad en los resultados.</p>	<p>estrategias propuestas para abordar la falta de participación, destaca la extensión de las horas de visita en la unidad y la asistencia de una enfermera encargada de facilitar el cuidado. Considerar a la familia como una entidad de atención conlleva beneficios tanto para la familia como para el paciente. Las tácticas implementadas en la práctica profesional están destinadas a resolver de manera sistemática, en pos de un objetivo compartido: brindar una atención humanizada al paciente.</p>
---	--	--	--

4.2 Predicción científica

La falta del cuidado humanizado hacia los adultos mayores en la UCI, no ofrece las condiciones y estrategias indispensables que se relacionan con la participación de familiares en el proceso de atención, la escasa comunicación entre el personal de salud y los pacientes ancianos, las limitaciones en la infraestructura hospitalaria no prometen un entorno humanizado y por lo tanto compromete la falta de atención al bienestar integral del paciente.

5. MATERIALES Y MÉTODOS

5.1. Enfoque, diseño y tipo de investigación

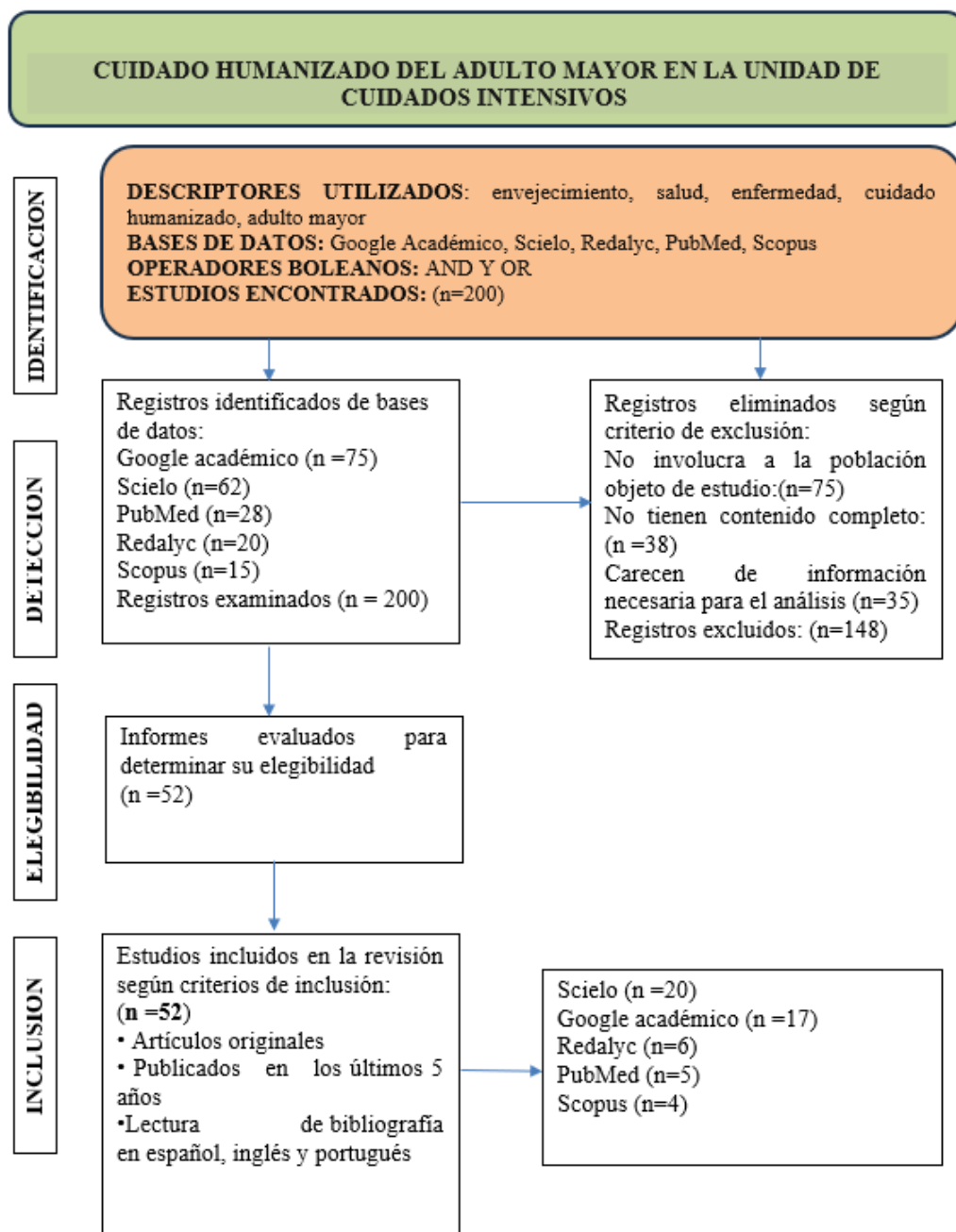
El trabajo de investigación es de enfoque cualitativo, diseño descriptivo y tipo de revisión bibliográfica descriptivo. (Hernández, R., Fernández, C., y Baptista, M. p. 42, 89, 94,190, 384)

5.2. Población y muestra

La población comprendió 200 artículos en total, de los cuales se seleccionaron 52 artículos para conformar la muestra. Los criterios de inclusión fueron artículos originales, publicados en los últimos 5 años y con bibliografía en español, inglés o portugués. Para los criterios de exclusión se consideró artículos que no involucran el objeto de estudio, estudios con contenido limitado, y que carecen de información necesaria para el análisis. Estos artículos se seleccionaron con el fin de asegura que el estudio obtuviera resultados válidos y pertinentes.

El proceso de selección de la muestra se describe detalladamente siguiendo el formato PRISMA.

TABLA 2. FORMATO PRISMA PARA SELECCIÓN DE LA MUESTRA



5.3 Técnicas e instrumentos de recogida de datos

Para el presente estudio se realiza observación de literatura en las siguientes bases de datos: Scielo, Scopus, Google Académico, PubMed, Redalyc, la revisión bibliográfica de artículos originales se obtuvo en idioma español, inglés y portugués. Se utiliza las siguientes

palabras clave en español: envejecimiento, salud, enfermedad, cuidado humanizado, adulto mayor, y se emplea palabras en inglés: humanización care, intensive care, el Derly, Se combinó palabras mencionadas con operadores booleanos AND y OR, La herramienta utilizada para recopilar la información fue una matriz de síntesis, que detallaba el tema, los objetivos del estudio, la metodología empleada, los resultados y las conclusiones. También se consideraron posibles limitaciones y aspectos de importancia para explorar más a fondo el contenido.

5.4 Técnicas de análisis de datos

Para analizar este estudio, se realizó una evaluación crítica de los artículos, examinando la consistencia en la argumentación, la claridad y la solidez de las conclusiones. Estos enfoques permitieron llevar a cabo un análisis de la información, lo que facilitó una comprensión efectiva de su contenido.

6. RESULTADOS

6.1. Participación de familiares para un impacto positivo de cuidados humanizados en UCI

La participación de los familiares en la UCI es esencial para garantizar un cuidado integral y humanizado del paciente para Rodríguez et al. (2021) señalan que durante la estadía en la UCI los pacientes pueden experimentar trastornos emocionales como ansiedad, estrés, cambios de comportamiento y alteraciones de la memoria, lo que puede afectar negativamente su recuperación. Permitir la entrada de familiares a la sala y su contacto con el paciente se considera beneficioso, ya que se observan ventajas como la reducción de la ansiedad, el incremento de la satisfacción de la familia y la obtención de una comprensión más profunda y precisa de la situación del paciente.

Los familiares pueden proporcionar cuidados personales, Saragüeta (2020) destaca la importancia de incluir a la familia en UCI ya que permite la participación en las tareas de cuidado diario del paciente, como la higiene, y alimentación. Mukpradab et al. (2023) indican que la familia colabora en la movilización temprana de pacientes adultos gravemente enfermos, asistiéndolos en la deambulación y en cambios de posición para prevenir úlceras por presión y mejorar la circulación. También participan en ejercicios de fisioterapia para preservar la movilidad articular bajo la supervisión de los profesionales de la salud.

Por otro lado, Gil et al. (2019) señalan que la familia participa activamente en el cuidado del paciente, asegurándose de atender sus necesidades fisiológicas y recordar al personal de enfermería sobre la administración de medicamentos según el horario establecido, asume la tarea de proteger al paciente de posibles complicaciones como caídas y errores, identificando riesgos y colaborando con el equipo de salud para prevenir cualquier daño adicional.

Otro de los aspectos importantes es la comunicación con el equipo médico Anduquia et al. (2020) mencionan que la familia desempeña un rol esencial al representar la voz del paciente, dado que se considera que este no está en condiciones adecuadas para brindar información, es la familia quien comunica las necesidades del enfermo, proporciona detalles sobre su enfermedad, antecedentes y problemas que presenta. Delgado et al. (2023) indican que la familia actúa como defensor del paciente, asegurándose de que se cumplan sus

necesidades y preferencias especialmente si el paciente está sedado o tiene dificultades para comunicarse.

En el estudio de Dijkstra et al. (2022) indican que la familia recibe capacitaciones en habilidades específicas, como la administración de medicamentos, el monitoreo de signos vitales, la asistencia en el cuidado de heridas y el cambio de apósitos, todo ello bajo la supervisión de profesionales de la salud. Estos programas fomentan una mejor comprensión por parte de la familia y aumentan la adherencia al plan de tratamiento.

6.2. Comunicación entre Familiares, Pacientes y Personal Asistencial en la UCI

Espinoza et al. (2021) resaltan la dificultad de establecer comunicación con pacientes críticos, quienes a menudo no pueden expresarse verbalmente debido a la gravedad de su condición, su nivel de conciencia, la sedación, la intubación orotraqueal o la implementación de medidas de contención física por motivos de su tratamiento y seguridad, los profesionales de la salud suelen recurrir principalmente a la comunicación no verbal, que incluye, gestos, sonidos, el contacto visual, el tacto, la lectura de labios. Además, utilizan herramientas como pizarras, tablas de alfabeto y campanas de llamada para facilitar la interacción con estos pacientes en condiciones especiales.

En el estudio de Duque et al. (2020) destacan que la capacidad de establecer una comunicación efectiva por parte de las enfermeras y personal de salud debe ser espontánea con el paciente, que se escuche las necesidades y forme parte de su naturaleza profesional, los familiares siempre tienen expectativas de que la relación con las enfermeras sea fluida y que estas comprendan claramente la situación que están viviendo; elementos como la empatía y el carisma son importantes para establecer una relación profesional y satisfactoria. Con respecto a la comunicación con pacientes difíciles, Jin et al. (2022) señalan también que los enfermeros utilizan estrategias para reducir los conflictos, tales como mantener la calma, adoptar un tono no confrontativo y validar las preocupaciones de los familiares, con el fin de disolver situaciones tensas y fomentar una comunicación abierta.

El elevado volumen de información en la UCI hace necesario el entrenamiento en habilidades de comunicación efectiva, Rojas (2019) subraya la importancia de reconocer que la comunicación debe iniciarse dentro del equipo y extenderse a familiares y pacientes en todo momento empezando desde la entrega de turnos, con el propósito de disminuir errores y garantizar la seguridad en la atención. Así también realizar conferencias familiares que

permitan brindar información clara y precisa. Todas estas medidas fortalecen el trabajo en equipo, la disminución de conflictos y el incremento de la confianza.

La implementación de métodos de comunicación que se adapten a las necesidades del paciente y su familia también es relevante Emaliyawati et al. (2020) mencionan entre estas técnicas, hablar de forma pausada y utilizar un lenguaje simple y claro, especialmente al comunicarse con pacientes de edad avanzada destacan la importancia de ajustar el enfoque de comunicación para familias con niveles educativos más bajos, explicando de manera sencilla y evitando términos médicos complicados. Estas estrategias son fundamentales para asegurar que la información se transmita de manera comprensible.

Suleman et al. (2022) indican que en casos de pacientes que hablan diferentes idiomas debe darse la importancia de establecer momentos de comunicación equitativos e inclusivos por parte de los profesionales de la salud con los pacientes a partir de la comprensión de las diversas raíces y prácticas culturales que presenten, de esta manera permitir el ingreso a la sala de un acompañante que pueda traducir el dialogo o tener acceso a herramientas de traducción mejora la comunicación.

6.3. Medidas de bienestar para proporcionar cuidado humanizado a los adultos mayores en la UCI.

Implementar medidas que reconforten la atención del adulto mayor en la UCI mejora significativamente la experiencia hospitalaria y le proporciona un cuidado más humano y centrado al paciente. Según Sili et al. (2022) para garantizar el bienestar del paciente en la UCI, es importante establecer un vínculo afectivo, esto implica brindar una atención personalizada, fomentar una interacción positiva, y generar confianza, respetando la autonomía y dignidad en todo momento, además fomentar la distracción proporcionando actividades o recursos que ayuden a distraer a los pacientes, como lecturas, o material audiovisual, puede contribuir a reducir el estrés y la ansiedad durante su estancia en la UCI.

Para Villacreses et al. (2023) consideran fundamental realizar una evaluación y control adecuado de diversos factores que pueden causar incomodidad, como evitar procedimientos innecesarios, técnicas dolorosas para la colocación de dispositivos, cambios bruscos de temperatura, Rodríguez et al. (2019) sugieren que se debe minimizar factores estresantes del ambiente tales como la reducción de la intensidad luminosa y la eliminación de ruidos. Esto promueve un entorno más propicio para el sueño, dado que es frecuente que los pacientes en

la UCI especialmente adultos mayores experimenten dificultades para conciliar el sueño. Carballeira et al. (2021) señalan que el dolor y el miedo son emociones frecuentemente expresadas por los pacientes. La implementación de un protocolo de sedación podría proporcionar confort al paciente durante su estancia hospitalaria.

Como medidas para mejorar el bienestar físico del paciente Cespedes et al. (2022) señalan que el cuidado de la piel, cambios posturales, contribuyen a prevenir úlceras por presión, así como el cuidado nutricional las prácticas de higiene y confort, como el baño y masajes. Estas intervenciones, respaldadas por un enfoque humanizado, fomentan una relación de cuidado eficaz por parte de la enfermera.

Respetar las prácticas religiosas es otro componente relevante, dentro de la investigación de Enríquez et al. (2019) evidencian la importancia que tiene la religiosidad, las familias recurren a prácticas como el uso de escapularios, agua bendita y oraciones de guías religiosos. En el catolicismo, la unción de los enfermos es una práctica habitual que ofrece gracia santificante y consuelo en situaciones de enfermedad grave o vejez. Estas prácticas no solo brindan consuelo espiritual, sino que también fortalecen la conexión con la fe y la religión, proporcionando paz y ánimo para superar las dificultades.

6.4. Infraestructura Ideal en Unidades de Cuidados Intensivos para una Atención Humanizada.

La infraestructura ideal en las UCI debe estar diseñada para satisfacer las necesidades físicas, emocionales y psicológicas de los pacientes y sus familias, creando un ambiente que promueva la dignidad, el respeto y la calidad de vida, para Baeza et al. (2020) señalan que el entorno físico debe brindar un ambiente saludable que se incluyan aspectos como la selección de una ubicación adecuada, la adaptación a las necesidades de los pacientes y a los procesos de trabajo, teniendo en cuenta el ambiente como la iluminación, acústica, temperatura, materiales y acabados, así como el diseño del mobiliario y la decoración, estos tienen el potencial de generar un impacto positivo en las sensaciones y emociones, creando espacios humanizados que se ajustan de manera efectiva a la funcionalidad de las unidades.

Para García et al. (2023) consideran fundamental contar con salas de espera que cuenten con espacios adecuados y reservados que garanticen la privacidad de la información. Esto, a su vez, contribuye a una comunicación más fluida y clara sobre la condición del paciente.

Para la movilidad física Duceppe et al. (2019) indican que es esencial contar con elementos de infraestructura que respalden esta actividad, esto incluye camas diseñadas para facilitar los cambios de posición, herramientas destinadas a la ejecución de realizar ejercicios osteomusculares, un sofá que facilite moverse fuera de la cama, una silla de ruedas que permita caminar dentro de la unidad y un andador para promover estar de pie, entre otros dispositivos. Además, destaca la importancia de tener muebles que ayuden a orientarse, como una mesa cerca del paciente para poner sus cosas, acceso a televisión, reloj y radio, lo que ayuda al paciente a tener noción del tiempo, ya que la orientación del paciente desempeña un papel de interés para mantener el ritmo circadiano.

Es importante que el entorno físico contribuya a la prevención de caídas, en este sentido Tonial et al. (2019) indican que, para prevenir estos eventos, es importante contar con la instalación de barras de apoyo en baños y pasillos, así como la implementación de suelos regulares y antideslizantes.

Gómez et al. (2019) añaden que las instalaciones deben asegurar la privacidad del paciente mediante boxes individuales o separadores móviles. Además, se habilite espacios al aire libre, como jardines o patios, para permitir que los pacientes se conecten con la naturaleza y se relajen e incluso proponen para los pacientes que están más estables la realización de "paseos que curan" fuera de la unidad de UCI, con resultados positivos en el estado anímico de los pacientes.

6.5. Cuidados al final de la vida, centrados en la atención humanizada para los adultos mayores

Los cuidados al final de la vida para adultos mayores deben basarse en un enfoque holístico que garantice el confort físico, emocional y espiritual del paciente, así como el apoyo continuo a sus seres queridos. Según Kelying et al. (2019) los cuidados en esta etapa tienen como objetivo proporcionar una atención integral y multidisciplinaria para mejorar la comodidad física, psicológica y espiritual, aliviando síntomas angustiantes. En la UCI, estos cuidados se enfocan en mejorar la calidad de vida y la comodidad del paciente antes de su fallecimiento, lo que puede reducir la duración de la hospitalización y reducir la ansiedad.

Dentro de los cuidados con enfoque humanizado en esta etapa Vincent et al. (2021) señalan a la administración de analgésicos y sedantes para mitigar el dolor y la incomodidad del paciente. Se toman decisiones colaborativas con el paciente y sus seres queridos acerca de

la gestión de su atención médica, incluyendo la posibilidad de retirar o limitar ciertos tratamientos. Estas medidas paliativas buscan mejorar la calidad de vida del paciente y asegurar una atención compasiva y respetuosa durante su estancia, especialmente en situaciones donde el pronóstico es desfavorable y los tratamientos agresivos ya no son beneficiosos, garantizando así que el paciente experimente un final de vida digno y confortable.

Otra medida que Correa et al. (2022) indican en su estudio es la extubación paliativa, esta se enfoca en proporcionar cuidados compasivos y respetuosos hacia el paciente, permitiendo que la muerte llegue de forma natural y sin prolongar innecesariamente el sufrimiento, busca garantizar una muerte digna y pacífica con el apoyo de la familia en este proceso.

La presencia y el diálogo con la familia son elementos esenciales para alcanzar un final de vida sereno de acuerdo a Garrido et al. (2022) en su estudio subrayan que la conexión con otros individuos, especialmente con el núcleo familiar, proporciona armonía y calma. Por lo tanto, estos pacientes requieren la cercanía de sus familiares, amigos o cuidadores, ya que esto refuerza los lazos y la reciprocidad en esta delicada etapa de la existencia. Estos aspectos respaldan la necesidad de acercar al equipo de salud a los familiares y pacientes, contribuyendo significativamente en la humanización. Hernández et al. (2022) destacan también la importancia de ofrecer orientación en la etapa de duelo, proporcionando información que prepare a la familia para la pérdida de un ser querido ofreciéndoles recursos y referencias a servicios de apoyo que pueden asistir a la familia durante su proceso.

7. DISCUSIÓN

La participación de los familiares en la UCI es fundamental, su presencia disminuye el estrés y proporciona apoyo emocional, colabora en las actividades de cuidado diario, disminuyendo la carga del personal sanitario y mejorando la calidad de vida, además ofrece información relevante, toma decisiones médicas, garantizando el respeto a las preferencias y valores del paciente.

Ventura et al. (2019) en su investigación, señalan que los familiares experimentan dos tipos de emociones por un lado, hay sentimientos positivos, en los cuales los participantes desean involucrarse activamente en el cuidado de sus seres queridos debido a la esperanza y al pronóstico favorable de su recuperación, otros en cambio no desean ser partícipes en el

cuidado directo, expresan sentimientos negativos, relacionados con la angustia, el miedo y la sensación de que el fallecimiento del paciente es inminente. Esta gama de emociones se atribuye al estrés que experimentan los familiares, así como a la ambientación tecnológica de la unidad, la falta de confianza en el personal médico y la escasez de información.

Sánchez et al. (2022) identificaron que las UCI no suelen tener una política de puertas abiertas y las visitas en estas áreas son restringidas, no se permite que el familiar participe en las actividades de cuidado diario, indican que al participar en este proceso necesitan que el personal de salud instruya a los familiares para prevenir eventos adversos, infecciones nosocomiales y trastornos emocionales y al implementar este cambio requieren modificar la rutina diaria del trabajo por lo que aumenta su carga laboral. Los profesionales de enfermería, en su mayoría, muestran una opinión negativa hacia la idea de una UCI con políticas de visitas flexibles, además indican que la presencia constante de los familiares limita la autonomía del paciente, reduciendo su capacidad de decisión y acción.

Rojas (2019) indica que la evidencia ha demostrado que los beneficios de flexibilizar los horarios y permitir la participación de los familiares superan a los riesgos asociados. Por ejemplo, esta práctica contribuye a que los pacientes se sientan más cómodos, reduce las complicaciones cardiovasculares, aumenta la satisfacción de las familias, proporciona información valiosa al equipo médico y mejora la comunicación.

La comunicación es un componente fundamental, los resultados dentro de este aspecto señalan la importancia de que sea clara y efectiva para conocer y mejorar la experiencia de los familiares y del paciente durante su permanencia en esta área.

Sánchez et al. (2019) menciona que la responsabilidad de manifestarse con la familia recae en su mayoría con el médico intensivista y no con el personal de enfermería y que en determinadas situaciones, la comunicación se manifiesta de manera asertiva, completa y fluida, mientras que en otros casos resulta limitada y se enfoca exclusivamente en los aspectos biomédicos y patológicos del paciente, además indica que la pandemia ha dejado un impacto negativo, ya que en todos los escenarios, esta información se transmite de forma telefónica con un tiempo limitado, se menciona la falta de interés mutuo, y la atención carente de información.

Saavedra et al. (2021) señala que la atención humanizada que proporciona el personal de enfermería está estrechamente vinculada con la comunicación terapéutica, que debe ser una

calidad crucial en este profesional. Esta comunicación es fundamental para ayudar al paciente en su recuperación y adaptación. Para garantizar que el mensaje transmitido al paciente se comprenda correctamente, es necesario establecer una relación emocional y de apoyo.

García et al. (2023) en su estudio determina que existen varias particularidades que limitan una comunicación eficaz, tal es el caso de la terminología utilizada por el personal de salud que es poco clara y genera dificultades en la comprensión, la falta de un espacio físico adecuado y reservado para las conversaciones lo cual no garantiza la privacidad de la información y además la actitud que no muestra sensibilidad y empatía, lo que genera sentimientos de impotencia, tristeza, humillación y duda en los familiares.

El bienestar del paciente adulto mayor en la UCI es fundamental y requiere una atención integral y personalizada que se adapte a sus necesidades específicas. Esto implica factores que aborden tanto los aspectos físicos como emocionales. El manejo del dolor y la incomodidad es vital. Además, es importante reconocer y atender necesidades espirituales y religiosas, ofreciendo actividades como la oración y el acompañamiento en momentos de reflexión.

Rodríguez et al. (2019) señalan que las intervenciones farmacológicas utilizadas para mejorar el dolor dentro de medidas de confort pueden tener efectos negativos, como la depresión respiratoria, alteraciones del sueño y el riesgo de desarrollar tolerancia, sin embargo, las intervenciones no farmacológicas como la reducción de estresores ambientales, la disminución de la luz y la eliminación de ruidos innecesarios mejoran la calidad de vida del paciente. Otras estrategias para generar bienestar según el estudio de Ochoa et al. (2022) indican que la musicoterapia es una buena alternativa que permite reducir la ansiedad, disminuir el dolor y aliviar otros factores estresantes que activa el sistema nervioso parasimpático y disminuyen la liberación de adrenalina, frecuencia cardiaca y tensión arterial.

Con respecto a la espiritualidad y creencias religiosas Gómez et al. (2019) señalan que para proporcionar un cuidado espiritual la enfermera participa al escuchar, respetar y apoyar los valores, creencias y conexiones espirituales importantes del paciente en condición crítica y de sus familiares, permite la entrada del sacerdote o líder religioso a la sala como un recurso importante para enfrentar su enfermedad y en algunos casos, puede contribuir a prevenir o abordar patologías mentales.

En cuanto a la infraestructura humanizada, las UCIs suelen ser entornos altamente técnicos donde se enfrentan situaciones desafiantes bajo presión. Por lo tanto, la

implementación emerge como un factor clave para mejorar el bienestar. En este entorno, el diseño y la disposición de los espacios físicos pueden impactar significativamente la experiencia durante la hospitalización, elementos como la reducción de estresores ambientales, la implementación de dispositivos que faciliten la movilidad, la presencia de salas de estar con espacios privados se destaca como esencial para facilitar la comunicación efectiva y mejorar la comodidad.

En el trabajo de Arias et al. (2022) concuerdan que la infraestructura con diseños agradables y mobiliario ergonómico, son esenciales para brindar comodidad, pero la arquitectura y el entorno de la UCI especialmente de los hospitales antiguos, está muy lejos de cumplir con los estándares y recomendaciones internacionales, son espacios donde se comparten unidades abiertas para varios pacientes, no se respeta la privacidad, la presencia constante de luces brillantes, monitores y equipos ruidosos son factores que contribuyen a un entorno estresante y poco propicio para el descanso, además no existen salas de espera confortables, proponen mejoras arquitectónicas y de diseño, donde se cuente con un espacio adecuado para los familiares y se implementen medidas que brinden mayor privacidad, así como comodidad de trabajo para los profesionales.

En la investigación de Gil et al. (2019) identificaron que existen recursos limitados para ampliar y mejorar las condiciones físicas de la UCI, lo que dificulta la creación de espacios más acogedores y humanizados. La prioridad está en la adquisición de equipos médicos, compra de insumos y contratación de personal

Al hablar de los cuidados al final de la vida, centrado y dirigido a proporcionar una atención integral y multidisciplinaria para mejorar la comodidad, busca aliviar no solo los síntomas físicos relacionados a la patología, sino también abordar las necesidades psicológicas, religiosas y espirituales, creando un entorno de apoyo compasivo. La cercanía y el diálogo con la familia se destacan como elementos esenciales para lograr un final de vida sereno, fortaleciendo los lazos y la reciprocidad en esta etapa delicada. La atención humanizada se manifiesta en el cuidado prioritario del bienestar del paciente, el respeto a la autonomía y la consideración a los aspectos emocionales.

Arias et al. (2019) menciona que los pacientes en esta etapa se encuentran en estado de agonía y que los cuidados humanizados se enfocan en apoyar a la familia que rodea a la diada paciente-cuidador, y así como la relevancia de explorar el impacto de las redes de apoyo

religioso o espiritual con el propósito de prevenir o moderar la sensación de incertidumbre que enfrenta el cuidador ante la enfermedad del paciente.

En el estudio de Xu et al. (2023) identificaron que las barreras para proporcionar cuidados paliativos abarcan la carencia de conocimiento y conciencia entre los profesionales de la salud acerca de las prácticas e intervenciones, la restricción de recursos, la limitación de tiempo y la carga de trabajo constituyen obstáculos que dificultan la entrega de cuidados paliativos de calidad. Mencionan que cuidar a pacientes en situación de paliación es un desafío para los equipos de salud y los familiares involucrados.

Se reconocen como limitaciones del trabajo de investigación la falta de información específica sobre el tema y la escasez de investigaciones centradas en adultos mayores que aborden de manera integral las directrices orientadas al cuidado humanizado.

ANÁLISIS CRÍTICO:

Es fundamental mencionar que se debe proporcionar una atención humanizada a los adultos mayores en UCI, destacando la influencia positiva de la participación activa y la comunicación. Respetar las creencias religiosas y espirituales para promover el bienestar. La infraestructura debe ser adecuada, favoreciendo la privacidad, comodidad y accesibilidad; como la implementación de tecnologías para facilitar la movilización y el cuidado preciso, ya que estos factores influyen directamente en la calidad de atención. Así también la necesidad de cuidados al final de la vida representa el respeto a la autonomía y el apoyo a la familia como un componente esencial.

En los últimos años, Ecuador ha llevado a cabo importantes mejoras con el objetivo de fomentar una atención más humanizada en las UCI a lo largo del país, observando esfuerzos notables que incluyen la repotenciación de diversas unidades en distintos hospitales, como el Hospital Isidro Ayora de Loja (El Telégrafo 2015), el Hospital Teodoro Maldonado Carbo de la ciudad de Guayaquil, y el Hospital del IESS Portoviejo, entre otros. Esta inversión liderada por el Ministerio de Salud, ha permitido fortalecer estas entidades no solo en términos de infraestructura física y tecnológica, sino también mediante el aumento del personal especializado. Además, se ha implementado la creación de espacios como salas de espera, generando beneficios directos para los usuarios al proporcionar áreas más cómodas, equipamiento de calidad y una mejora significativa en la prestación de servicios para elevar los estándares en la atención médica. (Edición Médica, 2021)

Con el fin de garantizar un acceso completo a los servicios de salud para la población adulta mayor, el Ministerio de Salud Pública cuenta con documentos normativos que ofrecen pautas para la actuación del personal en los centros de salud. Estos documentos comprenden manejo Integral de Salud para el Adulto mayor (2007), Guías Clínicas de Gerontología y geriatría (2008), el Programa de Atención Integral del Adulto Mayor (2008), entre otros protocolos, estas directrices tienen como objetivo fortalecer la promoción de la salud, garantizar una atención integral y oportuna, y proporcionar herramientas necesarias para el cuidado completo de las personas mayores. (Ministerio de Salud Pública 2018.)

Por otro lado la Comisión Nacional de Bioética en Salud, conjuntamente con la Universidad Técnica Particular de Loja y la participación de otras universidades e instituciones de salud, han realizado varios eventos de trascendencia nacional en el ámbito de la Bioética y la humanización, difundiendo aspectos normativos a la conformación de comités de ética asistencial, sobre diferentes aspectos como es la humanización en pacientes hospitalizados especialmente de grupos vulnerables, aportando significativamente con criterios que son trabajados para promover su aplicación en los diferentes establecimientos de salud (Comisión Nacional de Bioética 2017).

6 CONCLUSIONES

La participación activa de la familia en UCI es importante para garantizar un cuidado completo y humanizado al paciente. Esta participación abarca desde proporcionar cuidados personales hasta colaborar en la movilización y rehabilitación del paciente. Además, la familia actúa como defensora del paciente y facilita una comunicación efectiva con el equipo médico. Los programas de capacitación específicos para las familias fortalecen su comprensión y contribuyen a una mejor adherencia al plan de tratamiento.

La empatía y la calma son elementos clave para establecer una comunicación efectiva en la UCI. El empleo de diversas estrategias de comunicación no verbal y herramientas específicas para facilitar la interacción con pacientes de diferentes culturas e idiomas mejoran la calidad de interacción en las áreas críticas.

Las medidas de bienestar para adultos mayores en UCI que contribuyen a mejorar la atención incluyen establecer una relación afectiva, fomentar la distracción con actividades y recursos para reducir el estrés y la ansiedad, así como evaluar y controlar factores que causan incomodidad. Además, se destaca la importancia de cuidados físicos como cambios posturales y nutrición adecuada. Respetar las prácticas religiosas también es crucial para brindar consuelo espiritual y fortalecer la conexión con la fe durante momentos de enfermedad.

La infraestructura que ofrece una atención humanizada abarca aspectos como, contar con salas de espera que garanticen la privacidad, áreas que cuenten con iluminación, acústica y mobiliario adecuado, además elementos que faciliten la movilización y eviten caídas. El acceso a espacios al aire libre también son consideraciones clave para promover la conexión con la naturaleza y mejorar el bienestar emocional.

Los cuidados al final de la vida para adultos mayores se centran en aliviar síntomas angustiantes y mejorar la calidad de vida del paciente mediante medidas paliativas como la administración de analgésicos y sedantes, así como la extubación paliativa. La presencia y el diálogo con la familia son fundamentales para proporcionar armonía y calma al paciente, mientras que la orientación durante el proceso de duelo ayuda a preparar a la familia durante el proceso de pérdida.

9. RECOMENDACIONES

Se propone que las instituciones de educación superior incorporen en la formación de los profesionales de la salud métodos de aprendizaje más abarcadores, enfocados en el cuidado humanizado desde el inicio de su formación. Esto implica poner énfasis en actividades integrales, bienestar y comodidad, la interacción con el paciente y la familia, y otros aspectos que forman parte de la atención centrada en el ser humano.

Se recomienda a la comunidad científica que continúe investigando sobre el cuidado humanizado, ya que estos estudios servirán de base para futuras intervenciones que fortalezcan y mejoren las atenciones en las instituciones de salud.

En el ámbito laboral, se recomienda crear guías específicas o realizar talleres de formación sobre la relevancia del cuidado humanizado enfocado en adultos mayores en la UCI.

10. REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- Arias, M., Carreño, S. y Posada, C. (2019). Incertidumbre de cuidadores familiares ante la enfermedad de pacientes en cuidados paliativos y factores asociados. *Latino-Am. Enfermagem*.2-6. Recuperado de: <https://www.scielo.br/j/rlae/a/fFVJh6yGFPvvxghshFV3mNL/?format=pdf&lang=es>
- Anduquia, P. A., Ramírez, A. Lopera, M. A., Forero, C. y Córdoba L.F. (2020). La familia es la voz del paciente en la interacción con la enfermera. *Revista Cuidarte*, 11(3).2-11. Recuperado de: <https://doi.org/10.15649/cuidarte.1015>
- Baeza, I. y Quispe, L.C. (2020). Proyecto “Humanizando los Cuidados Intensivos”, nuevo paradigma de orientación de los Cuidados Intensivos. *Revista de Bioética y Derecho*. 48, 111-126. Recuperado de: <https://scielo.isciii.es/pdf/bioetica/n48/1886-5887/bioetica-48-0111.pdf>
- Bravo, C., Godoy, J. y Riveros, M.J. (2021). Asociación entre el nivel de autovalencia y el estado nutricional en adultos mayores chilenos. *Revista Chilena de Nutrición*, 48(5): 741-747. Recuperado de: <https://www.scielo.cl/pdf/rchnut/v48n5/0717-7518-rchnut-48-05-0741.pdf>
- Carballeira, B. Andreatta, P. Saad, Y. Ríos, E. Majewski, C. Roussel, P. Fariña, O. y Tajer, C. (2021). De la medicina narrativa a los cuidados humanizados. El Hospital el Cruce en pandemia. Recuperado de: <https://repositorio.hospitalelcruce.org/xmlui/handle/123456789/1096>
- Carrillo, R. De la Torre, T. El paciente adulto mayor en la Unidad de Terapia Intensiva ¿Estamos preparados? *Revista Medico Crítico*, 33(4): 199-203. Recuperado de: <https://dx.doi.org/10.35366/89134>
- Castañeda, T. y Guerrero, R.F. (2019). Espiritualidad en adultos mayores hospitalizados, oportunidad de cuidado para enfermería: aproximación cuantitativa. Recuperado de: <https://www.redalyc.org/articulo.oa?id=359562712010>
- Canchero, A., Matzumura, J., P., Gutiérrez, H. (2019). Satisfacción del familiar del paciente en la unidad de Cuidados Intensivos del Hospital2 de mayo. 178-182. Recuperado de: <http://www.scielo.org.pe/pdf/afm/v80n2/a07v80n2.pdf>

- Cervantes, E. R., Valenzuela, S. y Jiménez, M. J. (2020). Trascendencia espiritual, oportunidad de cuidadores informales de personas mayores: revisión integrativa desde la filosofía de Watson. *Enfermería Cuidados Humanizados*, 9(2), 149-159. DOI: <https://doi.org/10.22235/ech.v9i2.1968>
- Cespedes, A. y Mallma I. (2020). Cuidados de enfermería y prevención de úlceras por presión en la unidad de cuidados intensivos del hospital subregional de Andahuaylas. Recuperado de: <http://www.scielo.org.pe/pdf/afm/v80n2/a07v80n2.pdf>
- Coello, C. (20 de diciembre 2017). El Teodoro Maldonado Carbo inaugura áreas repotenciadas. *Edición Medica*. Recuperado de: <https://www.edicionmedica.ec/secciones/gestion/el-teodoro-maldonado-carbo-inaugura-reas-repotenciadas-91431>
- Correa, L. (2022). Aspectos bioéticos de la extubación paliativa dentro de los cuidados de fin de vida en el paciente no recuperable en la UCI. *Acta Colombiana de Cuidado Intensivo*, 22(1), 1-10. Recuperado de: <https://acortar.link/SfTloa>
- Delgado, P., Jiménez, A., Martínez, M. A., Cueva, L., Ariza, J., A., Cuzco, C., Benito, L.B. & Romero, M. (2023). Satisfacción of intensive care unit patients linked to clinical and organizational factors: A cross-sectional multicentre study.716-722. Recuperado de: <https://www.australiancriticalcare.com/action/showPdf?pii=S10367314%2822%2900226-0>
- Dewangan, N. K., Roy, P., & Rathore, Y. (2023). Online Multi-Video Conference System to Monitor ICU Patients. *Research Journal Of Pharmacy And Technology*, 1521-1526. <https://doi.org/10.52711/0974-360x.2023.00249>
- Díaz, L. P. Ballesteros, G. A. (2021). Comunicación entre la enfermera y el familiar: una relación entre seres humanos honesta, directa y real. *Investigación en Enfermería: Imagen y Desarrollo*, 23. 1-10. DOI: <https://doi.org/10.11144/Javeriana.ie23.cefr>
- Dijkstra, B. M., Broek, L. U, Hoeven, J., Schoonhoven, L., Bosch, F. H., Steen, M., . . . Vloet, L. (2023). Feasibility of a standardized family participation programme in the intensive care unit: A pilot survey study. *Nursing Open*, 10(6), 3596-3602. <https://doi.org/10.1002/nop2.1603>
- Duceppe, M., Williamson., D., Elliot, A., Para, M., Poirier, M., Delisle, M., Deckelbaum, Razek, T., Desiardins, M., Bernard, J. Frenette, A., & Perreault, M. (2019). Modifiable Risk Factors for Delirium in critically Trauma Patients: A multicenter prospective study *journal of intensive car medicine*, 34(4), 330-336. <https://doi.org/10.1177/0885066617698646>

- Duque, C. y Arias, M. M. (2021). Relación enfermera-familia en la unidad de cuidados intensivos. Hacia una comprensión empática. *Ciencias de la Salud*, 19(2). 1-20. DOI: <https://doi.org/10.12804/revistas.urosario.edu.co/revsalud/a.10059>
- Emaliyawati, E., Restuning., Titin S., Ermiati E., Rahayu U., (2020). Nurses' Reflections on Challenges and Barriers of Communication in The Intensive Care Unit. Recuperado de: <file:///D:/Descargas/1190-Galley%20Proof-6835-1-10-20220517-1.pdf>
- Espinoza, M., Baeza, P., Rivera, F., & Rojas, P. (2021). Comunicación entre paciente adulto críticamente enfermo y el profesional de enfermería: una revisión integrativa 10(1): 30-43. doi: <https://doi.org/10.22235/ech.v10i1.2412>
- Enríquez, M. K., y Pérez, E. (2019). La enfermera y prácticas culturales de familiares durante el cuidado de pacientes en UCI. Hospital del Minsa. Recuperado de: <https://repositorio.unprg.edu.pe/bitstream/handle/20.500.12893/3786/BC-TES-TMP-2610.pdf?sequence=1&isAllowed=y>
- El Telégrafo. (12 de abril 2015). El Hospital Isidro Ayora de Loja presta servicios renovados. Recuperado de <https://www.eltelegrafo.com.ec/noticias/sociedad/1/el-hospital-isidro-ayora-de-loja-presta-servicios-renovados>
- García, A. Castanhel, F.& Grosseman, S. (2023). Needs of family members of patients in intensive care and their perception of medical communication. 74-82. DOI: 10.5935/2965-2774.20230374-pt
- García, G. A., Mora, J. E., Chimbo, J. O. y Elizalde, K. S. (2022). Percepción de enfermería sobre los cuidados humanizados en pacientes portadores de enfermedades infecto contagiosas. Multidisciplinar. *Ciencia Latina*, 6(4). 2574-2600. DOI: https://doi.org/10.37811/cl_rcm.v6i4.2782
- Garrido, C., Pinto, I. C., Serpa, P. S., Marques, A., Saraiva, B. H., Santos, M. y Geraldo, S. F. (2022). Cuidados paliativos y comunicación: una Reflexión a la luz de la teoría del final. *Cogitare Enferm*, 2(27). 2-13. Recuperado de: <https://www.scielo.br/j/cenf/a/ZhMVmywdypwQBPT7Lm8FqCP/?format=pdf&lang=es>
- Gil, J. B., Ballester, A., Desamparados, B., Giménez, C. y Castro, J. (2019). Valoración de la estancia en uci desde el punto de vista de pacientes y familiares. *Española de salud pública*, 2-10. Recuperado de: <https://www.redalyc.org/jatsRepo/170/17059490043/17059490043.pdf>

- González, A., Montalvo, A. y Herrera, L. (2019). Comodidad de los pacientes hospitalizados en unidades de cuidado intensivo e intermedio. *Enfermería Global*, 266-277. Recuperado de: <https://scielo.isciii.es/pdf/eg/v16n45/1695-6141-eg-16-45-00266.pdf>
- Gómez, O. J., Henao, A. M., Castaño, Á., Fuentes A., Díaz, L. P. & Molano, M. L. (2019). Bienestar espiritual en el ámbito hospitalario: aportes para la humanización en salud. *Latinoamericana de Bioética*, 19(2). Recuperado de: <https://www.redalyc.org/journal/1270/127063727005/127063727005.pdf>
- Guato, P. C. Mendoza, S. Chiriboga, M. S. y Sáez, K. (2022). Perfil biosociodemográfico del cuidador principal informal del adulto mayor en una región de Ecuador. *Revista Eugenio Espejo*, 17(1), 63–77. <https://doi.org/10.37135/ee.04.16.08>
- Hernández, S., M., Algarra, A. J., Baquero, A., C., B., & Montañez, J. (2022). End-of-life care for critically ill patients in the ICU and their families: Bioethical analysis. En *New trends in qualitative research*. <https://doi.org/10.36367/ntqr.13.2022.e696>
- Hernández. R., Fernández C., Baptista M. (2014) Metodología de la investigación. Editorial mexicana. Sexta edición. <https://www.uncuyo.edu.ar/ices/upload/metodologia-de-la-investigacion.pdf>
- Kennion, T. y González, Y. (2019). Percepción de Comportamientos de Cuidado Humanizado y Asociado con su nivel de Funcionalidad en Adultos Mayores. *Enfoque*. 14(20) 46-56. Recuperado de <https://revistas.up.ac.pa/index.php/enfoque/article/view/2144/1989>
- Kelying, X., Hu, S., Takemura, N., & Lin, C., (2019). Cuidados al final de la vida en UCI. 31(10), 741–747. Recuperado de: <https://n9.cl/79h8a>
- Jin, J., Son, Y., Tate, J. A., & Choi, J. (2022). Challenges and Learning Needs of Nurse-Patients' Family Communication: Focus Group Interviews With Intensive Care Unit Nurses in South Korea. *Evaluation & The Health Professions*, 45(4), 411-419. <https://doi.org/10.1177/01632787221076911>
- Joven, Z. M. y Guaqueta, S. R. (2019) Percepción del paciente crítico sobre los comportamientos de cuidado humanizado de enfermería. 66-73. Recuperado de <http://www.scielo.org.co/pdf/aven/v37n1/0121-4500-aven-37-01-65.pdf>
- Martínez, N. (2018). Tipo de hospital y percepción del adulto mayor acerca del cuidado humanizado del enfermero. *CASUS. Revista de Investigación y casos en Salud*, 3(2), 64-71. DOI: <https://doi.org/10.35626/casus.2.2018.79>
- Melita, A., Jara, P., y Moreno, M. G. (2021). Percepción de pacientes hospitalizados en unidades medico quirúrgicas sobre el cuidado humanizado de enfermería. *Enfermería: Cuidados Humanizados*, 10(1), 89-105. <https://doi.org/10.22235/ech.v10i1.2481>

- Ministerio de Salud Pública del Ecuador. (2018). Lineamientos Operativos para la Atención Integral del Adulto Mayor. 3-4. Recuperado de: <https://hospitalgeneralchone.gob.ec/wp-content/uploads/2018/07/Lineamientos-Adulto-Mayor.pdf>
- Ministerio de Salud Pública del Ecuador. (2016). Criterios bioéticos en investigación en salud. Recuperado de <https://www.salud.gob.ec/wp-content/uploads/2016/03/CRITERIOS-BIOETICOS-CNBS-ECUADOR-2.pdf>
- Mukpradab, S., Cussen, J., Ranse, K., Songwathana, P., & Marshall, A. P. (2023). Healthcare professionals perspectives on feasibility and acceptability of family engagement in early mobilisation for adult critically ill patients: A descriptive qualitative study. *Journal Of Clinical Nursing*, 32(17-18), 6574-6584. <https://doi.org/10.1111/jocn.16685>
- Ochoa S. E., Mejía S. K. y Pacheco D. A. (2020). Efectos de la musicoterapia en la unidad de cuidados intensivos. *Red Científica Iberoamericana Salud y Ciencia*. 98-100. Recuperado de: <http://www.scielo.org.ar/pdf/siic/v25n2/1667-8990-siic-25-02-98.pdf>
- Organización Panamericana de Salud. (2021). Década del envejecimiento saludable en las Américas. Recuperado de: <https://www.paho.org/es/decada-envejecimiento-saludable-americas-2021-2030>
- Ojeda, M. M., Gómez, M. I., Ojeda, I. M., Aedo, B. C., & Meriño, M. Á. (2021). Pressure ulcers: risk, predisposing factors and hospital prognosis in patients older than 65 years. *Revista Virtual de la Sociedad Paraguaya de Medicina Interna*, 8(2), 23-33. <https://doi.org/10.18004/rvspmi/2312-3893/2021.08.02.23>
- Sánchez, L. A. González, Y. C. Silva, Y. V. Garzón, L. F. y Medina, M. A. (2022). Significados de la humanización en cuidado crítico. Vivencias y acciones de profesionales sanitarios en Unidades de Cuidado Intensivo en Bogotá y Cartagena (Colombia). *Revista de Bioética y Derecho Perspectivas Bioéticas*, 56: 183-205. DOI: 10.1344/rbd2022.56.38077
- Sánchez, L. A. Alfaro, Y. C., Silva, Y. V., Garzón, L. F. y Medina, M. A. (2019). Derecho y Significados de la humanización en cuidado crítico. Vivencias y acciones de profesionales sanitarios en Unidades de Cuidado Intensivo. 184-200. Recuperado de: <https://scielo.isciii.es/pdf/bioetica/n56/1886-5887-bioetica-56-00183.pdf>
- Sili, E. M., Pereira, E. R., Hagemann, L. B., Vieira, P. M., Jatoba, A. I., Delacanal, D. & Martins, M. (2022). Humanized care in the Intensive Care Unit: discourse of Angolan

- nursing professionals. 2-5. Recuperado de: <https://www.scielo.br/j/reben/a/QYMkKpY8sRVgCh6ZV6BZVvr/?format=pdf>
- Silva, J. M. Pontífice, P. y Pinto, M. J. (2018). La comodidad del paciente en cuidados intensivos – una revisión integradora. *Enfermería Global*, 17(2), 477–514. DOI: <https://doi.org/10.6018/eglobal.17.2.266321>
- Sobral M. O. y Souza R., (2022). Abordaje del paciente en emergencia en la perspectiva de los cuidados paliativos. Recuperado de: https://scielo.isciii.es/scielo.php?pid=S1132-12962021000300005&script=sci_arttext
- Suleman, S., O'Brien, J. M., McIllduff, C., Benson, B., Labine, N., Khan, S., . . . Valiani, S. (2023). Comprendre les moments de communication équitables et affirmatifs et les jalons relationnels pendant la trajectoire aux soins intensifs : résultats de la première étape d'un projet de réflexion conceptuelle. *Canadian Journal Of Anesthesia/Journal Canadien D'anesthésie*, 70(6), 995-1007. <https://doi.org/10.1007/s12630-023-02456-9>
- Oliveira, L., Cavalcanti, L., César, M., Rocha, M. y Tavares, G.(2019). Principios de cuidados paliativos en terapia intensiva desde la perspectiva de los enfermeros. *Cuidarte*, 8 (10):1-9. Recuperado de: <http://www.scielo.org.co/pdf/cuid/v10n1/2346-3414-cuid-10-1-e555.pdf>
- Peralvo, G. L. & Ramírez, G. I. (2022). Cuidado de enfermería humanizado al paciente paliativo en la estancia hospitalaria. *Ciencia y Tecnología*, 2-161. DOI: 10.56294/saludcyt2022161
- Rangel, F. y Aguilera, F. H. (2020). Configuraciones del cuidado geriátrico institucionalizado, un estudio desde las perspectivas de estudiantes de Enfermería.1-8. Recuperado de: <http://www.scielo.pt/pdf/ntqr/v13/2184-7770-ntqr-13-e646.pdf>
- Rojas, V. (2019). Humanización de los cuidados intensivos. *Médica Clínica los Condes*. 120-124. Recuperado de: <https://www.elsevier.es/es-revista-revista-medica-clinica-las-condes-202-pdf-S0716864019300240>
- Rodríguez, A., Martínez, V., Sánchez, M., Gallego, L. & Fernández, M. (2021). Perspectives of intensive care nurses on open visits in an ICU. *Enfermería intensiva*. 62-72. Recuperado: <https://www.sciencedirect.com/science/article/abs/pii/S1130239920300341?via%3Dihub>
- Rodríguez, J. J. (2019). Cuidados de enfermería basados En evidencia y modelo de Betty Neuman, para controlar Estresores del entorno que pueden ocasionar delirium en

- UCI.1-5. Recuperado de: <https://scielo.isciii.es/pdf/ene/v13n4/1988-348X-ene-13-4-e13412.pdf>
- Saavedra, M. León, G. Dávila, A. (2021). Comunicación terapéutica del enfermero, desde la perspectiva del hospitalizado en el hospital General Jaén, Perú. *Revista Enfermería Global*. 362-374. <https://doi.org/10.6018/eglobal.417451>
- Tonin, L., Ribeiro, M., Fabero, L., Diaz, J. González, & A. Meirelis, I. (2020). La evolución de la teoría del cuidado humano a la ciencia del cuidado unitario. "Research, Society and Development". (9). 3-12. DOI: <http://dx.doi.org/10.33448/rsd-v9i9.7658>
- Ventura, L., y Arreciado M, A. (2021). Necesidades y estrategias de participación propuestas por la familia en los cuidados diarios del paciente crítico. *Enfermería clínica*, 31(5), 294-302. Recuperado de: <https://sci-hub.wf/10.1016/j.enfcli.2020.10.029>
- Villacreses, K. M. Bravo, G. N. Zambrano, L. Lisi, T. T. (2023). Atención Humanizada en UCI. *Revista Científica Mundo de la Investigación y el Conocimiento*, 7(4). 261-271. [https://doi.org/10.26820/recimundo/7.\(4\).oct.2023.261-271](https://doi.org/10.26820/recimundo/7.(4).oct.2023.261-271)
- Vincent, J., & Créteur, J. (2021). Appropriate care for the elderly in the ICU. *Journal Of Internal Medicine*, 291(4), 458-468. <https://doi.org/10.1111/joim.13371>
- Xu, Y., Zhang, S., Wang, J., Shu, Z., Jing, L., He, J., & Li, S. (2023). Nurses' practices and their influencing factors in palliative care. *Frontiers In Public Health*, 11. <https://doi.org/10.3389/fpubh.2023.1117923>
- Zaragüeta, M. (2020). Humanización en UCI: Integración de la familia. (1),3. Recuperado de: <https://n9.cl/tamne>