



PONTIFICIA UNIVERSIDAD CATÓLICA DEL ECUADOR SEDE SANTO DOMINGO

Dirección de Investigación y Postgrados

**CUIDADO HUMANIZADO EN UNIDADES DE CUIDADOS INTENSIVOS A
PACIENTES ANCIANOS**

HUMANIZED CARE IN INTENSIVE CARE UNITS FOR ELDERLY PATIENTS

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.

Autoría:

**MARISELA ESTEFANIA AUQUILLA YUXI
TANNIA JOHANA LLIGUICOTA GUAMAN**

Dirección:

Mg./Dr. MG. WALTER PATRICIO CASTELO

Santo Domingo – Ecuador

Marzo, 2024



PONTIFICIA UNIVERSIDAD CATÓLICA DEL ECUADOR SEDE SANTO DOMINGO

Dirección de Investigación y Postgrados

HOJA DE APROBACIÓN

**CUIDADO HUMANIZADO EN UNIDAD DE CUIDADOS INTENSIVOS A PACIENTES
ANCIANOS**

HUMANIZED CARE IN INTENSIVE CARE UNITS FOR ELDERLY PATIENTS

Línea de Investigación: Salud y grupos vulnerables.

Autoría:

MARISELA ESTEFANIA AUQUILLA YUXI

TANNIA JOHANA LLIGUICOTA GUAMAN

Walter Patricio Castelo, Mg.

DIRECTOR DE TRABAJO DE TITULACIÓN

Priscila Jaqueline Herrera Sánchez, Mg.

CALIFICADORA

Sandy Janeth Aules Merchancano, Mg.

CALIFICADORA

Yullio Cano, PhD..

DIRECTOR DE INVESTIGACIÓN Y POSTGRADOS

Santo Domingo – Ecuador

Abril, 2024

DECLARACIÓN DE AUTENTICIDAD Y RESPONSABILIDAD

Yo, MARISELAESTEFANIA AUQUILLA YUXI portador de la cédula de ciudadanía No. 0105224539-9 declaro 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, declaro 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 mi sola 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, declaro 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, autorizo 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.



MARISELA
ESTEFANIA
AUQUILLA YUXI

Marisela Estefania Auquilla Yuxi

CI. 0105224539

DECLARACIÓN DE AUTENTICIDAD Y RESPONSABILIDAD

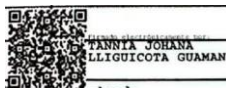
Yo, TANNIA JOHANA LLIGUICOTA GUAMAN portador de la cédula de ciudadanía No. 030239338-4 declaro que los resultados obtenidos en la investigación que presento como informe final, previo la obtención del Título de Magíster en Gestión del Cuidado con mención en Unidades de Emergencia y Unidades de Cuidados Intensivos son absolutamente originales, auténticos y personales.

En tal virtud, declaro 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 mi sola 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, declaro 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, autorizo 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.



Tannia Johana Lliguicota Guamán
CI. 030239338-4

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 EN UNIDAD DE CUIDADOS INTENSIVOS A PACIENTES ANCIANOS realizado por el/la maestrante: MARISELA ESTEFANIA AUQUILLA YUXI con cédula: No 0105224539, 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, 24 de febrero de 2024

Atentamente,



Walter Patricio Castelo, Mg.

Profesor Titular Principal I

AGRADECIMIENTOS

A la Pontificia Universidad Católica del Ecuador Sede Santo Domingo por permitirme formarme en su institución y hacer de mí una profesional con vocación en el servicio a los demás.

Primero y como más importante, me gustaría agradecer sinceramente a mi director y tutor de Tesis, Dr. Walter Castelo, su esfuerzo y dedicación. Sus conocimientos, sus orientaciones, su manera de trabajar, su persistencia, su paciencia y su motivación han sido fundamentales para mi formación como investigador. Él ha inculcado en mí un sentido de seriedad, responsabilidad y rigor académico sin los cuales no podría tener una formación completa como investigador. A su manera, ha sido capaz de ganarse mi lealtad y admiración, así como sentirme en deuda con él por todo lo recibido durante el periodo de tiempo que ha durado la tesis. Su calor humano me enriquece. Y, por último, pero no menos importante, estaré eternamente agradecido a mi compañera de trabajo, Lcda. Tannia Lliguicota. Para mi es la mejor compañera que se pueden tener. El ambiente de trabajo creado es simplemente perfecto, y su visión, motivación y optimismo me han ayudado en momentos muy críticos de la Tesis.

La considero como una de mi mejor amiga y estoy orgulloso que ella también me considere a mi digno de poseer su amistad. No todo el mundo puede decir lo mismo de sus compañeras de trabajo. Soy una mujer muy afortunada. Para ellos, muchas gracias por todo.

DEDICATORIA

Dedico este trabajo a:

A Dios por bendecirme y la oportunidad de emprender este proyecto. Por brindarme sabiduría para empezar y terminar con bien.

A mis padres por su apoyo incondicional, en todas las áreas de mi vida. Ellos siempre son la fortaleza que me ayuda a seguir luchando por mis sueños.

A mis hermanos y sobrinos por su apoyo y su amor. Por celebrar los pequeños y grandes logros en familia.

Marisela Auquilla.

DEDICATORIA

Me gustaría dedicar esta Tesis a toda mi familia. Para mis padres María su esposo Aquilino, por su comprensión y ayuda en momentos malos y menos malos. Me han enseñado a encarar las adversidades sin perder nunca la dignidad ni desfallecer en el intento. Me han dado todo lo que soy como persona, mis valores, mis principios, mi perseverancia y mi empeño, y todo ello con una gran dosis de amor y sin pedir nunca nada a cambio. Para mi esposo Christian, A el especialmente le dedico esta Tesis. Por su paciencia, por su comprensión, por su empeño, por su fuerza, por su amor, por ser tal y como es por su apoyo económico. Es la persona que más directamente ha sufrido las consecuencias del trabajo realizado. Realmente el me llena por dentro para conseguir un equilibrio que me permita dar el máximo de mí. Nunca le podré estar suficientemente agradecido. Para mi hija, Cristina. Por su paciencia en tan corta edad. Ella es lo mejor que nunca me ha pasado, y ha venido a este mundo para darme el último empujón para terminar el trabajo. Es sin duda mi referencia para el presente y para el futuro.

Tannia Lliguicota

RESUMEN

El presente estudio se realizó con el objetivo de analizar el cuidado humanizado en Unidad de Cuidados Intensivos a pacientes ancianos. Por ello, se ha llevado a cabo una investigación documental y cualitativa en la cual se ha llevado a cabo la revisión de bases de datos para identificar aquellos artículos que abordan la temática de estudio, publicados en el periodo 2018 – 2023. Los resultados revelan que el cuidado humanizado es un componente esencial en la atención en la Unidad de Cuidados Intensivos, en especial cuando se trata de pacientes geriátricos, este comprende el trato digno, empático, compasivo y respetuoso, en atención a la dignidad del paciente, el proporcionar apoyo emocional, sin dejar de lado la comunicación asertiva tanto con los miembros del equipo de salud, así como de la familia y del paciente. En definitiva, el cuidado humanizado tiende a promover la reducción del impacto físico, psicológico, social y emocional que involucra la hospitalización en un área compleja y usualmente aislada como lo es la Unidad de Cuidados Intensivos. Pese a ello, en la actualidad se evidencia que el profesional de enfermería limita sus acciones a la administración de fármacos, por lo que el apoyo que se brinda al paciente y su núcleo familiar resulta exiguo.

Palabras clave: calidad de vida; servicio de enfermería; vejez; cuidado crítico, relación cuidado sanitario.

ABSTRACT

The present study was carried out with the objective of analyzing humanized care in the Intensive Care Unit for elderly patients. For this reason, a documentary and qualitative investigation has been carried out in which a review of databases has been carried out to identify those articles that address the topic of study, published in the period 2018 – 2023. The results reveal that Humanized care is an essential component in care in the Intensive Care Unit, especially when it comes to geriatric patients, it includes dignified, empathetic, compassionate and respectful treatment, in attention to the dignity of the patient, providing emotional support, without leaving aside assertive communication with both the members of the health team, as well as the family and the patient. In short, humanized care tends to promote the reduction of the physical, psychological, social and emotional impact involved in hospitalization in a complex and usually isolated area such as the Intensive Care Unit. Despite this, it is currently evident that the nursing professional limits his actions to the administration of drugs, so the support provided to the patient and her family is meager.

Keywords: quality of life; nursing service; old age; critical care, healthcare relationship.

1. Contenido

2.	Introducción.....	3
2.1.	Antecedentes	4
2.2.	Delimitación del problema	5
2.3.	Formulación y sistematización del problema.....	6
2.3.1.	Formulación del problema.	6
2.3.2.	Sistematización del problema. Preguntas específicas.	7
2.4.	Justificación de la investigación.....	7
2.5.	Objetivos de la investigación	8
2.5.1.	Objetivo general.	8
2.5.2.	Objetivos específicos.	8
3.	REVISIÓN DE LA LITERATURA	8
3.1.	Fundamentos teóricos.....	8
3.2.	Predicción científica.....	38
4.	MATERIALES Y MÉTODOS.....	38
4.1.	Enfoque, diseño y tipo de investigación	38
4.2.	Criterios de inclusión y exclusión	38
4.2.1.	Criterios de inclusión	39
4.2.2.	Criterios de exclusión.....	39
4.3.	Construcción de categorías y subcategorías.....	40
4.4.	Técnicas e instrumentos de recogida de datos	40
4.5.	Técnicas de análisis de datos.....	41
5.	Resultados	41
6.	Discusión	46

7.	Conclusiones	50
8.	RECOMENDACIONES.....	52
9.	Referencias bibliográficas	53
10.	Anexos	64

2. INTRODUCCIÓN

El proceso de recuperación del paciente se encuentra condicionado por factores como la comunicación y relación establecida con el equipo de salud, más allá del cuidado físico. Por tanto, resulta evidente que es de suma importancia que el profesional de enfermería base su práctica en la humanización del proceso de atención. (Díaz, Alcántara, Aguilar, Puertas, & Cano, 2020).

A partir de la pandemia secundaria a la enfermedad por Coronavirus (COVID-19), se ha hecho palpable la imperiosa necesidad de promover prácticas sustentadas en la humanización de la asistencia sanitaria, “con una mirada superadora del paradigma biologicista vigente, generando un cuestionamiento de estas prácticas desde la sociedad y hacia los profesionales de salud como sujetos sociales” (Montilla, Pesce, Cristiani, & De Bartolis, 2021, p. 24). Pese a ello, se ha documentado un elevado nivel de deshumanización del sistema de salud y se ve reflejado en la atención que se ofrece al enfermo (Pachas, 2023).

Apartado en el que se compilan los estudios que representan los precedentes de la investigación por estar asociados al tema. De igual modo, se contextualiza el problema, se formulan las preguntas y objetivos de estudio, y se presentan los axiomas que sustentan la investigación desde las perspectivas profesional, clínica y académica.

Seguidamente se presenta la Revisión de la literatura: sección en la que se detallan los artículos científicos que fundamentan desde la óptica teórica y científica la investigación. Se plantea la hipótesis de estudio.

Se detallan los aspectos metodológicos que rigen el presente estudio, incluyendo la técnica e instrumento empleados en el proceso de recolección de información, y se especifica el proceso de análisis de datos.

Se corresponde con el acápite en el que se enlistan las fuentes bibliográficas citadas en el estudio.

Para finalizar, se muestran los Anexos: documentos que respaldan el proceso de investigación desarrollado.

2.1. Antecedentes

El cuidado de enfermería es un proceso sistemático mediante el cual se busca favorecer la adecuada recuperación del paciente, para lo cual es necesario atender las necesidades de este. Ahora bien, la humanización del cuidado es un tema importante debido a la incidencia que genera en la calidad de atención sanitaria (Borges, Sánchez, Peñalver, González, & Pérez, 2021), por tanto, ha sido objeto de investigación en diversas latitudes.

A continuación, se presentan aquellos estudios que guardan relación con la temática abordada:

Carpio (2022) desarrolló una investigación en Perú no experimental, transversal, prospectivo y correlacional, en el que participaron 60 familiares de pacientes que fueron ingresados en la unidad de cuidados intensivos, a quienes se les realizó una encuesta. Los resultados demuestran que cada una de las dimensiones estudiadas fueron valoradas como regular, a saber, valores humanísticos con el 91,36%, comunicación con 91,36% y disposición para la atención con 97,53%. El cuidado humanizado es percibido como regular en el 90,12% de los casos, mientras que el grado de dependencia de los pacientes fue complejo en el 37,04% y se encontró que a mayor grado de dependencia menor resulta el grado de cuidado humanizado percibido.

Hermosilla, Sanhueza & Chaparro (2021) publicaron una investigación que desarrollaron en Chile con el propósito de analizar la perspectiva del paciente y la familia entorno al cuidado humanizado que se proporciona a pacientes con cáncer avanzado, fue realizada de acuerdo con el enfoque fenomenológico-interpretativo y cualitativo, en el que emplearon la entrevista y notas de campo para la recolección de datos. Se incluyeron 17 diadas (paciente-cuidador), encontrándose que existen deficiencias en las esferas de satisfacción de necesidades e inadecuada comprensión emocional.

Castelo, García & Viñan (2020) desarrollaron una investigación cuyo tema central fue el cuidado humanizado de parte del personal de enfermería a pacientes con diagnóstico de pie diabético, fue llevado a cabo en el Hospital General Santo Domingo-Ecuador, estudio de nivel descriptivo, transversal y con enfoque cuantitativo en el que se aplicó la un cuestionario a 50 pacientes con podopatía diabética para identificar la perspectiva de estos en cuanto al cuidado

humanizado. El sexo predominante fue masculino (56%), con edad entre 40 – 65 años (56%), cuyo tiempo de atención osciló entre 1 – 60 días (40%). La percepción del paciente respecto a, cuidado humanizado fue bueno (92% - 94%), además, se encontró que la mayor parte de los enfermos estiman que se establece apropiada relación enfermera-paciente.

Por su parte, Herrera, Tandazo & Idrovo (2020), realizaron una investigación en la que evaluaron la perspectiva que poseen los pacientes con insuficiencia renal crónica en relación con el cuidado humanizado de enfermería, para ello incluyeron 72 pacientes tratados en una Unidad de Diálisis a quienes aplicaron un cuestionario. El 79,2% de los pacientes pertenece al sexo masculino, con edad comprendida entre 51 – 60 años (54,2%), casados (65,3%), cuyo periodo de tratamiento varía entre 1 – 5 años (87,5%), con periodicidad de tres veces por semana (97,2%). Se encontró alta percepción del cuidado humanizado, siendo más bajas las puntuaciones en la dimensión de fomento de la fe y esperanza.

2.2.Delimitación del problema

Con el avance que se ha producido con el paso de los años en la tecnología, se han dado cambios en la atención que se proporciona en el sector sanitario, haciéndola más especializada y también más centrada en los procedimientos clínicos, lo que incrementa la demanda de la humanización de la atención (Melita, Jara, & Moreno, 2021). Pese a ello, la práctica de medicina crítica y atención en cuidados intensivos han logrado incrementar la tasa de supervivencia de los pacientes asociado a prácticas que resultan poco humanizadas (Gómez et al., 2021; Zamaniniya, Khademi, Toulabi, & Zarea, 2021), aunado a ello, la pandemia generada por la COVID-19 acentuó la necesidad de implementar cuidados humanizados en los centros de salud (Fernández, González, Fernández, Porcel, & Garnacho, 2021; Gómez et al., 2021; M. Martínez, Gómez, & Jones, 2021).

Todo ello se ve reflejado en el ejercicio diario, el cual se caracteriza por la identificación del paciente a través de la patología que le aqueja o el número de cama en el que se ubica (Castelo et al., 2020), no obstante, la percepción del paciente respecto al cuidado humanizado puede variar según el servicio en el que es ingresado (Herrera et al., 2020). A nivel nacional, Villarreal & Ruano (2021) sostienen que los servicios de presentan áreas con elevados niveles de estrés y carga emocional, como la unidad de cuidados intensivos, generan en el paciente y su familia sentimientos de sufrimiento, impotencia, ansiedad, estrés, pérdida de dignidad,

soledad, miedo, incertidumbre y dependencia conllevando a la despersonalización del cuidado. Tal situación conduce a que el cuidado humanizado sea desarrollado de forma fragmentada (García et al., 2019; Gómez et al., 2021; Rodríguez et al., 2019; Vásquez et al., 2022).

Además, debe considerarse que el paciente que se encuentra en la Unidad de Cuidados Intensivos, tal como expresan Gómez et al. (2021), desatienden los roles que suelen cumplir en la sociedad e incluyen aquellos que desempeñan en el entorno familiar y laboral, todo ello al ingresar en un área hospitalaria crítica que les resulta extraño, aunado a ello se les aísla de sus familiares, lo que les convierte en individuos cuyo nivel de independencia se ve súbitamente reducido, pasando a depender de las acciones del personal de salud, conllevando un impacto en su condición clínica, así como afectación emocional.

En ese particular, Vásquez et al. (2022) advierten que a nivel de Latinoamérica el 70,8% del personal de enfermería desconoce la Teoría de Watson, lo cual puede conducir a la deshumanización de la atención. La deshumanización del cuidado puede ser definida como aquel proceso que despoja al individuo de sus características humanas, siendo relevante mencionar que tales características que pierde el sujeto incluyen la capacidad espiritual y de ser sociable, la dignidad. En este particular Watson, estipula que la deshumanización del cuidado implica el quebrantamiento o la no implementación de la metodología que permite llevar a cabo el abordaje integral del paciente (Cruz, 2020).

Zamaniniya et al. (2021) sostienen que la atención brindada por enfermería a pacientes longevos internados en la Unidad de Cuidados Intensivos está representada por inadecuada comunicación, escasa atención a la religiosidad y espiritualidad, y exigía atención a las necesidades básicas del paciente. Tomando en cuenta el contexto anteriormente expuesto queda en relieve el incremento de la deshumanización en salud, haciendo necesario realizar investigaciones que consideren este tema de estudio (Díaz, Alcántara, Aguilar, Puertas, & Cano, 2020).

2.3. Formulación y sistematización del problema

2.3.1. Formulación del problema.

¿Cómo se caracteriza el cuidado humanizado en Unidad de Cuidados Intensivos a pacientes ancianos?

2.3.2. Sistematización del problema. Preguntas específicas.

¿Qué perspectivas poseen la familia y paciente respecto al cuidado humanizado en Unidad de Cuidados Intensivos a pacientes ancianos?

¿Qué beneficios se derivan del cuidado humanizado en Unidad de Cuidados Intensivos a pacientes ancianos?

¿Cuáles son las barreras que limitan la implementación del cuidado humanizado en Unidad de Cuidados Intensivos a pacientes ancianos?

2.4. Justificación de la investigación

En palabras de Villarreal & Ruano (2021) el cuidado que enfermería presta a los pacientes ha sufrido menoscabo debido a la elevada demanda de casos por atender, procedimientos por efectuar y funciones administrativas por cumplir, lo que deriva en la reducción del trabajo de enfermería a cumplir medicación, de allí pues que se puede aseverar que el presente estudio es importante para la práctica profesional de enfermería. Partiendo de tales señalamientos se puede afirmar que es necesario identificar los factores causales de la deshumanización de la atención en servicios sanitarios, con la finalidad de implementar las mejoras requeridas para garantizar la recuperación del paciente, lo que le confiere justificación desde la óptica clínica al estudio (Villarreal & Ruano, 2021).

Dentro de la perspectiva académica, ha de indicarse que la presente investigación reviste importancia por cuanto el proceso formativo se encuentra enfocado en conseguir un profesional de enfermería con conocimientos y habilidades técnicas, sin hacer énfasis en aquellas competencias que se requieren para llevar a cabo la atención centrada en el paciente, de forma individualizada, en función de las necesidades particulares de cada caso, lo cual resulta especialmente trascendental en el contexto de pacientes de edad avanzada y en condición crítica (Díaz et al., 2020).

También Carpio (2022) hace alusión a tal problemática al mencionar que durante la formación del personal de enfermería se imparte escaso contenido humanístico de la asistencia y cuidado que se brindan al enfermo, lo que trae como consecuencias profesionales de la salud que poseen óptimo nivel de conocimiento científico y desarrollo de habilidades técnicas, pero desprovisto de la visión del paciente como ser biopsicosocial. Por tanto, se hace necesario valorar el cuidado humanizado que el profesional de enfermería provee al paciente, en función de tal información se pueden desarrollar planes de intervención con el fin de optimizar la atención sanitaria.

2.5.Objetivos de la investigación

2.5.1. Objetivo general.

Analizar el cuidado humanizado en la Unidad de Cuidados Intensivos a pacientes ancianos.

2.5.2. Objetivos específicos.

Detallar la perspectiva de la familia y paciente respecto al cuidado humanizado en Unidad de Cuidados Intensivos a pacientes ancianos.

Identificar los beneficios del cuidado humanizado en Unidad de Cuidados Intensivos a pacientes ancianos.

Establecer las barreras que limitan la implementación del cuidado humanizado en Unidad de Cuidados Intensivos a pacientes ancianos.

3. REVISIÓN DE LA LITERATURA

3.1.Fundamentos teóricos

Tabla 1 Estado del Arte sobre el cuidado humanizado en la Unidad de Cuidados Intensivos a pacientes ancianos.

#	Título del artículo	Autor	Año	Objetivo	Metodología	Resultados	Vacíos del conocimiento	del Conclusiones	Base de datos
1	La humanización del cuidado del enfermero del anciano en estado de necesidad en la comunidad	Tejeda, Suárez, & Dandicourt	2021	Sistematizar la información de carácter científico que aborda la humanización del cuidado del adulto mayor	Revisión bibliográfica integrativa. Incluyeron 13 artículos publicados entre 2005 – 2019. Los datos recopilados fueron asentados en una matriz de discusión de información.	El trato digno al paciente es un elemento cardinal de la atención sanitaria, siendo el profesional de enfermería parte fundamental en tal proceso, en especial cuando se trata de grupos poblacionales más vulnerables como lo es el paciente anciano. El enfermero es uno de los profesionales de salud con mayor oportunidad de proporcionar cuidados humanizados al paciente.	Características que implica la deshumanización del cuidado	Se ha logrado establecer desde una perspectiva holística, el alcance y naturaleza de la humanización del cuidado del paciente anciano por parte del personal de enfermería.	SciELO

Por otra parte, ha de indicarse que el profesional de enfermería debe alcanzar un balance entre sus obligaciones de carácter asistencial y administrativo.

La humanización del cuidado del paciente anciano permite incrementar la seguridad de la atención sanitaria, al tiempo que promueve el logro de mayor satisfacción por parte del paciente, su núcleo familiar y comunidad

2	<p>Cuidados de enfermería brindados al paciente geriátrico en cuidados intensivos: una scoping review</p> <p>de Arvilla, Bermúdez, & Gómez</p> <p>2020</p>	<p>Identificar los cuidados proporcionados por el personal de enfermería al paciente geriátrico internado en UCI</p> <p>Revisión sistemática. Se incluyeron artículos cuya publicación se realizó entre 2010 – 2020, la técnica de bola de nieve fue utilizada con la finalidad de llevar a cabo la selección de los documentos incluidos en la revisión.</p> <p>Se incluyeron 10 artículos científicos</p>	<p>En la actualidad, los cuidados del enfermero se fundamentan en la comunicación asertiva tanto con el adulto mayor como con su familia.</p> <p>Un elemento importante es brindar apoyo emocional al paciente y fomentar la educación del cuidador principal</p>	<p>Coste de las intervenciones efectuadas por el personal de enfermería en la atención del usuario geriátrico manejado en UCI</p>	<p>Los cuidados proporcionados por el personal de enfermería al paciente geriátrico tienen como propósito la promoción de la salud, prevención de patologías, con lo cual se busca reducir el tiempo de estancia hospitalaria y morbilidad</p>	<p>Google Scholar</p>
---	--	---	---	---	--	-----------------------

3	Competencias clínicas y carga laboral en Enfermería en Unidades de Cuidados Intensivos	Acosta & Maya 2020	Describir las competencias del personal de enfermería en el área de UCI	Estudio descriptivo, observacional y transversal. Se incluyeron 40 profesionales de enfermería pertenecientes a 4 unidades de cuidados intensivos. El instrumento de recolección de datos aplicado fue la Nursing Activities Score (NAS).	En cuanto a las competencias asistenciales se encontró que la principal actividad desarrollada por el enfermero es la administración de medicamentos con 89,2%, mientras que el brindar apoyo al paciente y familiares durante al menos 1 hora se limitó a 2,7% de la población consultada. Las competencias asistenciales y de organización implican el procesamiento de datos clínicos y solicitud de estudios (59,5%).	Ratio enfermera: paciente	El profesional de enfermería delega ciertas funciones a auxiliares, tales como la educación y la comunicación con los familiares, dedicándose a actividades asistenciales como la administración de medicamentos y cuidados directos al paciente.
---	--	--------------------	---	---	---	---------------------------	---

En relación con las competencias respecto a docencia e investigación, el 95% de los encuestados manifestaron que poseen un plan de capacitación dirigido al personal auxiliar. Mientras que el 82,5% de los profesionales ha participado en actividades de actualización.

Además, se demostró sobrecarga laboral en los turnos de la tarde y noche.

4	Significados de la humanización en cuidado	Sánchez, Carmona, Garzón	2022	Analizar el significado adjudicado a la humanización	Se trató de un estudio cualitativo de	Los profesionales manifiestan que se deben hacer más flexibles los horarios para promover	Acciones efectuadas para el logro de la	La humanización del cuidado en UCI implica el proporcionar trato adecuado al paciente,	SciELO
---	--	--------------------------	------	--	---------------------------------------	---	---	--	--------

crítico. Silva & Vivencias y Medina acciones de profesionales sanitarios en Unidades de Cuidado Intensivo en Bogotá y Cartagena (Colombia)

en cuidado nivel crítico según los profesionales que realizan labores en la Unidad de Cuidados Intensivos

según interpretativo. Fueron incluidos en la investigación 20 trabajadores del área de UCI. Las técnicas de recopilación de información fueron la entrevista semiestructurada y la observación participante.

mayor participación del entorno familiar en el cuidado del paciente. La comunicación con el paciente y familia es efectuada por el médico especialista y varía desde la asertividad, hasta el mero reporte de la condición patológica del paciente. Los participantes del estudio mostraron especial interés por las prácticas de cuidado integral, las cuales deben encaminarse al logro del bienestar del paciente con el fin de evitar daños de naturaleza física.

humanización del paciente

ponerse en el lugar de este y cumplir con los propósitos terapéuticos para evitar mayor daño.

						La humanización del cuidado es vislumbrada como una obligación del personal sanitario que labora en el área de cuidados intensivos.			
5	Proyecto “Humanizando los cuidados intensivos”, nuevo paradigma de orientación de los Cuidados Intensivos	Baeza & Quispe	2020	Establecer los mecanismos externos y factores intrínsecos del paciente que llevan a catalogar los cuidados como deshumanizados	Cualitativa	La deshumanización de los cuidados en UCI puede ser resultado del Síndrome de Burnout en los profesionales del sector salud. Todo ello conlleva a pérdida de habilidad de comunicación, de control, de privacidad y de respeto. En definitiva, la despersonalización del cuidado genera afectación tanto física como	Nivel de afectación del Síndrome de Burnout en la humanización de cuidados en UCI	de La deshumanización del cuidado en UCI deriva en secuelas físicas y psicológicas, por tanto, es necesario trazar un conjunto de objetivos tendientes a efectuar acciones de carácter preventivo y terapéutico	SciELO

emocional del paciente, los cuales persisten hasta luego del alta.

Las líneas estratégicas de acción que son recomendadas engloban:

UCI a puertas abiertas ar promover la participación efectiva y permanente de la familia en el cuidado del paciente

Comunicación efectiva entre el equipo de salud como con el paciente y los familiares.

El bienestar del paciente debe ser el objetivo principal, siendo fundamental el contribuir a

					reducir el sufrimiento psicológico del paciente. Los cuidados paliativos deben satisfacer las necesidades del paciente en las esferas física, emocional, psicológica y espiritual.			
6	Integralidad en la atención del paciente crítico: buscando un camino para humanizar la UCI	Correa & Chavarro 2021	Analizar el estado de la atención humanizada en UCI	Revisión sistemática de la literatura. La población estuvo conformada por 96 artículos con antigüedad superior a 6 años.	no La humanización del cuidado en UCI incrementar las posibilidades de supervivencia del paciente críticamente enfermo. El proceso de humanización de cuidados es un proceso que se da de manera gradual. El primer paso debe estar dirigido a la	Tasa de supervivencia en entornos en los que se proporcionan cuidados humanizados	de La implementación de acciones encaminadas a humanizar la UCI son clave para incrementar la supervivencia del paciente y evitar secuelas físicas, psicológicas y emocionales.	Google Scholar

sensibilización de los profesionales en general que se encargan de asistir al paciente en UCI, con la finalidad de fomentar la empatía.

La humanización del cuidado en UCI percibe al individuo como un ser biopsicosocial, que permite optimizar la satisfacción y estado de salud del paciente, reducir el tiempo de estancia hospitalaria y acelerar el proceso de recuperación.

7	Humanización en la Unidad	Martínez	2021	Establecer los beneficios de la	Artículo de revisión.	de	Las buenas prácticas de humanización de	Tasas de centros de salud que implementan la	Los cuidados humanizados en UCI Eben ser percibidos	SciELO
---	---------------------------	----------	------	---------------------------------	-----------------------	----	---	--	---	--------

de Cuidados	humanización	en UCI comprenden los	UCI de puertas	como una obligación de
Intensivos	de cuidados en el paciente, la familia y los profesionales de salud	siguientes aspectos: UCI de puertas abiertas para que el paciente crítico pueda permanecer el mayor tiempo posible en compañía de sus familiares	abiertas	todo profesional sanitario debido a los efectos benéficos que presupone
		Los beneficios que genera en el paciente incluyen mayor satisfacción con la asistencia sanitaria recibida, reducción del nivel de ansiedad. Es importante acotar que se ha verificado que la implementación de UCI a puertas abiertas genera similares tasas de		

complicaciones sépticas y mortalidad.

Los beneficios en las familias incluyen mayor tranquilidad y seguridad puesto que les permite verificar el cuidado que recibe el paciente.

Los beneficios en los profesionales de salud implican mejor relación con los miembros del equipo sanitario, así como mejor comunicación con el paciente y familiares

8	Humanizing intensive care: toward human-	Vaeza, Delgado, & La Calle	2020	Identificar las buenas prácticas de humanización	Artículo de revisión. Enfoque cualitativo.	de	Las buenas prácticas de humanización de cuidados incluyen:	Eficacia técnica de la infraestructura sanitaria	En la actualidad deben continuar realizándose esfuerzos por lograr que en los centros sanitarios	Google Scholar
---	--	----------------------------	------	--	--	----	--	--	--	----------------

centered care

ICU model

de cuidados en

UCI

UCI de puertas abiertas lo relación con la avancen hacia un
que asegura la presencia de calidad modelo que contemple
familiares. asistencial el ser humano como

Comunicación efectiva centro cardinal en la
entre quienes integran del atención que se brinda
equipo de salud, paciente y en la UCI
familia, con lo cual se

busca el confort
psicológico y espiritual del
enfermo.

Atención al profesional
sanitario con el propósito
de reducir el síndrome de
desgaste profesional y las
secuelas que de este se
derivan.

Prevenir o tratar de forma
adecuada y oportuna el

					síndrome post cuidados intensivos. Promover la infraestructura humanizada que brinde confort al paciente.				
9	Cuidado humanizado que recibe el adulto mayor en centros de vida Pereira, Risaralda 2017-2018	Yate, González, & León	2018	Caracterizar los cuidados proporcionados a adultos mayores	Investigación descriptiva, observacional y transversal Fueron incluidos 40 adultos mayores con edad superior a 60 años. El instrumento de recopilación de datos fue la lista de chequeo.	Las dimensiones evaluadas fueron comunicación verbal, comunicación no verbal, cuidado directo y cuidado seguro. El 90,1% de los adultos mayor manifestó que los cuidados recibidos son aceptables	Nivel de humanización de los cuidados	Los adultos mayores tienen favorable percepción respecto a los cuidados recibidos de parte del personal de enfermería	Google Scholar

10	<p>Participación de la familia en el cuidado del paciente crítico: un estudio exploratorio</p> <p>Sepúlveda & Irarrázabal</p>	2022	<p>Identificar el grado de disposición demostrado por el equipo de profesionales sanitarios en la participación familiar en el cuidado del paciente</p> <p>Estudio de nivel correlacional, transversal y de enfoque mixto. La población estuvo representada por 180 profesionales sanitarios, empleando como muestra a 120 de estos. Las técnicas utilizadas en el proceso de recolección de información fueron el grupo</p>	<p>El 71% de los participantes fueron profesionales de enfermería o auxiliares. El nivel de disposición del equipo sanitario a la participación del grupo familiar en el cuidado del usuario fue de 13,81/20 puntos. Se encontró que existen factores que condicionan tal disposición, entre estos vale acotar: la condición clínica del paciente, la preparación del familiar y criterio del profesional.</p>	<p>Nivel de participación de la familia para establecer la incidencia del nivel de disposición del profesional sanitario en este aspecto</p>	<p>El equipo de salud cuenta con nivel medio de disposición a la participación del paciente en los cuidados que se otorgan al paciente críticamente enfermo</p>	ScienceDirect
----	---	------	--	--	--	---	---------------

focal y la encuesta, se aplicó el cuestionario s Brief Individual Readiness for Change (BIRCS).

11	Humanized care in the Intensive Care Unit: discourse of Angolan nursing professionals	Matheus et al.	2023	Analizar la percepción del profesional de enfermeras respecto a los cuidados humanizados en UCI	Estudio descriptivo y cualitativo. Se incluyeron 15 profesionales del área de enfermería, los cuales fueron consultados mediante una entrevista	Se estableció que para lograr la humanización de los cuidados es necesario: Contar con una visión integral de los cuidados, entendiendo que el paciente tiene necesidades que se orientan en esferas diferentes a la física y biológica, y comprenden el ámbito espiritual y social.	Barreras que limitan la humanización de los cuidados en UCI	Los profesionales sanitarios conceptualizan la humanización de cuidados como aquella asistencia que incluye cuidado físico, acompañado de empatía y que se extiende al paciente y familiares.	SciELO
----	---	----------------	------	---	---	--	---	---	--------

semiestructurad Siendo necesario tener

a. empatía con el usuario.

El cuidado debe extenderse al núcleo familiar del paciente.

El cuidado humanizado consiste en garantizar la atención individualizada.

Se requiere de recursos tanto humanos (equipo de salud) como materiales (medicamentos, monitores, ventiladores, entre otros)

La formación adecuada y centrada en el ser humano del profesional sanitario.

12	<p>Humanizing an intensive care: A scoping review (HumanIC)</p>	<p>Kvande, Angel, & Højager</p>	<p>2022</p>	<p>Explorar la descripción de la humanización de los cuidados intensivos aportada por la literatura</p> <p>Revisión de alcance. La población fue de 363 artículos, de los cuales fueron incluidos 68 artículos.</p>	<p>En la actualidad no existe consenso respecto a la definición de la humanización de cuidados. En general se puede decir que se trata del esfuerzo por proporcionar atención holística al usuario, mediante el respeto a la dignidad del paciente.</p> <p>Debe indicarse que la humanización de cuidados genera efectos positivos en el paciente, familiares y el profesional sanitario, lo que deja en evidencia su importancia desde la perspectiva organizacional.</p>	<p>Tasa de UCI que implementan la humanización de cuidados</p>	<p>De acuerdo con la perspectiva de pacientes y la familia, el logro de los cuidados intensivos humanizados depende de la actitud del profesional de enfermería, la cual debe procurar individualizar la atención y respetar la dignidad del paciente.</p>
----	---	---	-------------	---	--	--	--

13	Empathy in the nursing care process under the recognition theory approach: a reflective synthesis	Zuchetto, Engel, Pacheco, de Almeida, & Dornelles	2019	Discutir el cuidado efectuado por el personal de enfermería a través de la empatía	Se trató de un estudio crítico-reflexivo, a través de la revisión de la literatura. Debe considerarse que la empatía tiene efectos positivos en la respuesta al tratamiento y la evolución del paciente.	La empatía es fundamental para brindar el mayor cuidado posible al paciente, teniendo como guía la perspectiva de este.	Impacto de la falta de empatía en los resultados clínicos	El cuidado de salud es un proceso complejo, en el que se procura comprender y atender la necesidades del paciente.	SciELO
14	Humanizing intensive nursing care for people with COVID-19	Silva et al.	2021	Establecer el impacto de la música en los cuidados intensivos de pacientes con COVID-19, como instrumento	Estudio con enfoque cualitativo en el cual fueron consultados profesionales de enfermería. Se llevó a cabo la intervención	La música permite evocar recuerdos, lo cual es fundamental en el paciente de UCI que se encuentra solo sin la compañía de su familiar. La musicoterapia contribuye con el estado de ánimo tanto del paciente	Efecto de la musicoterapia en la evolución clínica del paciente	La musicoterapia permite humanizar los cuidados y asistencia sanitaria al paciente con COVID-19 ingresado en área de UCI, cuyo propósito se enfoca en atender las necesidades de carácter biológico,	Google Scholar

				humanizador de la asistencia sanitaria	mediante musicoterapia a pacientes internados en UCI	como del profesional de salud, al reducir la ansiedad e intranquilidad, promoviendo la paz y seguridad.		psicológico y espiritual del paciente.	
15	Humanized treatment in the intensive care unit	Alves, Fontenelle, Andrerres, & de Castro	2023	Identificar la humanización del profesional de enfermería de la UCI	Estudio cualitativo en el que se efectuó revisión de la literatura. La población quedó constituida por 4359 artículos publicados entre 2018 – 2022. Fueron incluidos 26 artículos	La humanización de los cuidados en UCI favorece la precoz recuperación del paciente, esto se consigue mediante la reducción de riesgos para el paciente a la vez que se incrementa la satisfacción del núcleo familiar de este. La baja tasa de implementación de la humanización de cuidados se ve condicionada por factores como la formación	Medidas a implementar con la finalidad de enfrentar los factores que reducen la implementación del cuidado humanizado	El cuidado humanizado contribuye a mejorar la condición clínica del paciente	SciELO

del profesional y la relación número de profesionales: número de pacientes. Los desafíos a los que debe enfrentarse el profesional sanitario en contraste con la humanización de cuidados implican la sobrecarga laboral, inadecuada comunicación y falta de disponibilidad de recursos.

16	Humanización de los cuidados intensivos	Rojas	2019	Analizar la humanización de cuidados intensivos	Artículo de revisión	de	La humanización de los cuidados implica promover la salud, tratar los padecimientos y garantizar un ambiente confortable que permita que el paciente se encuentre en un estado armonioso en los aspectos	Nivel de disposición del personal de enfermería contribuir a la humanización de los cuidados	de	Los académicos de ajustarse a necesidades actuales y ofrecer contenidos relacionados con la comunicación,	currículos deben a las necesidades actuales y proporcionar contenidos relacionados con la comunicación, cuidados paliativos y	ScienceDirect
----	---	-------	------	---	----------------------	----	--	--	----	---	---	---------------

físico, psicológico, en área críticas humanización de la emocional y espiritual. como la UCI asistencia sanitaria. Para ello, el cuidado debe estar respaldado por evidencia científica en el que se consideren las esferas de la dignidad y humanidad del paciente.

17	Espiritualidad en adultos mayores hospitalizados, oportunidad de cuidado para enfermería: aproximación cuantitativa	Castañeda & Guerrero 2019	Describir la espiritualidad de los pacientes adultos mayores	la Investigación cuantitativa, descriptiva y transversal. Los 51 participantes fueron encuestados y se empleó una ficha de datos sociodemográficos	El sexo predominante entre los adulto mayores que participaron de estudio fue el femenino (60,7%). El 80,4% de los pacientes indica haber recibido asistencia espiritual o religiosa durante su estancia en el centro asistencial de parte del profesional de enfermería.	Incidencia de la espiritualidad en la forma de egreso del paciente	Es prioritario satisfacer las necesidades espirituales de los pacientes, el profesional de enfermería cuenta con un rol cardinal en el cumplimiento de esta asignación.	SciELO
----	---	---------------------------	--	--	---	--	---	--------

os y la Escala de Perspectiva Espiritual El 82,4% de los pacientes reporta que la espiritualidad representa una guía para efectuar la toma de decisiones, por tanto, estiman que es una esfera fundamental en su vida.

18 Relación enfermera-familia en la unidad de cuidados intensivos. Hacia una comprensión empática Duque & Arias 2019 Analizar la relación instaurada entre el personal de enfermería y el familiar del paciente UCI Se trató de un estudio cualitativo, enfocado en la teoría fundamentada. La información se recopiló mediante entrevistas semiestructuradas Dentro de las formas de relación, se encontró que los profesionales enfermera-familiares consideran que se establece de manera espontánea. Pese a ello, advierten que se da de manera obligatoria, débil o nula, de amigos o de puente. Dentro de las barreras de la relación médico paciente se Vínculo entre La relación de la enfermera con los familiares del paciente ingresado en UCI tiende a ser mecánica, conveniente y asimétrica. Es fundamental para establecer adecuada relación enfermera-familia: información SciELO

				as y mencionan: desconfianza observación. entre el familiar y el La población profesional de salud y quedo cuidados inadecuados al constituida por paciente. 26 familiares.		idónea, comunicación asertiva e interacción oportuna.			
19	Humanizing the intensive care unit experience in a comprehensiv e cancer center: A patient-and family-centered improvement study	Cuenca et al.	2022	Optimizar los resultados en pacientes internados en UCI a través de la atención centrada en la familia	Estudio multinivel, experimental. Se implementaron intervenciones y se evaluó el rendimiento tanto a familias como a los médicos pre y post intervención.	Hubo diferencia con relevancia estadística en cuanto a la percepción de los familiares respecto a su inclusión en la toma de decisiones ($p < 0,001$), de manera similar se sintieron más apoyados ($p = 0,011$) posterior a la puesta en marcha de las iniciativas. Los cuidadores perciben mayor control en la toma de	Incidencia de la percepción de la familia en la recuperación del enfermo	La atención en la familia favorece mayor nivel de satisfacción y comunicación entre el equipo de salud y los familiares.	ScienceDirect

La iniciativas de intervenció final (p=0,005). Una fueron: tercera parte de los implementación profesionales sanitarios de política de considera que la política es visitas abiertas, beneficiosa con relación a tablero de visitas abiertas. comunicació bidireccional, se proporcionaron a los familiares libros para colorear y café en la sala de espera.

20 Os desafios de humanizar na unidade dentro das Gomes et al. 2022 Analizar la perspectiva del profesional sanitario frente Revisión bibliográfica, de análisis integrativo, con La humanización de la UCI se ve afectada por factores propios del ambiente laboral, en las que se Perspectiva del familiar respecto a la que se erigen como barreras de la Actualmente existen factores importantes que se erigen como barreras de la Google Scholar

perspectivas a la enfoque incluye la excesiva carga de humanización humanización del dos humanización cualitativo. trabajo, la exigua de la UCI cuidado que se otorga al profissionais de la UCI Se incluyeron 15 disponibilidad de recursos paciente en el área de de saúde: uma artículos en la tanto materiales como cuidados intensivos. revisão da revisión humanos e insuficiente La humanización debe literatura nivel de conocimientos. Todo ello tiende a contemplar tanto a la familia del paciente como del profesional a cargo de su atención.

21	A	Barros & Marin	2020	Identificar los beneficios de la humanización de la UCI	Revisión sistemática que incluyó 11 artículos académicos publicados en el periodo 2010 – 2020.	La humanización de los cuidados en UCI conlleva un efecto positivo la recuperación del paciente. El número de profesionales debe estar condicionado por el número de camas en la UCI.	Impacto de la no puesta en marcha de los cuidados humanizados	Los cuidados humanizados son fundamentales, especial en las instalaciones de la UCI, en las que se manejan pacientes que se encuentran aislados.	Google Scholar
----	---	----------------	------	---	--	---	---	--	----------------

La humanización de los cuidados en el entorno de cuidados a pacientes críticos es compleja, sin embargo, el profesional sanitario puede efectuar acciones que refuerzan la práctica humanística tales como la identificación del paciente por su nombre, considerar las quejas del paciente, velar por la privacidad del usuario e individualizar la atención

22 Percepción del Joven & 2019 Describir la Estudio Se encontró que los Cualidades del La percepción del SciELO
 paciente Guáqueta perspectiva del cuantitativo y pacientes tienen buena profesional de pacientes con relación
 crítico sobre paciente descriptivo. percepción respecto a enfermería que al cuidado humanizado
 los críticamente El instrumento varias categorías del favorecen los es favorable.
 comportamien enfermo en de recolección cuidado humanizado, tales

tos de cuidado humanizado de enfermería relación con el cuidado humanizado brindado por el profesional de enfermería de datos fue la Escala de Percepción de comportamiento s de cuidado humanizado de como: priorizar al individuo de cuidado, la educación en salud, la comunicación y cualidades de las acciones de enfermería.

23	Cuidado humanizado de enfermería para reducir el síndrome de estrés postraumático en pacientes hospitalizados en la unidad de cuidados intensivos	Moreno, Lema, Granda, & Acosta	2023	Identificar las estrategias que promueven la atención humanizada en pacientes UCI para reducir el estrés postraumático	Estudio documental que se realizó revisión documental en manera sistemática según metodología PICO. Fueron seleccionados	Dentro de los síntomas que se presentan en admitidos en la UCI y sugieren postraumático ansiedad, hiperexcitación y pesadillas. El cuidado brindado por enfermería a través de la humanización implica el vislumbrar al paciente de	Influencia del cuidado humanizado en marcadores epidemiológicos como la prevalencia del estrés postraumático en pacientes admitidos en la UCI.	El personal de enfermería brinda un cuidado humanizado que reduce el estrés postraumático que se presenta en pacientes admitidos en la UCI.	Google Scholar
----	---	--------------------------------	------	--	--	---	--	---	----------------

					21 artículos publicados entre 2016 – 2020.	manera integral, contribuyendo al autocuidado del usuario, individualización de la atención y la atención que se centra en el usuario y la familia.				
24	Cuidado humanizado en pacientes con limitación del esfuerzo terapéutico en cuidados intensivos: desafíos para enfermería	Yáñez Vargas	& 2018	Identificar los factores que conlleva a la deshumanización del cuidado	Revisión de la literatura. Se seleccionaron 23 documentos a incluir en la revisión	Unos de los principales factores que tienden a provocar deshumanización del cuidado en UCI está simbolizado por la exigua participación del profesional de enfermería en la decisión de limitar los esfuerzos terapéuticos en un paciente. Asimismo, se ha descrito que la escasa preparación y	Nivel de conocimiento sobre el cuidado humanizado en UCI demostrado por el profesional de enfermería	Dentro de los roles que desempeña el profesional de enfermería se encuentra el trato humanizado el cual debe centrarse en el individuo que se encuentra en condición de vulnerabilidad	SciELO	

para hacer frente a problemas éticos que conlleva el cuidado del paciente con restricción del esfuerzo terapéutico, influyen en la humanización del cuidado.

Otro factor está signficado en el elevado nivel de estrés que experimenta el profesional de enfermería en el cuidado de estos pacientes.

La falta de disponibilidad de tiempo, el sistema rotativo de turnos e inadecuada infraestructura obstaculizan el cuidado humanizado.

25	<p>Conectarnos con la compasión para preservar el cuidado humanizado. Una reflexión acerca del cuidado que brinda la enfermería</p>	<p>Esquivel, Olivella, & Bastidas</p>	<p>2022</p>	<p>Analizar la compasión como atributo del cuidado humanizado de análisis reflexiva.</p>	<p>Artículo de revisión, que se fundamentó en la metodología de análisis reflexiva.</p>	<p>La compasión representa un valor ético fundamental al prestar cuidados humanizados. La compasión es un elemento cardinal en la práctica profesional de enfermería, ya que le permite identificar, comprender y atender el sufrimiento del paciente.</p> <p>Las barreras que limitan la compasión en la humanización del cuidado por enfermería implican: escasas habilidades, características propias del profesional, percepción de pérdida de autoridad.</p>	<p>Incidencia de la compasión en el nivel de humanización del cuidado del paciente</p>	<p>La compasión comprende la percepción del sufrimiento de otro individuo, aplicado al ámbito sanitario se entiende que permite humanizar la asistencia sanitaria.</p>	SciELO
----	---	---	-------------	--	---	---	--	--	--------

26	Percepción de cuidado humanizado de enfermería desde la perspectiva de usuarios hospitalizados	Monje, Oyarzün Miranda, Flores, & Seguel.	2018	Determinar la percepción del paciente sobre los cuidados humanizados que brinda enfermería	Estudio correlacional y transversal en el que fueron consultados 171 pacientes. Se aplicó encuesta, los cuestionarios implementados fueron el Instrumento de Percepción de Comportamientos de Cuidado Humanizado de Enfermería (PCHE) y una encuesta de	La media de la percepción del cuidado humanizado fue de 116,65/128 puntos, lo que indica que los pacientes perciben que siempre reciben este tipo de cuidado.	Relación entre la apreciación del paciente sobre el cuidado humanizado y los resultados clínicos alcanzados	Los profesionales de enfermería proporcionan cuidados humanizados mediante el respeto a la dignidad.	SciELO
----	--	---	------	--	---	---	---	--	--------

				información sociodemográfica.						
27	Perspectiva de los profesionales de la salud sobre cuidados al final de la vida en unidades de cuidados intensivos	Hernández et al.	2020	Establecer el sentido otorgado por el profesional sanitario a los cuidados al final de la vida	el enfoque cualitativo según el diseño de Investigación-Acción. Fueron incluidos 20 profesionales de la salud.	con Los cuidados al final de la vida se hayan definidos por: La acción conjunta de un equipo multidisciplinario, el cual debe contar con preparación y formación en materia de prestación de cuidados al término de la vida. Manejo del paciente en conjunto con una red de apoyo integrada por la familia. Comunicación efectiva englobando al equipo de	Nivel de preparación, capacitación y formación del profesional sanitario en materia de cuidados al final de la vida	de El principal propósito del profesional de salud es lograr optimizar la calidad de vida del paciente críticamente enfermo durante su estancia en el centro de salud, de allí pues que los cuidados deben ser individualizados en atención a las necesidades biológicas, espirituales y emocionales del paciente	Elsevier	

				salud, el paciente y la familia.					
				La toma de decisiones debe estar condicionada por aspectos éticos y legales.					
28	Actitudes de las enfermeras frente a la muerte de los pacientes en una unidad de cuidados intensivos	Cáceres, 2019 Cristancho, & López	Determinar la actitud demostrada por parte del profesional de enfermería respecto a la muerte en pacientes internados en la UCI	Estudio descriptivo de enfoque cuantitativo. Se abordó a la totalidad de profesionales sanitarios, representados por 17 sujetos.	En promedio, el tiempo de ejercicio profesional quedó establecido en 4,65 años, mientras que el tiempo de trabajo a la semana fue de 50,1 horas. La media de actitud general en virtud de la muerte de los pacientes fue de 133,53/224 puntos. La dimensión con mayor puntuación fue la aceptación al acercamiento.	Influencia del nivel de actitud entorno a la muerte de pacientes en la UCI en el desempeño del profesional de enfermería	La actitud respecto a la muerte se ha evidenciado en niveles mejorables, por lo que se debe proseguir en la implementación de intervenciones que optimicen tal nivel de actitud con la finalidad de influir en el profesional de enfermería con el objeto de mejorar el	SciELO	

Se determinó que existe correlación directa y moderada entre los años de servicio y el promedio general de actitud hacia la muerte.

cuidado que se brinda al paciente.

29	Características sociodemográficas, ratio enfermera (o)-paciente y mortalidad del paciente COVID-19 en Cuidados Intensivos-Pimentel 2020-2021	De la Cruz & Sosa	2022	Identificar las características sociodemográficas y ratio enfermera paciente	Estudio descriptivo, de enfoque cuantitativo, diseño experimental y longitudinal. La población quedó conformada por 19 pacientes del año 2020 y 36	El sexo predominante fue el masculino con el 84% y 69% respectivamente, la edad más prevalente en el año 2020 fue de 45-54 años (47%) y menor o igual a 44 años en el año 2021. La obesidad e hipertensión arterial resultados los estados comórbidos más frecuentes.	Grado de humanización de cuidados brindados a los pacientes	La ratio enfermera profesional de enfermería para 2 pacientes. La mortalidad se redujo en el segundo año de estudio afectando principalmente al sexo masculino.	Google Scholar
----	--	-------------------	------	--	--	---	---	---	----------------

pacientes del clase III de vigilancia
 año 2021. intensiva en el 100% de los
 La técnica de casos.
 recolección de La mortalidad se dio en el
 datos fue la 76% de los pacientes de
 observación y el 2020 y 36% en 2021.
 instrumento fue
 la ficha de
 verificación.

30 El desafío de Franco, 2021 Analizar el Se trato de una Fue necesaria una rápida Nivel de Se concluye que es Google
 brindar un Mariño, cuidado revisión capacitación del prestación de prioritario formar Scholar
 cuidado Morán, & humanizado integrativa. profesional de enfermería cuidados profesionales de
 humanizado Yugcha que brindó el Fueron para hacer frente a los humanizados en enfermería para
 en las unidades profesional de identificados 7 cambios que generó la la pandemia en proporcionar cuidado
 de Cuidados salud al artículos pandemia en la asistencia el entorno de humanizado en
 intensivos, paciente con publicados entre sanitaria de pacientes cuidados emergencia sanitaria.
 durante la COVID-19 2020 – 2021, y internados en UCI. intensivos
 pandemia por fueron Se plantearon
 la COVID 19 intervenciones para reducir

integrados a la la distancia espiritual y revisión. emocional del paciente, entre estas, el empleo de medios digitales, envío de cartas y música provenientes de los familiares.

Los equipos de protección personal provocaron limitación del contacto humano y comunicación.

El profesional de enfermería experimentó el duelo por la muerte de pacientes de manera súbita, y frustración por no poder proporcionar mejores cuidados.

3.2.Predicción científica

El cuidado humanizado en Unidad de Cuidados Intensivos a pacientes ancianos es inadecuado.

4. MATERIALES Y MÉTODOS

4.1.Enfoque, diseño y tipo de investigación

La investigación efectuada contó con enfoque cualitativo, el cual implica la recopilación de información de naturaleza cualitativa (Behar-Rivero, 2008), para ello se vale de diferentes fuentes (Cerdeña, 2011). Por otro lado, debe mencionarse que es un trabajo transversal ya que la recopilación de información se realizó en un único momento (Olvera, 2015).

El diseño del estudio es no experimental ya que no se llevó a cabo manipulación deliberada de variables de investigación (Hernández-Sampieri, Fernández-Collado, & Baptista-Lucio, 2014), este tipo de trabajos también son denominados observacionales (Martínez-Montaña, Briones-Rojas, & Cortés-Riveroll, 2013).

Se trató de una investigación de tipo descriptiva, los cuales buscan caracterizar sujetos o fenómenos (Niño, 2011). El estudio fue documental, puesto que se fundamenta en la revisión, identificación análisis e interpretación de datos que se obtienen a través de fuentes documentales (Arias, 2016) con el propósito de establecer diferentes perspectivas frente al tema que se investiga (Bernal, 2010), permitiendo reconocer el estado actual del conocimiento respecto a los cuidados humanizados en pacientes ancianos el entorno de cuidados intensivos.

4.2.Criterios de inclusión y exclusión

La población es definida como aquel conglomerado de unidades que son objeto de investigación (Briones, 2002) y que cuentan con características que le son comunes (Pimienta & De la Orden, 2017). En este particular debe mencionarse que la población está constituida por las 232 fuentes bibliográficas que abordan la temática estudiada.

Mientras que la muestra es la parte de la población que es seleccionada a partir de un conjunto de criterios de rigor científico (Balestrini, 2006). El muestreo es el medio que emplea el investigador para seleccionar las unidades de estudio (Gómez, 2012), en este caso se empleó la totalidad de artículos científicos que cumplieron con los criterios que se precisan a continuación.

4.2.1. Criterios de inclusión

- Artículos científicos cuya temática de estudio sea los cuidados humanizados en pacientes ancianos ingresados en la Unidad de Cuidados Intensivos.
- Artículos científicos publicados en el periodo 2018 – 2023.
- Artículos científicos originales y de revisión.
- Artículos científicos disponibles a texto completo.
- Artículos científicos en idiomas español, inglés y portugués.

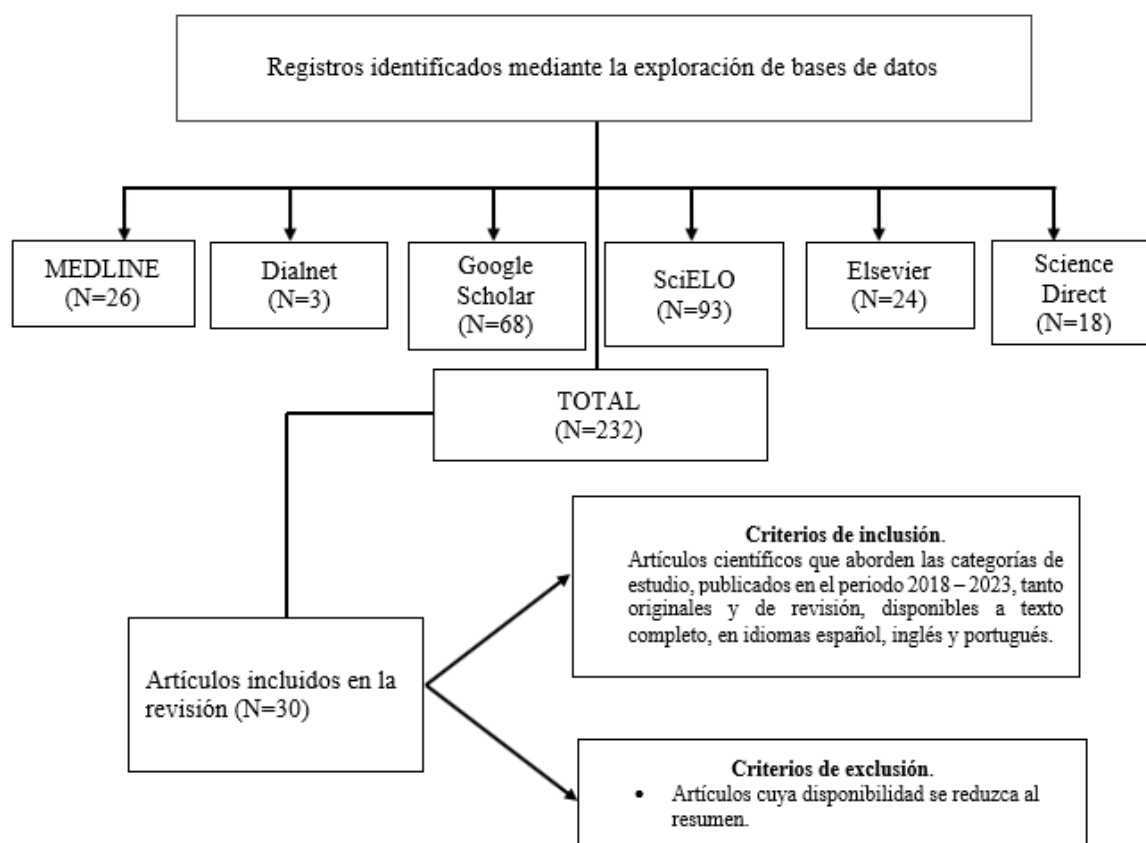
4.2.2. Criterios de exclusión

- Artículos científicos cuya disponibilidad se reduzca al resumen.

Se realizó la consulta de las bases de datos que se mencionan a continuación: MEDLINE, Dialnet, Google Scholar, SciELO, ElSevier, Science Direct. La estrategia de búsqueda adoptada en el presente estudio será el empleo de las siguientes palabras clave o descriptores: humanización, cuidados humanizados, enfermería, adulto mayor, anciano, unidad de cuidados intensivos.

Primeramente, fueron eliminados los artículos duplicados, se realizó lectura tanto de los títulos como de resúmenes para identificar los artículos 67 artículos científicos

Figura 1 Diagrama de flujo.



4.3. Construcción de categorías y subcategorías

Las categorías de estudio y subcategorías se representan en la Figura 2.

Cuidados humanizados			
Características	Perspectiva de la familia y paciente	Beneficios	Barreras

Figura 2. Categorías y subcategorías de estudio. Elaboración propia.

4.4. Técnicas e instrumentos de recogida de datos

La técnica a emplear en el proceso de recopilación de información estuvo representada por el análisis documental, el cual implica la revisión de los datos suministrados por la fuente de información (Ríos, 2017) para su ulterior interpretación crítica. Mientras que el instrumento diseñado para la recolección de datos fue un formulario de registro (Ver Anexo 3).

4.5. Técnicas de análisis de datos

En el caso del presente trabajo, se realizó análisis de la información mediante la contrastación de datos de distintas fuentes. Debe detallarse que el análisis de datos se realizó mediante un proceso que implica cuatro fases que se presentan en la Figura 3.

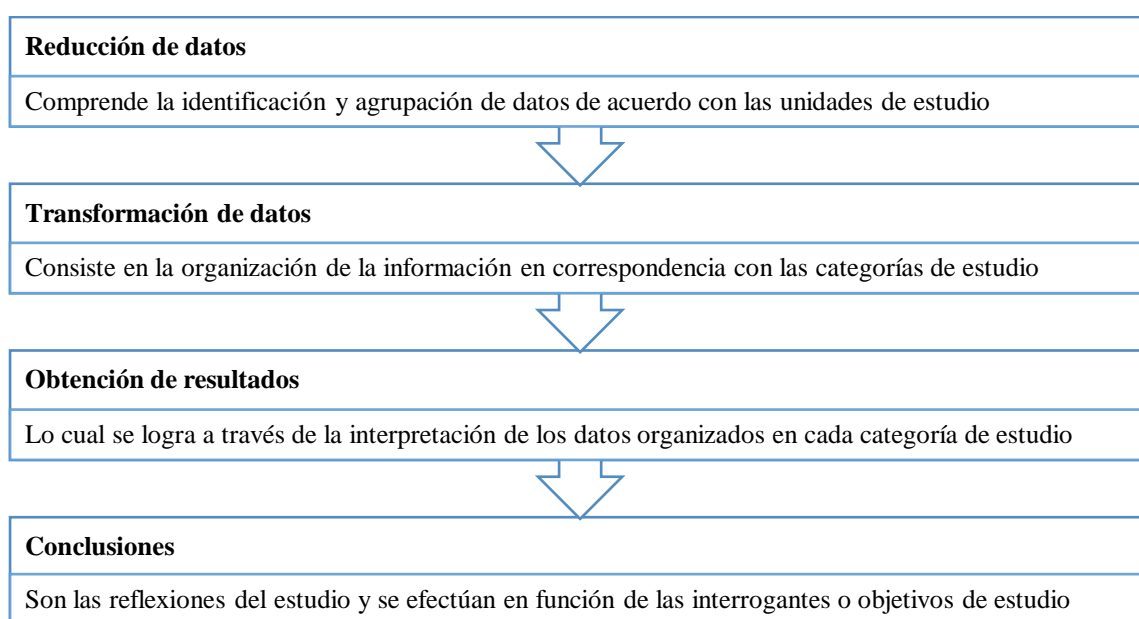


Figura 3. Análisis de datos. Elaboración propia a partir de datos aportados por (Guillén, Cerna, Gondo, Suárez, & Martínez, 2019).

5. RESULTADOS

¿Cómo se caracteriza el cuidado humanizado en Unidad de Cuidados Intensivos a pacientes ancianos?

En lo que concierne a las características del trato humanizado, Tejeda et al. (2021) declaran que el trato digno es un aspecto fundamental en la asistencia sanitaria. Por su lado, Arvilla et al. (2020) asientan que la comunicación asertiva representa un aspecto cardinal en el

cuidado humanizado, siendo necesario apuntar que esta debe considerar tanto al paciente como a la familia; aunado a ello debe proporcionarse apoyo emocional al enfermo.

Sin embargo, la práctica diaria del profesional que labora en la Unidad de Cuidados Intensivos se caracteriza por la puesta en práctica de acciones encaminadas a la administración de medicamentos, mientras que el apoyo que se proporciona al paciente y su núcleo familiar es limitado (Acosta & Maya, 2020). Ahora bien, Sánchez et al. (2022) reflexionan en cuanto al cuidado humanizado y exponen que es esencial promover la activa participación del grupo familiar siendo necesario que se flexibilicen los horarios de visitas.

Baeza & Quispe (2020) sostienen que el cuidado humanizado se caracteriza por la comunicación efectiva tanto interna como externa, es decir, entre quienes integran el equipo de salud, y entre estos y el paciente. De igual modo, se enfoca en el mayor beneficio del paciente, así como su bienestar, y reducción de la afectación psicológica y emocional, tomando en cuenta esto se percibe como prioritaria la implementación de la Unidad de Cuidados Intensivos a puertas abiertas. En ese particular, Martínez (2021) recalca que esta acción favorece el acercamiento entre el paciente y sus familiares.

Por último, debe señalarse que es ineludible una infraestructura humanizada que permita proporcionar cuidados y confort al paciente (Vaeza et al., 2020) llevando al equilibrio en el aspecto físico, emocional y espiritual del paciente (Rojas, 2019). Matheus et al. (2023), Hernández et al. (2020) y Barros & Marin (2020) aseveran que el cuidado humanizado presupone la visualización del paciente como un ser biopsicosocial y brindar trato empático a este y su familia, siendo ineludible mencionar que la atención debe ser individualizada, es decir, debe atender a las necesidades del paciente y su condición clínica.

Zuchetto et al. (2019) afirman que la empatía es uno de los pilares primordiales del cuidado humanizado. Kvande et al. (2022), Monje et al. (2018) y Rojas (2019) aluden que el cuidado humanizado incluye la atención holística del enfermo sin hacer a un lado el respeto a la dignidad del paciente.

Debe destacarse que el cuidado humanizado se trata de la asistencia que se centra en el usuario y la familia (Moreno et al., 2023) y debe erigirse en función de la compasión, entendiendo que se trata de un valor ético que permite que el proveedor de salud logre comprender el sufrimiento que experimenta el paciente (Esquivel et al., 2022), a la vez que se mejora la calidad de vida del enfermo (Hernández et al., 2020).

¿Qué perspectiva poseen la familia y paciente respecto al cuidado humanizado en Unidad de Cuidados Intensivos a pacientes ancianos?

Entorno a la perspectiva de familiares referente al cuidado humanizado en Unidad de Cuidados Intensivos a pacientes ancianos, ha quedado en evidencia que la implementación de la Unidad de Cuidados Intensivos a puertas abiertas y comunicación asertiva y bidireccional, lleva al entorno familiar a sentirse partícipe en la toma de decisiones y más apoyados, en comparación con los centros asistenciales en los que no se ponen en marcha tales iniciativas (Cuenca et al., 2022).

En definitiva, la mayor parte de los pacientes ancianos afirman que los cuidados que recibe son aceptables, es decir, cuentan con percepción apropiada (Yate et al., 2018) respecto al cuidado humanizado. En ese sentido, Castañeda & Guerrero (2019) afirman en su investigación que 8 de cada 10 pacientes ancianos considera que la espiritualidad es una esfera importante en su vida, la misma proporción de pacientes afirma que ha recibido asistencia espiritual durante su estancia hospitalaria.

Joven & Guáqueta (2019) revelan que los pacientes consultados en su estudio se mostraron satisfechos respecto al cuidado humanizado, los autores especifican que la percepción en cuanto a la disposición a establecer la comunicación y al accionar de enfermería fue favorable. Otro estudio, efectuado por Monje et al. (2018) revelan que la mayoría de los pacientes considera que recibe trato que se puede catalogar como humanizado.

Ahora bien, tanto familiares como pacientes indican que el logro de la humanización del cuidado oscila de forma proporcional a la actitud demostrada por el proveedor de salud (Kvande et al., 2022).

¿Qué beneficios se derivan del cuidado humanizado en Unidad de Cuidados Intensivos a pacientes ancianos?

En palabras de Tejeda et al. (2021), la humanización del cuidado permite incrementar la seguridad del paciente, debe indicarse que esto resulta ineludible en casos manejados en la Unidad de Cuidados Intensivos puesto que se trata de enfermos en condición crítica que requieren de asistencia sanitaria especializada con la finalidad de optimizar el pronóstico y

evolución de la enfermedad, por otro lado, estos autores destacan que el cuidado humanizado conlleva implícita mayor grado de satisfacción tanto en el paciente como en su grupo familiar.

Entretanto, Arvilla et al. (2020), puntualizan que la efectiva implementación el cuidado humanizado en pacientes geriátricos manejados en la Unidad de Cuidados Intensivos, promueven la reducción de la estancia hospitalaria y tasas de morbilidad. Otro de los beneficios que se derivan del cuidado humanizado en la Unidad de Cuidados Intensivos ha sido expuestos por Correa & Chavarro (2021), Barros & Marin (2020) y Alves et al. (2023), e implica el incremento en la supervivencia del paciente anciano críticamente enfermo al acelerar el proceso de recuperación.

Por otra parte, Martínez (2021) asevera que el cuidado humanizado se perfila como un factor determinante en el nivel de ansiedad del paciente, generando reducción de tal estado patológico. Silva et al. (2021) indican que la musicoterapia puede emplearse con el fin de humanizar el cuidado del paciente atendido en la Unidad de Cuidados Intensivos y ayuda a mitigar la ansiedad e incrementar la sensación de paz y seguridad percibida por el anciano.

Moreno et al. (2023) puntualizan que el cuidado humanizado favorece la reducción del síndrome de estrés postraumático que se presenta con mayor frecuencia en pacientes internados en la Unidad de Cuidados Intensivos. Además, ha de apuntarse que el cuidado humanizado da tranquilidad al familiar quien puede comprobar la asistencia sanitaria que recibe el enfermo (Martínez, 2021).

Zuchetto et al. (2019) apuntalan que el cuidado humanizado engloba el trato empático del paciente, a la vez subrayan que la empatía provoca efectos positivos y favorables que incluyen mejor respuesta al tratamiento y evolución clínica del paciente.

¿Cuáles son las barreras que limitan la implementación del cuidado humanizado en Unidad de Cuidados Intensivos a pacientes ancianos?

Entorno a este particular, Acosta & Maya (2020) señalan que se ha verificado sobrecarga laboral, lo cual afecta la práctica profesional del personal de enfermería que se dedica a la atención de pacientes en la Unidad de Cuidados Intensivos. Aunado a ello, Baeza & Quispe (2020) puntualizan que el Síndrome de Burnout se presenta en el equipo de salud

que labora en la Unidad de Cuidados Intensivos, llevando a la deshumanización del cuidado, Yáñez & Vargas (2018) agregan que el elevado nivel de estrés que presentan los profesionales de enfermería produce deshumanización del cuidado.

En ese orden de ideas, debe indicarse que el síndrome de desgaste profesional es vislumbrado como una de los factores que obstaculizan la humanización del cuidado (Vaeza et al., 2020), especialmente en entornos hospitalarios como el área de cuidados críticos. Ahora bien, Sepúlveda & Irrarázabal (2022) especifican que el profesional de enfermería demuestra nivel medio de disposición a permitir la participación del grupo familiar en las acciones de cuidado del paciente, tal disposición varía en función del estado clínico del paciente, la preparación del familiar y el criterio del personal de salud.

Alves et al. (2023) sugieren que el grado de formación y capacitación del profesional de salud aunado a la ratio personal de salud/pacientes, condicionan la tasa de implementación de la humanización del cuidado, tal aseveración se corresponde con argumentos presentados por Franco et al. (2021), quienes señalan que la emergencia sanitaria desencadenada por la COVID-19 dejó en evidencia la necesidad de formar al profesional de enfermería en materia de cuidado humanizado.

La ratio documentada por De la Cruz & Sosa (2022) fue de 1 profesional de enfermería por cada 2 pacientes. Alves et al. (2023) y Gomes et al. (2022), especifican que la inapropiada comunicación, sobrecarga de trabajo y exigua disponibilidad de recursos, llevan a la deshumanización del cuidado.

Además, factores como la falta de disponibilidad de tiempo, infraestructura inadecuada y la puesta en práctica de sistema rotativo de turnos, deriva en deshumanización del cuidado (Yáñez & Vargas, 2018), de forma similar, las características propias del profesional sanitario y percepción de pérdida de autoridad, intervienen en la humanización del cuidado (Esquivel et al., 2022).

6. DISCUSIÓN

El cuidado es el núcleo central de la práctica profesional de rutina del personal de enfermería (Taghinezhad, Mohammadi, Khademi, & Kazemnejad, 2022), en cuanto al cuidado humanizado en la Unidad de Cuidados Intensivos dirigido a pacientes ancianos engloba la atención de calidad del paciente, cumplir con los propósitos terapéuticos y evitar mayor morbilidad (Sánchez et al., 2022), entendiendo que la humanización implica el abordaje integral del paciente (Gómez et al. 2021).

El trato digno y compasivo es un aspecto fundamental del cuidado humanizado (Taghinezhad et al., 2022; Tejeda et al., 2021; Vásquez et al., 2022), además, engloba el apoyo emocional y espiritual, brindar acompañamiento, mostrarse empático y solidario, favorecer la autonomía del paciente y mantener apropiada comunicación con el enfermo y su familia (Acuña, García, Yáñez, Pin, & Herrera, 2022; García et al., 2019; Taghinezhad et al., 2022; Zamaniniya et al., 2021).

Respecto a las características del cuidado humanizado en Unidad de Cuidados Intensivos a pacientes ancianos, Sánchez et al. (2022) mencionan que en oportunidades la comunicación que se establece con el paciente y la familia se ve limitada a brindar un reporte de la condición de salud del paciente. Visión similar respaldan Duque & Arias (2021), quienes aluden que la comunicación que se da entre personal de salud y familiares suele ser mecánica y asimétrica.

En la perspectiva de Baeza & Quispe (2020), la deshumanización del cuidado es una realidad latente en la actualidad que genera secuelas físicas, emocionales y psicológicas. Cáceres et al. (2019) asientan que la mayor parte de los profesionales de salud abordados en su estudio, demuestran niveles mejorables de actitud frente a la muerte de pacientes atendidos en la Unidad de Cuidados Intensivos.

El elevado nivel de deshumanización del cuidado es una realidad latente que afecta a los pacientes que son ingresados en centros de salud, especialmente en áreas como la Unidad de Cuidados Intensivos (Gómez et al., 2021; Pachas, 2023; Zamaniniya et al., 2021), siendo particularmente mayor en enfermos con mayor grado de dependencia (Carpio, 2022).

De acuerdo con un estudio realizado en Portoviejo por Jaramillo, Zambrano, & Balda (2021), se ha hecho evidente la negativa del equipo de salud a permitir la presencia del familiar

en el área de terapia intensiva. La exigua implementación de cuidados humanizados del paciente se vislumbra a través de la falta de uso de identificación del paciente, el cual es catalogado de acuerdo con el número de la cama en la que se encuentra ubicado o según el cuadro patológico que presenta (Castelo et al., 2020).

Entretanto, la perspectiva del paciente en cuanto al cuidado humanizado ha sido variable. En ese sentido, Hermosilla et al. (2021) reportan que hay deficiencias en el nivel de comprensión emocional y el grado de satisfacción experimentado por el paciente.

Contrario a ello, Herrera et al. (2020) revelan que los pacientes participantes de su investigación estiman que recibieron trato humanizado, las menores puntuaciones fueron encontradas en la esfera de fomento de la espiritualidad, opuesto a tales hallazgos, Castañeda & Guerrero (2019) han encontrado que los pacientes afirman que su espiritualidad ha sido atendida durante su estancia en el nosocomio.

Castelo et al. (2020) indican que la mayoría de los pacientes consultados en su estudio ha manifestado que recibió cuidado humanizado el cual describen como bueno y destacan que la relación paciente – enfermero es adecuada. Gómez et al. (2021) y Martínez et al. (2021), y Rodríguez et al. (2019), expresan que el paciente internado en la Unidad de Cuidados Intensivos tiende a presentar afectación emocional puesto que desatienden las responsabilidades que tienen en los diferentes ámbitos de su vida.

Entorno a los beneficios que genera el cuidado humanizado en Unidad de Cuidados Intensivos a pacientes ancianos, tenemos que promueve la recuperación del paciente (Alves et al., 2023; Barros & Marin, 2020; Correa & Chavarro, 2021; Villarreal & Ruano, 2021), tal afirmación es ratificada por Díaz et al. (2020), quienes asientan que la recuperación del paciente se encuentra estrechamente relacionada con la comunicación y relación que se produce entre el equipo sanitario y el enfermo.

La Unidad de Cuidados Intensivos es un área del hospital que presupone elevados niveles de carga emocional y estrés (Villarreal & Ruano, 2021), y es justamente en este servicio en el que el cuidado humanizado se desarrolla de manera fragmentada (García et al., 2019; Gómez et al., 2021; Rodríguez et al., 2019; Vásquez et al., 2022).

Contrario a lo expuesto por diversos autores respecto a los beneficios de la implementación de la Unidad de Cuidados Intensivos a puertas abiertas (Baeza & Quispe,

2020; Martínez, 2021), se ha verificado que las tasas de complicaciones sépticas y mortalidad resultan equiparables en centros en los que no se lleva a cabo tal acción (Martínez, 2021).

Aun cuando son bien conocidos los beneficios que trae consigo la apertura de puertas de la Unidad de Cuidados Intensivos, es una estrategia que demanda la mejora en la infraestructura y la capacitación del profesional sanitario (Triviño & Curi, 2022).

Posterior a la contingencia sanitaria secundaria a la pandemia por la COVID-19, se ha hecho evidente la necesidad de optimizar la infraestructura y la capacitación del profesional de salud con la finalidad de preservar la vida del paciente crítico (Prado, Caravajal, Vite, & Loaiza, 2020).

Zamaniniya et al. (2021) describen que la deshumanización del cuidado se caracteriza por inapropiada comunicación y escasa atención a las necesidades del individuo, estas a la vez son visualizadas como barreras que limitan la implementación del cuidado humanizado en Unidad de Cuidados Intensivos a pacientes ancianos.

La ratio personal de enfermería / paciente es reconocida como un obstáculo a la implementación de la humanización del cuidado (Alves et al., 2023), mientras que la evidencia actual revela que el cuidado proporcionado por enfermería ha resultado afectado debido a la elevada demanda de pacientes (Villarreal & Ruano, 2021). Todo esto se corresponde con las indicaciones de Acosta & Maya (2020) y Villarreal y Ruano (2021) estos señalan que la elevada carga laboral incide de manera negativa en la humanización del cuidado.

ANÁLISIS CRITICO

El cuidado humanizado al adulto mayor se caracteriza por un trato digno al paciente y la familia a través de una comunicación asertiva, sin embargo, en la práctica clínica las acciones se alinean a la administración de medicamentos, limitándose así el apoyo al usuario y su familia. Por otro lado, el paciente percibe apoyo espiritual y un cuidado humanizado; favoreciendo así, el incremento de la supervivencia, la reducción del síndrome de estrés postraumático y la seguridad del paciente. Por consiguiente, se incrementa la supervivencia del mismo. Sin embargo, el cuidado humanizado se ve afectada por el sistema rotativo de turnos, el Síndrome de Burnout, el grado de formación y capacitación de los profesionales, la inapropiada comunicación; sumándose la inadecuada infraestructura y la falta de recursos.

La deficiente formación del profesional de enfermería en temas de cuidados humanizados, así como la asistencia sanitaria que se enfoca en realizar procedimientos y no en el paciente y su familia (Díaz et al., 2020), condicionan la reducida humanización del cuidado en la Unidad de Cuidados Intensivos.

En definitiva, los cuidados humanizados continúan siendo una tarea pendiente en Ecuador, en ese sentido Prado et al. (2020) puntualizan que, en centros públicos a nivel nacional, específicamente en Machala, se ha evidenciado que el aspecto más humano de la atención sanitaria se encuentra aún desasistido. Mientras que, en la sala de prensa de IEES (2021) en la Unidad de Cuidados Intensivos del Hospital de Especialidades Carlos Andrade Marín, acota que los pacientes reciben atención personalizada todos los días del año, las 24 horas del día, el personal de esta área realiza turnos de 12 o 24 horas según la necesidad de los pacientes. Además de aseverar que son unidades de puertas abiertas, en la cual el familiar participa en los cuidados y la atención de su familiar. Además, refiere que durante la pandemia de 2020 la comunicación se mantuvo por vía telefónica todo el tiempo, de esta forma se disminuyó la ansiedad de la familia. También afirma el fortalecimiento de la UCI con recursos humanos, equipos médicos de alta complejidad. Tomando en cuenta los preceptos anteriormente presentados es posible afirmar que los cuidados humanizados en Ecuador se encuentran en etapa incipiente por ende otro antecedente importante es la participación en el Congreso Internacional de Humanización de la Asistencia Sanitaria, en Madrid (2021), del Hospital General Ibarra del Instituto de Seguridad Social, el cual obtuvo el tercer lugar de entre 600 unidades médicas, por aplicar protocolos de humanización en sus unidades tales como: puertas abiertas, técnicas innovadoras para tratar el síndrome post UCI, empatía en salud, cuidados al final de la vida, comunicación afectiva; mismos que generaron un impacto positivo en los pacientes evidenciado al momento del alta médica.

7. CONCLUSIONES

El cuidado humanizado es un componente esencial en la atención que se desarrolla en la Unidad de Cuidados Intensivos, en especial cuando se trata de pacientes geriátricos, este comprende el trato digno, empático, compasivo y respetuoso, en atención a la dignidad del paciente, el proporcionar apoyo emocional, sin dejar de lado la comunicación asertiva tanto con el resto del equipo de salud, como con el propio paciente y la familia.

Por otra parte, el cuidado humanizado implica el fomento de la participación de la familia en el cuidado del paciente, lo que permite que ese se sienta acompañado. Todo ello debe ser llevado a cabo en un centro asistencial que cuente con infraestructura humanizada, haciendo posible brindar asistencia sanitaria integral y de calidad sin que ello presuponga la supresión de confort para el paciente.

En definitiva, el cuidado humanizado tiende a promover la reducción del impacto físico, psicológico, social y emocional que involucra la hospitalización en un área compleja y usualmente aislada como lo es la Unidad de Cuidados Intensivos. Pese a ello, en la actualidad se evidencia que el profesional de enfermería limita sus acciones a la administración de fármacos, por lo que el apoyo que se brinda al paciente y su núcleo familiar resulta exiguo.

La perspectiva de los familiares frente a la implementación del cuidado humanizado es positiva, al considerar que les permite participar activamente en la toma de decisiones respecto a la condición de salud del paciente. Óptica similar poseen los pacientes, quienes se sienten más apoyados cuando se les brindan cuidados humanizados puesto que perciben mayor apertura a la comunicación con los profesionales de salud.

Los beneficios que se derivan del cuidado humanizado en el contexto del paciente crítico que es manejado en la Unidad de Cuidados Intensivos son numerosos y se deben destacar la disminución del tiempo de estancia en el centro asistencial, reducción de tasa de morbilidad, reducción del nivel de ansiedad, optimización de la respuesta al tratamiento, la mejora en el pronóstico y la evolución clínica del paciente, e incluso llega a acelerarse el proceso de recuperación, generando el incremento en el nivel de sensación de paz, seguridad y grado de satisfacción del paciente y la familia.

Las barreras que limitan la implementación del cuidado humanizado en Unidad de Cuidados Intensivos a pacientes ancianos se siguen evidenciando en la actualidad y engloban

el grado de capacitación y formación del profesional de salud, la sobrecarga laboral, inadecuada ratio profesional de enfermería: paciente, síndrome de Burnout o síndrome de desgastamiento profesional, por otra parte, se encuentra la baja disposición del profesional de enfermería a promover o permitir la participación del familiar en el cuidado del enfermo, falta de infraestructura humanizada.

8. RECOMENDACIONES

Es importante que el personal de salud contribuya al cuidado humanizado en el adulto mayor a través de una atención holística, práctica reflexiva y de autoconocimiento. En consecuencia, se debe implementar estrategias, planes y capacitación continua en las áreas.

Mantener una comunicación efectiva tanto con el usuario y la familia, para que puedan expresar sus dudas, sentimientos y emociones en todos los procesos de cuidado. Enfatizando que una comunicación ineficaz aumenta la ansiedad, desesperanza y la calidad de vida de un paciente anciano en el área de cuidados intensivos.

Efectuar actividades académicas y formativas dirigidas al profesional de enfermería que realiza labores en el área de Cuidados Intensivos respecto a los beneficios que generan los cuidados humanizados.

Diseñar, aplicar y evaluar un plan de Cuidados humanizados en la Unidad de Cuidados Intensivos.

Fomentar el cuidado humanizado en la práctica diaria del quehacer de enfermería en las unidades de cuidados intensivos, a su vez estandarizar protocolos de calidad que permitan la atención eficaz del paciente acorde a sus necesidades y la de su familia.

9. REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- Acosta, M., & Maya, G. (2020). Competencias clínicas y carga laboral del profesional de Enfermería en la Unidad de Cuidado Intensivo adulto. *Revista Ciencia y Cuidado*, 17(2), 22-32. <https://doi.org/10.22463/17949831.1698>
- Acuña, L., García, K., Yáñez, J., Pin, N., & Herrera, M. (2022). Cuidados humanizados en pacientes de la UCI pediátricos desde la perspectiva Jean Watson: Revisión literaria. *UNESUM-Ciencias. Revista Científica Multidisciplinaria*, 6(4), 128-134. <https://doi.org/10.47230/unesum-ciencias.v6.n4.2022.463>
- Alves, V., Fontenelle, S., Andrerres, C., & de Castro, V. (2023). Humanized treatment in the intensive care unit. *Caderno de ANAIS HOME*, 1-12. <https://doi.org/10.56238/homeIIsevenhealth-089>
- Arias, F. G. (2016). *El proyecto de investigación Introducción a la metodología científica* (7.^a ed.). Caracas: Episteme. Recuperado de https://drive.google.com/file/d/1hPC-6tjdJtkHnZNhGNCAsttmD3cv7ywh/view?fbclid=IwAR1KdkZl_SUbXZj2WNQwhS7Dk3nQTUSf6SXQQCxZHk2Ux4aAeMtRBgkILXU
- Arvilla, M., Bermúdez, L., & Gómez, T. (2020). *Cuidados de enfermería brindados al paciente geriátrico en cuidados intensivos: Una scoping review*. Recuperado de <https://repository.ucc.edu.co/server/api/core/bitstreams/62e19b47-cf99-470d-907a-90ce989a9ead/content>
- Baeza, I., & Quispe, L. (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>

- Balestrini, M. (2006). *Como se elabora el proyecto de investigación* (7.^a ed.). BL Consultorios Asociados. Recuperado de <https://book.lat/book/3487902/7fefce?id=3487902&secret=7fefce&dsource=recommend>
- Barros, M., & Marin, L. (2020). A humanização como uma estratégia no atendimento de pacientes da unidade de terapia intensiva. *Centro Universitário Luterano de Palmas*, 1-9. Recuperado de <https://ulbrato.br/bibliotecadigital/uploads/document631543825e66d.pdf>
- Behar-Rivero, D. S. (2008). *Metodología de la Investigación*. Editorial Shalom. Recuperado de <http://rdigital.unicv.edu.cv/bitstream/123456789/106/3/Libro%20metodologia%20investigacion%20este.pdf>
- Bernal, C. A. (2010). *Metodología de la investigación. Administración, economía, humanidades y ciencias sociales* (3.^a ed.). Bogotá Colombia: Pearson Educación. Recuperado de https://mega.nz/file/BoYHRSBC#Ol_DRMmNARiMzW_iY8PfEeWdHh54HriuUXNrl_i_LCI0
- Borges, L., Sánchez, R., Peñalver, A., González, A., & Pérez, S. (2021). Percepción de mujeres sobre el cuidado humanizado de enfermería durante la atención en el parto. *Revista Cubana de Enfermería*, 37(2), 1-20. Recuperado de <http://scielo.sld.cu/pdf/enf/v37n2/1561-2961-enf-37-02-e4009.pdf>
- Briones, G. (2002). *Metodología de la investigación cuantitativa en las ciencias sociales*. Bogotá, Colombia. Recuperado de https://www.revistasden.org/boletin/files/7454_metodologia-de-la-investigacion-cuantitativa-en-las-ciencias-sociales.pdf

- Cáceres, D., Cristancho, R., & López, L. (2019). Actitudes de las enfermeras frente a la muerte de los pacientes en una unidad de cuidados intensivos. *Revista Ciencias de la Salud*, 17(3), 98-110. <http://dx.doi.org/10.12804/revistas.urosario.edu.co/revsalud/a.8368>
- Carpio, J. (2022). El cuidado humanizado de enfermería frente al grado de dependencia según la percepción familiar en pacientes en unidades de cuidados intensivos. *Investigación e Innovación: Revista Científica de Enfermería*, 2(3), 12-21. <https://doi.org/10.33326/27905543.2022.3.1607>
- Castañeda, T., & Guerrero, R. (2019). Espiritualidad en adultos mayores hospitalizados, oportunidad de cuidado para enfermería: Aproximación cuantitativa. *Revista Cuidarte*, 10(3), 1-11. <http://dx.doi.org/10.15649/cuidarte.v10i3.724>
- Castelo, W., García, S., & Viñan, J. (2020). Cuidado humanizado de enfermería a pacientes con pie diabético del Hospital General Santo Domingo-Ecuador. *Revista Archivo Médico de Camagüey*, 24(6), 801-813. Recuperado de <http://scielo.sld.cu/pdf/amc/v24n6/1025-0255-amc-24-06-e7169.pdf>
- Cerda, H. (2011). *Los elementos de la investigación: Cómo reconocerlos, diseñarlos y construirlos* (2.ª ed.). El Búho LTDA. Recuperado de <https://idoc.pub/documents/hugo-cerda-los-elementos-de-la-investigacion-ylyx8vvvpenm>
- Correa, L., & Chavarro, G. (2021). Integralidad en la atención del paciente crítico: Buscando un camino para humanizar la UCI. *Acta colombiana de cuidado Intensivo*, 21(1), 77-82. <http://dx.doi.org/10.1016/j.acci.2020.04.004>
- Cruz, C. (2020). La naturaleza del cuidado humanizado. *Enfermería: Cuidados Humanizados*, 9(1), 21-32. Recuperado de <http://www.scielo.edu.uy/pdf/ech/v9n1/2393-6606-ech-9-01-21.pdf>
- Cuenca, J., Manjappachar, N., Nates, J., Mundie, T., Beil, L., Christensen, E., ... Idowu, O. (2022). Humanizing the intensive care unit experience in a comprehensive cancer

center: A patient-and family-centered improvement study. *Palliative & Supportive Care*, 20(4), 794-800. Recuperado de <https://www.cambridge.org/core/journals/palliative-and-supportive-care/article/humanizing-the-intensive-care-unit-experience-in-a-comprehensive-cancer-center-a-patient-and-familycentered-improvement-study/A05AAC9785DEB3B29778A9752E696EE8>

De la Cruz, A., & Sosa, T. (2022). Características sociodemográficas, ratio enfermera (o)-paciente y mortalidad del paciente COVID-19 en Cuidados Intensivos-Pimentel 2020-2021. *Revista Científica de Enfermería*, 11(2), 5-20. Recuperado de <http://revista.cep.org.pe/index.php/RECIEN/article/view/1/2>

Díaz, M., Alcántara, L., Aguilar, D., Puertas, E., & Cano, M. (2020). Orientaciones formativas para un cuidado humanizado en enfermería: Una revisión integrativa de la literatura. *Enfermería Global*, 19(58), 640-672. Recuperado de <https://scielo.isciii.es/pdf/eg/v19n58/1695-6141-eg-19-58-640.pdf>

Díaz, M., Alcantara, L., Aguilar, D., Puertas, E., & Cano, M. (2020). Training guidelines for humanised nursing care: An integrative. *Enfermería Global*, 58, 657-672. <https://doi.org/10.6018/eglobal.392321>

Duque, C., & Arias, M. (2021). Relación enfermera-familia en la unidad de cuidados intensivos. Hacia una comprensión empática. *Revista Ciencias de la Salud*, 19(1), 124-143. <https://doi.org/10.12804/revistas.urosario.edu.co/revsalud/a.10059>

Esquivel, N., Olivella, M., & Bastidas, C. (2022). Conectarnos con la compasión para preservar el cuidado humanizado. Una reflexión acerca del cuidado que brinda la enfermería. *Revista Latinoamericana de Bioética*, 22(2), 39-49. <https://doi.org/10.18359/rlbi.5339>

- Fernández, R., González, M., Fernández, E., Porcel, A., & Garnacho, J. (2021). Intensive care nurses' experiences during the COVID-19 pandemic: A qualitative study. *Nursing in critical care*, 26(5). <https://doi.org/10.1111/nicc.12589>
- Franco, J., Mariño, H., Morán, R., & Yugcha, G. (2021). El desafío de brindar un cuidado humanizado en las unidades de Cuidados intensivos, durante la pandemia por la COVID 19. *Polo del Conocimiento*, 6(10), 457-469. Recuperado de <https://www.polodelconocimiento.com/ojs/index.php/es/article/view/3214/html>
- García, M., Rebolledo, D., Pérez, M., Arteaga, Y., Condo, C., & Muñiz, G. (2019). Bioethical foundations application for practice of critical care in ICU patients. *Revista Cubana de Investigaciones Biomédicas*, 38(2), 210-225. Recuperado de http://scielo.sld.cu/scielo.php?pid=S0864-03002019000200210&script=sci_arttext&tlng=en
- Gomes, E., Noleto, F., Alves, I., Rodrigues, R., Aparecido, R., Oliveira, T., ... Abrão, R. (2022). Os desafios de humanizar na unidade dentro das perspectivas dos profissionais de saúde: Uma revisão da literatura. *Research, Society and Development*, 11(1), 1-7. <http://dx.doi.org/10.33448/rsd-v11i4.27663>
- Gómez, J., Cortés, V., Basante, L., Gaviria, K., Blanco, M., & Sánchez, J. (2021). Humanización de los Cuidados Intensivos: Un llamado a la acción durante y después del COVID-19. *Rev arch med familiar gen*, 18(1), 5-9. Recuperado de https://www.researchgate.net/profile/Jorge-Sanchez-Duque/publication/350373907_Humanizacion_de_los_Cuidados_Intensivos_Un_llamado_a_la_accion_durante_y_despues_del_COVID-19_Humanization_of_Critical_Medicine_and_Intensive_Care_A_call_for_action_ami_d_and_beyond_COVID-19/links/605c5b38458515e8346cf1f2/Humanizacion-de-los-Cuidados-Intensivos-Un-llamado-a-la-accion-durante-y-despues-del-COVID-19-

Humanization-of-Critical-Medicine-and-Intensive-Care-A-call-for-action-amid-and-beyond-COVID-19.pdf

Gómez, S. (2012). *Metodología de la investigación* (1.^a ed.). México: Red Tercer Milenio S.C.

Recuperado de <https://docplayer.es/15472163-Metodologia-de-la-investigacion.html>

Guillén, O. R., Cerna, B. F., Gondo, R., Suárez, F., & Martínez, E. A. (2019). *¿Cómo hacer un plan de tesis y una tesis cualitativa?* (1.^a ed.). Lima, Perú. Recuperado de

<https://onedrive.live.com/?authkey=%21AHIH8mYHxirWuU0&cid=C7EF06AFC2886456&id=C7EF06AFC2886456%21580&parId=root&o=OneUp>

Hermosilla, A., Sanhueza, O., & Chaparro, L. (2021). Cuidado humanizado en pacientes con cáncer avanzado. Una perspectiva desde la diada paciente-familia. *Enfermería clínica*, 31(5), 283-293. <https://doi.org/10.1016/j.enfcli.2021.04.002>

Hernández, S., Carrillo, A., Augusto, C., Katherine, I., Enciso, C., & Gómez, M. (2020).

Perspectiva de los profesionales de la salud sobre cuidados al final de la vida en unidades de cuidados intensivos. *Enfermería Intensiva*, 31(4), 170-183. <https://doi.org/10.1016/j.enfi.2019.12.003>

Hernández-Sampieri, R., Fernández-Collado, C., & Baptista-Lucio, M. D. P. (2014).

Metodología de la investigación (6.^a ed.). Mc Graw Hill Education. Recuperado de <http://observatorio.epacartagena.gov.co/wp-content/uploads/2017/08/metodologia-de-la-investigacion-sexta-edicion.compressed.pdf>

Herrera, V., Tandazo, B., & Idrovo, M. (2020). Percepción de cuidado humanizado de enfermería en pacientes con insuficiencia renal crónica. *Revista Conecta Libertad*, 4(1),

1-10. Recuperado de <https://revistaitsl.itslibertad.edu.ec/index.php/ITSL/article/view/93/314>

Jaramillo, I., Zambrano, G., & Balda, H. (2021). Perspectiva de los profesionales de salud ante una unidad de cuidados intensivos de puertas abiertas en la UCI del Hospital de

- especialidades Portoviejo. *Reciamuc*, 5(2), 404-410.
[https://doi.org/10.26820/reciamuc/5.\(2\).abril.2021.404-410](https://doi.org/10.26820/reciamuc/5.(2).abril.2021.404-410)
- Joven, Z., & Guáqueta, S. (2019). Percepción del paciente crítico sobre los comportamientos de cuidado humanizado de enfermería. *Avances en enfermería*, 37(1), 65-74.
<https://doi.org/10.15446/av.enferm.v37n1.72045>
- Kvande, M., Angel, S., & Højager, A. (2022). Humanizing intensive care: A scoping review (HumanIC). *Nursing ethics*, 29(2), 498-510.
<https://doi.org/10.1177/09697330211050998>
- Martínez, M., Gómez, A., & Jones, R. (2021). Humanización de los cuidados intensivos durante la pandemia por COVID-19.¿ Una oportunidad para reivindicar la atención? *Acta médica Grupo Ángeles*, 19(2), 302-303. <https://doi.org/doi:10.35366/100464>
- Martínez, R. (2021). Humanización en la Unidad de Cuidados Intensivos. *Medicina crítica (Colegio Mexicano de Medicina Crítica)*, 35(3), 144-147.
<https://doi.org/10.35366/100003>
- Martínez-Montaña, M. D. L. C., Briones-Rojas, R., & Cortés-Riveroll, J. G. R. (2013). *Metodología de la investigación para el área de la salud* (2.^a ed.). Mc Graw Hill.
 Recuperado de <https://bioscientia.jimdo.com/app/download/9617089152/Metodologia+de+la+Investigacion+para+el+area+de+la+salud.pdf?t=1439270676>
- Matheus, E., Pereira, E., Hagemann, L., Vieira, P., Jatobá, A., Delacanal, D., & da Silva, M. (2023). Humanized care in the Intensive Care Unit: Discourse of Angolan nursing professionals. *Revista Brasileira de Enfermagem*, 76(2). <https://doi.org/10.1590/0034-7167-2022-0474>

- Melita, A., Jara, P., & Moreno, M. (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>
- Monje, P., Miranda, P., Oyarzún, J., Seguel, F., & Flores, E. (2018). Percepción de cuidado humanizado de enfermería desde la perspectiva de usuarios hospitalizados. *Ciencia y enfermería*, 24(5), 1-10. <https://doi.org/10.4067/s0717-95532018000100205>
- Montilla, S., Pesce, M., Cristiani, L., & De Bartolis, L. (2021). La humanización de la atención sanitaria en el contexto de Aislamiento Social Preventivo y Obligatorio por COVID-19: Reflexiones de Cuidados Paliativos con una mirada interdisciplinaria desde la Terapia Ocupacional. *Revista Argentina de Terapia Ocupacional*, 7(1), 23-28. Recuperado de <https://revista.terapia-ocupacional.org.ar/RATO/2021jul-dossier3.pdf>
- Moreno, N., Lema, J., Granda, D., & Acosta, M. (2023). Cuidado humanizado de enfermería para reducir el síndrome de estrés postraumático en pacientes hospitalizados en la unidad de cuidados intensivos. *Revista Criterios*, 30(2), 1-27. Recuperado de <https://revistas.umariana.edu.co/index.php/Criterios/article/view/3525/3804>
- Niño, V. M. (2011). *Metodología de la investigación* (21.^a ed.). Bogotá Colombia: Ediciones de la U. Recuperado de <https://rebrand.ly/fc0k7y>
- Olvera, J. (2015). *Metodología de la investigación jurídica para la investigación y la elaboración de tesis de licenciatura y posgrado* (1.^a ed.). Toluca, Edo. de México: Universidad Autónoma del Estado de México. Recuperado de <https://ri.uaemex.mx/oca/view/20.500.11799/21701/1/Olvera%2C%20Metodolog%C3%ADa%20para%20la%20investigaci%C3%B3n.pdf>
- Pachas, Y. (2023). La humanización en salud para promover la descentralización en los centros de salud. *Dilemas contemporáneos: Educación, Política y Valores*, (2), 1-21. Recuperado de

<https://dilemascontemporaneoseducacionpoliticaayvalores.com/index.php/dilemas/article/view/3546/3498>

- Pimienta, J. H., & De la Orden, A. (2017). *Metodología de la investigación: Competencia-aprendizaje-vida* (3.^a ed.). Pearson. Recuperado de <https://book.lat/book/3520173/d8a7f0?dsouce=recommend>
- Prado, M., Caravajal, H., Vite, H., & Loaiza, M. (2020). Gobierno Electrónico: Equipamiento UCI Hospitalarias del Ecuador ante emergencias epidemiológicas, Caso IESS Hospital Machala. *593 Digital Publisher CEIT*, 5(5), 54-66. <https://doi.org/10.33386/593dp.2020.5.266>
- Ríos, R. (2017). *Metodología para la investigación y redacción* (1.^a ed.). Málaga, España. Recuperado de https://drive.google.com/file/d/1wD1kqOU3ReHh8bVkfjini_nH9GJDXmrr/view?fbclid=IwAR1dnUQrcxT5oBLqNQ6VsZZxtR3r3vWPrPZl_Oaz8dqueueUZTsQ8kaEVnTU
- Rodriguez, J., Quero, M., Aznar, E., Fernandez, M., Ortiz, F., Soto, V., & Hernandez, A. (2019). Experience of care through patients, family members and health professionals in an intensive care unit: A qualitative descriptive study. *Scandinavian journal of caring sciences*, 33(4), 912-920. <https://doi.org/10.1111/scs.12689>
- Rojas, V. (2019). Humanización de los cuidados intensivos. *Revista Médica Clínica Las Condes*, 30(2), 120-125. <https://doi.org/10.1016/j.rmclc.2019.03.005>
- Sánchez, L., Carmona, Y., Silva, Y., Garzón, L., & Medina, M. (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*, 56, 183-205. <https://doi.org/10.1344/rbd2022.56.38077>

- Sepúlveda, D., & Irarrázabal, L. (2022). Participación de la familia en el cuidado del paciente crítico: Un estudio exploratorio. *Enfermería Intensiva*, 33(4), 173-184. <http://dx.doi.org/10.1016/j.enfi.2021.07.004>
- Silva, S., Gomes, A., Rodrigues, A., da Silva, K., Barbosa, M., Costa, G., & Moreira, M. (2021). Humanizing intensive nursing care for people with COVID-19. *Rev Rene*, 22(1), 1-7. <https://doi.org/10.15253/2175-6783.20212262584>
- Taghinezhad, F., Mohammadi, E., Khademi, M., & Kazemnejad, A. (2022). Humanistic Care in Nursing: Concept analysis using Rodgers' evolutionary approach. *Iranian journal of nursing and midwifery research*, 27(2), 83-91. https://doi.org/10.4103%2Fijnmr.ijnmr_156_21
- Tejeda, Y., Suárez, R., & Dandicourt, C. (2021). La humanización del cuidado enfermero del anciano en estado de necesidad en la comunidad. *Revista Cubana de Enfermería*, 7(1). Recuperado de http://scielo.sld.cu/scielo.php?pid=S0864-03192021000100017&script=sci_arttext
- Triviño, J., & Curi, S. (2022). *Acompañamiento al paciente en estado crítico percepción del familiar/cuidadores sobre puertas abiertas* (Tesis de Maestría, Universidad Católica del Ecuador). Universidad Católica del Ecuador. Recuperado de <https://repositorio.pucesd.edu.ec/server/api/core/bitstreams/bf865d9c-b624-494d-a13d-30ea065707f3/content>
- Vaeza, N., Delgado, M., & La Calle, G. (2020). Humanizing intensive care: Toward a human-centered care ICU model. *Critical Care Medicine*, 48(3), 385-390. <https://doi.org/10.1097/CCM.0000000000004191>
- Vásquez, G., Clavero, J., Cujilema, N., Encalada, G., León, G., & Echeverría, K. (2022). Cuidado humanizado de enfermería en los hospitales públicos de Milagro-Ecuador. *Dominio de las Ciencias*, 8(3), 334-350. <http://dx.doi.org/10.23857/dc.v8i3>

- Villarreal, M., & Ruano, J. (2021). Guía sobre el cuidado humanizado brindado por el personal de enfermería a pacientes ingresadas en el servicio de ginecología del Hospital Marco Vinicio Iza-Lago agrio, 2019. *Conrado*, 17(83), 181-189. Recuperado de <http://scielo.sld.cu/pdf/rc/v17n83/1990-8644-rc-17-83-181.pdf>
- Yáñez, M., & Vargas, I. (2018). Cuidado humanizado en pacientes con limitación del esfuerzo terapéutico en cuidados intensivos: Desafíos para enfermería. *Persona y Bioética*, 22(1), 56-75. <https://doi.org/10.5294/pebi.2018.22.1.5>
- Yate, D., González, G., & León, N. (2018). Cuidado humanizado que recibe el adulto mayor en centros de vida de Pereira, Risaralda 2017-2018. *Cuaderno de investigaciones: semilleros andina*, 11(11), 56-63. Recuperado de <https://revia.areandina.edu.co/index.php/vbn/article/view/911/756>
- Zamaniniya, Z., Khademi, M., Toulabi, T., & Zarea, K. (2021). The outcomes of humanistic nursing for critical care nurses: A qualitative study. *Nursing and Midwifery Studies*, 10(2), 114-120. https://doi.org/10.4103/nms.nms_32_19
- Zuchetto, M., Engel, F., Pacheco, L., de Almeida, K., & Dornelles, S. (2019). Empathy in the nursing care process under the recognition theory approach: A reflective synthesis. *Revista Cuidarte*, 10(3), 1-10. <http://dx.doi.org/10.15649/cuidarte.v10i3.624>

10.ANEXOS

Anexo 1. Cronograma

N.-ACT.	CRONOGRAMA	JUL	AGO	SEP	OCT	NOV	DIC	ENE	FEB	MAR
1	Desarrollo del Plan									
2	Ejecución del Proyecto									
3	Elaboración del marco teórico									
4	Aplicación de instrumentos									
5	Elaboración de la propuesta de intervención									
6	Constatación de los resultados									
7	Elaboración del informe final de tesis									
8	Disertación del grado									

Anexo 2. Tabla de recursos

Estudiantes*	2		0
Costos Operacionales (materiales)**			
Resma de papel.	2	4	8
Copias	30	0,02	0,6
Carpetas	4	0,25	1
Transporte	10	0,3	3
Comida	20	2,5	50
Anillados de borradores	6	2,5	15
Inversiones (tecnológicas)**			
Computadora	1	650	650
Impresora	1	240	240
Cartuchos Tinta	2	12	24
Pen drive	1	8	8
Gestión (mes)**			
Internet	8	35	280
Teléfono	10	10	100
Reproducción de escritos °			
Informe Final (Anillado)	1	120	120
Cd's	6	0,6	3,6
Subtotal			1503,2
Imprevistos 5%			75,16
TOTAL:			1.578,36
INGRESOS			
Fuente de Ingresos			
Recursos propios			1578,36

Anexo 3. Instrumento de recolección de datos

Formulario de registro	
Código de la ficha	Haga clic o pulse aquí para escribir texto.
Fecha	Haga clic o pulse aquí para escribir texto.
Datos de identificación	
Título	Haga clic o pulse aquí para escribir texto.
Autor	Haga clic o pulse aquí para escribir texto.
Año de publicación	Haga clic o pulse aquí para escribir texto.
Base de datos	<input type="checkbox"/> MEDLINE <input type="checkbox"/> Dialnet <input type="checkbox"/> Google scholar <input type="checkbox"/> Embase <input type="checkbox"/> SciELO <input type="checkbox"/> Elsevier <input type="checkbox"/> Science Direct

Tipo de artículo	<input type="checkbox"/> Original <input type="checkbox"/> Revisión
Objetivo	
Metodología	
Resultados	
Vacíos del conocimiento	
Conclusiones	