



IBEROAMERICANA
CORPORACIÓN UNIVERSITARIA

2021

**Significados de la humanización en
cuidado crítico. Vivencias y acciones
de profesionales y auxiliares de
Unidades de Cuidado Intensivo de
Bogotá y Cartagena**

**Luis Alberto Sánchez–Alfaro
Yolima Carmona González
Yuri Viviana Silva Pinilla
Luisa Fernanda Garzón Ortiz
Mónica Alejandra Medina Carrión**

**Programa de Fisioterapia
Facultad de Ciencias de la Salud
Corporación Universitaria
Iberoamericana**



Significados de la humanización en cuidado crítico. Vivencias y acciones de profesionales y auxiliares de Unidades de Cuidado Intensivo de Bogotá y Cartagena

Meanings of humanization in critical care. Experiences and actions of professionals and assistants of Intensive Care Units of Bogotá and Cartagena

Investigador principal
Luis Alberto Sánchez–Alfaro
Corporación Universitaria Iberoamericana

Co-investigadoras
Yolima Carmona González
Universidad de Cartagena

Yuri Viviana Silva Pinilla
Luisa Fernanda Garzón Ortiz
Mónica Alejandra Medina Carrión
Especialización en Fisioterapia en Cuidado Crítico
Corporación Universitaria Iberoamericana

Diciembre de 2021

Agradecimientos

Infinito agradecimiento a cada una de las personas que nos apoyaron en este proceso, por brindarnos su tiempo, por permitirnos conocerlos y saber de su trabajo, por enseñarnos de primera mano sobre los retos que la pandemia de COVID-19 trajo para las personas, las familias y para quienes trabajan en UCI.

Resumen

Introducción: la humanización en la prestación de servicios de salud es un imperativo ético; incluso para las Unidades de Cuidado Intensivo (UCI), donde lograr una atención integral centrada en pacientes y familiares y no en lo tecnológico, es un reto. **Objetivo:** analizar los significados otorgados a la humanización en cuidado crítico, a partir de las vivencias y acciones de profesionales y auxiliares de Unidades de Cuidado Intensivo de Bogotá y Cartagena. **Metodología:** estudio cualitativo. Utilizó entrevistas semiestructuradas en línea, observación participante y diario de campo. Participaron 10 trabajadores de UCI privadas y 10 en UCI públicas: 6 fisioterapeutas, 5 médicos, 4 auxiliares de enfermería y 5 enfermeras. Para analizar la información se realizó codificación, categorización y hermenéutica de ideas. **Resultados:** se halló dos posturas frente a la humanización, como obligación (deontología) o como acto de respeto (profesionalismo). Se comprende y practica la humanización como: 1) buen trato y cordialidad al realizar intervenciones; 2) ponerse en los zapatos del paciente reconociendo que tiene familia; 3) cuidados que garantizan confort al paciente mediante acciones sobre el cuerpo; 4) cumplir con objetivos terapéuticos evitando sufrimiento o daño; 5) reconocer la dignidad del paciente; 6) atención a la vulnerabilidad del paciente, especialmente oncológico. Existen barreras para la humanización: la pandemia, los insumos de la UCI, las normas institucionales rígidas, la jerarquía en la UCI, la desconfianza de familiares y prácticas de medicina defensiva. **Conclusiones:** los significados otorgados a la humanización en cuidado crítico están mediados por prácticas con énfasis en aspectos biológicos e ideas relacionadas con respeto por la dignidad humana (intimidad), el buen trato y evitar sufrimiento al paciente. La pandemia generó crisis para la atención humanizada expresada, entre otras, en ausencia de apoyo psicosocial al personal que trabaja en UCI.

Palabras clave: Profesionalismo; Humanización de la atención; Unidades de Cuidado Intensivo; Sistemas de Apoyo Psicosocial; Virtudes.

Abstract

Background: humanization in the provision of health services is an ethical imperative; even for Intensive Care Units (ICU), where achieving comprehensive care focused on patients and families and not on technology is a challenge. **Objective:** to analyse the meanings given to humanization in critical care, based on the experiences and actions of professionals and assistants from Intensive Care Units in Bogotá and Cartagena. **Methodology:** qualitative study. He used semi-structured online interviews, participant observation, and field diary. 10 private ICU workers and 10 public ICU workers participated: 6 physiotherapists, 5 doctors, 4 nursing assistants and 5 nurses. To analyse the information, ideas were codified, categorized and hermeneutics performed. Results: two positions were found regarding humanization, as an obligation (deontology) or as an act of respect (professionalism). Humanization is understood and practiced as: 1) good treatment and cordiality when carrying out interventions; 2) put yourself in the patient's shoes, recognizing that you have a family; 3) care that guarantees comfort to the patient through actions on the body; 4) meet therapeutic objectives avoiding suffering or harm; 5) recognize the dignity of the patient; 6) attention to the vulnerability of the patient, especially cancer. There are barriers to humanization: the pandemic, ICU supplies, rigid institutional regulations, the hierarchy in the ICU, distrust of family members, and defensive medicine practices. **Conclusions:** the meanings given to humanization in critical care are mediated by practices with an emphasis on biological aspects and ideas related to respect for human dignity (privacy), good treatment and avoiding suffering to the patient. The pandemic generated a crisis for humanized care, expressed, among others, in the absence of psychosocial support for personnel working in the ICU.

Key words: Professionalism; Humanization of care; Intensive Care Units; Psychosocial Support Systems; Virtues.

Tabla de Contenido

<i>Introducción</i>	7
<i>Objetivo general</i>	13
<i>Objetivos específicos</i>	13
<i>Capítulo 1 – Fundamentación conceptual y teórica</i>	14
Medicina intensiva y cuidado intensivo.....	14
La Unidad de Cuidados Intensivos (UCI)	15
Humanización y humanización en UCI.....	17
<i>Capítulo 2 – Aplicación y Desarrollo</i>	21
2.1 Tipo y Diseño de Investigación.....	21
2.2 Población	22
2.3 Procedimiento e Instrumentos	23
2.4 Análisis de la información	24
2.5 Alcances y limitaciones.....	25
2.5 Consideraciones éticas.....	26
<i>Capítulo 3 – Resultados</i>	28
3.1 Vivencias de profesionales y auxiliares que laboran en UCI.....	28
3.2 Acciones de profesionales y auxiliares para humanizar el cuidado y la atención en la UCI.....	32
3.3 Significados otorgados a la humanización en cuidado crítico	36
<i>Capítulo 4 - Discusión</i>	39
<i>Capítulo 5 - Conclusiones</i>	46
5.1 Cumplimiento de objetivos y aportes a líneas de investigación de grupo	46
5.2 Producción asociada al proyecto.....	47
5.3 Líneas de trabajo futuras	47
<i>Anexos</i>	48
Anexo 1. Guía de Entrevista.....	48
Anexo 2. Matriz para el proceso de codificación y análisis	51
Anexo 3. Consentimiento informado.....	55
<i>Referencias</i>	57

Introducción

En la actualidad se hace hincapié en la humanización en la prestación de servicios de salud, especialmente los de tipo asistencial mediados por aplicación de tecnologías duras, donde la interacción entre los equipos de atención y los pacientes es cada vez más escasa. La humanización en la prestación de servicios de salud se considera un imperativo ético que exige el respeto de, básicamente: 1) La dignidad humana. 2) El reconocimiento de la situación y del contexto del paciente. 3) La promoción o la búsqueda de la atención integral en salud (bienestar y calidad de vida). Para que ello se cumpla cobra relevancia, durante todo el proceso de atención, la participación de la familia en aras de una atención integral en salud o atención centrada en la familia. Lograr la acometida exigida por la humanización requiere de sensibilidad moral que posibilite una actitud de apertura mental, afectiva, de autorreflexión permanente y encarnar principios y virtudes de la ética por parte de las personas que actúan como prestadores de servicios de salud, de tal forma que puedan remodelar los hábitos y costumbres de intervención e interacción con los pacientes y sus familias y la tecnología. Tomándose en serio los contenidos filosóficos y antropológicos humanistas que circundan los escenarios de cuidado de la salud. La humanización es un componente ético que se debe llevar en cada una de las conductas o planes de tratamiento que el personal de salud en sus intervenciones ofrece en el manejo integral a sus pacientes (Andino Acosta, 2015; Ministerio de Salud y Protección Social - Instituto Nacional de Cancerología - ESE, 2016; Rueda Castro, y otros, 2018; Bermejo & Villacieros Durban, 2018; Wilson, y otros, 2019).

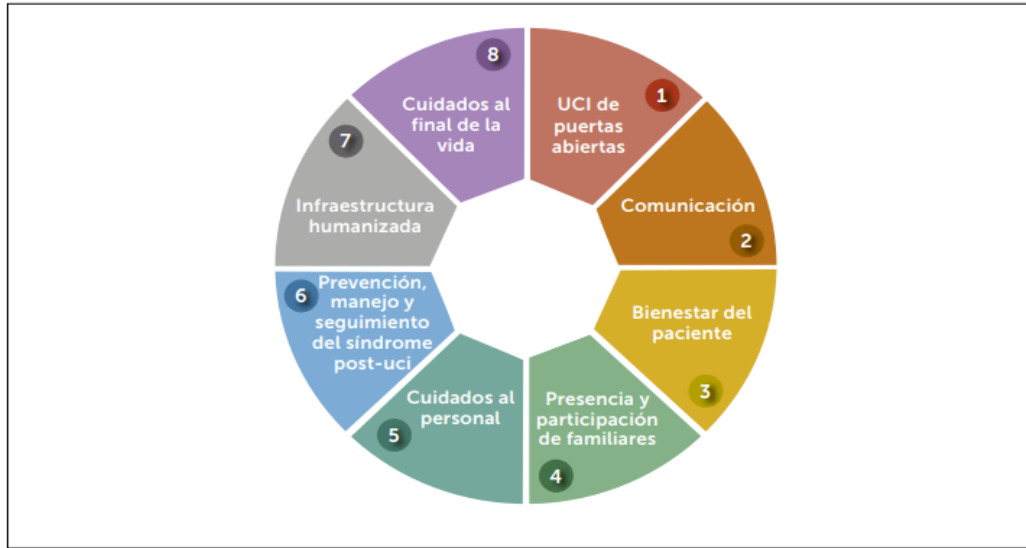
Uno de los escenarios de prestación de servicios donde se han implementado grandes avances tecnológicos son las Unidades de Cuidado Intensivo (UCI), esto ha permitido mejoras en las intervenciones de los pacientes, con oportunidades de sobrevivencia. De igual forma se ha reportado que en las UCI puede ocurrir atención despersonalizada y deshumanizada, donde el paciente se subordina a la atención y lo importante son las cifras, los datos que indican que hay posibilidad de sobrevivida; sobrevivida que no muchas

veces ocurre y el personal de UCI observa y acude de forma rutinaria a desenlaces no deseados. Así las cosas, en las UCI el bienestar físico y mental tanto del personal que conforma el equipo de prestación de servicios, como de los pacientes se encuentra en permanente tensión. En los pacientes se ha observado que el hecho de tener ayudas externas, para mantener funciones básicas, la sedación, los comas inducidos, entre otras situaciones, pueden crear alteraciones emocionales, mentales (ansiedad, depresión o trastorno de estrés postraumático), físicas (molestias por la luz “artificial” constante o el sonido de los monitores), sociales (pérdida de la noción del tiempo y distanciamiento familiares y de amigos) y espirituales. Por su parte en quienes hacen veces de prestadores de servicios de salud en las UCI o “cuidadores” se observa falencias o pérdida de cualidades axiológicas en cuanto a empatía, compasión, comprensión, comunicación, justicia; y en ambos (pacientes y cuidadores) se advierte miedo, incertidumbre y dolor, siendo el primero de ellos algo que no ha sido posible estudiar con profundidad (Ávila-Morales, 2017; García & NOBLE Compañía de Seguros, 2019; Wilson, y otros, 2019; Rojas, 2019).

Lo anterior, siguiendo las líneas de Rojas (2019), permitió evidenciar la humanización en las UCI como una necesidad sentida, esto en el año 2014 contribuyó al nacimiento del Proyecto de Investigación Internacional “Humanizando los Cuidados Intensivos” (HU-CI), “cuyo objetivo además incluye el servir de punto de encuentro entre pacientes, familiares y profesionales; difundir y acercar a la población general los cuidados intensivos y fomentar la formación en habilidades de humanización” (Rojas, 2019). Habrá que pensar en incluir en estos estudios la perspectiva de los técnicos y auxiliares que participan activamente en los procesos de atención y cuidado en las UCI.

El proyecto HU-CI ha planteado ocho componentes fundamentales para la humanización en Unidad de Cuidados Intensivo (Heras La Calle, Martin, & Nin, 2017; Heras La Calle, Alonso Oviés, & Gómez Tello, 2017; Heras La Calle, 2018; Rojas, 2019; Grupo de trabajo de certificación de Proyecto HU-CI, 2019; Nin Vaeza, Martin Delgado, & Heras La Calle, 2020; Heras La Calle, 2020), los cuales han sido esquematizados por sus autores de la siguiente forma (figura 1):

Figura 1. Líneas de investigación Proyecto HU-CI



Fuente: Rojas, Verónica. (2019). Humanización de los cuidados intensivos.

De acuerdo con lo planteado y siguiendo los fundamentos del proyecto HU-CI, los 8 pilares contemplan:

- 1) UCI de Puertas Abiertas y Participación de Familiares: flexibilización de horarios que permita el acercamiento y la aproximación de los familiares incluyéndolos en la atención e incluso en los cuidados.
- 2) Comunicación: se refiere al nivel de información que existe en la UCI y la comunicación efectiva; promueve el fortalecimiento del trabajo en equipo, la reducción de la aparición de conflictos y aumentar la confianza.
- 3) Bienestar del paciente: haciendo referencia a medidas de confort y la valoración con una perspectiva biopsicosocial al paciente y resolver sus necesidades.
- 4) Presencia y participación de familiares en UCI: permitiendo la colaboración de los familiares en las acciones básicas de cuidado del paciente.
- 5) Cuidados al personal: brindando áreas de descanso para los profesionales, actividades que permitan relación y mejore el ambiente laboral, prestando mucha atención al síndrome de burnout” o “síndrome del desgaste profesional”.

- 6) Prevención, manejo y seguimiento del síndrome post-UCI: buscando el seguimiento continuo del paciente y su calidad en salud de manera integral.
- 7) Infraestructura humanizada: logrando espacios no sólo amplios que permitan un trabajo ágil y pertinente, sino tecnología que supla las necesidades de cada usuario, incluyendo espacios de para el personal de salud y salas de descanso.
- 8) Cuidados al final de la vida: permitiendo un manejo integral, respetuoso y digno para los pacientes, en aras de garantizar el cubrimiento de las necesidades físicas, psicosociales y espirituales de los pacientes y sus familias.

Las investigaciones realizadas en el marco del proyecto HU-CI permitieron evidenciar la carencia de aspectos básicos en cuestiones de humanización de la atención en UCI, desde factores que involucran elementos de la infraestructura hasta la interacción del profesional con el paciente.

Otro proyecto que buscó un cambio en la interacción de las diferentes personas que integran la UCI, fue planteado por De la Fuente y otros (2018), exponiendo cómo, en primera instancia, el contexto de sufrimiento tanto del paciente como de la familia; segundo, la tecnificación y deshumanización de la atención; tercero, el actuar del profesional sanitario generador de un cambio en los diferentes abordajes. Este proyecto se denominó “Implantación de un proyecto de humanización en una Unidad de Cuidados Intensivos” fue desarrollado en la UCI: Infanta Margarita a lo largo de 12 meses con 12 compromisos, desarrollando uno durante cada mes, al final obtuvo un impacto beneficioso para la institución, profesionales, pacientes y familiares, en pro de la atención humanizada (de la Fuente-Martos, y otros, 2018). Al igual que en el proyecto HU-CI se observa la ausencia de la perspectiva de los técnicos y auxiliares que participan activamente en los procesos de atención y cuidado en las UCI.

En Colombia, en 2015 el Ministerio de salud y Protección Social realizó una prueba piloto a nivel Nacional para identificar los ingresos hospitalarios a las UCI durante el período 2013 a 2015 e identificó que, para el año 2013, 14 EPS del régimen contributivo

tuvieron un total de 15 ingresos en UCI por cada mil habitantes (República de Colombia - Ministerio de Salud y Protección Social, 2015).

El trato humanizado a pacientes que han requerido ser ingresados a las UCI ha tomado relevancia en los últimos años; depende de las instituciones y su personal asistencial, de factores externos como el apoyo familiar o un entorno de confort intra y extra hospitalario que puedan llegar a generar en las intervenciones impactos positivos en los pacientes.

En Colombia se han evidenciado diversas expresiones de interés por la humanización en escenarios de atención en Medicina crítica y cuidado intensivo (por ejemplo, la realización del Congreso Nacional de la Asociación Colombiana de Medicina Crítica y Cuidado Intensivo –AMCI– de 2017 y la Fundación HU-CI de Cúcuta liderada por el Dr. Arturo Arias), por la atención centrada en el paciente y la familia en UCI de pediatría, y muy particularmente por estrategias desde la enfermería con el fin de mejorar el cuidado humanizado en las UCI, incluso valoradas por la percepción de sus pacientes (Romero-Massa, Contreras-Méndez, Pérez-Pájaro, Moncada, & Jiménez-Zamora, 2013; Torres-Ospina, Vanegas-Díaz, & Yepes-Delgado, 2016; Joven & Guáqueta Parada, 2019; Arango Campo, Durán González, & Jaimes Plata, 2020). Al cierre de la primera mitad de 2020 varios hospitales de Colombia (en Bogotá, Cartagena, Medellín, Cúcuta, Bucaramanga, entre otras ciudades) cuentan con políticas de humanización en sus UCI.

Por su parte en la Corporación Universitaria Iberoamericana se han realizado varios acercamientos a estas temáticas e iniciativas. En 2018 Moreno y Polo realizaron la investigación titulada “Humanizando las unidades de cuidado intensivo: una propuesta desde la comunicación centrada en las necesidades de la familia” cuyo objetivo fue “diseñar un programa de humanización desde un enfoque de comunicación centrado en las necesidades de las familias de usuarios en Unidad de cuidado intensivo, para favorecer la calidad de los servicios de salud” cuyo lugar de ejecución fue la Fundación Hospital San Carlos en Bogotá, evidenciando que si bien hay satisfacción en algunos aspectos, se debe mejorar el proceso de comunicación entre familiares y profesionales (Moreno Pérez & Polo Méndez, 2018).

Otro trabajo en esta misma línea es realizado por Gómez Henao (2020) quien ha realizado una investigación cualitativa titulada “Bioética y toma de decisiones fisioterapéuticas en la unidad de cuidado intensivo de la Clínica Shaio”, encontrando que en general los fisioterapeutas afrontan dilemas bioéticos en la toma de decisiones y autonomía profesional, algunos relacionados con su rol profesional dentro del trabajo multidisciplinar en la UCI, con la limitación del esfuerzo terapéutico (LET) y con las formas de realizar la atención al paciente en cuidado crítico. En este último la autora expone que los pacientes de las UCI no solo son vulnerables, también frágiles y la atención humanizada debería ser un componente sobresaliente en el personal que allí labora prestando sus servicios de cuidado de la salud; sin embargo, muchas veces no está presente o se encuentra reducida dada las altas demandas del hacer diario asistencial en la UCI (Gómez Henao, 2020).

Finalmente se puede plantear que en la institución se está realizando la investigación titulada “Atención humanizada en cuidado crítico: fundamentos técnico-científicos, de profesionalismo y bioéticos. Estudio descriptivo exploratorio en personal de Unidades de Cuidado Intensivo de Bogotá”, en esta las autoras Forero y Jiménez (2021) han realizado el proceso de adaptación y validación del cuestionario del proyecto “Humanizando los Cuidados Intensivos” (HU-CI), y los resultados preliminares indican que siguiendo los 8 lineamientos del proyecto HU-CI aún persisten oportunidades de mejoramiento relacionadas con la infraestructura, con la inclusión real de las familias en los procesos de cuidado, con la comunicación, y especialmente con aspectos psicosociales y emocionales tanto para pacientes, familiares y cuidadores (Forero Sarmiento & Jiménez Rodríguez, 2021).

En las UCI se brinda atención en pro del confort de los pacientes en cualquier etapa que esté cursando la enfermedad, pero es aquí donde las tecnologías duras crean un gran impacto frente al diagnóstico, tratamiento y seguimiento a los pacientes, puesto que su uso genera una atención sistematizada, controlada, monitorizada y mecánica, que a su vez disminuye el tiempo de interacción de los cuidadores (especialmente de los profesionales en medicina) con el paciente. Además, las tecnologías duras generan impacto y grandes demandas en quienes están a cargo de los cuidados de los pacientes

en las UCI, que deben realizar un trabajo de excelencia, virtuoso, ágil, entre otros aspectos, pero con una alta carga laboral y emocional que puede causar “síndrome del desgaste profesional” e incluso dificultades en el manejo de las relaciones interpersonales o de las pérdidas cuando un paciente muere. Teniendo en cuenta todo lo planteado, surge la siguiente pregunta de investigación:

Siguiendo los 8 pilares del proyecto HU-CI ¿Cuáles son los significados que profesionales y auxiliares otorgan a la humanización en cuidado crítico, a partir de sus vivencias y acciones en Unidades de Cuidado Intensivo de Bogotá y Cartagena?

Para dar cuenta de la pregunta de investigación se delinearón los siguientes objetivos:

Objetivo general

Analizar los significados otorgados a la humanización en cuidado crítico, a partir de las vivencias y acciones de profesionales y auxiliares de Unidades de Cuidado Intensivo de Bogotá y Cartagena.

Objetivos específicos

Describir, a partir de las vivencias de profesionales y auxiliares que laboran en Unidades de Cuidado Intensivo de Bogotá y Cartagena, los aspectos comunicacionales, de infraestructura y bioéticos que sustentan la humanización en la atención prestada.

Comprender las acciones que profesionales y auxiliares desarrollan para humanizar el cuidado y la atención de pacientes y familiares en Unidades de Cuidado Intensivo de Bogotá y Cartagena.

Capítulo 1 – Fundamentación conceptual y teórica

Medicina intensiva y cuidado intensivo

Se define la Medicina Intensiva (MI) como aquella parte de la Medicina, que se ocupa de los pacientes con una patología que haya alcanzado un nivel de severidad tal, que suponga un peligro vital, actual o potencial, susceptible de recuperabilidad. El concepto actual de terapéutica intensiva, comprende la aplicación sistemática de las múltiples posibilidades terapéuticas modernas, que se utilizan en situaciones de peligro para la vida, lo que supone la sustitución temporal de las funciones orgánicas alteradas o suprimidas, sin abandonar por ello el tratamiento simultáneo de la enfermedad de base, que ha dado lugar a estos trastornos y teniéndose en cuenta que tales medidas y al final de la terapéutica, proporcionaran una buena calidad de vida para el futuro (Cruz, 1992).

Las Unidades de cuidados Intensivos (UCI) son los lugares fundamentales en donde se realiza la labor propia de la medicina intensiva. Estas unidades tienen unas características de equipamiento técnico y de personal especializado que le son propias. Se trata de un servicio central que prestara asistencia a los pacientes en situación crítica, con patología de cualquier tipo (politraumatizados, post-quirúrgicos, patología respiratoria, coronarios, sangrantes), en íntima colaboración con los demás servicios hospitalarios, especialmente con el área de emergencia.

Por su parte, los cuidados intensivos se definen como el servicio de hospitalización que se le brinda a los pacientes cuyo trastorno patológico y funcional ha adquirido tal gravedad, que representa un peligro actual o potencial para su vida, en términos de posibilidad inminente de la muerte, requiriendo, por ende, de constante monitorización y servicios especializados (Rico, 2005: 1). Rico (2005) menciona que el objetivo de estas unidades es el diagnóstico y tratamiento de los pacientes que reúnan dos condiciones: a) situación crítica con riesgo actual o potencial de sufrir complicaciones que pongan en riesgo su vida, y b) carácter reversible del proceso patológico (Rico, 2005).

La Unidad de Cuidados Intensivos (UCI)

El concepto de cuidados intensivos fue creado por la enfermera Florence Nightingale en 1854, durante la Guerra de Crimea. Florence, considero que era necesario separar a los soldados en estado de gravedad de aquellos que solo tenían heridas menores para cuidarlos de manera especial. En 1950 el anesthesiólogo Peter Zafar desarrollo un área de cuidados intensivos, en la que, mantenía a los pacientes sedados y ventilados; es considerado, el primer intensivista. (Torre, 2010). La primera unidad de cuidados intensivos, se creó en Copenhague en 1953, como respuesta a una epidemia de poliomielitis. Surgió de la necesidad de vigilar y ventilar constantemente a los pacientes. Con el paso del tiempo, estas unidades se fueron creando en los Hospitales de todo el mundo, y con los avances tecnológicos y el desarrollo de la medicina, hoy existen unidades de cuidos intensivos específicas para diferentes especialidades de la salud. (Instituto de Aragón de Ciencias de la Salud, 2010).

Según Llodra–Calvo (1989) citando a Tomasa (1982) define la unidad de cuidados intensivos como áreas hospitalarias que se caracterizan por la concentración de personal y tecnología para el cuidado de los pacientes que se encuentran en un estado crítico.

Las características de una UCI son:

- Asistencia continua 24h/ 365 días del año
- Deben contener el 5% del total de camas del hospital y caracterizarlas por espacialidad según el tipo de hospital

El mobiliario de la UCI debe contar con:

- Camas hospitalarias multi-posición.
- Preferiblemente con balanza integrada.
- Estantes porta monitores de signos vitales
- Lámpara por cabecera

Equipos Básicos de la UCI:

- Sistema de suministro por red de gases medicinales (oxígeno, aire y vacío por cama) con Flujómetros, humidificador, sistema de mascarillas o bien sistema de suministro de gases por tanques.
- Sistema de succión o succionadores por cama
- Nebulizador por cama
- Respirador volumétrico
- Bombas de infusión peristáltica mínimo tres por cada cama de UCI
- Bombas de infusión a jeringa mínimo una por cama en UCI.
- Ventilador uno por cada cama
- Monitor cardiaco multi parámetros (pulso oxímetro, trazo de EKG, presión arterial no invasiva, sensor de temperatura, pletismógrafo). Por cama.
- Electrocardiograma
- Desfibrilador
- Oxímetro de pulso.
- Glucómetro con cintas
- Carro de procedimientos Tiene capacidad para facilitar la organización de los suministros, permite tener almacenamientos para medicamentos
- Carro de paro, equipos, materiales, medicamentos.

Área de ventiladores para el personal

- Dispone de área de vestidores para el personal.
- Dispone de un área para descanso médico.
- Dispone de un espacio mínimo para el estar del personal de turno.

Los riesgos de estancia en una UCI son:

- Neumonía asociada a ventilación mecánica, infección nosocomial, infección por sonda urinaria, infección relacionada con los catéteres

- Síndrome desacondicionamiento físico por estancia prolongada en cama

Cruz (1992) en su texto titulado “Medicina Intensiva y las Unidades de Cuidados Intensivos Definición-Desarrollo Histórico-Utilización de sus Recursos” define las UCI como áreas específicas donde se realizan labores propias de la medicina intensiva, estos servicios cuentan con equipos tecnológicos y personal especializado en la atención a pacientes con diversas patologías que están cursando por un proceso crítico de su enfermedad.

Mukhtar Al-Saadi (2018), citando a Holland (2006), define la UCI como un sistema adaptativo, complejo y organizado cuyo fin es brindar atención a los pacientes críticamente enfermos, el servicio de cuidados intensivos está constituido por un grupo de médico de la UCI, médicos residentes, enfermera coordinadora de la UCI, auxiliar de enfermería, terapeutas respiratorias, fisioterapeutas. psicología, trabajo social, especializados, técnico de rayos x, farmacia, estos servicios brindan constante monitorización logrando mantener la vida durante en el proceso más crítico de la enfermedad; constantemente tanto los profesionales como el personal técnico y auxiliar que labora en la UCI deben seguir estrictos protocolos institucionales garantizando alta calidad en la atención (Al-Saadi, 2018).

Humanización y humanización en UCI

Para dar inicio es de gran importancia saber el significado de la palabra humanización y los primeros autores que la mencionan. Bermejo Carlos y Villacieros Durban (2018) describen el concepto de humanización según el diccionario de la Real Academia Española, la palabra humanizar parte de dos conceptos el transitivo del verbo “hacer humano, familiar y afable a alguien o algo” y el pronominal del verbo “ablandarse, desenojarse, hacerse benigno”, donde se debe su acepción aparece como realizar las

cosas más humanas con un trato digno, este concepto parte de cómo debe vivir el ser humano para su máxima realización (Bermejo & Villaceros, 2018: p.3).

La humanización en salud está centrada en individualizar la atención, brindando información de forma clara al familiar y paciente en todo su proceso terapéutico y los derechos que de ella se derivan, de esta manera la humanización es de vital importancia.

Bermejo señala que “Humanizar es todo lo que se realiza para promover y proteger la salud, curar las enfermedades, garantizar un ambiente que favorezca una vida sana y armoniosa a nivel físico, emotivo, social y espiritual” (Bermejo, 2014; p. 28).

Correa Zambrano en su artículo “La humanización de la atención en los servicios de salud: un asunto de cuidado” nos explica que el término humanizar la atención en salud, hace referencia, en principio, a todas aquellas acciones que hacen más humano al hombre o a la mujer; por ello, la autora plantea la necesidad de definir el concepto de humanización que tienen los diferentes actores que participan en el proceso de atención en salud: profesionales, paciente y familia (Correa Zambrano, 2016; 2).

Humanización de la Atención Hospitalaria

Según el Ministerio de Salud y Protección Social de Colombia “La calidad y la humanización de la atención buscan dar respuesta a las necesidades de las personas y contribuir a la finalidad del Sistema General de Seguridad Social en Salud”, de esta manera se busca que la personas estén informados sobre sus derechos y deberes en salud, detección temprana de la enfermedad y mantener estilos de vida saludables. Se deben tener tres aspectos básicos: lograr mejores resultados en salud, mejorar la experiencia de los usuarios cuando entran en contacto con los servicios en salud, favorecer el uso adecuado de los recursos disponibles en la atención brindada (Ministerio de salud y protección Social 2015).

Según Correa Zambrano para Humanizar la atención en salud intervienen dos formaciones: la primera centra sus acciones en el área tecnológica y gerencial de los servicios y la otra privilegia los servicios en la defensa de los derechos de las personas y

la dignidad humana. Los profesionales y auxiliares tienen la preparación y el profesionalismo para articular estas dos formaciones brindando la mejor atención al paciente. (Correa Zambrano, 2016; 2).

Velasco-Bueno y Heras La Calle (2020) definen la humanización como un modelo afectivo-efectivo, basado en un método para cuidar y curar a los pacientes como personas, donde los tratamientos deben tener un soporte científico e incorporar el respeto por la dignidad, la humanidad del paciente y los derechos que de ella se derivan, contribuyendo al proceso de salud-enfermedad brindando un trato digno con compasión, prudencia y amabilidad. Humanizar significa “todo lo que hay que hacer para promover y proteger la salud, curar enfermedades y garantizar un ambiente que favorezca una vida sana y armoniosa a nivel físico, emocional, social y espiritual en las personas” (Velasco Bueno & Heras la calle, 2020; p.2).

Humanización en cuidados intensivos

De acuerdo con los planteamientos del Proyecto HU-CI las premisas básicas para brindar una atención humanizada en las UCI, son: primero, “respeto por el hecho de que cada persona es única e incomparable y, por tanto, responde de manera diferente a las crisis de la vida”; segundo, “reconocer que el paciente y sus familiares deben ocupar un lugar central en los procesos de atención, lo que requiere contar con información clara y precisa para comprender su situación y estar bien informado de su tratamiento, asumiendo la responsabilidad de colaborar activamente en la restauración de su salud” (Velasco Bueno & Heras la calle, 2020; p.4).

Los avances científicos y tecnológicos en las unidades de cuidados intensivos ha permitido un mayor avance en la recuperación del paciente , el uso de esta tecnología género que se dejara a un lado la interacción con los familiares, las necesidades humanas y emocionales de los pacientes y la falta de interés por ofrecer un mejor servicio a causa del estrés laboral, es de esta manera se elabora el proyecto dirigido a la humanización en los cuidados intensivos en la ciudad de Madrid con la finalidad de ofrecer una atención con excelencia, humanizada pensando en las personas, ofreciendo lugares amables para

los colaboradores, familiares y pacientes, es de esta manera que podemos identificar los estudios realizados en el fortalecimiento de la humanización en las unidades de cuidados intensivos. (Heras la calle, 2020. Humanización en las unidades de cuidados intensivos, 2016).

Capítulo 2 – Aplicación y Desarrollo

2.1 Tipo y Diseño de Investigación

El estudio tuvo como objetivo analizar los significados otorgados a la humanización en cuidado crítico, a partir de las vivencias y acciones de profesionales y auxiliares de Unidades de Cuidado Intensivo de Bogotá y Cartagena. En este sentido fue un estudio cualitativo de tipo comprensivo o interpretativo.

Para dar cuenta de los significados sobre humanización, la investigación procuró comprender e interpretar, desde la epistemología de las ciencias sociales, elementos sustantivos tales como:

- 1) la vivencia en las UCI (objetivación de la experiencia constituida por lo aprendido y lo vivido, lo cual permite la producción de sentido común),
- 2) la acción social (comportamiento humano por medio del cual los individuos se relacionan en sociedad y en las instituciones, acción práctica que permite a los sujetos la posibilidad de elegir y de actuar dentro de las condiciones en las que se desenvuelve) y,
- 3) significado (los individuos construyen la realidad a partir de su contacto con el mundo y su entorno, se mueven en horizontes con posibles diversas interpretaciones, donde puede finalmente haber afirmación, crítica o negación).

Así las cosas, la investigación recurrió a la comprensión del fenómeno de estudio (la humanización en las UCI) a partir de las bases estructurantes de la investigación cualitativa intentando dar sentido o interpretando dicho fenómeno en los términos del significado que profesionales y auxiliares de UCI de Bogotá y Cartagena le otorgan (Souza Minayo, 2010; Ferreira Deslandes & Gomes, 2007; Vasilachis, 2006; Arantzamendi, Lopez-Dicastillo, Robinson, & Carrasco, 2016).

La investigación utilizó herramientas propias de la etnografía, haciendo uso de la mediación tecnológica. Las herramientas etnográficas permitirán acercarnos al fenómeno de la humanización en las UCI de Cartagena y Bogotá a partir de las vivencias de los

profesionales y los auxiliares que allí participan constantemente en la atención y cuidado de los pacientes. En este sentido, logró acercarse a la vida cotidiana del quehacer profesional y con ello al proceso de comprensión de la cultura de la salud y los procesos de atención que se crean y recrean en estos escenarios. En otras palabras, el estudio procuró conocer, comprender e interpretar las experiencias, subjetividades e intersubjetividades de los actores involucrados que puedan recrear singularidades en el proceso humanización de la atención y cuidado en las UCI, lo cual podría tener significaciones diferentes para profesionales (incluso dentro de ellos mismos) y para el personal auxiliar (Ferreira Deslandes & Gomes, 2007).

2.2 Población

Los participantes de este estudio fueron profesionales del área de la salud y auxiliares de enfermería que prestan sus servicios de atención y cuidado a los pacientes de las UCI de forma continua, no esporádica. Fueron hombres y mujeres con experiencia de trabajo en el escenario mínimo de 6 meses.

Participaron 12 mujeres y 8 hombres, distribuidos en 10 trabajadores de UCI privadas (5 en Bogotá y 5 en Cartagena) y 10 en UCI públicas (5 en Bogotá y 5 en Cartagena): 6 fisioterapeutas, 5 médicos, 4 auxiliares de enfermería y 5 enfermeras. El participante con menos experiencia tenía 6 meses de laborar en UCI y el participante con mayor experiencia reportó 30 años de labores en UCI.

El grupo de participantes conformado y sus perfiles fue el siguiente:

1) Mujer fisioterapeuta, UCI privada, 2 años de experiencia
2) Hombre auxiliar de enfermería, UCI privada, 20 años de experiencia
3) Hombre fisioterapeuta, UCI pública, 4 años de experiencia
4) Mujer auxiliar de enfermería, UCI pública, 4 años de experiencia
5) Hombre médico intensivista, UCI privada 30 años de experiencia
6) Mujer enfermera, UCI privada, 26 años de experiencia
7) Mujer enfermera, UCI pública, 6 meses de experiencia

8) Mujer enfermera, UCI privada, 11 años de experiencia
9) Hombre médico coordinador, UCI pública, 3 años de experiencia
10)Mujer médica, UCI privada, 2 año de experiencia
11)Mujer fisioterapeuta, UCI privada, 2 años de experiencia
12)Mujer enfermera, UCI pública, 2 años de experiencia
13)Mujer médica intensivista, UCI privada, 1 año de experiencia
14)Hombre fisioterapeuta, UCI privada, 6 meses de experiencia
15)Mujer auxiliar de enfermería, UCI pública, 3 años de experiencia
16)Hombre fisioterapeuta, UCI pública, 11 años de experiencia
17)Mujer auxiliar de enfermería, UCI pública, 1 año de experiencia
18)Hombre médico intensivista, UCI pública 23 años de experiencia
19)Hombre enfermero, UCI privada, 11 años de experiencia
20)Mujer fisioterapeuta, UCI publica, 5 años de experiencia

2.3 Procedimiento e Instrumentos

De acuerdo con el carácter etnográfico en esta investigación se utilizaron, principalmente, tres herramientas de recolección de información: entrevistas semiestructuradas en línea (Online interview), observación participante y diario de campo. De forma complementaria fueron realizadas microentrevistas *in situ*. Las entrevistas semiestructuradas en línea (Online interview) facilitaron la ejecución de la investigación en el escenario de la incertidumbre de la pandemia y la postpandemia por la COVID-19, pero al tiempo planteó retos éticos, comunicacionales y metodológicos (por ejemplo, un adecuado *building of rapport* – una buena relación entrevistado-entrevistador), entre otros (Hooley, Marriott, & Wellens, 2012). La observación participante, el diario de campo y las microentrevistas *in situ* fueron un valor agregado gracias a que tres personas del equipo de investigación trabajan como personal de alguna UCI o rotaron por este escenario durante 10 semanas.

Se utilizó la entrevista a profundidad de tipo semiestructurada (ver anexo 1), en línea, no directiva a 20 personas. Las entrevistas tuvieron una duración promedio de 1 hora,

oscilando entre 45 minutos y 1 hora con 30 minutos. Todas las entrevistas fueron grabadas (en voz y/o video según lo permitía el participante) y transcritas para el proceso de análisis e interpretación de los datos recolectados. El número de horas de grabación de entrevistas fue de 25 horas y las transcripciones sumaron en total 206 páginas. Este tipo de entrevista, según Ameigeiras (2006) permite “profundizar en la comprensión de los significados y puntos de vista de los actores” involucrados en el proceso de atención y cuidado que ocurre en las UCI (Ameigeiras, 2006).

La observación participante giró en torno a comprender la presencia o no de la humanización en los procesos de atención y en los cuidado brindados en las UCI, esto permitió revelar opiniones, actitudes, creencias, modos de actuar, reacciones o reflexiones objetivadas plasmadas en los diarios de campo, que más allá de establecer hechos puntuales logró decantar diversas interpretaciones sobre las dinámicas y acciones que profesionales y auxiliares desarrollan para humanizar el cuidado y la atención de pacientes y familiares en las UCI (Hooley, Marriott, & Wellens, 2012).

Las microentrevistas *in situ* facilitaron un diálogo en tiempo real con algunos profesionales y conocer su percepción frente al proceso de atención y la humanización de este, en un tiempo próximo a las acciones ejecutadas en los pacientes.

2.4 Análisis de la información

Para realizar el análisis de la información recolectada se llevó a cabo los siguientes pasos:

- primero, transcripción de las entrevistas y de las microentrevistas *in situ*, y registro en los diarios de campo;
- segundo, todos los documentos resultantes de las transcripciones fueron sometidos al proceso de codificación y categorización (análisis categorial de tipo deductivo, siguiendo las categorías teóricas preestablecidas por los investigadores de acuerdo con los objetivos de la investigación), en este paso se evidenció la emergencia de categorías (inductivas o emergentes);

- tercero, “Disposición y agrupamiento de datos” que, a partir de un ejercicio de triangulación de fuentes y de interpretaciones, consistió en un análisis del discurso sencillo basada en hermenéutica de ideas (el uso del lenguaje, la comunicación de creencias o conocimientos y la interacción en las situaciones de atención y cuidado en UCI) (Rodríguez Sabiote, Lorenzo Quiles, & Herrera Torres, 2005; Amezcua & Gálvez Toro, 2002). El ejercicio de triangulación realizado se muestra en la siguiente figura:



El proceso de codificación y análisis de datos se realizó de forma manual para lo cual se diseñó una matriz que permitió realizar el análisis siguiendo cada uno de los objetivos específicos de la investigación (ver anexo 2).

2.5 Alcances y limitaciones

Alcances: el impacto dentro de la Iberoamericana está relacionado con el fortalecimiento del plan de estudios de los programas de pregrado y postgrado enmarcados dentro del Proyecto de Inclusión y Educación Iberoamericana – PIEI donde las apuestas por la ética y la humanización son de suma importancia. Se espera dar a conocer el conocimiento científico generado en el marco de este proyecto y que pueda

contribuir a mejores procesos de atención en las UCI, así como a la consolidación de la humanización en el quehacer y prácticas de cuidado en las UCI del país.

Limitaciones: la principal limitación que tuvo este estudio está relacionada con el tiempo asignado para su desarrollo en conjunción con las dinámicas propias de las UCI (mucho trabajo y poco tiempo libre de quienes durante los picos pandémicos estaban frente a los procesos de atención) y de la nueva realidad que apenas se está configurando como escenario de pos-pandemia por COVID-19.

2.5 Consideraciones éticas

De acuerdo con la resolución 008430 de 1993 del Ministerio de Salud de la República de Colombia (Artículo 11), este estudio se clasifica como “Investigación Sin riesgo” ya que tanto en el proceso de entrevistas semiestructuradas en línea (Online interview), la observación participante y las microentrevistas *in situ*, no se indagó sobre fenómenos y sucesos de la vida privada e íntima, no se obtuvo información sensible sobre los procesos vitales de los participantes. La investigación no puso en riesgo la vida o la integridad física o mental de los participantes (República de Colombia - Ministerio de Salud, 1993).

La participación en la investigación fue voluntaria, se realizó proceso de consentimiento informado de carácter verbal antes de cada entrevista (siguiendo la Resolución 008430 de 1993 – artículo 15. Ver anexo 3) con la finalidad de garantizar la voluntariedad de cada participante e informar sobre salvaguarda de la privacidad, la confidencialidad, el anonimato, el uso de la información con fines de la investigación, sus posibles productos académicos y científicos y futuras investigaciones sobre la misma temática de los miembros del equipo de investigación (República de Colombia - Ministerio de Salud, 1993).

Los investigadores fueron las únicas personas que conocieron las entrevistas y sus correspondientes datos de identidad o demás que permitan su identificación, las cuales estarán en custodia y resguardada ante terceros. Las transcripciones de las grabaciones fueron codificadas en aras del anonimato y la confidencialidad.

Como lo plantea la Declaración Universal sobre Bioética y Derechos Humanos (2005), se garantizó respeto a principios bioéticos tales como: Dignidad y derechos humanos, Privacidad y confidencialidad, No discriminación y no estigmatización y Respeto de la diversidad cultural y del pluralismo (Organización de las Naciones Unidas para la Educación, la Ciencia y la Cultura -UNESCO, 2005).

Se plantea el compromiso de que los participantes conocerán los resultados del proyecto una vez ejecutada la investigación, respetando así su derecho a la veracidad y claridad de la información, y a gozar del principio de Aprovechamiento compartido de los beneficios, en este caso buscando favorecer mejoras en la atención y cuidado de los pacientes y sus familias en las UCI (Organización de las Naciones Unidas para la Educación, la Ciencia y la Cultura -UNESCO, 2005).

La investigación se realizó atendiendo a los criterios de integridad científica y el compromiso con el bienestar global, planteados por la Declaración de Singapur (2010) y la Declaration of the 9th world science forum: Science Ethics and Responsibility (2019), tales como honestidad intelectual, independencia y transparencia, lo cual implica manejo de datos con transparencia tanto en la investigación como en la publicación, realizar análisis de resultados pertinentes, ajustados y contrastados de forma rigurosa, no caer en fabricación o invención de datos o resultados, falsificación o manipulación de los datos, o plagio. De igual forma la investigación giró entorno al cumplimiento del derecho humano a la ciencia (2nd World Conference on Research Integrity, 2010; World science forum:, 2019).

Finalmente, se tuvo en cuenta la Política de Ética de la investigación, Bioética e Integridad científica de Colombia (Resolución 0314 de 2018), los hallazgos expuestos en esta investigación serán reales y veraces (Departamento Administrativo de Ciencia, Tecnología e Innovación -COLCIENCIAS, 2018).

Capítulo 3 – Resultados

Para lograr comprender e interpretar los significados otorgados a la humanización en cuidado crítico, a partir de las vivencias y acciones de profesionales y auxiliares de Unidades de Cuidado Intensivo de Bogotá y Cartagena se plantean los siguientes resultados:

3.1 Vivencias de profesionales y auxiliares que laboran en UCI

Entendida la vivencia de profesionales y auxiliares en las UCI como la objetivación de la experiencia constituida por lo aprendido y lo vivido, lo cual permite la producción de sentido común, se plantaron indagaciones sobre los 8 pilares del proyecto HU-CI y se evidenció que:

- 1) Las UCI tanto en Bogotá como en Cartagena no son de Puertas Abiertas y la participación de familiares en esta, tradicionalmente ha sido para apoyo en algunos cuidados menores; sin embargo, con la pandemia esto se hizo mucho más restringido por temas de bioseguridad. Aunque los participantes reconocen que tener horarios más flexibles y una mayor participación de la familia son fundamentales para el cuidado, el mejoramiento de los pacientes que sienten apoyo, confianza y los tratamientos al parecer dan mejores resultados.

“Bueno, antes de la pandemia, las restricciones en la UCI siempre han existido. Es una parte de la clínica en la que los pacientes están inmunosuprimidos, con muchos dispositivos, el riesgo a que los pacientes se infecten con cosas externas o cosas que les traigan de la calle es alto, entonces la restricción en las visitas es grandísima y siempre ha existido en las unidades de cuidados intensivos restricción en los horarios”
(Hombre auxiliar de enfermería, UCI privada, 20 años de experiencia).

- 2) La comunicación referente al paciente que está en la UCI y su familia está a cargo del médico intensivista y sus características son variadas, en algunos casos es muy asertiva, amplia y fluida, en otros casos escasa y netamente sobre los

aspectos biomédicos y patológicos del paciente. La pandemia aquí también tuvo una influencia negativa, pues en todos los casos esta información se transmite vía telefónica y con un tiempo reducido. Aquí toma relevancia la cuestión legal para la toma de decisiones o conducta médica a seguir con los pacientes.

“Bueno, se genera por términos legales, casi que siempre es el médico el que da la información. Aunque si usted tiene un buen equipo de trabajo, también podría ser que se lo digan otras personas, o sea profesionales según el informe” (Hombre enfermero, UCI privada, 11 años de experiencia).

Por su parte la comunicación interna entre el equipo de la UCI también presenta variedad, pues algunos equipos trabajan mancomunadamente, mientras que en otros casos se ciñen a las escuchas en las revistas médicas, en estos casos *“la comunicación entre el personal no es efectiva ... no se promueve el trabajo en equipo en la UCI, ... adicional que hay poca empatía entre los médicos y el personal asistencial generando que disminuya la confianza en la información y la aparición de conflictos” (Hombre fisioterapeuta, UCI pública, 11 años de experiencia).*

- 3) Frente al Bienestar del paciente se halló una franca preocupación por las medidas de confort y solución de las necesidades biológicas y biomédicas de los pacientes. Los participantes expresan su preocupación por cumplir a cabalidad con el tratamiento médico (cumpliendo con los deberes y respetando los derechos del paciente), identificar reacciones producidas por los fármacos u otras sustancias, estar atentos a alteraciones en las cifras de los parámetros vitales, mantener el confort y la comodidad en especial la higiene personal, los cambios de posición de forma continua al paciente, el manejo del dolor.

“La comodidad consiste en que nosotros tenemos el compromiso de hacerle un cambio de posición a ese paciente cada dos horas, pero ese cambio de posición no es solamente voltearlo, es mirar que su cuerpo quede alineado, que sus brazos queden en una posición cómoda, que sus piernas queden en una posición cómoda. No solamente es rotarle el cuerpo, sino que no vaya a quedar de pronto algunos dispositivos médicos

que lo puedan ulcerar, que lo puedan calentar, que cuando nosotros giramos a ese paciente esos dispositivos médicos no se vayan a desplazar, quiero decir que el paciente accidentalmente no se le vaya a salir el tubo ni los catéteres porque esas complicaciones en el cuidado (Hombre auxiliar de enfermería, UCI privada, 20 años de experiencia).

Frente a la valoración con una perspectiva biopsicosocial al paciente, en algunos participantes esto tuvo gran relevancia, planteando la idea de tratar al paciente como persona y no como patología ya que se debe tener en cuenta la parte emocional.

"... entonces le solicitamos u radio de batería, le ponemos una música suave. Ese tipo de cositas que no son del tratamiento, pero que por lo menos en algo les ayuda" (Mujer enfermera, UCI privada, 11 años de experiencia).

"Para cada momento debemos estar atentos de que lo que está ahí es una persona, que no es un objeto, es una persona que siente, que en tiende, que puede expresarse, que de pronto no quiere estar ahí, pero le toca" (Mujer enfermera, UCI privada, 26 años de experiencia).

- 4) La presencia y participación de familiares en las UCI, permitiendo su colaboración en las acciones básicas de cuidado del paciente, es un elemento valorado como de gran importancia; sin embargo, su inclusión ocurre por iniciativa propia de quien esté tratando al paciente y no como una política de las UCI, máxime ahora con los efectos de la pandemia de COVID-19.

"... el familiar si va saber qué es lo que le están haciendo a su paciente, cómo se lo hacen y para qué. Entonces es más como una actividad o como una forma para que el familiar esté un poco más tranquilo y que en medio de todo el paciente también esté más tranquilo, sepa que hay alguien ahí" (Hombre fisioterapeuta, UCI privada, 6 meses de experiencia)

- 5) En cuanto a Cuidados al personal se logró evidenciar que la pandemia de COVID-19 generó muchos cambios en el estado mental de las personas en especial el personal sanitario, esto llevó a las instituciones a implementar apoyo psicológico

al personal de las UCI, pues en su momento en un turno se morían hasta 10 pacientes, lo cual generaba un gran impacto emocional. También fueron relatadas estrategias para sensibilización sobre prevención del desgaste profesional. En cuanto a áreas de descanso los resultados no fueron alentadores.

“... Entonces las invito y luego hablamos de esa situación, de cómo uno profesional le toca afrontar todas esas situaciones para tratar de evitar las secuelas psicológicas que puede dejar y eso en una enfermera le puede dejar una secuela psicológica tremenda y como profesional, la puede quemar” (Hombre médico intensivista, UCI pública, 23 años de experiencia).

- 6) La subcategoría con menores datos obtenidos fue Prevención, manejo y seguimiento del síndrome post-UCI. Solamente una de las entrevistadas planteó el asunto del seguimiento al síndrome post-UCI desde una perspectiva más bien con enfoque en seguimiento a la satisfacción del paciente, no a la calidad en salud de manera integral.

“Los seguimientos se hacen al paciente por política de la clínica, por calidad. Se llama al paciente cada vez que ha tenido un servicio, no solamente de UCI, sino si se tomó unas pruebas de laboratorio, si se tomó una placa de rayos X. Todo, lo llaman, le hacen una encuesta de satisfacción...” (Mujer enfermera, UCI privada, 11 años de experiencia).

- 7) La Infraestructura en términos de humanización fue ligada, por los participantes, a las medidas de confort y el logro del bienestar en los pacientes. Pues para ellos la importancia de brindar al paciente una atención adecuada, también se debe a una buena infraestructura para dar un bienestar tanto al personal como al enfermo. Es de resaltar que en este aspecto la capacidad de financiamiento con el que cuente la UCI es clave.

“No hay confort porque todo el día las luces están prendidas, hay pacientes que tienen alteración del sueño porque a veces cuando pueden duermen en el día y en la noche ya no duermen” (Mujer auxiliar de enfermería, UCI pública, 4 años de experiencia).

“Los pacientes tienen sus áreas, sus cubículos individuales, tienen sus juegos de ropa de cama, obviamente dispositivos médicos que son de uso personal, entonces sí, eso no hay quejas, está bien manejado” (Hombre fisioterapeuta, UCI pública, 11 años de experiencia).

“La infraestructura en ciertas partes no es la adecuada y eso te genera discomfort a ti. Trabajas en unos límites que te hacen moverte en unos espacios que al fin y al cabo van a repercutir en ti en problemas osteomusculares como tal, eso repercute mucho” (Mujer fisioterapeuta, UCI privada, 2 años de experiencia).”

- 8) En general los participantes indicaron que en las UCI los Cuidados al final de la vida se prestan permitiendo un manejo integral, respetuoso y digno para los pacientes, en consideración a aspectos físicos, psicosociales y espirituales de pacientes y familias. Estos cuidados están protocolizados, son respetadas las decisiones anticipadas o testamentos vitales, las órdenes de no reanimación, se hace énfasis en el manejo del dolor y se facilita el acompañamiento espiritual.

“Las voluntades anticipadas, a mí me parece que son útiles y que uno como ser humano, aunque no quiera que llegue ese momento, lo debería hacer porque le damos un tope a ese querer seguir haciendo y haciendo por un paciente” (Mujer enfermera, UCI privada, 26 años de experiencia).

“Todo es igual. Con todos los pacientes es igual así ya sepamos que en cualquier momento puede fallecer. Entonces siempre el trato para todos es igual, nunca va a haber una diferencia o decir aquel cómo se va a morir ni lo volteemos a mirar. No, tiene que haber una muerte digna entonces el trato para todos debe ser igual” (Mujer enfermera, UCI pública, 6 meses de experiencia).

3.2 Acciones de profesionales y auxiliares para humanizar el cuidado y la atención en la UCI

Entendida la acción social como el comportamiento humano por medio del cual los individuos se relacionan en sociedad y en las instituciones; en este caso hablamos de la acción práctica que permite a profesionales y auxiliares que trabajan en las UCI la posibilidad de elegir y de actuar dentro de las condiciones en las que se desenvuelven

en su quehacer y que otorgan cierto horizonte de sentido a la humanización en la prestación de servicios en las UCI.

Las subcategorías que dan contenido y el horizonte de sentido a la humanización en la UCI son: Atención integral en UCI; Atención a la vulnerabilidad del paciente; Profesionalismo y prácticas de cuidado y Seguimiento a protocolos y normas institucionales.

- 1) La “Atención integral en la UCI” se basa en un conjunto de acciones encaminadas en la recuperación del paciente, dentro de ellas están: la capacitación del personal de salud y la adquisición de nuevo conocimiento para ejecutar acciones en el paciente con responsabilidad y certeza; realizar intervenciones por parte de todas las especialidades que el paciente requiera para lograr un tratamiento oportuno; la cordialidad al saludar al paciente al momento de realizar alguna intervención; contar con todos los insumos y medicamentos que el paciente necesite; brindar educación a los familiares en relación a la alimentación, cambios de posición y demás cuidados personales con el fin de integrarlos en los cuidados del familiar.

“Mejorar la disposición de los medicamentos, de los insumos, de los pacientes... Sé que es muy difícil el control de eso, pero allí hay medicamentos que a la mayoría de los familiares de los pacientes hay que pedirselos, no se lo pide enfermería, se lo pide el médico porque no los hay y los pacientes como tal los requieren, lo necesitan urgentemente” (Mujer enfermera, UCI pública, 2 años de experiencia).

“A nosotros nos dicen que así el paciente esté sedado y ventilado hay que hablarle como si estuviera despierto. Sumercé, le voy a tomar unas glucometrías, sumercé le voy a hacer esto, porque el paciente puede que me esté escuchando” (Mujer auxiliar de enfermería, UCI pública, 4 años de experiencia).

Se evidenció la necesidad de la interacción del paciente con su entorno y realizar prácticas de alternativas como la musicoterapia, escuchar a sus familiares por medio de audios e interacciones diversas que generen en el paciente confort. El reto para lograr este tipo de atención, entre otros aspectos, está en capacitar a los trabajadores sobre la importancia del buen cuidado y resolver algunos

comportamientos que se evidencian por emociones externas e internas al ámbito laboral.

“Toca generar una capacitación y una consciencia y hacer, no solo capacitar porque desgraciadamente tú y yo sabemos que hay un problema., Que las palabras se las lleva el viento. A usted le dicen, mire, tal cosa, háblele bonito al paciente... Cinco minutos después se olvida que todo paciente ser íntegro, igual. Tú puedes tener problemas, pero tú sí atiendes una persona de salud, tienes que dejar tus problemas en la casa y vas es de una, no tiene que ser emocionado, o sea, uno siempre va a ser emocional, pero tiene que dejar sus emociones personales, para atender sus emociones laborales” (Hombre enfermero, UCI privada, 11 años de experiencia).

- 2) Prestar “Atención a la vulnerabilidad del paciente” implica, según los participantes, más allá de valorar solo la vulnerabilidad física y brindar el tratamiento más adecuado para recuperarlo o estabilizarlo en el menor tiempo posible, actuar teniendo en consideración que el paciente es vulnerable desde el estado de conciencia, siempre va a estar sedado; por su disposición en el cubículo, siempre va a estar sin ropa, “simplemente con un pañal y la cobija”; por su dependencia, siempre otro tomará sus decisiones; por estar en estado de indefensión, casi siempre está solo y sin fuerzas. Se trata entonces de “tratar bien al paciente”, con respeto y cariño, con atención a los aspectos físicos y también mentales; de identificar las necesidades del paciente particulares de su patología y generales de su contexto.

“Yo cojo el término vulnerabilidad y hago una analogía con una porcelana de cristal. La porcelana puede que sea importante para mí, pero si yo la limpio mal, se va a manchar; si yo la muevo brusco, se va a romper; si yo me trasteo y no la guardo bien, no va a llegar completo. Eso es ser vulnerable” (Hombre fisioterapeuta, UCI pública, 11 años de experiencia).

“Que lo que yo tengo ahí es una persona que está totalmente dependiente al cien por ciento de un tercero y ese tercer, ¿qué trato le da? Que así el paciente esté bajo medicamentos sedo-relajantes hay que decirle señor Luis Alberto, muy buenos días, son las seis de la mañana, amaneció, hoy estamos a sábado 26 de mayo, ha estado bien, su

familia llamó anoche, más tarde quizá pasen a saludarlo, ahorita pasa el médico de nuevo” (Hombre auxiliar de enfermería, UCI privada, 20 años de experiencia.

- 3) Actuar con “Profesionalismo” en el paciente que está en UCI resultó un hallazgo clave, pues llama la atención sobre aspectos tales como: la vocación y el don de servicio, preocuparse por el interés del paciente, la praxis de virtudes éticas y tener sensibilidad ética frente a la condición de los pacientes. En todo caso este hallazgo da cuenta de elementos personal del personal que trabaja en la UCI indistintamente de las políticas institucionales, que incluso pueden ser rígidas y criticadas por ello.

*“Tuve una experiencia con mi abuelito hace muchos años, en un hospital una enfermera lo gritó y lo empujó, ... yo decía hombre, no importa los problemas que uno tenga uno tiene que dedicarse a sus pacientes con amor. Como si fuera mi familiar, como si fuera alguien importante para mí que estuviera allí, no solamente porque es mi trabajo y lo hago así y ya, no. Entonces yo creo que toda esa pasión que yo tengo es por eso”
(Mujer enfermera, UCI pública, 6 meses de experiencia).*

“Las normas se deben cumplir normalmente, pero como te digo, tratamos en lo posible de humanizarlas un poquito porque entendemos que hay particularidades en los pacientes que requieren que les colaboremos o les ayudemos de cierta forma. Las normas están ahí, pero nosotros tratamos de ir un poquito más allá” (Mujer enfermera, UCI privada, 11 años de experiencia).

“La mayoría de las veces, no sé si otros compañeros lo harán, pero cuando yo identifico algo que aqueja a esa persona, yo tengo el número de la psicóloga y le escribo, la llamo y le digo que sucede que tal paciente está deprimido o quiere que algún familiar lo acompañe. ...Entonces, sí, yo digo que sí es posible, ¿por qué no hacerlo? Trato como de siempre estar pechichando por esa parte a los pacientes” (Mujer auxiliar de enfermería, UCI pública, 3 años de experiencia).

La realización de “prácticas de cuidado” van encaminadas a lograr confort y a prevenir los daños en términos físicos y biomédicos demostrando pericia, principalmente. “Entonces el solo cuidar del paciente, de cuidarle la piel, de cuidarle los pulmones, tantos cuidados se hacen en pro de lo que uno estudió. Uno

dice yo hice esto, vamos a entregar lo mejor de mis conocimientos, y bien” (Mujer fisioterapeuta, UCI privada, 2 años de experiencia). También se evidencia que el cuidado “tiene que ser un cuidado integral y esa integralidad va dirigida a proteger la dignidad de la persona” (Mujer enfermera, UCI privada, 11 años de experiencia). En este caso la noción de dignidad los participantes la relacionan con la salvaguarda de la intimidad y privacidad de los pacientes.

“Sí se busca la dignidad. Si tú vas a hacer un procedimiento, cubrir al paciente, no dejar exponer las partes, si llega el familiar, que tenga su pañal, cubrirlo así esté monitorizado, que esté tapadito, que esté bañado, que esté limpio. Es importante porque eso es dignidad del paciente” (Hombre enfermero, UCI privada, 11 años de experiencia).

- 4) La subcategoría “Seguimiento a protocolos y normas institucionales” muestra que para los participantes los protocolos orientan las acciones del personal y son de gran importancia; pero en ocasiones estos son muy rígidos y afectan la posibilidad de brindar una atención mas humanizada, pues los protocolos tienen un fuerte énfasis en aspectos administrativos.

“Digamos que a nosotros nos quieren regir mucho con la parte administrativa y es que quieren evitarse las quejas. ...A mí hace dos semanas me prohibieron las video-llamadas porque ellos quieren que sea con protocolo, con consentimiento informado para que ellos no quieren que el paciente a futuro diga es que yo no quería que me vieran mis familiares entubados o los familiares no digan yo no quería que me lo mostraran así” (Mujer auxiliar de enfermería, UCI pública, 4 años de experiencia).

3.3 Significados otorgados a la humanización en cuidado crítico

Los significados que los profesionales y auxiliares que trabajan en UCI (de Bogotá y Cartagena) construyen a partir de su quehacer, sus vivencias y acciones sociales prácticas, es decir desde su contacto con el mundo y el entorno del cuidado crítico, se enmarcan en lo siguiente:

Fueron identificadas dos posturas frente a la humanización: la primera, entendiendo la humanización como una obligación (deontología) de todo el equipo que trabaja en la UCI; la segunda, plantea la humanización como un acto de amor y respeto (profesionalismo) ante el paciente que está en la UCI.

“El tema me gusta en el sentido de que hay un tema humano que significa una política de humanización y los conceptos deberían ser un poco más llevados de corazón, no aprender los conceptos sino llevarlos de corazón y hacer sentir que nosotros tenemos un compromiso ético, moral y humano con la persona que necesita de nuestro apoyo” (Hombre auxiliar de enfermería, UCI privada, 20 años de experiencia).

“En la humanización los cuidados obviamente, los procedimientos tienen que hacerlos uno con pericia, bien hechos, propiciando el cuidado del paciente, no lesionarlos” (Hombre fisioterapeuta, UCI pública, 11 años de experiencia).

“Considero la humanización en UCI, el brindarle un trato digno, un trato integral, un trato eficiente, eficaz al paciente que está allí, desde el abordaje de todas sus dimensiones, física, espiritual. Considero como humanización también el poder incluir al paciente en las decisiones que respectan en cuanto a su salud, poder incluir al familiar también. La humanización en UCI requiere de una cercanía con el paciente, de un abordaje bastante amplio desde los cuidados a su parte física” (Mujer enfermera, UCI pública, 2 años de experiencia).

Los participantes practican la humanización en las UCI a partir de: 1) realizar un buen trato y cordialidad al momento de ejecutar las intervenciones en los pacientes; 2) ponerse en los zapatos del paciente reconociendo su sufrimiento y contexto, esto incluye no olvidar que el paciente tiene una familia; 3) cuidados que garantizan confort al paciente mediante acciones sobre el cuerpo; 4) cumplir con objetivos terapéuticos evitando sufrimiento o daño, siempre en pro de su recuperación y el mejoramiento de su calidad de vida; 5) reconocer la dignidad del paciente, siempre salvaguardando la intimidad y privacidad de los pacientes; 6) prestar atención a la vulnerabilidad del paciente, especialmente los pacientes oncológicos pues se encuentran en un franco sufrimiento y deterioro vital.

Un hallazgo relevante fue la enunciación de la existencia de barreras para la humanización, entre ellas, los participantes dilucidaron: la pandemia, la carencia de insumos en la UCI, las normas institucionales rígidas, la jerarquía en la UCI, la desconfianza de familiares y las practicas de medicina defensiva.

Capítulo 4 - Discusión

A partir de la vivencia de profesionales y auxiliares en las UCI tanto en Bogotá como en Cartagena y a la luz de un análisis mediado por los 8 pilares del proyecto HU-CI, se identificó que estos escenarios clínico asistenciales no son de Puertas Abiertas y presencia y participación de familiares en esta son restringidos, salvo decisiones personales de quien ejerza el proceso de atención y cuidado. Aunque se reconoce que tener horarios más flexibles y una mayor participación de la familia son fundamentales para el cuidado, el mejoramiento de los pacientes. Este hallazgo coincide con lo planteado por Queiroz *et al.*, (2013), Correa-Pérez y Chavarro (2021), Baeza y Quispe (2020) y Martínez Zubieta (2021) quienes afirman que en las unidades que permiten mayor flexibilidad en las visitas e incluyen a la familia como parte fundamental de la atención integral del paciente, logran mayores beneficios para todos los actores partícipes de la UCI (pacientes, familiares y el equipo de atención y cuidado). Sin embargo, advierten, tal como en nuestro estudio, que esto implica cambio en la actitud y hábitos de todos los integrantes del equipo que labora en la UCI. Esto último coincide con Alonso-Rodríguez *et al.*, (2021) quienes encontraron que la mayoría de profesionales de enfermería que laboran en una UCI (la de objeto de indagación) tiene una opinión negativa frente a una UCI de puertas abiertas con horarios de visita flexibles, especialmente porque para ellos esto aumenta su carga laboral; aunque, al igual que en nuestro estudio, admitieron que este tipo de horarios flexibles genera beneficios para el paciente y su familia.

En cuanto a la comunicación el equipo de la UCI y el paciente o su familia, nuestros hallazgos fueron de dos tipos: en algunos casos asertiva, amplia y fluida, y en otros escasa y netamente sobre los aspectos biomédicos y patológicos del paciente. En este mismo sentido, nuestro estudio coincide con lo planteado por Baeza y Quispe (2020) y Palomo y López (2020) al afirmar que la comunicación con los pacientes y sus familiares favorece un clima de confianza y respeto, facilita la toma conjunta de decisiones, especialmente en momentos difíciles, brinda soporte emocional a la familia al tiempo que les permite entender el diagnóstico, el pronóstico y las opciones terapéuticas, y sobre

todo que el equipo de la UCI pueda entender al paciente como una persona; de igual forma tal como lo refieren estos autores aún es frecuente encontrar que en las UCI la información está limitada a una vez al día y en muchos casos sin adaptarse a las necesidades específicas de los pacientes o sus familiares. Para nuestros participantes, en general, la pandemia tuvo una influencia negativa en este aspecto, pues en todos los casos esta información brindaba vía telefónica y con un tiempo reducido; sin embargo, para Franco Coffré *et al.*, (2021) el uso de la tecnología unió familias con sus pacientes en la UCI, permitiendo conocer sobre su estado y esto posibilitó humanizar el cuidado. En nuestro estudio solo dos de los participantes tuvieron esta percepción.

En cuanto a la comunicación interna entre el equipo de la UCI nuestros hallazgos plantean que cuando esta no es efectiva, no se promueve el trabajo en equipo, se disminuye la confianza y aparecen conflictos. Así mismo lo han planteado Correa-Pérez y Chavarro (2021) y Baeza y Quispe (2020), quienes tras sus revisiones concluyen que los conflictos entre los miembros de los equipos de la UCI son frecuentes y en muchos casos son causados por fallas en la comunicación, y que esto influye negativamente en el bienestar del paciente y su familia.

Nuestro estudio encontró que la noción de Bienestar del paciente está en consonancia con la preocupación por medidas de confort y solución de necesidades biológicas y biomédicas de los pacientes, tales como el como frío, el calor, la sed o el dolor, principalmente. Y un poco menos desarrollada la idea frente al bienestar desde una perspectiva biopsicosocial y emocional. En este mismo sentido Alonso-Ovies y Heras La Calle (2016) advertían que el primer paso par preocuparse por el bienestar del paciente es prestar atención a los aspectos físicos, pero que habría que avanzar en la preocupación por las percepciones y sentimientos de los pacientes, los cuales son vitales para ellos. Los hallazgos de este estudio invitan a que en las UCI sean incorporadas valoraciones de índole biopsicosocial y emocional para el paciente y su familia en aras de contribuir a resolver sus necesidades de acuerdo con las capacidades de cada institución, coincidiendo así con lo planteado por Rojas (2019). Es de resaltar aquí que en nuestro estudio no tuvimos participación de personal de psicología y trabajo social, quienes, de acuerdo con los relatos de nuestros participantes, vienen cada vez más

incorporándose a los equipos de la UCI, aunque de forma tangencial. Así, al igual que Correa-Pérez (2018) planteamos que aún falta por explorar aspectos de la atención en cuidado crítico relacionados con la percepción del paciente y su familia, y aspectos contextuales como género, etnia y capacidades económicas, sociales y culturales.

Los Cuidados al personal que trabaja en la UCI, tanto físicos como mentales, son de vital importancia para la humanización en estos escenarios; sin embargo, nuestro estudio evidenció que estrategias al respecto, tradicionalmente son escasas o esporádicas, salvo en época de la pandemia de COVID-19 que llevó a las instituciones a implementar apoyo psicológico al personal de las UCI. Aunque Correa-Pérez y Chavarro (2021) plantean que recientemente las sociedades científicas han buscado estrategias para detectar y mitigar el síndrome de desgaste profesional en sus tres dimensiones (agotamiento emocional, despersonalización y baja autoestima profesional), nuestros hallazgos dan cuenta que esto no es una política instaurada de manera universal en las UCI.

Se encontró que la Prevención, manejo y seguimiento del síndrome post-UCI es un pilar fundamental para lograr la humanización de la UCI y más allá de esta, pero aún está por desarrollarse en sus términos esenciales, superando la el enfoque de seguimiento a la satisfacción del paciente. En este sentido, tal como lo plantean Baeza y Quispe (2020), vale la pena que las UCI incluyan en su hacer estrategias de seguimiento a mediano y largo plazo sobre el impacto en la calidad de vida de los pacientes y sus familias, pues el el paciente crítico produce crisis familiares durante su estancia en la UCI e incluso mucho más luego de salir de este escenario. Quizá una limitante para el desarrollo de este pilar se relaciona con el sistema de salud y su precario financiamiento en Colombia. Es un tema por seguir indagando.

Contar con una infraestructura humanizada, de acuerdo con nuestros resultados, se relaciona con el confort y el bienestar de los pacientes. Efectivamente, así lo conciben Baeza y Quispe (2020) y Nin, MartinHeras La Calle (2020) para quienes las condiciones ambientales de luz, temperatura, acústica, mobiliario, entre otros, deben hacer de la UCI un espacio donde la eficacia técnica esté ligada a la calidad de atención. Así mismo lo conciben nuestros participantes. Sin embargo, en este aspecto

financiamiento con el que cuente la UCI es clave, aunque no es una regla, nuestro estudio identificó que se acercan más a los presupuestos de infraestructura humanizada las UCI de carácter privado y un poco menos las UCI del sector público, con algunas excepciones.

En cuanto a los Cuidados al final de la vida nuestros hallazgos coinciden con lo propuesto por Baeza y Quispe (2020) y Nin, MartínHeras La Calle (2020), pues como afirman estos autores, en pacientes críticos en fase de fin de vida, los protocolos específicos y la evaluación periódica de la atención ofrecida son requisitos básicos para ejecutar acciones y valorar las necesidades de los pacientes y sus familiares tanto en términos físicos, psicosociales, emocionales y espirituales. De acuerdo con nuestros participantes, en esto es esencial el manejo integral, respetuoso y digno para los pacientes, cobrando un papel relevante los profesionales en psicología, trabajo social y cuidados paliativos; también la atención a los posibles dilemas bioéticos o conflictos éticos que puedan presentarse, donde se hace clave una comunicación asertiva, compasiva y empática, presupuesto coincidente con lo planteado por Correa-Pérez y Chavarro (2021); finalmente, una UCI con políticas fortalecidas frente al manejo del paciente al final de la vida, la provisión de muerte digna y sin dolor, entiende que esto es parte de los procesos de cuidado propios de este escenario, tal como lo plantea Correa-Pérez (2020).

Las vivencias de profesionales y auxiliares que laboran en las UCI permiten a estos realizar acciones y con ellas posibilidad de elegir y de actuar dentro de las condiciones en las que desarrollan su quehacer y otorgan sentido a la humanización durante la prestación de servicios en la UCI. Es así como emergen la Atención integral en la UCI y la Atención a la vulnerabilidad del paciente, cuya base son el conjunto de acciones encaminadas en la recuperación del paciente en términos físicos, fisiológicos y biomédicos de la mano con la cordialidad, el buen trato y la realización prácticas de alternativas que generen en el paciente confort. Esto implica, siguiendo a Torres-Ospina, Vanegas-Díaz & Yepes-Delgado (2016), que los profesionales y auxiliares que laboran en las UCI estén capacitados en tres dimensiones: *tekhne* (competencia técnica), *philanthropia* (amor al hombre y empatía) *paideia* (educador) y por tanto deban cambiar el concepto clásico de salud y de la estancia de los pacientes en la UCI, ampliando su

horizonte de sentido y quehacer en la este escenario clínico-asistencial. Hace falta estudiar a profundidad el entendimiento de la vulnerabilidad de los pacientes en la UCI, más allá de la idea de protección y confort.

Actuar con “Profesionalismo” en el paciente que está en UCI llama la atención sobre la sensibilidad ética de la mano con la vocación, el amor y la preocupación por el interés del paciente y la praxis de virtudes éticas. Emerge con esto, en nuestro estudio, un horizonte de sentido para la humanización en la UCI que teóricamente Camps (2007), Camps (2015) y Cruz (2020) han enunciado como la excelencia en las profesiones sanitarias, llamado la atención en crear confianza mediante la demostración de competencia científica y técnica, y compromiso con el interés por el paciente, lo cual se traduce en la praxis de algunas virtudes éticas, tales como compasión, amabilidad, integridad, benevolencia y cuidado; resaltadas por los participantes en este estudio. Al respecto, Yuguero, Esquerda, Vinas, Soler–Gonzalez y Pifarré (2019) plantean que razonamiento moral, sensibilidad ética y empatía favorecen la adquisición de actitudes, valores y comportamientos que a su vez previenen la erosión ética y promueven una alta calidad en la atención en salud. Cuestión que evidencian Carmona González y Montalvo Prieto (2019) al plantear que la sensibilidad moral ante las prácticas de cuidado, especialmente de enfermería, con pacientes en fase terminal, crónicos y de unidades de cuidados intensivos es un aspecto que debe ser investigado (Carmona González & Montalvo Prieto, 2019).

Lo anterior implica una mirada más amplia a las “prácticas de cuidado”, más allá de lograr confort y prevenir daños en términos físicos; y de la noción de dignidad en términos de salvaguarda de la intimidad y privacidad de los pacientes, tal como fueron nuestros hallazgos. El cuidado debe ser entendido como una virtud relacional, en las prácticas virtuosas de cuidado en la UCI los intereses del cuidador y del paciente están entrelazados constituyendo, como lo plantea Beato (2020), un “Yo relacional”, un agente virtuoso que se preocupa y ocupa por la excelencia profesional. Por su parte, según Torralba (2005) la palabra dignidad es polisémica y ha sido objeto de múltiples interpretaciones; puede hacer referencia a, o está relacionado con, un estado de ser valorado, el goce de la libertad alejada de la miseria, la autonomía y la autodeterminación,

el decoro, la decencia y el pudor, o el valor de toda persona. En nuestro estudio la noción de dignidad de los participantes está relacionada con el pudor y cuidado a la intimidad-privacidad como un acto de respeto por la persona. Una pregunta que emerge, siguiendo a Prieto *et al* (2020), es ¿qué comprendemos por dignidad humana de los pacientes en UCI?

Los protocolos y las normas institucionales, en nuestro estudio fueron catalogadas como orientadoras de las acciones del personal, pero en ocasiones su rigidez afecta la posibilidad de brindar una atención mas humanizada; sin embargo, para Hernández-Zambrano *et al* (2020), el diseño de protocolos multidisciplinarios, especialmente para la atención de pacientes al final de la vida en UCI, son herramientas que mejoran la atención del paciente crítico y su familia.

En cuanto a los significados que los profesionales y auxiliares que trabajan en UCI (de Bogotá y Cartagena) otorgan a la humanización entorno al cuidado crítico los hallazgos conducen a interpretar dos posturas: como una obligación (deontología) de todo el equipo que trabaja en la UCI y como un acto de amor y respeto (profesionalismo) ante el paciente que está en la UCI. La primera es consistente con lo planteado por Martínez (2021) quien afirma que “la humanización de las UCI y de todo servicio de salud en la actualidad debe ser obligada”. La segunda se relaciona con los postulados de Camps (2015), sin embargo no existen investigaciones que aborden este topico en este mismo sentido.

Estas dos posturas frente al entendimiento y significación de la humanización están entrelazadas y en permanente retroalimentación, pues, al decir de los participantes, se trata de lograr que, por un lado, en la UCI las acciones realizadas vayan encaminadas al cumplimiento de los deberes médicos de promover el mayor beneficio al paciente, recuperar la mayor calidad de vida posible para este, evitar daños y satisfacer de sus necesidades; y por otro lado, brindar una atención personalizada atendiendo a la dignidad del paciente como persona, con empatía y compasión para poder comprender la situación del paciente y así ayudarle en la medida de lo posible, proporcionando cuidados de acuerdo a sus necesidades, evitando las desigualdades. Esto implica prestar atención a las necesidades físicas, fisiológicas, biomédicas, psicológicas y espirituales del paciente,

pero también llama la atención sobre la sensibilidad ética que cada miembro del equipo de atención que labora en la UCI habrá de cultivar en su quehacer cotidiano.

Capítulo 5 - Conclusiones

Finalmente se puede concluir que la humanización en las UCI tanto desde la perspectiva deontológica como de profesionalismo están entrelazadas y en permanente retroalimentación, en todo caso se relaciona con 1) realizar un buen trato y cordialidad al momento de ejecutar las intervenciones en los pacientes; 2) ponerse en los zapatos del paciente reconociendo su sufrimiento y contexto, esto incluye no olvidar que el paciente tiene una familia; 3) cuidados que garantizan confort al paciente mediante acciones sobre el cuerpo; 4) cumplir con objetivos terapéuticos evitando sufrimiento o daño, siempre en pro de su recuperación y el mejoramiento de su calidad de vida; 5) reconocer la dignidad del paciente, siempre salvaguardando la intimidad y privacidad de los pacientes; 6) prestar atención a la vulnerabilidad del paciente, especialmente los pacientes oncológicos pues se encuentran en un franco sufrimiento y deterioro vital.

Dado este hallazgo frente a practicar la humanización tanto en sentido deontológico como de profesionalismo y su relación con el buen trato, surgen inquietudes frente a la sensibilidad ética en quienes realizan su quehacer asistencial en las UCI y en la toma de decisiones. La pandemia generó crisis para la atención humanizada expresada, entre otras, en ausencia de apoyo psicosocial al personal que trabaja en UCI.

5.1 Cumplimiento de objetivos y aportes a líneas de investigación de grupo

Se cumplieron a cabalidad los objetivos del proyecto de investigación y con la generación de nuevo conocimiento con productos para la línea Gestión integral en salud del grupo de investigación en Salud Pública del programa de Fisioterapia de la Corporación Universitaria Iberoamericana, así como lazos con otras instituciones como la Universidad de Cartagena.

Se promueve una fundamentación contextual para la humanización de las UCI en Colombia desde la vivencia de los principales actores que interactúan en la prestación de servicios en cuidado crítico, promoviendo una mirada más allá del uso la tecnología

atención en salud, forjando conciencia en profesionales y auxiliares sobre la vulnerabilidad, respeto y dignidad que merece el sujeto de cuidado.

5.2 Producción asociada al proyecto

Informe final de investigación.

Artículo de investigación propuesto para publicación en revista indexada.

5.3 Líneas de trabajo futuras

Humanización en salud y su relación con la sensibilidad ética y la bioética en perspectiva de derechos humanos, como fortalecimiento de la línea Gestión integral en salud del grupo de investigación en Salud Pública del programa de Fisioterapia de la Corporación Universitaria Iberoamericana.

Anexos

Anexo 1. Guía de Entrevista

Código de Anonimización:

- **Género**
- **Rol en UCI**
- **Años de Experiencia**

Objetivo Específico	Pregunta
Rompiendo el hielo	<ul style="list-style-type: none">- ¿Cómo estas? ¿Qué tal la has pasado en esta época de pandemia y cuarentenas?- ¿Hace cuánto tiempo trabajas en UCI?- ¿Solo has trabajado acá o también en otros lugares?
<ul style="list-style-type: none">- Describir, a partir de las vivencias de profesionales y auxiliares que laboran en Unidades de Cuidado Intensivo de Bogotá y Cartagena, los aspectos comunicacionales, de infraestructura y bioéticos que sustentan la humanización en la atención prestada.	<ul style="list-style-type: none">- ¿En la UCI, cómo son los horarios para visitas, restringidos o es más bien una UCI de horarios flexibles?- ¿En qué medida la UCI incluye a los familiares en la atención y en los cuidados de los pacientes?- ¿Desde tu experiencia en UCI cómo describirías la información y

	<p>la comunicación entre paciente, familiar y equipo de UCI?</p> <ul style="list-style-type: none"> - ¿Desde tu punto de vista por qué crees que se piensa en la comodidad del paciente durante la estancia en la UCI? - - Desde una mirada integral ¿Qué piensas acerca de curar y cuidar al paciente como persona? - ¿Que observas en la unidad en cuanto al trato o cuidado de un paciente que se encuentra al final de su vida?
<ul style="list-style-type: none"> - Comprender las acciones que profesionales y auxiliares desarrollan para humanizar el cuidado y la atención de pacientes y familiares en Unidades de Cuidado Intensivo de Bogotá y Cartagena. 	<ul style="list-style-type: none"> - Suponiendo que tu eres el director de la UCI ¿Cuáles serían las acciones a implementar o las condiciones necesarias para atender a la vulnerabilidad de las personas? - ¿Qué acciones realizas para atender en UCI con un sentido humanizado?

	<ul style="list-style-type: none">- En tu experiencia de atención de cuidado crítico ¿qué consideras como humanización en UCI?
--	--

Anexo 2. Matriz para el proceso de codificación y análisis

Objetivo	Categorías	Subcategorías	Frases informantes	Interpretación (análisis de discursos)
Describir, a partir de las vivencias de profesionales y auxiliares que laboran en Unidades de Cuidado Intensivo de Bogotá y Cartagena, los aspectos comunicacionales, de infraestructura y bioéticos que sustentan la humanización en la atención prestada.	Vivencia en la UCI (objetivación de la experiencia constituida por lo aprendido y lo vivido, lo cual permite la producción de sentido común)	UCI de Puertas Abiertas y Participación de Familiares	 	
		Comunicación	 	
		Cuidado del paciente	 	
		Bienestar del paciente	 	

		Cuidados al final de la vida		
		Infraestructura		
Seguimiento síndrome post-UCI				
Cuidados al personal				

Comprender las acciones que profesionales y auxiliares desarrollan para humanizar el cuidado y la atención de pacientes y familiares en Unidades de Cuidado Intensivo de Bogotá y Cartagena.	Acción social (comportamiento humano por medio del cual los individuos se relacionan en sociedad y en las instituciones, acción práctica que permite a los sujetos la posibilidad de elegir y de actuar dentro de las condiciones en las que se desenvuelve)	Atención integral en UCI		
		Atención a la vulnerabilidad del paciente		
		Profesionalismo y prácticas de cuidado		
		Seguimiento a protocolos y normas institucionales		

		Atención humanizada		

Anexo 3. Consentimiento informado

Estás siendo invitado a participar en una investigación titulada “Significados de la humanización en cuidado crítico. Vivencias y acciones de profesionales y auxiliares de Unidades de Cuidado Intensivo de Bogotá y Cartagena”. Cuyo investigador principal es el profesor Luis Alberto Sánchez Alfaro (Corporación Universitaria Iberoamericana) y como co-investigadoras la profesora Yolima Carmona González (Universidad de Cartagena) y las estudiantes de Fisioterapia en Cuidado Crítico Yuri Viviana Silva Pinilla, Luisa Fernanda Garzón Ortiz, Mónica Alejandra Medina Carrión (Corporación Universitaria Iberoamericana).

El objetivo general de la investigación es: Analizar los significados otorgados a la humanización en cuidado crítico, a partir de las vivencias y acciones de profesionales y auxiliares de Unidades de Cuidado Intensivo de Bogotá y Cartagena.

La participación en este proyecto consiste en una entrevista en línea (Online interview) como parte de la investigación mencionada. Para la entrevista se debe disponer de un tiempo aproximado que puede oscilar entre una y dos horas, esta será de carácter individual.

Su participación será un valioso aporte para la investigación, su nombre no será incluido en ningún informe (anonimato). La información suministrada sólo será utilizada para los fines de esta investigación y sus productos científicos o académicos derivados. La entrevista y los grupos focales se realizarán mediante videollamas que serán grabadas, no obstante se garantiza su total salvaguarda, confidencialidad y privacidad absoluta.

La colaboración y participación en la investigación es voluntaria por esta razón estará en libertad de participar o no en la investigación o retirarse en cualquier momento, durante la entrevista si así lo desea.

Según la norma Colombiana Resolución 008430 de 1993 esta investigación se clasifica como “Investigación Sin riesgo” ya que tanto en el proceso de entrevista en línea como en las discusiones de los grupos focales en línea, no se indagará sobre fenómenos y sucesos de la vida privada e íntima, es decir no se obtendrá información sensible sobre los procesos vitales de los participantes. La investigación no pondrá en riesgo la vida o la integridad física o mental de las personas entrevistadas.

En concordancia con la Declaración Universal sobre Bioética y Derechos Humanos de la Unesco (2005), el investigador asume el compromiso de respeto a la Dignidad y derechos humanos, Privacidad y confidencialidad, No discriminación y no estigmatización y Respeto de la diversidad cultural y del pluralismo. Los investigadores se comprometen y garantizan dar respuesta a cualquier interrogante o duda acerca de los procesos de indagación (entrevista) relacionados con la investigación.

Por todo lo anterior y habiendo aclarado las dudas respecto de la participación en la investigación:

Yo, _____ manifiesto mi voluntad de participar en la investigación y autorizo utilizar los resultados a partir de mi participación con la entrevista, con el fin de ser utilizados para los fines pertinentes de esta investigación, sus productos científicos o académicos derivados, o investigaciones futuras relacionadas con la investigación titulada “Significados de la humanización en cuidado crítico. Vivencias y acciones de profesionales y auxiliares de Unidades de Cuidado Intensivo de Bogotá y Cartagena”.

Firma e identificación del participante: _____

Firma e identificación del investigador: _____

Fecha de diligenciamiento: _____

Referencias

- 2nd World Conference on Research Integrity. (2010). Declaración de Singapur sobre la Integridad en la Investigación. Singapur, Singapur.
- Al-Saadi, M. (2018). Clinical teaching in the intensive care unit: evaluation of the perception of trainees and physicians. *University of Houston*, 24. Obtenido de <https://uh-ir.tdl.org/handle/10657/3116>
- Alonso-Ovies, A y Heras La Calle, G. (2016). ICU: a branch of hell? *Intensive Care Med.* 42: 591–592. <https://doi.org/10.1007/s00134-015-4023-7>
- Alonso-Oviés, Á., & Heras La Calle, G. (2020). Humanizing care reduces mortality in critically ill patients. *Med Intensiva*, 44(2), 122-124.
- Alonso-Rodríguez A, Martínez-Villamea S, Sánchez-Vallejo A, Gallego-Lorenzo J, Fernández-Menéndez M. (2021). Perspectivas de los profesionales de enfermería de cuidados intensivos sobre las visitas abiertas en una UCI. *Enferm Intensiva*. 32: 62-72. <https://doi.org/10.1016/j.enfi.2020.02.005>
- Ameigeiras, A. (2006). El abordaje etnográfico en la investigación social. En I. Vasilachis, *Estrategias de investigación cualitativa*. Barcelona: Editorial Gedisa.
- Amezcuca, M., & Gálvez Toro, A. (2002). Los modos de análisis en investigación cualitativa en salud: perspectiva crítica y reflexiones en voz alta. *Rev Esp Salud Pública*, 76(5), 423-436.
- Andino Acosta, C. (2015). Bioética y humanización de los servicios asistenciales en la salud. *Revista Colombiana de Bioética*, 10(1), 38-64.
- Arango Campo, D., Durán González, S., & Jaimes Plata, M. (2020). *Cuidado humanizado a los pacientes en cuidado intensivos: una scooping review*. Universidad Cooperativa de Colombia. Santa Marta: Universidad Cooperativa de Colombia.
- Arantzamendi, M., Lopez-Dicastillo, O., Robinson, C., & Carrasco, J. (2016). Investigación cualitativa en Cuidados Paliativos. Un recorrido por los enfoques más habituales. *Medicina Paliativa*(209), 1-8.
- Ávila-Morales, J. (2017). La deshumanización en medicina. Desde la formación al ejercicio profesional. *IATREIA*, 30(2), 216-229.

- Baeza Gómez, I y Quispe Hoxsas, LC. (2020). Proyecto “Humanizando los Cuidados Intensivos”, nuevo paradigma de orientación de los Cuidados Intensivos. *Revista de Bioética y Derecho*. 48: 111-126.
- Beato, J. (2020). O Cuidado Como Virtude: um Diálogo Entre a Ética das Virtudes e a Ética do Cuidado. *Revista Portuguesa de Filosofia*. 76 (1): 285-318.
https://doi.org/10.17990/RPF/2020_76_1_0285
- Bermejo, J. C. (2014). *José Carlos Bermejo*. ¿Derecho a la humanización? [Mensaje en un blog]Obtenido de <https://www.josecarlosbermejo.es/derecho-a-la-humanizacion/>
- Bermejo, J. C., & Villacieros Durban, M. (2018). Humanización y acción. *Revista Iberoamericana De Bioética*, (8), 01-16. <https://doi.org/10.14422/rib.i08.y2018.005>
- Bermejo, J., & Villacieros Durban, M. (2018). Humanización y acción. *Revista Iberoamericana de Bioética*(8), 1-16.
- Camps Cervera, V. (2007). La excelencia de las profesiones sanitarias. *Humanitas. Humanidades médicas: tema del mes online*(21), 11-21.
- Camps Cervera, V. (2015). Los valores éticos de la profesión sanitaria. *Educación médica*, 16(1), 3-8.
- Carmona González, Y., & Montalvo Prieto, A. (2019). Nurses’ Moral Sensitivity Regarding the Terminally Ill. *Educ. Enferm.*, 37(3), e07.
- Correa Zambrano, M. L. (2016). La humanización de la atención en los servicios de salud: un asunto de cuidado. *Revista Cuidarte*, 7(1), 1227-31.
<https://doi.org/10.15649/cuidarte.v7i1.300>
- Correa-Pérez, LP y Chavarro, GA. (2021). Integralidad en la atención del paciente crítico: buscando un camino para humanizar la UCI. *Acta Colomb Cuid Intensivo*. 21(1): 77-82. <https://doi.org/10.1016/j.acci.2020.04.004>
- Correa-Pérez, LP. (2018). Humanización en la UCI desde una perspectiva antropológica: la percepción del cuerpo y la identidad del sujeto en los pacientes en la unidad de cuidado intensivo. *Acta Colomb Cuid Intensivo*. 18(3):175-178.
<https://doi.org/10.1016/j.acci.2018.02.001>

- Correa-Pérez, LP. (2020). Aspectos bioéticos de la extubación paliativa dentro de los cuidados de fin de vida en el paciente no recuperable en la UCI. *Acta Colomb Cuid Intensivo*. 1-10. <https://doi.org/10.1016/j.acci.2020.11.003>
- Cruz, JS. (2020). Ética das virtudes: em busca da excelencia. *Rev Med (São Paulo)*. 99(6): 591-600. <http://dx.doi.org/10.11606/issn.1679-9836.v99i6p591-600>
- Cruz, R. G. (1992). Medicina Intensiva y las Unidades de Cuidados Intensivos Definición-Desarrollo Histórico-Utilización de sus Recursos. *Revista médica Hondureña*, 3. Obtenido de <https://revistamedicahondurena.hn/assets/Uploads/Vol60-1-1992-13.pdf>.
- de la Fuente-Martos, C., Rojas-Amezcu, M., Gómez-Espejo, M., Lara-Aguayo, P., Morán-Fernandez, E., & Aguilar-Alonso, E. (2018). Implantación de un proyecto de humanización en una Unidad de Cuidados Intensivos. *Medicina Intensiva*, 48(2), 99-109.
- Departamento Administrativo de Ciencia, Tecnología e Innovación -COLCIENCIAS. (2018). Resolución 0314 de 2018. Política de Ética de la investigación, Bioética e Integridad científica. Bogotá, Colombia.
- Ferreira Deslandes, S., & Gomes, R. (2007). La investigación cualitativa en los servicios de salud: notas teóricas. En M. Magalhães Bosi, & F. Mercado, *Investigación cualitativa en los servicios de salud*. Buenos Aires: Lugar Editorial.
- Forero Sarmiento, V., & Jiménez Rodríguez, M. D. (2020). *Atención humanizada en cuidado crítico: fundamentos técnico-científicos, de profesionalismo y bioéticos. Estudio descriptivo exploratorio en personal de Unidades de Cuidado Intensivo de Bogotá*. Bogotá: Corporación Universitaria Iberoamericana.
- Franco Coffré, JA., Mariño Cano, H., Morán Asencio, RP., Yugcha Andino, GE. (2021). El desafío de brindar un cuidado humanizado en las unidades de Cuidados intensivos, durante la pandemia por la COVID 19. *Polo del Conocimiento. Revista Científico-Académica Multidisciplinaria*. Vol. 6(10). Disponible: <https://polodelconocimiento.com/ojs/index.php/es/article/view/3214>
- García, D., & NOBLE Compañía de Seguros. (2019). *Atención centrada en la persona: Humanización de los cuidados intensivo*. Buenos Aires: Noble, Compañía de seguros.

- Gómez Henao, J. (2020). *Bioética y toma de decisiones fisioterapéuticas en la unidad de cuidado intensivo de la Clínica Shaio*. Bogotá: Corporación Universitaria Iberoamericana.
- Grupo de trabajo de certificación de Proyecto HU-CI. (2019). *Manual de buenas prácticas de humanización en Unidades de Cuidados Intensivos*. Madrid: Proyecto HU-CI.
- Heras La Calle, G. (01 de 01 de 2020). *Humanizando los Cuidados Intensivos*. Obtenido de Tenemos un plan... y 160 medidas concretas: <https://proyectohuci.com/es/tenemos-un-plan/>
- Heras La Calle, G. (2018). My Favorite Slide: The ICU and the Human Care Bundle. Eight aspects of care to improve ICU management from a human-centered care model. *NEJM Catalyst Innovations in Care Delivery*, 1-10.
- Heras La Calle, G., Alonso-Oviés, Á., & Gómez Tello, V. (2017). A plan for improving the humanisation of intensive care units. *Intensive Care Med*, 43(4), 547-549.
- Heras La Calle, G., Martin, M., & Nin, N. (2017). Seeking to humanize intensive care. *Rev Bras Ter Intensiva*, 29(1), 9-13.
- Hernández-Zambrano, SM., Carrillo-Algarra, AJ., Estupiñán-Avellaneda, YJ., González-Rodríguez, AC., Martínez-Herrera, E., Enciso-Olivera, CO & Gómez-Duque, M. (2020). Privilegiar la dignidad durante la muerte en unidades de cuidados intensivos. Perspectivas del personal de salud. *Repert. Med. Cir.* 29(2): 111-121. <https://doi.org/10.31260/RepertMedCir.01217273.934>
- Hooley, T., Marriott, J., & Wellens, J. (2012). Online interviews and focus groups. En T. Hooley, J. Marriott, & J. Wellens, *What is online research?* London: Bloomsbury.
- Joven, Z., & Guáqueta Parada, S. (2019). Percepción del paciente crítico sobre los comportamientos de cuidado humanizado de enfermería. *Av Enferm*, 37(1), 65-74.
- Martínez Zubieta, R. (2021). Humanización en la Unidad de Cuidados Intensivos. *Med Crit.* 35(3):144-147. <https://doi.org/10.35366/100003>
- Ministerio de Salud y Protección Social - Instituto Nacional de Cancerología - ESE. (2016). *Plan de humanización*. Bogotá: Instituto Nacional de Cancerología - ESE.

Ministerio de Salud. (28 de 07 de 2015). Obtenido de calidad y humanización de la atención: <https://www.minsalud.gov.co/salud/publica/PI/Paginas/calidad-humanizacion-atencion.aspx>.

Moreno Pérez, L., & Polo Méndez, F. E. (2018). *Humanizando las unidades de cuidado intensivo: una propuesta desde la comunicación centrada en las necesidades de la familia*. Corporación Universitaria Iberoamericana. Bogotá: Corporación Universitaria Iberoamericana.

Nin Vaeza, N., Martín Delgado, M., & Heras La Calle, G. (2020). Humanizing Intensive Care: Toward a HumanCentered Care ICU Model. *Critical Care Medicine*, 48(3), 385-390.

Organización de la Unidad de Cuidados Intensivos del Hospital Gaspar García Laviana del Departamento de Rivas, I-II Semestre 2015.
<https://repositorio.unan.edu.ni/2297/1/40151.pdf>

Organización de las Naciones Unidas para la Educación, la Ciencia y la Cultura - UNESCO. (2005). Declaración Universal sobre Bioética y Derechos Humanos. París, Francia.

Palomo Navarro, M y López Camps, V. (2020). Medicina intensiva. Aspectos bioéticos. Información y comunicación. *Revista de Bioética y Derecho*. 48: 23-39.

Prieto, P., Rodríguez, N., Gómez, L., Cárdenas, Y., Celis, É. (2020). Percepciones de dignidad y respeto en Unidades de Cuidado Intensivo". *Acta Colombiana de Cuidado Intensivo*. 20(2): 77-85. <https://doi.org/10.1016/j.acci.2020.01.005>

Queiroz AHAB, Soares Pontes RJ, Alves e Souza ÂM, Rodrigues TB. (2013). Percepção de familiares e profissionais de saúde sobre os cuidados no final da vida no âmbito da atenção primária à saúde. *Ciencia Saude Coletiva*. 2013;18: 2615-23.

República de Colombia - Ministerio de Salud y Protección Social. (2015). *Atlas de variaciones geográficas en salud de Colombia. Estudio piloto 2015*. Bogotá: Ministerio de Salud y Protección Social.

República de Colombia - Ministerio de Salud. (04 de 10 de 1993). Resolución 008430 del 4 de 1993. Por la cual se establecen las normas científicas, técnicas y administrativas para la investigación en salud. Bogotá, Colombia.

- Rico, A. P. (2005). Cuidados intensivos y cuidados paliativos. *ScienceDirect*, 3. doi:10.1157/13074613
- Rodríguez Sabiote, C., Lorenzo Quiles, O., & Herrera Torres, L. (2005). Teoría y práctica del análisis de datos cualitativos. Proceso general y criterios de calidad. *Revista Internacional de Ciencias Sociales y Humanidades, SOCIOTAM*, XV(002), 133-154.
- Rojas, V. (2019). Humanización de los cuidados intensivos. *Revista Médica Clínica Las Condes*, 30(2), 120-125.
- Romero-Massa, E., Contreras-Méndez, I., Pérez-Pájaro, Y., Moncada, A., & Jiménez-Zamora, V. (2013). Cuidado humanizado de enfermería en pacientes hospitalizados. Cartagena, Colombia. *Rev Cienc Biomed*, 4(1), 60-68.
- Rueda Castro, L., Gubert, I. C., Duro, E. A., Cudeiro, P., Sotomayor, M. A., Benites Estupiñan, E. M., . . . Sorokin, P. (2018). Humanizar la medicina un desafío conceptual y actitudinal. *Revista Iberoamericana de Bioética*(8), 1 - 15.
- Souza Minayo, M. (2010). Los conceptos estructurantes de la investigación cualitativa. *Salud Colectiva*, 6(3), 2010.
- Torralla, F. (2005). ¿Qué es la dignidad? Barcelona: Editorial Herder.
- Torres-Ospina, J., Vanegas-Díaz, C., & Yepes-Delgado, C. (2016). Atención centrada en el paciente y la familia en la unidad de cuidado intensivo pediátrica del hospital Pablo Tobón Uribe, sistematización de la experiencia. *Rev. Gerenc. Polít. Salud*, 15(31), 190-201.
- Vasilachis, I. (2006). La investigación cualitativa. En I. Vasilachis, *Estrategias de investigación cualitativa*. Barcelona: Editorial Gedisa.
- Velasco Bueno, J. M., & La Calle, G. H. (2020). Humanizing Intensive Care: From Theory to Practice. *Critical care nursing clinics of North America*, 32(2), 135–147. <https://doi.org/10.1016/j.cnc.2020.02.001>.
- Wilson, M., Beesley, S., Grow, A., Rubin, E., Hopkins, R., Hajizadeh, N., & Brown, S. (2019). Humanizing the intensive care unit. *Critical Care*, 23(32), 1-3.
- World Science Forum. (2019). Declaration of the 9th world science forum: Science Ethics and Responsibility. Budapest, Hungría.

Yuguero, O., Esquerda, M., Vinas, J., Soler-Gonzalez, J., & Pifarré, J. (2019). Ethics and empathy: The relationship between moral reasoning, ethical sensitivity and empathy in medical students. *Rev. Clin. Esp.*, 219(2), 73-78.

<https://doi.org/10.1016/j.rce.2018.09.002>