

**“ABRIR LAS PUERTAS DE LA UNIDAD DE CUIDADOS INTENSIVOS, UN
BENEFICIO PARA LOS PACIENTES, LA FAMILIA Y EL PERSONAL DE
SALUD”**

LUIS CARLOS BEDOYA FERNANDEZ

YURANY MOLINA ALVAREZ

UNIVERSIDAD DE ANTIOQUIA

FACULTAD DE ENFERMERÍA

MEDELLÍN

2.021

**“LA NECESIDAD DE ABRIR LAS PUERTAS DE LA UNIDAD DE CUIDADOS
INTENSIVOS, UN BENEFICIO PARA LOS PACIENTES, LA FAMILIA Y EL
PERSONAL DE SALUD”**

YURANY MOLINA ALVAREZ

LUIS CARLOS BEDOYA FERNANDEZ

**Monografía para optar al título de Especialistas en Cuidado de Enfermería al
Adulto en Estado Crítico de Salud**

ASESORA

Berena Patricia Torres Marín

Profesora Facultad de Enfermería

Universidad de Antioquia

UNIVERSIDAD DE ANTIOQUIA

FACULTAD DE ENFERMERÍA

Departamento de Posgrados

**ESPECIALIZACIÓN EN CUIDADO DE ENFERMERÍA AL ADULTO EN ESTADO
CRÍTICO DE SALUD**

MEDELLÍN

2021

Agradecimientos a nuestras familias por su comprensión, su apoyo incondicional y por las palabras de aliento y el consuelo en los momentos de fallecimiento, a los docentes de la especialización, en especial a la profesora Berena Patricia Torres por su guía y puntos de vista, con lo que logramos hallar la dirección para el desarrollo del trabajo monográfico, a la profesora Luz Stella Varela por su compromiso con el programa, por su alegría permanente y lo contagioso de sus ánimos, a la clínica del Norte y al Hospital Pablo Tobón Uribe, instituciones en las cuales laboramos actualmente y nos brindaron los tiempos y el espacio para la asistencia a las clases y prácticas de la especialización.

TABLA DE CONTENIDO

1. Introducción	10
2. Planteamiento del problema	13
3. Formulación sustentada.....	14
4. Justificación	20
5. Pregunta monográfica.....	22
6. Objetivos	
6.1 Objetivo General	
6.2 Objetivos específicos	23
7. Metodología.....	24
8. Presentación del material	
8.1 Descripción del material	28
9. Resultados y discusión	
9.1 Antecedentes UCI.....	38
9.2 Historia de la UCI.....	39
9.3 Humanización de la UCI.....	41
9.4 UCI de puertas abiertas.....	47
9.5 Importancia de abrir las puertas de la UCI para el paciente.....	50
9.6 Importancia de abrir las puertas de la UCI para la familia.....	54
9.7 Importancia de abrir las puertas de la UCI para el personal de salud.....	57

10. Conclusiones	59
11. Recomendaciones	60
12. Anexos.....	63
13. Referencias	65

LISTADO DE ABREVIATURAS USADAS

- **UCI:** Unidad de cuidados intensivos
- **HU-CI:** Humanización de los cuidados intensivos
- **RAE:** Real Academia Española
- **CIE:** Colegio Internacional de Enfermeras
- **APA:** American Psychological Association
- **POP:** Postoperatorio
- **TI:** Transpaso de la información

LISTA DE TABLAS

- **Tabla 1:** Pregunta monográfica bajo la modalidad PICO.....Pág 24
- **Tabla 2:** Descriptores empleados para la realización de búsquedas...Pág 30
- **Tabla 3:** Material incluido y descartado.....Pág 32
- **Tabla 4:** Metodología de los estudios encontrados.Pág 36

LISTA DE GRÁFICOS

- **Gráfica # 1:** Bases de datos consultadas.....Pág 28
- **Gráfica # 2:** Artículos encontrados.Pág 29
- **Gráfica # 3:** Número de material.....Pág 30
- **Gráfica # 4:** Idiomas del material seleccionado.....Pág 33
- **Gráfica # 5:** Países de mayores publicaciones.....Pág 34
- **Gráfica # 6:** Disciplinas que apoyan el tema.....Pág 35
- **Gráfica # 7:** Diversidad del material.....Pág 36
- **Gráfica # 8.** Línea de tiempo.....Pág 37
- **Gráfica # 9:** Líneas del proyecto HU-CI.....Pág 46

RESUMEN

Las UCI son lugares donde se cuenta con tecnología de última generación para ayudar en el tratamiento de los pacientes, además con personal especializado para tal fin; pero en muchas ocasiones este personal carece del atributo más importante para el manejo de pacientes críticos: “la humanización del cuidado”. Una de esas características de la humanidad es incluir a la familia en este proceso (la internación en la UCI), que se caracteriza por la ansiedad, el miedo, el dolor y la angustia, tanto para el paciente que se encuentra hospitalizado, viviendo un proceso de tratamiento agresivos, invasivos y en la mayoría de las ocasiones poco comprensibles, así como para familiares y amigos que esperan que las condiciones de salud de su ser querido mejoren y pueda volver a su hogar.

Para el personal asistencial que trabaja en UCI, en muchos casos, consideran a la familia del paciente como un “fastidio”; sin comprender la compleja situación que atraviesan tanto el paciente como su familia; ya que el paciente puede sentirse solo y abandonado por sus seres queridos, mientras que la familia sufre cambios en las dinámicas y los roles que cada integrante desarrollaba dentro del núcleo familiar, así como los cambios en las rutinas por la necesidad de dar acompañamiento o asistir a la visita de su ser querido. Es por ello que el personal de salud especializado que labora en las UCI debe velar por los derechos y el bienestar del paciente y humanizar las unidades de trabajo, favoreciendo mayores horarios y espacios más cómodos para la visita, permitir el ingreso de menores, se ha descrito que la presencia de hijos pequeños se convierte en un aliciente para la pronta recuperación del paciente; brindar más y mejor información y educación a la familia; disponer de espacios cómodos para la estadía de la familia en la unidad; de esta forma se lograría un resultado beneficioso para todo el binomio paciente-familia y para el personal de salud.

PALABRAS CLAVES: Unidad de Cuidados Intensivos, paciente, familia, humanización, UCI de puertas abiertas, personal de salud.

ABSTRACT

The ICUs are the places where it have the latest generation technology to help in the treatment of patients, also with specialized personnel for this purpose; But on many occasions it lacks the most important attribute: “the humanization of care” and one of those characteristics of humanity is to include the family in that process, which is characterized by anxiety and anguish, both for the patient who is hospitalized living a specific treatment process, as well as for the family and friends who expect health conditions to improve at all times. For health personnel who work in ICUs, in many cases, they consider the patient’s family to be a “nuisance”; They aren’t supportive of the complex situation that a patient and his family are going through, since the patient may feel alone and abandoned by his loved one. That is why the specialized health personnel who work in the ICUs, must ensure the rights of the patient and humanize the work units, allowing longer visiting hours, admission of minors, since their presence become a great help in the speedy recovery of the patient; provide more and better education to the patient’s family; have comfortable spaces for their stay in there; from this way, a beneficial result would be achieved for the entire team: patient-family and health personnel.

KEYWORDS: Intensive Care Units, patient, family, humanization, open door intensive care units, health personnel

1. INTRODUCCIÓN

A través de los tiempos las UCI según Correa (2018) “han sido lugares herméticos donde solo hay lugar para el personal de salud, dejando de lado la familia del paciente”. Sin embargo, desde tiempo atrás se han realizado cambios que buscan lograr una mejor y más cálida atención en las unidades, teóricas de enfermería como la enfermera Florence Nightingale en la guerra de Crimea en 1854, que dedicó su tiempo a atender en una misma área a los soldados heridos, contribuyó creando protocolos de atención para los pacientes, brindando mayor atención a aquellos que se encontraban más críticos.

Según la RAE, (citado por Lendínez 2016) se define “Humanizar” como “Hacer que algo o alguien tenga un aspecto o naturaleza humana o muestre influencia de los seres humanos, o conferir carácter más humano (en el sentido moral), hacer algo más amable, justo o menos riguroso. Es por eso que a partir de los años 1990 en España se inicia un importante cambio en cuanto a la flexibilidad y la apertura de los horarios de visitas dentro de las unidades, lo que permitía una mayor interacción entre el trinomio paciente / familia / personal asistencial.

Con la revisión de la literatura según Moreno (2019) se ha logrado evidenciar como personas y entidades han dedicado espacios y estudios donde se puede confirmar que los pacientes cuando ingresan a la UCI padecen de dolor, ansiedad, separación familiar, lo cual los lleva a padecer un gran sufrimiento y es que debido a creencias del personal de salud sobre como el abrir las puertas de la UCI puede aumentar infecciones en los pacientes o se puede interferir con el cuidado que el personal les brinda, que se ha hecho un sello casi hermético para evitar tanto como sea posible la presencia de las familias en las unidades. Sin embargo estas justificaciones no están basadas en evidencia científica; por el contrario se ha evidenciado que abrir las puertas de la UCI puede traer grandes beneficios a los pacientes como disminuir los niveles de ansiedad y tener fortaleza para afrontar las experiencias desagradables que les genera el ingreso a la UCI.

Abrir las puertas de la UCI no sólo representa beneficios al paciente y a su familia, sino también para al personal que labora dentro de ellas, al permitir fortalecer las relaciones de confianza con el paciente y su familia, permitiendo conocer de parte de los mismos acompañantes algunos aspectos que el paciente debido a su estado de salud no puede expresar, lo que a su vez favorece la calidad de los cuidados que se le brindan, ya que al conocer gustos y preferencias, se puede optar por actividades, alimentos, acciones o cuidados específicos con los cuales se sientan más agusto y mejor cuidados/atendidos.

Se puede observar también como a través de los años se sigue concentrando la atención del personal asistencial exclusivamente a la patología del paciente, se deja de lado la parte humana al no lograr entender que el paciente que ingresa a la UCI es un ser integral necesitado del apoyo de sus familiares, o seres cercanos sin vínculo sanguíneo, o a quienes ellos consideren que puedan ser un apoyo para afrontar el proceso de recuperación.

Es por las razones descritas anteriormente que la visita se ha considerado como el espacio donde se relacionan los pacientes, la familia, el personal de salud que se encuentra en la UCI, el cual actualmente es un espacio de poca cordialidad debido a las múltiples barreras impuestas al restringir las vistas sin tener en cuenta las necesidades del verdadero implicado en el proceso de cuidado, que es el paciente.

Debido a esto, para los pacientes, estar en la UCI, es un evento de estrés que puede provocar estados de shock, ansiedad, delirium; por ello abrir las puertas de la UCI es una estrategia que requiere de una implementación inmediata y que puede traer grandes beneficios que pueden verse reflejados en la disminución de los estados antes mencionados, permitiendo al paciente estar cerca de su familia, que este no se sienta abandonado en el duro proceso que está viviendo.

Como lo expresa Escudero (2014), la familia constituye un eje fundamental para el desarrollo del ser humano ya que todos somos seres sociales que en algún momento de la vida necesitamos del cuidado o acompañamiento de otras personas, abrir las puertas de la UCI representa un nivel menor de ansiedad para los familiares ya que pueden conocer de primera mano el estado actual de salud del paciente, se

pueden involucrar en tareas del cuidado como la higiene, el baño o algunos cuidados que no demanden tanta experiencia como la terapia física, la alimentación o la terapia respiratoria, conocerán y podrán participar de la toma de decisiones y en los pasos en el tratamiento del paciente.

Según Saldaña (2013) para que el paciente pueda tener estos beneficios al abrir las puertas de la UCI no se puede dejar de lado el personal de salud, para quienes abrir las puertas de la UCI ha sido un proceso complejo debido a múltiples barreras que se han impuesto o por las creencias, la mayoría de ellas sin fundamento científico, y que se han instaurado como un paradigma en las unidades, así como las barreras físicas que se encuentra en las instituciones como lo es: la estructura física y el poco espacio destinado para los acompañantes, la vulneración de la intimidad del paciente, la falta de aptitudes del personal para la interacción y traspaso de información, el cansancio en el rol cuidador que sufre el personal asistencial. Debido a estas barreras desde las instituciones se deben realizar grandes esfuerzos por capacitar al personal de la UCI en la estrategia de humanizar la atención en salud, lo cual implica abrir las puertas a la familia; sin embargo esto sólo se logrará con un cambio de mentalidad de parte de los profesionales y la inversión en educación al personal sobre los beneficios que traerá para todos los actores de cuidado la implementación de la estrategia.

Es por estas razones que se hace indispensable el humanizar las UCI, lo cual implica que las instituciones, secretarías de salud, ministerios y hasta el mismo gobierno implementen estrategias o políticas que lleven a que los cuidados de los pacientes estén centrados en su bienestar y el de sus familias, pero también de los profesionales, lo cual llevará a que se brinden cuidados de calidad y se disminuyan las complicaciones asociadas a la atención como el delirium.

El presente trabajo monográfico, presenta los resultados de la revisión de material documental sobre la UCI de puertas abiertas entre el 2010 y el 2021, es un estado del arte donde se describen las características generales del material revisado, y luego el análisis interpretativo, desarrolla temas que recogen los antecedentes,

historia, humanización y la UCI de puertas abiertas y esta desde la perspectiva de los pacientes, los familiares y el personal de salud.

Al final se concluye de la pertinencia y necesidad de abrir las puertas a los familiares o personas cercanas al paciente y se hacen una recomendaciones para la formación del personal de salud y para las instituciones.

2. PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

La UCI es una agrupación de profesionales de la salud que brindan asistencia multidisciplinaria a pacientes, cumpliendo requisitos establecidos por la ley, garantizando condiciones de seguridad, calidad y eficiencia adecuadas para atender pacientes que se encuentran en condiciones críticas de salud, con falla de al menos dos órganos o sistemas, que requieren soporte respiratorio, circulatorio o soporte por la falla de los diferentes organos.

Rojas (2019) señala que, a través de los años las UCI se han caracterizado por ser lugares en cuyas puertas existen avisos que prohíben la entrada o limitan el ingreso a quienes no trabajan allí; siempre basándose en políticas impuestas por el mismo personal o creencias de que la familia dentro de la UCI puede generar molestias, complicaciones y aumento de los días en la estancia del paciente o simplemente aumentar sus niveles de estrés debido a lo complejo de su estado de salud.

De acuerdo a Rojas (2019) la evidencia demuestra que abrir las puertas de la UCI a la familia del paciente trae beneficios como: tener un paciente con mayores niveles de confort a pesar de lo complejo de la situación de salud por la que atraviesa, se reducen complicaciones cardiovasculares, se aumentan los niveles de satisfacción familiar, se presenta mayor interacción entre el personal de la UCI y la familia, lo cual mejorará la comunicación entre el binomio usuarios-personal de salud.

Algunos estudios han demostrado el papel fundamental que representa la familia para el paciente en los momentos más cruciales de la vida, como lo es el ingreso a una UCI; en este momento el paciente se siente desprotegido, vulnerable y más aún, se siente abandonado por su familia, ya que los horarios de visitas en los que se les permite el contacto son cortos, no se brinda información clara y en la mayoría de las ocasiones no hay presencia de quienes se encuentran cuidando el paciente. Estas medidas restrictivas crean barreras entre el paciente y su familia por la falta de compasión y abogacía por el paciente, o por la falta de preparación desde la formación académica para la interacción con la familia o para brindar información en momentos difíciles.

Como lo plantea Bernal (2014) abrir las puertas de la UCI es una estrategia en la cual el equipo asistencial involucra a las familias en el cuidado del paciente la cual implica: incluir a las familias en rutinas de higiene, rondas entre los diferentes profesionales, prevención no farmacológica del delirium o síndromes psicóticos, alteraciones afectivas y se reduce el aburrimiento, el estrés y la ansiedad.

El personal logra entender mejor ciertas características o comportamientos de los pacientes, se disminuyen complicaciones cardiovasculares redundando en la disminución de la actividad autonómica (menor tono vasomotor, menor trabajo del ventrículo izquierdo, menor actividad plaquetaria) y un perfil hormonal más favorable (descenso de TSH, cortisol). Pero sobre todo permitir el ingreso de la familia a la UCI hará que el paciente se siga sintiendo importante para su núcleo familiar.

3. FORMULACIÓN SUSTENTADA

La enfermería es una profesión joven que se encuentra en constante desarrollo, una disciplina que ha basado su quehacer en la experiencia en los campos de la atención, los conocimientos adquiridos a lo largo de la historia y las enseñanzas recibidas en las aulas universitarias y las salas de clínicas y hospitales; sin embargo, ha sido necesario replantear las bases sobre las cuales se ha cimentado dicha

profesión puesto que el fin de la disciplina no sólo se trata de cumplir órdenes impartidas por el profesional médico sino buscar el mayor bienestar integral de las personas y crear una visión más humana y científica de la profesión.

Para la enfermera y teórica Marta Rogers citada por Hernández (2004), enfermería es la ciencia que tiene un sin número de conocimientos, a los que se llega por medio de la investigación científica y el análisis lógico, es un arte que emplea la imaginación y la creatividad al servicio del ser humano.

De acuerdo con Canoles (2018) para el CIE existen cuatro deberes fundamentales de la profesión de enfermería los cuales son: “promover la salud y prevenir la enfermedad, restaurar la salud y aliviar el sufrimiento de tal forma que se dignifique la vida, se humanice la prestación de los servicios y se brinde un cuidado de calidad”, sin embargo a pesar de tener conocimientos fundamentados por la ciencia y la investigación, en algunas ocasiones a los enfermeros se les olvida su labor y papel en el cuidado; lo que ha llevado a que en el desarrollo de un turno laboral se dedique la mayor parte del tiempo a cumplir funciones administrativas, dándole a estas tareas la prioridad en las actividades del quehacer diario y lo que lleva a que el cuidado de las unidades y los servicios de salud sea cada vez más mecanizado y menos humanizado; pues se buscan altos estándares de calidad gerencial, dejando de lado el servicio humanizado con los pacientes y sus familias.

La unidad de cuidados intensivos a través de la historia ha ido evolucionando de forma significativa; cada vez se cuenta con mayor número de personal entre profesionales y técnicos con mayor y más específica formación, gran cantidad de tecnología, pero no se tiene en cuenta en muchas ocasiones en la planeación del cuidado los principales actores que son el paciente y su familia.

Los enfermeros tienen habilidad especial para establecer buenas relaciones con los pacientes y las familias a pesar de las dificultades que se presentan por el estado de salud y las limitaciones a las que están sometidos los pacientes por lo grave de su estado clínico; por ejemplo a la mayoría de los pacientes que se encuentran internados en la UCI se les realizan múltiples procedimientos, algunos invasivos como: inserción de tubos, catéteres, etc. y otros no tan invasivos como la

administración de medicamentos, la higiene corporal e incluso les realizan procedimientos algo “agresivos” como lo es la sujeción mecánica para evitar que en medio de la agitación se pueda retirar accidentalmente algún dispositivo que ponga en peligro su vida.

Según Escudero (2014) la relación entre los enfermeros y los pacientes requiere del contacto físico en la realización de los procedimientos, interpretar gestos, movimientos y posiciones con los cuales los pacientes expresan alguna necesidad ya que no pueden hacerlo de forma verbal; debido a esta necesidad los enfermeros desarrollan habilidades para entender y suplir las necesidades expresadas por los pacientes de forma no verbal.

Pero como dice Beltrán (2008) las enfermeras siempre deben basar su quehacer en la investigación y la búsqueda de nuevos conocimientos para así poder brindar un cuidado de enfermería más humanizado; tanto así, que desde 1979 Molter resaltaba el esfuerzo que realizan los profesionales de enfermería en el cuidado de los pacientes, aunque se hacía evidente la falta de atención y acompañamiento al núcleo familiar.

Pero ¿quién es la familia para los pacientes?, algunos autores como lo explica Heras de la Calle (2017, pág:12) en su libro humanizando los cuidados intensivos, “familia es un ser único, quien el paciente quiera e identifique como familia” y es debido a que enfermería pasa la mayor del tiempo brindando cuidados, en muchas ocasiones los pacientes refieren que los consideran como parte de familia, pero para que esto pase todos los cuidados que brinda el personal de enfermería deben estar basados en el cuidado humanizado, el cual surge como una necesidad de acercarse a una dimensión holística del proceso salud/enfermedad, ya que es ahí donde el paciente se encuentra vulnerable por el sufrimiento que padece, no solo corporal sino también a nivel moral, emocional y psíquico por no poder estar cerca de su familia en ese momento.

Para definir el concepto de “humanización en la UCI” es fundamental entender que la humanización involucra de igual forma a pacientes, familiares y al equipo de salud y debido a esto, como lo señala Rojas (2019), se debe comprender que para

humanizar los cuidados intensivos se debe centrar en la persona atendida; comprendiendo que es un ser único, al cual se le debe preservar su dignidad, sus valores, sus derechos, haciendo uso racional de recursos, incluyendo los familiares quienes deben ser parte esencial del proceso, recordando que la salud es un derecho fundamental del ser humano y que si se integra la humanización al cuidado de los pacientes eso devolverá al equipo de salud la vocación y el sentido por lo que se hace y para lo cual se realizó un juramento.

Es por la necesidad que se ha visto a través del tiempo que según Rojas (2019) nace en el año 2014 el Proyecto de Investigación Internacional “Humanizando los Cuidados Intensivos” (HU-CI), cuyo objetivo es el servir de punto de encuentro entre pacientes, familiares y profesionales; acercar a la población en general a los cuidados intensivos y fomentar la formación del personal asistencial en habilidades de humanización. Este proyecto cuenta con 8 líneas estratégicas: UCI de puertas abiertas, comunicación bienestar del paciente, presencia y participación de los familiares en la UCI, cuidado por la salud del personal asistencial, prevención manejo y monitorización del síndrome post UCI, infraestructura y arquitectura humanizada, cuidados al final de la vida.

Así mismo, Rojas (2019. Pág 122) describe que “Abrir las puertas de la UCI se trata de una invitación al equipo para incluir a los familiares en la atención e incluso en los cuidados, haciéndolos parte de las rutinas de higiene, rondas entre los diferentes profesionales, prevención no farmacológica del delirium y por sobre todo facilitando el acompañamiento, pero eso también implica un cambio de actitud del personal que labora en la UCI siendo más flexibles con los horarios de visitas”

Ahora nos preguntamos ¿Qué beneficios representa para los pacientes y su proceso salud-enfermedad la implementación de la estrategia de UCI de puertas abiertas?, es claro que la estrategia representa un reto multifactorial, se requieren cambios tanto en el ámbito administrativo, como asistencial, sin dejar de lado el cambio de mentalidad que será necesario causar en el personal que interviene en la atención y el cuidado del paciente; será necesario acompañar personas con alteraciones en su proceso salud-enfermedad, con necesidades alteradas que

deben suplirse por parte del personal asistencial y a su vez permitir y favorecer la presencia y acompañamiento de las familias.

Abrir las puertas de la UCI tiene una relación directa con los fenómenos que se presentan en las unidades, pues es evidente la falta de humanización y la falta de interés del personal asistencial por el bienestar de los pacientes, así como la poca atención que se presta en los proceso de atención clínica a usuarios y familias, es de aclarar que tanto en los pacientes críticos (sedados) como en los pacientes despiertos, se presenta una desatención a las necesidades y a su humanidad. Debido al trato desinteresado que se brinda a los pacientes, se presenta una despersonalización tanto de los pacientes como de sus familias, se repele la presencia de familiares y allegados dentro de las unidades; lo que suprime el papel que estos podrían desarrollar en la unidad y en el proceso salud-enfermedad de los pacientes.

La estrategia de abrir las puertas de la UCI requiere brindar información de forma continua a la familia, pero también la estrategia trae consigo grandes beneficios para el paciente y el personal asistencial, esto lo expresa Moreno (2019) quien muestra que en un estudio realizado en Emilia- Romaña en Italia en el año de 2006 se observaron beneficios para el paciente, la familia y el personal; en el paciente se evidenció aumento de satisfacción, mayor facilidad en su proceso de recuperación, efectos positivos a nivel cardiovascular y psicológico. En la familia los beneficios demostrados fueron: reducción del estrés, reducción de la ansiedad, flexibilidad de escoger los horarios de las visitas y mayor acceso a la información. Para los trabajadores hubo gratificación por la relación positiva con la familia y mayor posibilidad de comprensión de la información brindada; en cuanto a las desventajas sólo se observaron para el personal ya que se aumentó el estrés debido a la necesidad constante de brindar información a la familia, pero no se evidenció aumento de las infecciones en los pacientes, como se creía.

Como profesionales de enfermería y futuros especialistas en cuidado crítico, creemos que es necesario un cambio en las concepciones que se han implementado y sobre las cuales se fundamenta el manejo y estructuración de las

UCI; estructuras en las que la necesidad del paciente y el papel de la familia pasan a un segundo plano; es importante reconocer y enfatizar el papel que juega la familia en el proceso de recuperación, atención de los usuarios y satisfacción de las necesidades de los pacientes.

4. JUSTIFICACIÓN

Sin lugar a dudas el dolor es uno de los principales problemas o inconformidades que relatan pacientes ingresados a las UCI, siendo mayor la proporción en pacientes ingresados en POP o traumas, los cuales en ocasiones suelen ingresar “despiertos” a las unidades para recibir atención. Sin embargo, el dolor y el miedo son la descripción que los pacientes tienen al referirse a las experiencias negativas vividas durante la estancia en las UCI.

Sentimientos de desolación, tristeza, abandono, cercanía de la muerte y desesperanza son normalmente mencionados por personas al recordar su paso por la UCI. Pero según Chamorro (2015) a pesar de las expresiones de agradecimiento y buenos recuerdos, la UCI se describe como un lugar oscuro, frío y tenebroso, semejante a una “sucursal del infierno”, en el cual las personas se encuentran solas y son tratadas como objetos, viéndose desnudos, desvalidos, expuestos y vulnerables, a la merced de lo que las demás personas puedan hacer por ellas.

Para muchas personas que hacen parte de los equipos asistenciales, una persona dentro de la UCI sólo necesita alimentos y medicamentos, lo que demuestra la brecha que al día de hoy existe entre las necesidades del paciente, su familia y los planes de atención que plantean los equipos médicos. Lo que ha llevado en los últimos años al planteamiento de la necesidad de implementación de políticas, programas, estrategias con las cuales no sólo se brinda una atención, sino, además, un cuidado humanizado tanto a los pacientes, como a sus familiares.

Desde su creación a finales de los años 60, las UCI han jugado un papel inconmensurable en la calidad y expectativa de vida de las personas, además logrando grandes avances en relación con la tecnología, medicamentos, procedimientos y personal específicamente preparado para brindar atención a

pacientes cada vez mayores, con enfermedades y situaciones más complejas. Sin embargo, la calidad con la que se miden estas atenciones tienen en cuenta la obtención de resultados medidos en números: días de hospitalización en la unidad, cantidad de pacientes atendidos, cantidad de procedimientos realizados, número de personal necesario para la atención, etc; dejando a un lado las percepciones tanto de pacientes como familiares sobre la calidez, empatía y pasión con la que se realiza la atención.

Ante la sentida necesidad de una atención en la cual se satisfagan las necesidades tanto de pacientes como familiares se han propuesto modelos en las últimas décadas, en los cuales los objetivos son: trabajar con los pacientes y sus familiares y dejar atrás la perspectiva de sólo hacer algo por ellos. La implementación de estos programas, los resultados obtenidos y las percepciones tanto de pacientes, como familiares y personal asistencial han puesto de manifiesto la necesidad de un cambio en las percepciones de ente pasivo que se tiene del paciente y las metas de la atención clínica de estos al estar en las unidades.

Según Rojas (2019) al plantearse una necesidad de cambio en la perspectiva de la atención, ante el requerimiento de satisfacer las necesidades de pacientes y familiares y por la necesidad sentida y expresada por gran parte del personal asistencial, se crea en España en el 2014 el proyecto “humanizando los cuidados intensivos”, el cual presenta estrategias, recomendaciones y experiencias en las cuales se plantean las UCI como espacios de encuentro entre pacientes, familiares y profesionales; donde se busca dejar atrás la percepción de la UCI como un espacio impenetrable y aislado, en el cual tanto paciente como familia son participantes pasivos de atención y pasan a ser actores activos del proceso del cuidado. De igual forma se plantean los desafíos para lograr la humanización de los cuidados intensivos.

Desafíos que se presentan tanto a nivel gubernamental como institucional, pero sobre todo a nivel del mismo personal asistencial, pues a pesar de estudios,

publicaciones y reconocimiento empírico de los beneficios que el acompañamiento y la presencia de familiares tiene en el proceso de recuperación de los pacientes, el personal clínico, tanto profesionales como personal técnico y auxiliar continúan teniendo sentimiento de malestar y en ocasiones hasta repudio ante la presencia de la familia. Situación que se ve empeorada por la preferencia que tiene el personal con mayores años de experiencia en las unidades, de disminuir cuanto sea posible el tiempo de la familia en las unidades, haciendo referencia a molestias, falta de descanso, riesgo de infecciones y demoras o retrasos para la realización de procedimientos en los pacientes por la presencia de la familia.

La humanización plantea la necesidad de cambios tanto estructurales como visionales, misionales y de valores en la totalidad de los niveles jerárquicos de las organizaciones, ya que para que el cuidado directo que se brinde a los pacientes sea totalmente humanizado, se requiere la disponibilidad de espacios óptimos para la atención y la interacción con la familia, recursos para una adecuada atención, personal apto, con valores humanos y capacitado para desempeñar las funciones requeridas para el cuidado y que sean amigos de la presencia de la familia en las unidades y que velen por la satisfacción de las necesidades tanto de pacientes como familias. Humanizar el cuidado exige un cambio de paradigma, buscar estrategias y modelos para una atención integral y holística, plantea un compromiso con la profesión, los pacientes, las familias, el bienestar y la vida misma.

5. PREGUNTA MONOGRÁFICA

¿Qué beneficios representa para los pacientes, la familia y el personal de salud la implementación de la estrategia UCI de puertas abiertas?

6. OBJETIVOS

6.1 GENERAL: Establecer a través de un estado del arte los beneficios que representa para el paciente, la familia y el personal de salud la implementación de la estrategia de UCI de puertas abiertas.

6.2 ESPECÍFICOS:

- Realizar una revisión documental exhaustiva la cual nos pueda llevar a encontrar metodologías implementadas sobre la estrategia de UCI de puertas abiertas en las diferentes unidades de cuidado intensivo.
- Presentar las estrategias registradas en la literatura que se pueden implementar en una UCI de puertas abiertas.
- Identificar el impacto positivo registrado en la bibliografía que representa para el proceso salud/enfermedad del paciente crítico el abrir las puertas de la UCI.
- Exponer los beneficios que se presentan en la literatura para el paciente, la familia y el personal de salud la implementación de la estrategia de UCI de puertas abiertas.
- Analizar en la literatura sobre UCI de puertas abiertas, la teoría y conceptos que se desarrollan para sustentar esta estrategia.

7. METODOLOGÍA

Este fue un trabajo realizado bajo el paradigma cualitativo, donde los investigadores vieron el escenario y a las personas desde una perspectiva holística; las personas, los escenarios o los grupos no son reducidos a variables, sino considerados como un todo. Por eso según Taylor (1984) el investigador cualitativo estudia a las personas en el contexto de su pasado y de las situaciones en las que se hallan.

Con la modalidad de estado del arte, un enfoque de la revisión documental, que implica la recopilación, análisis heurístico, hermenéutico e interpretativo de la literatura acerca de un tema en un espacio de tiempo determinado (Londoño et al., 2014). Se eligieron las temáticas de humanización en la atención y la estrategia de UCI de puertas abiertas, se seleccionaron publicaciones realizadas entre 2010 y 2021 años en el cual se empieza a hablar de humanización de la UCI.

Se realizó búsqueda en bases de datos y tesauros PUBMED, SCIENCE DIRECT, SCIELO, LILACS, basados en palabras claves derivadas de la pregunta PICO, con términos DECS convertidas en términos Mesh, estructuradas con operadores booleanos lógicos AND, OR y NOT. Teniendo como limites los campos de investigación en las ciencias médicas y sociales. No se realizó búsqueda de documentación impresa, ni bases de datos con requerimientos monetarios para descargas de los trabajos.

P	Paciente o población de interés	<ul style="list-style-type: none">• Paciente crítico• Familia• Personal de salud
I	Intervención	Estrategia de UCI de puertas abiertas
C	Comparador	UCI tradicional versus UCI bajo la estrategia de puertas abiertas
O	Resultados	Beneficios de abrir las puertas de la UCI

Tabla 1: Pregunta monográfica bajo la modalidad PICO

Las publicaciones fueron reportes de investigación, tesis en formato digital, en idioma inglés, español y portugués, de acceso y descarga libre, con criterios científicos, con metodologías cualitativas y cuantitativas.

Según Londoño et al (2014) “todo trabajo hermenéutico consiste en la lectura, análisis, interpretación, correlación y clasificación de la información y en este trabajo monográfico se realizaron fichas bibliográficas y analíticas (Anexo 1) seleccionando puntos clave, para clasificarlos con categorías como: temas, subtemas, ideas principales, tipo de texto, autores, tipo de metodologías, conceptos y conclusiones, lo que permitirá organizar el material consultado y lograr definir relaciones o diferencias en cuanto al planteamiento del problema. Con la síntesis de los documentos analizados de forma rigurosa con un pensamiento y una lectura crítica de los mismos, se hizo un archivo de Excel con todo el material seleccionado (Anexo 2).

De acuerdo con lo expuesto por Noreña et al (2012), en una investigación cualitativa se hace indispensable cuidar la calidad en el desarrollo de un estudio, a través de los criterios de rigor y de las consideraciones éticas que rigen el quehacer del investigador. Por tanto, a continuación, se describen los criterios de rigor metodológico que se tuvieron en cuenta para la elaboración de este proyecto monográfico:

- **Fiabilidad:** Este trabajo monográfico se realizó a través de instrumentos estables (fichas analíticas, matriz de vaciado de la información) durante todo el análisis, evitando fluctuaciones en el estudio. Los investigadores garantizaron, la confiabilidad que puede tener el lector de lo especificado en el desarrollo del mismo, con base en información avalada y revisada de manera exhaustiva, búsqueda sistemática de información a partir del uso de términos y descriptores en ciencias de la salud, que puedan ser utilizados en los tres idiomas en los cuales se consultaron los artículos de investigación
- **Validez:** Se realizó recolección, organización y análisis de la información, buscando una interpretación de los datos obtenidos en forma clara y objetiva,

se fue más allá de la descripción de los datos recabados y, además se hizo un análisis comprensivo del contenido de cada publicación científica consultada, lo que permitió un proceso estructurado con bases sólidas e información válida, que permitió ser aplicable para otros investigadores en contextos similares.

- **Credibilidad:** Como criterio para evidenciar las experiencias de los sujetos (pacientes y familiares), tal y como son percibidas. Buscando una aproximación a los beneficios que pacientes y familiares reconocen como resultado con la implementación de la estrategia y evitando conjeturas al momento de evaluar la información.
- **Confirmabilidad:** Se realizó recolección y análisis de la información de forma neutral y objetiva, para lo cual se adoptó la heurística y la hermenéutica, como instrumentos para extraer las ideas centrales de los autores, respetando su autenticidad y la manera en que sustentan el tema, teniendo presente la correcta citación de las fuentes consultadas y poder dar cuenta de las experiencias sobre la UCI de puertas abiertas.
- **Relevancia:** Realizada la evaluación del cumplimiento de los objetivos propuestos y determinando si se logró un mejor conocimiento del fenómeno y buscando una repercusión positiva sobre el contexto en el que se desarrolla este estudio monográfico.

Teniendo en cuenta las consideraciones éticas en la construcción de esta monografía, se respetaron los derechos de autor con base en la Ley 23 de 1982 y su adición (Ley 1403 de 2010). En esta última se expone que “la publicación de las obras a que se refiere el presente artículo deberá citar el nombre o seudónimo del autor o autores y el título de las obras originales que fueron utilizadas” (Congreso de la República de Colombia, 2010), la cita de las diferentes fuentes o referencias bibliográficas se hará siguiendo las normas APA.

Cabe resaltar que este tipo de investigación se clasifica en la categoría de investigación sin riesgo de acuerdo a la Resolución 8430 de 1993 (Ministerio de

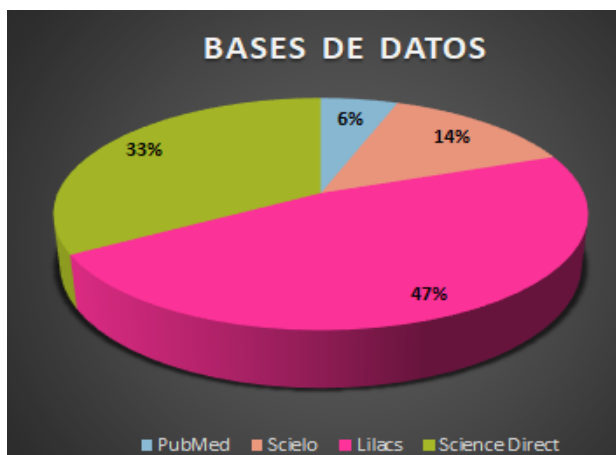
Salud, 1993), lo anterior debido a que la población objeto son fuentes de información y no se realiza ningún tipo de intervención en seres humanos.

8. PRESENTACIÓN DEL MATERIAL

La presentación descriptiva del material se usó la temática heurística (Londoño et al ,2014) donde se da cuenta de: bases de datos consultadas, artículos por idioma, países donde se ha publicado acerca de la temática, publicaciones por año, tipo de metodología, disciplinas que abordan la temática, teorías de enfermería y de otras disciplinas, línea del tiempo, categorías y subcategorías identificadas

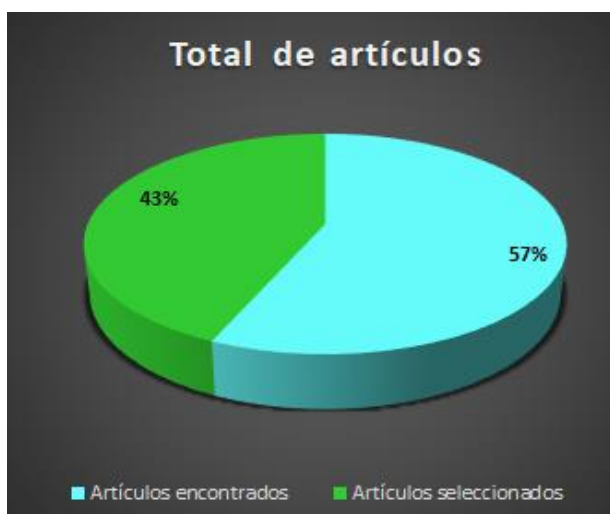
8.1 DESCRIPCIÓN HEURÍSTICA DEL MATERIAL

- **Búsqueda en las bases de datos:** se realizó búsqueda del material bibliográfico se emplearon las siguientes bases de datos: PUBMED, LILACS, SCIENCE DIRECT, SCIELO



Gráfica # 1: Bases de datos consultadas

- **Búsqueda de artículos:** Luego de haber realizado una revisión sistemática y ordenada de la literatura encontrada en las diferentes bases de datos, se encontró un total de 65 artículos, de los cuales 50 cumplieron con los criterios establecidos; a dichos artículos se les realizó su respectiva ficha bibliográfica-analítica y matriz de vaciado, se descarta un total de 15 artículos por no cumplir con los criterios.



Gráfica # 2: Artículos encontrados

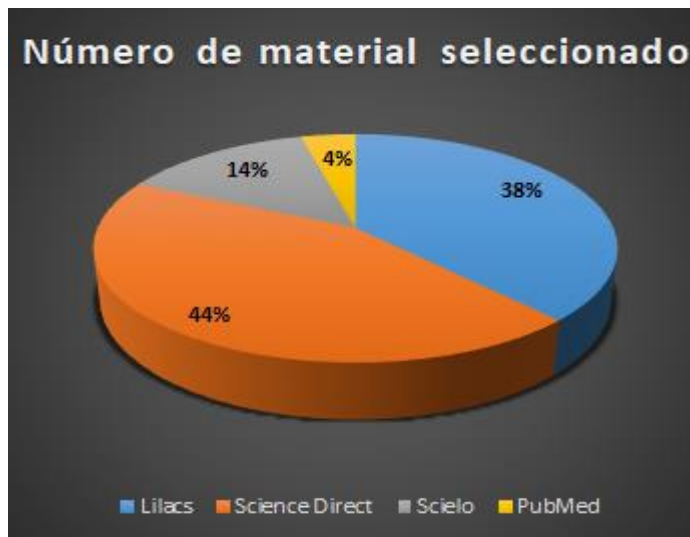
- **Descriptor:** Para la búsqueda de los artículos en las bases de datos se emplearon unos descriptores de Ciencias de la salud (DeCS) en los diferentes idiomas como: inglés, español y portugués, los cuales se combinaron de diferentes formas para obtener la información requerida.

TÉRMINOS DECS		
DECS: ESPAÑOL	DECS: INGLÉS	DECS: PORTUGUES
Unidad de cuidados intensivos	Intensive Care Units	Unidades de terapia intensiva
Enfermería	Nursing	Enfermagem
Rol de la enfermera	Nurse´s Role	Papel do Profissional de Enfermagem
Enfermería de cuidados críticos	Critical Care Nursing	Enfermagem de Cuidados Críticos

Humanización de la atención	Humanization of Assistance	Humanização da Assistência
Relaciones familiares	Family Relations	Relações Familiares
Visitas a pacientes	Visitors to Patients	Visitas a Pacientes
Familia	Familiy	Familia
Evaluación de necesidades	Needs Assessment	Determinação de Necessidades de Cuidados de Saúde

Tabla 2: Descriptores empleados para la realización de búsquedas.

- **Número de material encontrado por bases de datos:** De los 65 artículos seleccionados la base de datos que mayor número de artículos aportó fue Science Direct con 22 artículos lo que representa un total del 44% del material, Lilacs aportó 19 artículos para un total de 38%, SciELO 7 artículos para un total de 14% y por último PubMed con un total de 2 artículos lo que representa el 4% del material.



Gráfica # 3: Número de material

- **Total de material: material incluido, material descartado y las razones por las cuales fueron descartados:** Luego de realizar un análisis del material encontrado, aplicando el rigor metodológico para evaluar su contenido, la coherencia de sus objetivos con lo que buscaba el artículo y examinando si se acoplaban al trabajo se aplicaron filtros para poder seleccionar el mejor material que se adaptará a nuestro tema; sino cumplía con criterios establecidos previamente serían descartados.

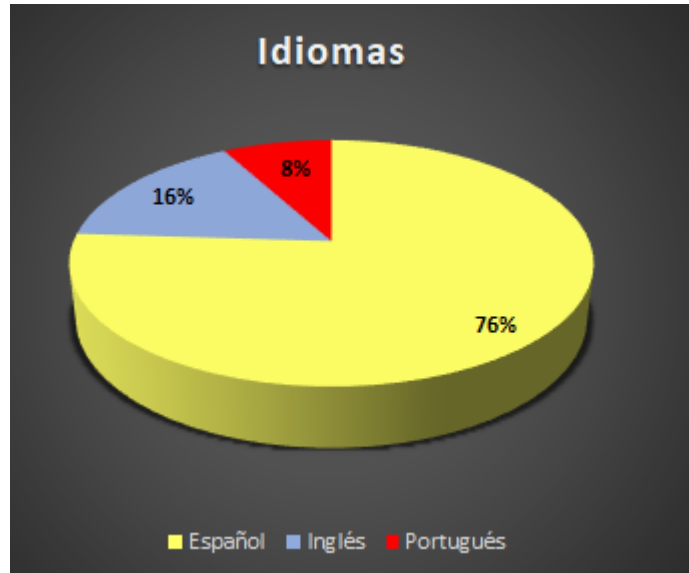
ARTÍCULO	MOTIVOS	CANTIDAD
Artículos seleccionados	<ul style="list-style-type: none"> • Cumplían con el rango de fechas seleccionados • Idiomas seleccionados • Relacionados con la UCI de adultos • Aportes importantes para el tema de la monografía • Hablaban de la humanización 	50
	<ul style="list-style-type: none"> • Temas de: pediatría, parto, urgencias, 	

Artículos descartados	<p>políticas públicas, adultos mayores, neumología, cuidados al final de la vida, estudiantes de enfermería, servicios de hospitalización, trasplante, cartas al director, textos narrativos, cáncer.</p> <ul style="list-style-type: none"> ● Salían del rango de años seleccionados ● No eran de acceso libre ● Se encontraban repetidos en otras bases de datos 	15
Total		50

Tabla 3: Material incluido y descartado.

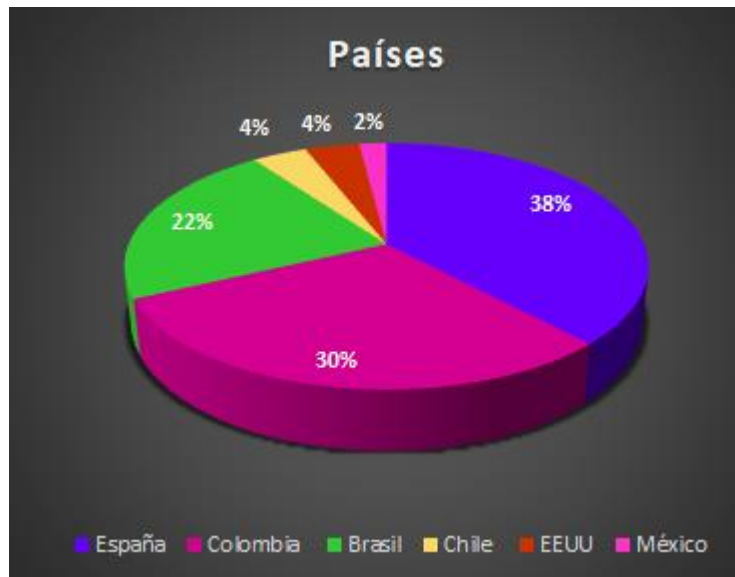
- **Idiomas en que se encontró el material:** El idioma con mayor número de publicaciones encontrada fue el español con un total de 38 artículos; lo que representa el 76% del material, luego el idioma inglés

con un total de 8 artículos lo que representa el 16%, en el idioma portugués se encontró un total de 4 artículos para un porcentaje del 8%.



Gráfica # 4: Idiomas del material seleccionado.

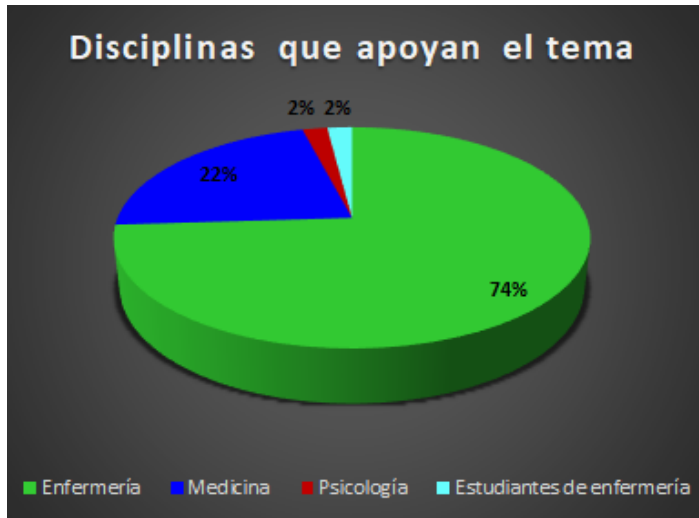
- **Países en los cuales se encontró el material:** De los artículos encontrados se evidenció que el país con mayor número de publicaciones fue España con 19 publicaciones para un total de 38%, Colombia con un total de 15 publicaciones para un aporte del 30%, Brasil con un total de 11 artículos para un aporte del 22%, Chile y EEUU con 2 artículos cada uno para un aporte del 4%, México con 1 artículo para un aporte del 2%.



Gráfica # 5: Países de mayores publicaciones.

- **Disciplinas que han mostrado interés por el tema de humanizar la atención en la UCI.**

Durante la revisión exhaustiva del material encontrado se evidenció que la disciplina con mayor número de publicaciones es enfermería con un aporte de 37 artículos lo que representa el 74%, seguido de la parte médica con un aporte de 11 artículos los cuales aportan el 22% y posteriormente psicología y estudiantes de enfermería cada uno con un aporte de un artículo lo cual aporta el 2% respectivamente.



Gráfica # 6: Disciplinas que apoyan el tema

- **Diversidad del material encontrado:**

Se encontraron 50 artículos de los cuales 30 de ellos corresponden a investigaciones para un aporte del 60%, 9 corresponden a estados del arte lo cual aporta el 18%, 5 de ellos son tesis de grado para un aporte de 12% y 6 de ellos corresponden a textos narrativos aportando el 10%; no se encontraron capítulos de libros que aborden el tema de nuestro trabajo monográfico.



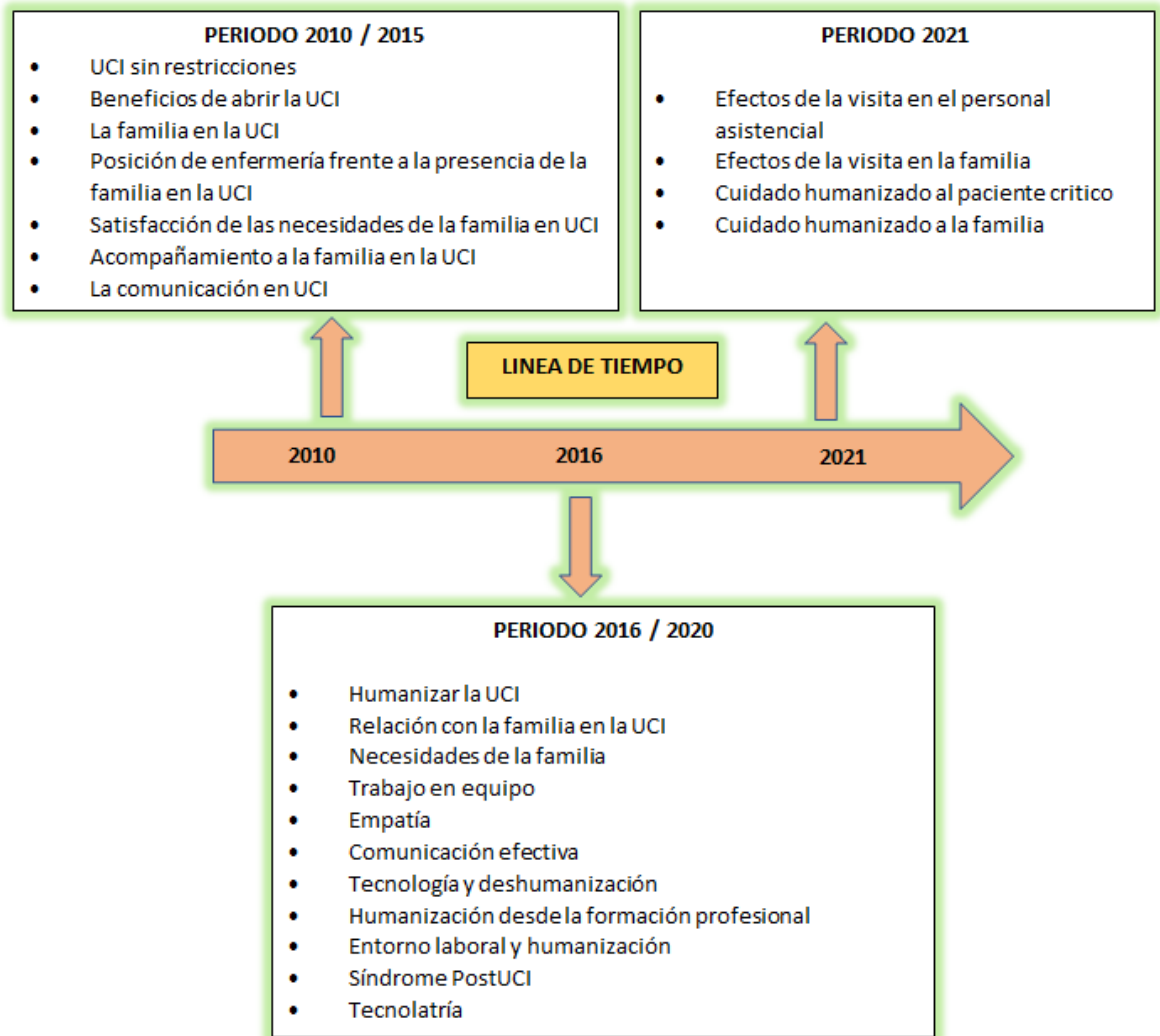
Gráfica # 7: Diversidad del material.

- **ENFOQUES METODOLÓGICOS DE LOS ARTÍCULOS ENCONTRADOS**

ENFOQUE METODOLÓGICO DE ARTÍCULOS SELECCIONADOS	
Revisión bibliográfica	10 (20%)
Estudios descriptivos	8 (16%)
Estudios cualitativos	9 (18%)
Estudios fenomenológicos	3 (6%)
Estudios prospectivos	3 (6%)
Estudios cualitativo-descriptivos	3 (6%)
Revisión narrativa	2 (4%)
Estudios observacionales	2 (4%)
No describen metodología	2 (4%)
Estudios exploratorios	2 (4%)
Estudios de corte transversal	2 (4%)
Revisión sistemática	1 (2%)
Revisión integradora	1 (2%)
Estudios de innovación	1 (2%)
Punto de vista del escritor	1 (2%)

Tabla 4: Metodología de los estudios encontrados

• **LÍNEA DE TIEMPO**



Gráfica # 8. Línea de tiempo

9 RESULTADOS Y DISCUSIÓN

9.1 ANTECEDENTES UCI

Enfermería es considerada una ciencia desde mediados del siglo XIX, a partir del primer modelo conceptual creado por la enfermera pionera Florence Nightingale, la enfermería ha estado en constante desarrollo científico y tecnológico, sin olvidar la parte humanista que caracteriza a la profesión.

Según Lallemand (2010) la enfermera inglesa Florence Nightingale tuvo una notable influencia durante la guerra de Crimea en 1854: se dedicó a atender en una misma área a los soldados heridos, creó el campo de Scurati y generó el protocolo de atención crítico, se le considera la pionera de la terapia intensiva moderna.

Lallemand (2010) en 1926, Walter y Dandi crean el primer intento de UCI del mundo con 3 camas neuropediátricas, posteriormente surgieron los avances en el desarrollo de la ventilación mecánica, desde la evolución del pulmón de hierro como un sistema de ventilación negativa hasta la creación de los sistemas de presión positiva en la vía aérea, y la importante representación a gran escala el año 1952 en el Hospital de Blegdam, en Copenhague, durante la epidemia de polio.

En 1962 Peter Safar (un austriaco que escapó de un campo nazi) creó la primera UCI de adulto de Estados Unidos en Baltimore, quien además fue cofundador de la Sociedad de Medicina de Cuidado Crítico y el primer libro de cuidado intensivo escrito por Stephen Ayres y Gianne-Ili se tituló Care of the critically ill y se publicó en 1966.

En Bogotá, Colombia, se inicia la atención del paciente crítico el 8 de abril de 1969, cuando se abrió la primera UCI en el Hospital San Juan de Dios.

Según Correa (2018), el concepto de cuidados humanizados comenzó a ser discutido durante los años 70, en los que la profesora de enfermería Margaret Jean Harman Watson comienza a elaborar su teoría del cuidado humano, donde expone que “El cuidar es el ideal moral, es protección, engrandecimiento y preservación de la dignidad humana”

En 1979, Nancy Molter, desarrolla el cuestionario Critical Care Family Needs Inventory (CCFNI), con el fin de medir el nivel de importancia que las familias confieren a las necesidades de información, seguridad, proximidad al paciente, apoyo emocional por parte de los profesionales y comodidad o confort.

En 1982 se crea la Sociedad Colombiana de Cuidado Intensivo.

En 1996 se fundó la asociación científica gremial en Colombia que se denominó Asociación Colombiana de Medicina Crítica y Cuidado Intensivo (AMCI).

Zaforteza et al (2010) demuestran que “la cultura cerrada de las UCI es muy potente” y que “la atención a las familias además de no estar en la agenda de los profesionales, tampoco lo está en la agenda de los gestores, que no han destinado ni destinan presupuesto a proyectos de inclusión de las familias/allegados en los procesos de los usuarios”

Gabriel Heras funda en el 2014 el “Proyecto HU-CI: Humanizando los Cuidados Intensivos”, proyecto de investigación multidisciplinar, nacional e internacional.

9.2 HISTORIA DE LA UCI

La UCI desde tiempos atrás se ha reconocido como esos lugares que fueron diseñados para tratar la gravedad de los enfermos que acudían a los hospitales y que requerían mayores cuidados para mejorar su salud; es un término que tiene su

origen desde los años 1950 cuando se conoció por primera vez en la Universidad del Sur del estado de California; donde definían que la medicina crítica hacía referencia a espacios físicos, que contaban con monitoreo constante de los pacientes, con gran cantidad de material dispuesto para la atención; pero sobre todo se requería la presencia de personal especializado para poder que brindaran atención y se logrará la recuperación del paciente crítico (Tellez, 2015).

En el año de 1850, durante la Guerra de Crimea se originan las primeras contribuciones a la medicina crítica, gracias a los aportes de la enfermera profesional y creadora del primer modelo conceptual de enfermería Florence Nightingale, quien concentró a los soldados que habían sido gravemente heridos durante la guerra en un solo lugar, pero cerca a los lugares donde se encontraban las enfermeras para así poder brindarles cuidados más específicos por parte de enfermería; pero a pesar todo esto sólo años después las enfermeras se volvieron especialistas en cuidar enfermos al pie de la cama (Tellez, 2015).

Con el paso de los años las enfermeras se fueron capacitando cada vez más hasta llegar al punto de convertirse en enfermeras especialistas en el manejo de equipos de alta tecnología y cuidar pacientes en estado crítico de salud, pero en toda esa historia no se habla nunca que las enfermeras se especializan en brindar a los pacientes esa parte humana que tanta falta les hace a los pacientes cuando son separados de sus seres queridos; se observaba que no se brindaba un cuidado integral sino que sólo se buscaba recuperar seres humanos que fueran útiles para la guerra (Baeza 2020).

Es por eso y sin duda alguna que las enfermeras que laboran en las unidades de cuidados intensivos deben de contar con una formación especializada que responda no sólo a solucionar problemas que comprometen la vida de los seres humanos; sino que deben de ser profesionales responsables, capaces de asegurar a los pacientes que ingresan a la UCI y a sus familias un cuidado óptimo, con calidez, con altos estándares de calidad, con capacidad y conocimientos para el manejo de la tecnología, pero ante todo, que ese cuidado que brindan sea íntegro, de calidad, donde se involucre al ser humano en todas sus dimensiones y que no sólo se

centre en esa parte física; sino que también se incluya la dimensión espiritual y la social que es al final de cuentas la más importante para el paciente ya que como miembros de una sociedad y de una familia deben estar siempre en permanente contacto con ellos para poder garantizar el desarrollo y fortalecimiento de lazos afectivos que lleven a la recuperación física y emocional de los pacientes que se encuentran internados en la UCI (Baeza 2020).

9.3 HUMANIZACIÓN DE LA UCI

Las UCI's son espacios que han cumplido a cabalidad la función para la cual han sido creadas (brindar cuidado a personas en estado crítico), haciendo un trabajo excepcional desde que fueron creadas a mediados de los años 50, convirtiéndose en lugares que trajeron esperanza y oportunidad para las personas más enfermas. Durante el transcurso de los años se han creado, evolucionado e implementado una gran cantidad de tecnologías y avances científicos que han llevado a la tecnificación de la atención que se brinda a los pacientes, la cual se encuentra enmarcada en el modelo biologicista, centrado en la curación de la enfermedad y la aplicación de tratamiento para proceso de afección, el cual en la actualidad es criticado y se reclama la implementación de planes, programas, políticas y/o estrategias de cuidados centrados en el paciente y su familia.

La tecnificación de las unidades, la evolución de procesos y procedimientos, así como la disponibilidad de equipos cada vez más sofisticados para la atención de los pacientes, la posibilidad de múltiples abordajes tanto clínicos como farmacológicos, la especificación de las especialidades y la preparación cada vez más exigente del personal clínico, ha favorecido el manejo de pacientes cada vez más complejos y con mayores complicaciones, obteniéndose como resultado una alta tasa de recuperación y supervivencia en los pacientes, lo que a su vez exige para el personal asistencial una capacidad y conocimientos científicos y técnicos cada vez más altos y específicos para el manejo e interpretación de esta tecnología.

En el modelo de atención actual, biologicista, tecnificado y centrado en la enfermedad, los pacientes se ven enfrentados a situaciones agobiantes, en las cuales el miedo y el dolor son predominantes, y que en la mayoría de los casos no son considerados por el personal asistencial al momento de planear y brindar cuidados, la atención se basa sólo en metas clínicas y el cumplimiento de tareas. La persona no es considerada dentro de la estructura asistencial como un actor activo en la atención, sino que por el contrario, se piensa en el paciente como un actor pasivo, el cual se encuentra a disposición del personal y de lo que este pueda o desee brindarle, sin tener en cuenta las necesidades ni las expectativas que este pueda tener y aún menos la familia.

En contraste, la humanización exige que la atención además de tecnificada y de alta calidad, debe ser cálida, centrada en las necesidades de las personas (pacientes, familiares y personal asistencial). La humanización no es sólo el trato que el personal asistencial brinda a pacientes y familias, es preciso la implementación de estrategias tanto generales (Institucionales) como específicas (protocolos de atención) para la humanización en la atención, así mismo, se requieren espacios físicos que estén dispuestos para la recepción de las familias, espacios en los cuales se ofrezca comodidad, bienestar y privacidad, del mismo modo se requiere de espacios en los cuales el personal pueda desarrollar sus tareas de forma práctica, cómoda y oportuna; de insumos e instrumentos para la realización de tareas y actividades propias del cuidado y no menos importante, un reconocimiento tanto monetario como profesional.

El cuidado humanizado requiere de procesos que van más allá de la implementación de las políticas institucionales, requiere de personal con preparación, conocimientos y capacitación con los cuales pueda realizar sus actividades en forma crítica, oportuna y eficaz, con fundamentos científicos y técnicos, con una comunicación asertiva y efectiva, aplicando valores éticos y sociales, como la empatía. Para lograr el cambio de paradigma se hace necesario recordar que el personal debe

contar con valores como comprensión y compasión, lo que les permitirá ponerse en el lugar del otro, tratar de entender lo que el otro siente y buscar el mayor bienestar, brindando una atención cálida y de calidad.

La responsabilidad de la humanización se presenta en varios niveles de las organizaciones, desde el nivel gerencial hasta el nivel asistencial, pasando por procesos administrativos y de las propias percepciones sobre la atención y cuidado que tiene el personal asistencial, sin dejar a un lado la participación y los beneficios que para el paciente y para la calidad de la atención representa la presencia de la familia dentro de la unidad. Para lograr una verdadera atención humanizada el total de la organización debe estar comprometida e involucrada en este modelo de atención, pues la humanización no puede ser personificada sólo en algunos miembros del equipo de atención o en algunos momentos del día o circunstancias específicas del proceso de cuidado, es decir no puede ser posible que algunos profesionales brinden atención humanizada y otros no o en unos servicios la calidad sea altísima y en otros se deja a la persona y su familia a la deriva.

La implementación de procesos de humanización en unidades asistenciales está enfrentado un sin número de dificultades como, las barreras que presenta el modelo organicista y biologicista bajo el cual se forma al personal asistencial, modelo que está enfocado a la curación del cuerpo biológico, privilegiando la enfermedad sobre lo humano de la persona y al proceso de alteración en vez de a la persona enferma, lo que a largo plazo convierte a los profesionales en personas que están preparadas y enfocadas para curar mas no para cuidar. Al igual que la formación académica, factores como la calidad de los ambientes en los cuales se desarrollan las actividades asistenciales, la calidad y disponibilidad de materiales y equipo esenciales e indispensables para la prestación de la atención, hasta la calidad con la cual la organización trata el personal y el reconocimiento que se da a sus labores, la compensación salarial, la posibilidad de participación en la organización son factores determinantes que intervienen en la deshumanización que se presenta en los servicios de salud.

Según describe Velasco en su trabajo *Humanizing Intensive Care*: “Es necesario que ocurra uno de dos eventos para humanizar la atención de la salud en este modelo de atención centrado en el comercio. En el primero, los administradores deben ver la humanización como una forma de capitalizar la participación de mercado. En el segundo, el comercialismo dejaría de existir y la atención sanitaria humanizada sería un derecho de todos” (Velasco 2020: p:138). Lo que plantea situaciones aun más complejas, especialmente en países en los cuales los sistemas de salud son precarios y han sido planteados más como un negocio con el cual algunas esferas buscan lucrarse, que una obligación de estamentos gubernamentales y un derecho para los ciudadanos.

Como precedente para la humanización de la atención, nace en el año 2014 el proyecto llamado HU-CI, en el cual se plantean una serie de estrategias que tienen como objetivo el cambio de paradigma actual en la atención sanitaria, buscando llegar a un modelo de atención el cual se centre en el ser humano en su forma integral. Durante el desarrollo del proyecto se han descrito algunos factores que favorecen la deshumanización en la atención, entendiendo que para que una atención sea humanizada se debe contemplar que el cuidar y curar a los pacientes son temas, según su finalidad u objetivo, muy diferentes, este cuidado debe estar basado en la evidencia científica, incorporando aspectos que respeten la dignidad del paciente. Es decir, se requiere un cambio de modelo de atención, ya que el actual se enfoca en la enfermedad y necesidad de intervenciones y la disponibilidad de tecnología para esto (Baeza, 2020).

La humanización en la atención va más allá de prestar un servicio o cumplir con unas actividades específicas, se hace necesario tener claro que se está brindando cuidado, y que se está brindando a personas que de una u otra forma se encuentran con unas necesidades especiales y específicas, una dependencia o requerimientos que estando en otros momentos de su vida no tendrían. La humanización no es sólo los niveles de la calidad y la calidez con la cual se hacen las tareas manuales que requiera el paciente, para que se pueda llamar humanizada, el cuidado debe abarcar las esferas en las cuales se desarrolla la persona, lo que inherentemente

llevará a la presencia de la familia (Flavia 2017), la que a su vez, requiere de una atención integral, la cual debe basarse en la empatía y la comunicación asertiva, los cuales serán los pilares sobre los cuales tanto familia como paciente cimentarán las percepciones que tendrán sobre el nivel de calidad con el cual están siendo cuidados.

Las medidas no farmacológicas, el cuidado humanizado y el apoyo emocional a los pacientes no tendrán una mejor fuente que su propia familia, quien además de proporcionar información de primera mano, pueden acompañar y facilitar las tareas del personal de enfermería a la hora de brindar los cuidados de los pacientes (Correa, 2021) como el baño, la alimentación, la terapia física y respiratoria. La presencia de la familia será un aliciente para los pacientes, lo que favorecerá los pensamientos positivos y las ganas de salir adelante, superando el proceso de enfermedad, recuperar su vida y los roles que en su entorno familiar desempeñaba.

La humanización no es un concepto con definición única o simple, cada persona puede tener su propio concepto, no se logrará humanizar los cuidados simplemente cumpliendo o respondiendo a un listado de necesidades a cumplir o tareas a realizar. Para humanizar debe favorecerse y darse un cambio de perspectiva en toda la organización, ya que el cuidado no depende únicamente de las personas que brindan atención directa en los servicios de internación, la humanización y la calidad de la institución inicia desde que pacientes y familias tienen el primer contacto con el personal y la infraestructura. La humanización debe basarse en la aplicación de tratamientos con atención a las singularidades de los individuos, brindando respeto a las diferencias de opiniones y dando un trato digno, respetuoso, cálido y empático (Rico 2006).



Gráfica # 9: Líneas del proyecto HU-CI.

Velasco Bueno, J. M., & La Calle, G. H. (2020). Humanizing Intensive Care. *Critical Care Nursing Clinics of North America*, 32(2), 135–147.

Para una atención humanizada, el cuidado a pacientes y familias debe estar basado en unos valores, los cuales se desarrollan en mayor o menor medida según la interacción y el interés que se tenga por estos actores del cuidado. Los valores relacionados con el cuidado del paciente y familias serán mayores entre más tiempo el profesional se relacione con estos, no queriendo decir que unas profesiones sean menos humanas que otras (Machado,2016), sino más bien que cada profesión tiene sus objetivos y para algunas, el objetivo es el bienestar del paciente, por lo cual, pasará más tiempo con este. Enfatizando en que la humanización en la atención es una tarea que debe iniciarse desde la formación de los profesionales, ya que es allí donde se enseña a las personas las bases sobre las cuales se fundamentará su quehacer (Flavia,2017) .

Actividades como la comunicación, el reconocimiento de la persona como un ser psicosocial, las muestras de empatía, la visión con singularidad y de integralidad de los pacientes, la interacción y satisfacción de las necesidades de la familia como ente merecedor de cuidados han sido reconocidas como las expresiones más representativas de la forma en que los profesionales del equipo de salud reconocen la práctica del cuidado humanizado en las unidades de alta dependencia

(Rodríguez, 2018). Entendiendo la comunicación como un proceso complejo en el cual intervienen gran cantidad de factores, tanto de ambiente, tiempo, disposición, conocimiento, como de intención y disposición entre los interlocutores. La estructuración de un proceso de TI (traspaso de información) en el cual se cumplan con los requerimientos con los cuales la comunicación y la información entre profesionales y dependencias cumplan como objetivo principal, permitir un cuidado humanizado, integral y una atención oportuna a pacientes y familias es sin duda una tarea de todos quienes tienen por objetivo buscar el bienestar de los pacientes y por ende el de su familia.

El TI es una actividad que involucra a la totalidad del personal que está involucrado directa e indirectamente en la atención al paciente, tanto de la unidad de cuidados intensivos, como en las demás dependencias de la institución. La estructuración de un protocolo para el TI debe cumplir con requisitos como: definir espacios, tiempos y responsables del TI, delegar un líder para evaluar el cumplimiento del protocolo, realizar evaluaciones del proceso para su mejoramiento y estandarización para toda la organización (Evangelista, 2016). La información que se brinda a familiares sobre el estado, diagnóstico y pronóstico de los pacientes, es la principal necesidad manifestada por los familiares en lo relacionado con la presencia de un ser querido en una UCI, lo que pone al personal asistencial en la obligación de desarrollar y/o fortalecer habilidades para la comunicación tanto verbal como no verbal.

9.4 UCI DE PUERTAS ABIERTAS

La UCI a través del tiempo se ha caracterizado por ser un lugar que cuenta con tecnología de punta, equipos y dispositivos cada vez más sofisticados y especializados, así como personal con preparación e instrucción específica para el manejo e interpretación de esta tecnología, demandando una cantidad considerable de personal asistencial para la atención de los pacientes críticos que llegan a las unidades; también son unidades donde la carga emocional y los niveles de estrés que se manejan debido a la misma complejidad de los usuarios que ingresan es

muy alta, la cantidad de tareas y responsabilidades así como el tiempo que debe disponerse para la atención; sin embargo, a pesar de estas situaciones las UCI son espacios que continúan siendo restringidos en cuanto a la presencia de familiares, los horarios de visitas e ingreso de personas diferentes a las que allí laboran.

A pesar de la continuidad de la atención centrada en los modelos biologicistas, y la enfermedad, desde hace más de 4 décadas se vienen desarrollando investigaciones y propuestas de teorías de enfermería como Molter en 1979, quien señalaba que el cuidado en salud se centraba en los pacientes dejando de lado la atención de la familia, cuando en realidad se debía centrar en todo el conjunto del paciente incorporando en el cuidado, las necesidades expresadas y las identificadas en la familia.

Estudios han demostrado el papel fundamental que representa la familia para el paciente en los momentos más cruciales de la vida como lo es el ingreso a la UCI (Moreno 2019); es en ese momento del ingreso a la unidad donde el paciente se siente desprotegido, vulnerable y más aún se siente abandonado por su familia, situación que se ve agudizada por normas y políticas de las instituciones, ya que los horarios de visitas en los que se permite la interacción del paciente con sus seres queridos son demasiado cortos y limitantes. Políticas que al ser analizadas o discutidas, son, en su mayoría, impuestas o estructuradas para beneficiar o favorecer al personal asistencial quienes aún continúan viendo en la familia un ente que en vez de ser favorecedor para el proceso de recuperación de los pacientes, se convierte en una molestia para el desarrollo de las actividades de atención y cuidado.

La visita en las UCI se ha convertido en un gran dilema debido a que la presencia de las familias en las unidades depende de los criterios, disponibilidad y la amabilidad del personal que labora en dichas unidades, fundamentando la negación a permitir una extensión en el tiempo de visitas, con efectos poco benéficos para los pacientes; decisiones implementadas sin fundamentación científica, según Montenegro en su artículo (2016, pág: 343) señala que “que separar los pacientes de sus familias lo hacen pensando en preservar la vida del paciente sin pensar que esto se puede tomar como un secuestro al alejarlo de sus seres queridos”. Hasta el

momento no se han documentado estudios que demuestren dichos efectos negativos para los pacientes; pero si se ha encontrado literatura que respalda los beneficios de abrir las puertas de la UCI.

Montenegro (2016. Pág 343) describe que la atención que se brinda en las unidades “evidencia un panorama general del comportamiento de las visitas en las UCI de diversas partes del mundo dejando ver como en Colombia el 90% de las UCI aún continúan con un panorama de restricción de visitas, demostrando así que hace falta más investigación acerca de los beneficios sobre la política de humanización de la UCI de puertas abiertas y que se debe seguir el ejemplo de países como Suecia en donde en el 70% de las UCI, no maneja ninguna restricción en cuanto a la implementación de la UCI de puertas abiertas”. Es por eso que para tomar decisiones que ayuden a mejorar la calidad de los servicios se debe realizar un mayor número de investigaciones que respalden las decisiones tomadas.

Permitir al paciente estar rodeado de sus seres queridos mediante la estrategia de la UCI de puertas abiertas, lo que incluye ampliar los horarios de visitas, permitir el ingreso de más personas a la unidad (incluyendo menores de edad) traerá grandes beneficios para el paciente, la familia y el personal asistencial dentro de los cuales se tienen: adquirir conocimientos y preparar la familia para el egreso del paciente, recibir información de primera mano sobre la situación actual por la que atraviesa su ser querido, pero uno de los mayores beneficios será humanizar la atención del cuidado, que es un reto al cual se deben enfrentar las instituciones de salud si quieren competir en el medio con estándares de calidad.

Es por eso que humanizar las UCI requiere implementar estrategias que ayuden a que las UCI dejen de ser esos lugares fríos, hostiles y desoladores y se conviertan en espacios donde se vea reflejada la humanización del cuidado y eso sólo se puede lograr con la aceptación del cambio, permitiendo abrir las puertas a la familia e involucrarse en los cuidados del paciente, siempre y cuando su condición de salud lo permita, sin llegar a poner en riesgo su integridad. Para el paciente que ingresa a la UCI lo más comfortable sería pasar este periodo de vulnerabilidad acompañado de sus seres queridos y no de personas extrañas como lo son el personal de salud.

En algunas ocasiones el paciente, debido a los largos periodos de tiempo que pasa en la UCI, considera al personal de salud como una segunda familia ya que ellos son quienes acompañan la mayor parte del tiempo, sin embargo, el personal asistencial no suele tener en cuenta esos vínculos y en muchas ocasiones lo que siente es hostilidad por parte del personal.

Como lo expresa Escudero (2014. Pág 372) “el personal de salud debe de aliviar el sufrimiento de los pacientes y las familias promoviendo valores de confianza con los que puedan afrontar la enfermedad, la estancia en las instituciones de salud y mejorar los aspectos de nuestra organización para conseguir una UCI más confortable y humana”.

9.5 IMPORTANCIA DE LA UCI DE PUERTAS ABIERTAS PARA EL PACIENTE

Desde que el paciente ingresa a la UCI debe adoptarse una política de calidad, que se refleje en las comodidades o beneficios que puedan ofrecerle, y buscar erradicar las malas prácticas y factores que favorecen la incomodidad e inconformidad como lo son el ruido constante producido por el personal y alarmas, ruidos fuertes por conversaciones entre el personal, el uso de celular, la reproducción de música, las luces encendidas permanentemente, el baño de pacientes en horas de la noche, las conversaciones de la cotidianidad del personal en presencia de pacientes (Escudero, 2015), entre otros.

El sueño a pesar de no estar constituido o estipulado como una terapia o parte de alguna, presenta una considerable cantidad de beneficios para el proceso de recuperación de los pacientes internados en la UCI, el favorecimiento de este representa beneficios para el mejoramiento del estado general, disminuyendo el porcentaje de complicaciones asociadas a la atención como el delirio, requerimiento de días de ventilación mecánica y estancia hospitalaria, reducción en la necesidad de tratamiento farmacológico, necesidad de contención mecánica, salidas de la cama no programadas/asistidas y caídas (Reuter, 2020). Para que el sueño sea

entendido, aplicado y respetado como parte del cuidado del paciente, será necesaria la creación, implementación y aceptación de protocolos en los cuales las actividades realizadas dentro de la unidad sean todas dirigidas al bienestar y recuperación, lo que conllevará a un cambio en la estructuración y programación de actividades para/con el paciente y de las “libertades” que tendrá el personal dentro de los servicios.

Estudios describen los problemas y las complicaciones derivadas de las alteraciones del ritmo circadiano y de los ciclos de sueño REM, lo que lleva a alteraciones en los periodos de liberación de hormonas como Cortisol y la Melatonina (Reuter, 2020), que están relacionadas con alteraciones en la calidad de sueño y así mismo asociado al sueño y la vigilia. La atención inicial al paciente, la necesidad de intervenciones invasivas, la movilización y la instalación de monitores y demás actividades relacionadas con el ingreso y atención en la UCI son fuentes de dolor, lo que llevará a la necesidad de administración de medicamentos analgésicos y sedantes, lo que a su vez puede conllevar a alteraciones en los ciclos de sueño y vigilia.

Para implementar medidas no farmacológicas para el descanso de los pacientes se deben desarrollar ambientes de cuidado positivos y enriquecedores que no desencadenen alteraciones en su estado, sino que propendan por controlarlas (Correa, 2021). La humanización de la atención pone en evidencia la necesidad de que en el proceso de cuidar se deba tener presente los ámbitos en los cuales se desenvuelve la persona, ir más allá de lo físico, contemplar en forma holística.

Humanizar los Cuidados Intensivos es centrarse en la persona a la que se tiene a cargo, reconociendo que es única, preservando su dignidad y valores, cuidando en base a la mejor evidencia disponible, haciendo uso racional de recursos, incluyendo a los familiares y haciéndolos parte del proceso, recordando que la salud es un derecho fundamental de todo ser humano y finalmente también es devolver al equipo de salud la vocación y el sentido por lo que hacen (Rojas, 2019). La inclusión

de estrategias no convencionales en el cuidado del paciente como la presencia de fotografías e historias de vida, elementos significativos como almohadas, cobijas, ropas, pertenencias, etc. son estrategias que permiten una mayor vinculación de la persona y la institución con el paciente, su familia y su proceso, esto mejora la comunicación y en el mismo sentido el bienestar para los tres actores del cuidado: Paciente / Familia / personal de salud (Ribeiro, 2017).

El acompañamiento del paciente por parte de la familia favorece la reorientación continua, es claro que esta tarea debería ser realizada en forma constante por el personal asistencial, sin embargo, debido a las múltiples tareas y ocupaciones ante las cuales se enfrentan en el día a día de la unidad, las pequeñas acciones como recordar al paciente donde se encuentra, que día es y si está de día o de noche, son dejadas a un lado y se les resta valor, lo que sumado a la falta de relojes en las unidades, la falta de ventanas o el uso permanente de persianas y de luz artificial, agudiza la desorientación. La presencia e interacción continua con la familia presenta una gran ayuda en la prevención de desarrollo de desorientación y delirio, pues se ha descrito que la sed, los tubos en la boca, las dificultades para dormir y no saber la hora, (Picados, 2017), eran algunas de las situaciones que más estresaban a los pacientes, más allá de las necesidades fisiológicas.

Además del apoyo emocional y psicológico que representa la presencia de la familia para el paciente, factores como el grado de formación académica, los elementos de la capacidad cognitiva, la red de apoyo social, las habilidades de afrontamiento, la percepción de situaciones estresantes, la interacción del estímulo/respuesta; son procesos que pueden influir de forma positiva o negativa en el proceso de afrontamiento del estrés al que puede verse enfrentado el paciente en su proceso de hospitalización en la UCI.

El acompañamiento a los paciente debe ser entendido por el personal asistencial y las organizaciones como valores agregados para el cuidado, no sólo el acompañamiento de las terapias de apoyo como terapeutas físicas y respiratorias,

psicológica y nutrición son necesarias para el cuidado del paciente. Adicional a estas, debe contarse con la familia como una fuente de procesos favorecedores para el afrontamiento del paciente a situaciones que pueden describirse como agobiantes y/o estresantes, constituyendo así la familia como una parte del manejo no farmacológico para la prevención de complicaciones asociadas a la atención clínica.

El cuidado de calidad y humanizado se presenta cuando se reconocen los procesos a los cuales se ven enfrentados los pacientes, etapas de miedo, desesperanza, desinformación, negación. La capacidad del personal asistencial para el acompañamiento de los pacientes y su familia en estos procesos se hace vital para brindar un cuidado digno, en el cual el paciente reciba herramientas y fortalecimiento de las propias destrezas para atravesar de forma idónea las situaciones a las cuales se ve y se verá enfrentado (Sancho, 2015).

Así pues, cabe resaltar que para el desarrollo de un cuidado holístico se requiere de desarrollo de habilidad tanto en lo relacionado con el conocimiento como con los valores con los cuales el personal pueda ofrecer un cuidado integral, en el cual la persona sea vista como un ser holístico, que se desenvuelve en diferentes esferas y que requiere satisfacer unas necesidades que se han visto afectadas por la presencia del proceso de enfermedad.

Para que el cuidado sea humanizado y de calidad la satisfacción del paciente debe reconocerse como uno de sus objetivos principales, satisfacción que requiere de estándares que deben cumplirse tanto desde los niveles científico y asistencial hasta lo social, cultural y emocional. El paciente requiere de un trato humano y digno, lo que implica una comunicación adecuada y emocionalmente correcta. Ante situaciones de dependencia de las personas enfermas, la visualización de los pacientes en forma holística favorece la confianza y la esperanza de los pacientes en las personas que se encuentran cuidándolos y en los resultados satisfactorios de estos cuidados, lo que a su vez se convierten en estándares con los cuales se

pueden hacer mediciones de las percepciones de los pacientes sobre la calidad del cuidado que están recibiendo.

Cuando una persona ingresa a la UCI se ve separada de su mundo y debe adaptarse a su “nueva forma de vida”, produciendo ansiedad y depresión en los pacientes. Lo que se agudiza por los constantes cambios del personal sanitario, los ruidos, las molestias nocturnas, las rutinas rígidas (Picados, 2017). A esto se le suma, la situación en la que se encuentra el personal sanitario, ya que en muchas ocasiones no cuenta con el tiempo suficiente para detenerse a escuchar al paciente y que este exprese lo que le preocupa, se realizan intervenciones y los procedimientos en ocasiones, sin contar con el consentimiento, no se tienen en cuenta sus emociones, haciéndolo sentir que no es importante, agudizando aún más lo estresante del proceso de internación, afectando además negativamente su proceso de enfermedad y la presencia de síntomas fisiológicos.

Entonces abrir las puertas de la UCI trae a los pacientes y sus familias grandes beneficios como lo es: disminuir tiempos de estancia al estar acompañados las 24 horas del día ya que conocerán de primera mano los procedimientos y la evolución de su familiar, ganarán seguridad y confianza en sí mismo, en el personal de salud al permitir involucrarse en los cuidados al paciente y debido a esto, abrir las puertas de la UCI es un tema de humanización que se hace fundamental implementar en las diferentes instituciones ya que el centro de atención de cuidados es el paciente quien al final será el mayor beneficiado.

9.6 IMPORTANCIA DE LA UCI DE PUERTAS ABIERTAS PARA LA FAMILIA

La familia es ese grupo de personas que conviven bajo el mismo techo, comparten lazos sanguíneos, experiencias, creencias, entre muchas otras cosas; según el ICBF (2013) “la familia es la unidad más básica de la sociedad, en la cual se desarrollan valores, principios de identidad, se crean relaciones de adaptación del individuo con la sociedad, vínculos de socialización, se forman individuos útiles para

la sociedad”; adicionalmente la familia no solo es ese grupo de personas que conviven juntas en un mismo espacio unidos por lazos de sangre; según Heras la Calle (2017. Pág 12), “muchas veces los seres humanos consideran familia a esos seres únicos con quienes se identifique el individuo como familia; pero en el ámbito hospitalario familia serían esas personas que el paciente elija tener a su lado y que le aporten confort durante su proceso de hospitalización”

Cabe resaltar que cuando un paciente ingresa a la UCI se ve afectado todo el núcleo familiar independientemente de las relaciones o lazos sanguíneos con los que cuente el paciente; el ingreso a la unidad genera miedo y discomfort puesto que se reconoce el estado de gravedad y vulnerabilidad en el que se encuentra ese ser querido, pero no sólo se trata de estar grave de salud , principalmente es ese estado de vulneración al que se someten los pacientes con un alto grado de aislamiento en el que quedan por las creencias o protocolos impuestos por el personal de dichas unidades, de la restricción que existe para las visitas, sin ponerse por un momento en el lugar de ese ser humano que está sufriendo, que incluso podría ser un ser querido.

Es por eso que Morales (2017. Pág 17) expresa que “para realizar un diagnóstico de la situación que viven las familias al interior de las UCI con respecto a la humanización de dichos servicios es un tema complejo de tratar, pero más complejo aún lo es el tema del manejo de las visitas; puesto que permitir la presencia de familiares por periodos largos de tiempo dentro de UCI es una decisión netamente tomada por comodidad, falta de compasión o entrenamiento para poder brindar educación a la familia, dejando de lado el bienestar y la esencia de ser humano del paciente”. Cuando el paciente ingresa a las UCI se siente triste, vulnerable y, al pasar los días, abandonado por sus seres queridos, sin mencionar los sentimientos de la familia al sentir la angustia sobre lo que pueda estar pasando con su familiar al dejarlo solo, en manos de personas desconocidas, que tienen muchos conocimientos en cuanto al manejo de la tecnología con la que cuenta la UCI y manejo de pacientes en estado crítico de salud, pero a lo mejor son personas que poco o nada tienen sobre el sentido de la humanización para con el otro.

Belio (2012. Pág 61) relata que “para los pacientes es fundamental la presencia de su ser querido para poder sentir esa fuerza y aliciente de que tienen un motivo por el cual recuperar la salud”; en diferentes estudios se ha demostrado que la presencia de los familiares en la UCI es un apoyo incondicional para los pacientes ya que con la presencia de ellos en los cubículos se disminuyen las caídas, los riesgos de presentar delirium, se involucra al familiar en los cuidados del paciente para evitar posibles reingresos a la unidad, que son algunos de los beneficios que se pueden lograr con la apertura de las puertas de la UCI.

Como ha mencionado Jiménez (2013. Pág 166) “para el núcleo familiar es complejo afrontar el difícil momento de tener un ser querido en la UCI, situación que lleva en muchas ocasiones a que el núcleo familiar se una o por el contrario se separe; es por eso que la importancia del enfermero se debe basar en la explicación clara sobre la evolución actual por la cual atraviesa el paciente y dar una luz de esperanza así sea en medio del dolor cuando sea posible, ya que no siempre las cosas son como la familia las desearía”, es una parte importante para los usuarios de las UCI que el personal de salud en especial enfermería se tome la bandera de poder humanizar con actos pequeños como empezar por la flexibilización del horario de las visitas para poder lograr algún día tener la UCI con las puertas abiertas para todos.

Es por esta razón que los profesionales de salud antes de ser profesionales son seres humanos que trabajan con y para seres humanos que tienen muchas necesidades, pero la principal de todas es permitir que la familia pueda estar al lado de su familiar que sufre, obtener una información clara y lo más amable posible. Es necesario entender que con cada paciente hay una familia que sufre y que esperan buenas noticias.

El personal de salud debe estar bien informado sobre la situación del paciente para no crear falsas esperanzas ya que eso puede llevar a que la relación entre el binomio familia-personal de salud se puede afectar; la comunicación con los familiares es fundamental. Brindar información clara es un derecho que tienen los pacientes y sus familias y a la vez es un deber que deben de cumplir los profesionales de salud.

En otras palabras, permitir la entrada de las familias por períodos largos de tiempo solo se trata de establecer estrategias sencillas como ponerse en el lugar del otro al poder comprender que los familiares y pacientes tienen sentimientos de estrés, preocupación, ansiedad, angustia de pensar en el desenlace de lo que pueda pasar con la situación por la que atraviesa actualmente su ser querido. Esta entrada de los familiares a las UCI debe servir a los profesionales de salud para entablar esas conversaciones y compasión para con el otro que sufre.

9.7 IMPORTANCIA DE LA UCI DE PUERTAS ABIERTAS PARA EL PERSONAL DE SALUD

En estudios realizados en diferentes instituciones alrededor del mundo se han descrito los factores que favorecen la humanización, así como los factores que dificultan la humanización de la atención al paciente según la percepción del personal de enfermería que labora en las UCI (Michelan, 2018), los cuales fueron clasificados de la siguientes manera:

Factores que favorecen la humanización: trabajo realizado en equipo, buenas relaciones interpersonales, reconocimiento de la calidad de los compañeros, la institución y el propio trabajo, la comunicación efectiva y los valores personales. Mientras que los factores que dificultan la humanización se encuentran: el trabajador no es dueño de su proceso de trabajo, la falta de autonomía, los modelos de atención biologicista, la falta de reconocimiento por parte de la organización, la baja remuneración económica, la falta de compañerismo, los ambientes laborales pesados, las situaciones estresantes y emocionalmente complejas.

A pesar del reconocimiento que se ha hecho a través de los años de los beneficios que representa para el paciente la presencia de la familia dentro de las unidades, aún se encuentra en algunos profesionales, principalmente profesionales de enfermería con larga experiencia en UCI, cierto grado de incomodidad con respecto a la interacción con los familiares, desconociendo el papel que estos desempeñan en el proceso de atención y de recuperación de los pacientes.

Dentro de los servicios críticos se precisa la búsqueda de un equilibrio entre las necesidades de los familiares y las del personal, con el fin de mejorar la calidad de la atención prestada, en donde el personal obtiene información valiosa por parte de los familiares y los familiares podrán participar del cuidado, compartir con el paciente y obtener información de primera mano sobre el proceso de cuidado.

Sin embargo, para que este equilibrio pueda darse el personal asistencial tendrá que poseer y desarrollar habilidades para favorecer una buena comunicación con el paciente y/o la familia: La escucha, la empatía, la compasión, la asertividad y el apoyo emocional, las cuales en muchas ocasiones no hacen parte del repertorio de los profesionales, ante lo cual será necesaria la capacitación para la adquisición y fortalecimiento de estas habilidades.

El personal que ingresa a laborar en la UCI requiere de un alto grado de habilidades tanto científicas, técnicas y tecnológicas a lo que se hace necesario sumar el requerimiento de habilidades humanas, para ofrecer un cuidado integral, humanizado y de calidad a los pacientes. La atención humanizada a los pacientes y a sus familias debe estar inmersa en la obligación de una atención de calidad en la cual se trate a la familia como entes a los que se brinde un cuidado integral en el cual se satisfagan las necesidades tanto expresadas y las identificadas (Machado 2016)

La calidad en la atención y el cuidado al paciente debe estar basado en las capacidades, actitudes y conocimientos que el personal asistencial tiene, lo cual debe estar representado por las cualidades inmersas en el “Saber”, “Saber hacer”, “Saber ser y estar”. El cuidado con calidad, satisfactorio e integral requiere involucrar los diferentes aspectos de la persona, se debe atender los aspectos físicos, emocionales, sociales, psicológicos y espirituales de los pacientes, esto con el fin de cumplir con las expectativas de las familias y lograr la satisfacción al evidenciar la calidez del cuidado por parte del paciente.

Los años de experiencia y de manejo de los pacientes en estado crítico de salud parecen ser una característica de los profesionales de enfermería que menos

contacto tienen con las familias de los pacientes, mientras que los profesionales con menos experiencia tienen dentro de sus prioridades la interacción y el traspaso de información a las familias (Murillo, 2014), siendo estos últimos quienes dentro de sus tareas plantean la interacción con las familias, informado sobre el estado de los pacientes, los cuidados brindados, los planes de manejo y los cambios presentados en la evolución, el personal con mayor experiencia parece evitar el contacto con las familias y dejar en “manos” del personal médico el traspaso de información.

Son los profesionales con mayores años de experiencia en las unidades los que refieren la presencia de complicaciones para los pacientes con la presencia de los familiares en las unidades, mientras que, por otro lado, los profesionales con menos años son más partidarios de la presencia de la familia con los pacientes, reconocen los beneficios y fomentan el acompañamiento continuo de los pacientes (Rodríguez, 2021). Lo que sin duda representa una transformación en el paradigma de la presencia de familiares en las UCI, por otro lado, la presencia de la familia, la educación y las políticas para la visita deben ir acompañadas de formación y fortalecimiento en las habilidades humanas y de comunicación del personal asistencial, buscando una adecuada interacción entre la familia, el paciente y el personal, con el fin de llegar a una atención integral al binomio paciente/familia.

10. CONCLUSIONES

- Debemos entender que humanizar las UCI implica entender al ser humano en sus dimensiones holística, social, espiritual; comprender que antes de ser pacientes son seres humanos que requieren de cuidados con calidad y esto no solo se logra con la tecnología puesta al servicio del paciente sino permitirles estar acompañados de sus familiares en estos momentos tan críticos; es por eso que las instituciones deben de implementar la estrategia de la UCI de puertas abiertas la cual contiene: permitir ampliar los horarios de visitas, contar con acompañantes permanentes, involucrar a las familias en los cuidados que se les brindan a los pacientes siempre y cuando no se

coloque en riesgo la vida del paciente, brindar mayor y mejor educación por parte del personal de salud.

- Abrir las puertas de la UCI representa un desafío en todos los niveles organizativos del sistema de salud y es una obligación para que la atención en salud pueda brindarse con calidad.
- La presencia de la familia en la UCI y el acompañamiento al paciente ha de ser tan importante para el personal asistencial como la terapia farmacológica.
- Las organizaciones deben reconocer los beneficios que para el paciente y el personal asistencial representa la presencia de la familia en la UCI, justificándose como parte de las medidas no farmacológicas y que favorecen a la reducción de costos en la atención.
- La familia de los pacientes ingresados a UCI presentan unas necesidades específicas, las cuales deben ser reconocidas por el personal asistencial, buscando satisfacerlas, enfocando la atención en el binomio paciente-familia.
- Además de tecnología, medicamentos y personal idóneo, el paciente crítico requiere de elementos y espacios de esparcimiento como parte de su tratamiento, tanto para buscar la mejoría de su enfermedad, como para la prevención de complicaciones.

11. RECOMENDACIONES

11.1. RECOMENDACIONES PARA LA FORMACIÓN

- Las instituciones de educación deben implementar en sus programas de formación estrategias que ayuden a los estudiantes de salud a tener actitudes más humanas al enfrentarse a la vida laboral; deben comprender que los pacientes son seres humanos que requieren de cuidados con altos estándares de calidad y con la mejor tecnología pero de nada sirve si se deja lado el cuidado humanizado que tanto hace falta y que son ellos como futuros

profesionales los llamados a lograr la humanización de la salud en especial en las UCI.

- El reto para las instituciones de salud es llevar a los estudiantes a afianzar esas competencias en el momento de brindar educación tanto al paciente como a la familia, ya que es esta una de las principales quejas de los usuarios en las UCI es la falta de información que reciben por parte del personal de salud de las unidades y eso solo se debe a la falta de competencias del personal para brindar dicha información o en algunas ocasiones esa comunicación de malas noticias; por tal motivo el reto que deben asumir es afianzar esas competencias de comunicación en los estudiantes.

11.2. RECOMENDACIONES PARA LAS INSTITUCIONES

- Algunas instituciones de salud dicen estar acreditadas en altos estándares de calidad pero a su vez tienen horarios restrictivos en las UCI lo cual no es concordante con esa calidad; porque para poder brindar una atención con altos estándares de calidad es indispensable que se tenga en cuenta que los pacientes que se encuentran internados en las UCI requieren del acompañamiento permanente de sus seres queridos los cuales pueden ayudar a que la recuperación se dé mucho más rápido de lo que se cree; es por eso que las instituciones de salud deben de enfocar esa calidad también en permitir a los pacientes un cuidado humanizado lo cual lleva a abrir las puertas de la UCI.
- La estrategia de abrir las puertas como parte de la humanización del cuidado es una herramienta fundamental que deben de poner en práctica las diferentes instituciones de salud del país para poder alcanzar altos estándares de calidad.
- Las instituciones de salud deben analizar como es el manejo de las visitas en las UCI ya que solo así se podrá saber cómo han avanzado en el tema de humanizar las UCI y si se encuentra que no se ha avanzado nada en el tema, se deben de imponer el reto de permitir la presencia de familiares por

periodos muy largos e incluirlos en el cuidado del paciente para poder competir con otras instituciones en cuanto al tema de calidad ya que humanizar las UCI es un tema que tiene ver con la calidad de la atención de las instituciones.

- En las instituciones de salud muchos de los cuidados que brinda el personal de enfermería están consignados en planes de cuidados los cuales en muchas ocasiones solo se basan en suplir necesidades de tipo médico dejando de lado la parte emocional del paciente; es por eso que dentro de las UCI y en general los servicios de internación deben dejar plasmados en sus planes de cuidado las acciones que se deben de realizar para fomentar esa parte humana que tanta falta en las instituciones de salud lo cual llevará a comprender que los pacientes son seres humanos que al ingresar a la UCI no deben de perder la relación con el mundo exterior y que como seres únicos e irrepetibles requieren de cuidados individualizados.
- El personal de enfermería que labora en la UCI debe abogar por el paciente y el cuidado humanizado de las unidades lo cual implica: ampliar horarios de visitas, permitir el ingreso de menores de edad ya que su presencia puede ser de gran ayuda en la recuperación del paciente, brindar mejor y más comunicación a la familia del paciente, tener espacios confortables para la familia para que el proceso crítico de estar en la UCI sea menos traumático para el binomio paciente-familia.
- El reto que deben de enfrentar las instituciones de salud es poder superar las barreras que se han impuesto a través del tiempo por el personal que labora en la UCI al no permitir al paciente estar rodeado de sus familiares, lo que lleva a ver afectadas las relaciones entre el binomio familia-personal de salud; pero que son barreras que se pueden transformar en oportunidades de cambio y se pueden lograr mediante la humanización de los cuidados y unas de sus acciones es: abrir las puertas de la UCI ampliando los horarios de visita y brindando mejor y mayor información al paciente y a su familia.
- Como se ha descrito durante este trabajo el ingreso a la UCI genera en el paciente un sin número de sentimientos que le generan estrés y eso lo puede

llevar a presentar alteraciones fisiológicas como: el aumento de la frecuencia cardiaca, el volumen sanguíneo, la presión arterial, el aumento neural, la frecuencia respiratoria, la retención de sodio; entre otras, pero es un deber del personal que labora en las UCI disminuir o realizar actividades que ayuden a eliminar estos factores como lo es el cuidado humanizado es por eso que las instituciones deben de fomentar en el personal la realización de actividades individualizadas para cada paciente que ayuden a brindar un cuidado humanizado y esto contribuirá a disminuir factores estresores en el paciente y su familia.

- Para las instituciones humanizar la atención en salud de las UCI deben realizar grandes cambios que incluyan: personal administrativo, personal asistencial, pacientes y las familias ya que el personal de salud para poder brindar un adecuado cuidado debe contar con buenas garantías en su labor ya que un personal satisfecho con la entidad que lo contrato será un personal que no se oponga a implementar estrategias como la de la humanización de la UCI.

12. ANEXOS

12.1 FICHA BIBLIOGRÁFICA

Nombre del documento	
Referencia bibliográfica	
País	
Base de datos	
Idioma	
Localización del documento	
Tema	
Subtemas	
Palabras claves	
Resumen	
Ideas principales	
Notas textuales con número de página	
Comentarios sobre la nota	
Gráficos	
Teorías en las que se apoya el estudio	
Metodología	

Conclusiones académicas y aportes al tema de investigación	
Firma	
Fecha de realización	

13. REFERENCIAS

A. Alonso, Rodríguez, S Martínez-Villamea, A Sánchez-Vallejo, M. Fernández-Menéndez. (2021). Perspectivas de los profesionales de enfermería de cuidados intensivos sobre las visitas abiertas en una UCI. *Enfermería Intensiva*. Volume 32, Pages 62-72.

Ayllón Garrido, N., Montero Rus, P., Acebes Fernández, M. I., & Sánchez Zugazua, J. (2014). Unidad de cuidados intensivos de puertas abiertas: Perspectiva de los profesionales. *Enfermería Intensiva*, 25(2), 72–77

Baeza Gómez, Ig, Quispe Hoxsas, L C. (2020). Proyecto "Humanizando los Cuidados Intensivos", nuevo paradigma de orientación de los Cuidados Intensivos. *Revista de Bioética y Derecho*, (48), 111-126. Epub 11 de mayo de 2020

Belio, M. I. P., & Vivar, C. G. (2012). Necesidades de la familia en las unidades de cuidados intensivos. *Revision de la literatura*. 23(2).

Beltrán, O.A (2007, 26 de noviembre). La práctica de enfermería en cuidado intensive.

<https://aquichan.unisabana.edu.co/index.php/aquichan/article/view/123/247>

Bernal-Ruiz, D. y Horta-Buitrago, S. (2014). Cuidado de enfermería para la familia del paciente crítico desde la teoría de la comprensión facilitada. *Enfermería universitaria*, 11 (4), 154-163.

Cabrera Saavedra, J., Rivera, M. S., & Jaman Mewes, P. (2020). SIGNIFICADOS DE LA EXPERIENCIA DE UNA ENFERMERA CON SU MADRE HOSPITALIZADA EN UNA UNIDAD INTENSIVA CORONARIA. *Horizonte De Enfermería*, 25(1), 23-31.

Cabrera, E. M., Cynthia, L., & Hoxas, Q. (2011). Efecto de un protocolo de acogida familiar en una unidad de cuidados. 52–65.

Calhau, C., Reis, A., & Fernandes, M. H. (2016). Humanização do cuidado nas unidades de terapia intensiva: revisão integrativa. 8(2), 4212–4222.

Chamorro, C., & Romera, M. A. (2015). Dolor y miedo en la UCI. *Medicina Intensiva*, 39(7), 442–444.

Cordero Jaramillo, Y. (2018). Factores que impiden a las enfermeras de la UCI incorporar la cultura de UCI abierta a su práctica clínica.

Correa-Perez, L. (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 Colombiana de Cuidado Intensivo*, 18(3), 175–178.

De Arco Canoles O del C, Suarez Calle ZK. (2018). Rol de los profesionales de enfermería en el sistema de salud colombiano. *Univ. Salud*. 20(2):171-182

Duque-Ortiz, C., & Arias-valencia, M. M. (2020). Nurse-family relationship. Beyond the opening of doors and schedules &. *Enfermería Intensiva*, 31(4), 192–202.

Escudero, D., Martín, L., Viña, L., Quindós, B., Espina, M. J., Forcelledo, L., Fernández-Rey, E. (2015). Política de visitas, diseño y confortabilidad en las unidades de cuidados intensivos españolas. *Revista de Calidad Asistencial*, 30(5), 243–250.)

Escudero, D., Viña, L., & Calleja, C. (2014). Por una UCI de puertas abiertas, más confortable y humana. Es tiempo de cambio. *Medicina Intensiva*, 38(6), 371–375

Evangelista, V, Canhizares, Domingos, T da Silva, Siqueira, F P, Cerântola, & Braga, E . (2016). Equipe multiprofissional de terapia intensiva: humanização e fragmentação do processo de trabalho. *Revista Brasileira de Enfermagem*, 69(6), 1099-1107.

Fernanda, L., & Beltrán, A. (2014). Panorama general de las visitas en las unidades de cuidado intensivo 1. 16(1), 61–71.

Fernandes, L. Machado, C. Fernandes, V. Salazar, M. (2013). Estrés del paciente en UCI: visión de los pacientes y del equipo de enfermería *Estresse do paciente em UTI. Enfermería Global*, 12(32), 88–103.

Fuentes-Fernández, E., Huichin-pool, M. A., Cante-Hernández, D., & Román, M. A. P. (2018). ORIGINAL. Unidad crítica adultos de puertas abiertas: vivencias de enfermería en hospital público de Quintana Roo Critical unit adults open doors: experiences of nursing in public hospital. 38, 17–21.

García Ortega, D., García Graus, N., & Martínez Martín, M. L. (2016). La relación terapéutica con la familia del paciente crítico. *Metas de Enfermería*, 19(2), 49–59.

Gil-Juliá, B., Ballester-Arnal, R., Bernat-adell, M. D., Castro-calvo, C. G. J., Básica, D. D. P., Facultad, P., De, D. C., Universidad, S., De, C., España, P., & Gil-Juliá, B. (2018). ORIGINAL VALORACIÓN DE LA ESTANCIA EN UCI DESDE EL PUNTO DE VISTA DE PACIENTES Y FAMILIARES 92, 1–13.

Gunther, M. E. (2007). Martha E. Rogers: Seres humanos unitarios. In *Modelos y teorías en enfermería* (pp. 180-197). Elsevier.

Heras La Calle G. (2017). UCI de puertas abiertas. Humanizando los cuidados intensivos: (pp. 11-30). Bogotá: Distribuna

Hernández Cortina. A, Guardado de la Paz. C. (2004). La Enfermería como disciplina profesional holística. *Revista Cubana de Enfermería*. 20(2).

Instituto Colombiano de Bienestar Familiar ICBF (2013, diciembre). LA FAMILIA: EL ENTORNO PROTECTOR DE NUESTROS NIÑOS, NIÑAS Y ADOLESCENTES COLOMBIANOS. <https://www.icbf.gov.co/sites/default/files/publicacion-47-a.pdf>

Jiménez-Ocampo, Vivían Fernanda, Zapata-Gutiérrez, Lina Shirley, & Díaz-Suárez, Leticia. (2013). Capacidad de afrontamiento y adaptación de los familiares del paciente adulto hospitalizado en una unidad de cuidado intensivo. *Aquichan*, 13(2), 159-172

Joven, Z. M., & Guáqueta Parada, S. R. (2019). Percepción del paciente crítico sobre los comportamientos de cuidado humanizado de enfermería. *Avances En Enfermería*, 37(1), 65–74.

Jover-Sancho, C., Romero-García, M., Delgado-Hito, P., de la Cueva-Ariza, L., Solà-Solé, N., Acosta-Mejuto, B., Juandó-Prats, C. L. (2015). Percepción de las enfermeras de UCI en relación al cuidado satisfactorio: convergencias y divergencias con la percepción del paciente crítico. *Enfermería Intensiva*, 26(1), 3–14.

L, Correa-Pérez, G Andres Chavarro. (2021). Integralidad en la atención del paciente crítico: buscando un camino para humanizar la UCI. *Acta Colombiana de Cuidado Intensivo*, 2021-01-01, Volumen 21, Número 1, Páginas 77-82.

Lallemand, C. Z., García A., Carbonero, R. Q., Sa, C., Abadía, E., Miro, J. A., De, U., Balears, I., & Balears, I. (2010). Abrir la unidad de cuidados intensivos a los familiares: ¿qué opinan los profesionales? 21(2), 52–57.

Lallemand, C. Z., Mozo, A. G., Cerdá, S. M. A., & Juan, E. P. (2012). Elementos facilitadores y limitadores del cambio en la atención a los familiares del paciente crítico. *Enfermería intensiva* 23(3).

Lendinez, A. (2016, 29 de junio). Humanizar: La herramienta clave. <https://proyectohuci.com/es/humanizar-la-herramienta-clave-por/>

Ley 1403 de 2010 Recuperado de: http://www.secretariassenado.gov.co/senado/basedoc/ley_1403_2010.html.

Resolución 8430 de 1993. Recuperado de: <https://www.minsalud.gov.co/sites/rid/Lists/BibliotecaDigital/RIDE/DE/DIJ/RESOLUCION-8430-DE-1993.PDF>

Londoño Palacio O.L, Maldonado Granados L.F, Calderón Villafañez L.C (2014). Guía para construir estados del arte. Bogotá. 1-39

Luiz, Flavia F, Caregnato, Rita C Aquino, & Costa, M Rosa da. (2017). Humanization in the Intensive Care: perception of family and healthcare professionals. *Revista Brasileira de Enfermagem*, 70(5), 1040-1047.

Machado ER, Soares NV. (2016). Humanización en UCI: sentidos y significado en la perspectiva del equipo de salud. *Revista de enfermagem do Centro Oeste Mineiro*. 2342-2348.

Michelan VCA, WC Spiri. Percepción de la humanización de los trabajadores de enfermería bajo terapia intensiva.(2018). *Revista Brasileira de Enfermagem*. 71 (2): 372-3788.

Montenegro, P. A., Farias-Reyes, D., & Quiroga Toledo, N. (2016). Visita restrictiva / visita no restrictiva en una unidad de paciente crítico adulto. 16, 340–358.

Morales-Aguilar, R. D. S., Lastre-Amell, G. E., Pardo-Vásquez, A., & De La Hoz-Mercado, M. (2017). Diagnóstico de la situación de las visitas a pacientes recluidos en unidades de cuidados intensivos. *Duazary*, 14(1), 16–24

Moreno, D. (2019). UCI de puertas abiertas como estrategia de humanización del cuidado. Revisión bibliográfica. *Revistamedicacountry.Com*, 10.

Murillo Pérez, M. A., López López, C., Torrente Vela, S., Morales Sánchez, C., Orejana Martín, M., García Iglesias, M., Alted López, E. (2014). Percepción de las enfermeras sobre la comunicación con la familia de pacientes ingresados en un servicio de medicina intensiva. *Enfermería Intensiva*, 25(4), 137–145.

Noreña A.L. Alcaraz Moreno N. Rojas J.G. Rebolledo Malpica D. 2012. Aplicabilidad de los criterios de rigor y éticos en la investigación cualitativa. Vol. 12- 3. Chía, Colombia. 263-274.

Picados M, D. 2017. Los beneficios de integrar a la familia en la Unidad de Cuidados Intensivos. Revisión bibliografía. Facultad de medicina. Universidad autónoma de Madrid. Trabajo de grado.

Reuter-Rice, K., McMurray, M. G., Christoferson, E., Yeager, H., & Wiggins, B. (2020). Sleep in the Intensive Care Unit. *Critical Care Nursing Clinics of North America*)

Ribeiro, C A, Trovo, Martins M, Puggina, A C. (2017). Relatos de vida y fotografía de pacientes sedados en UCI: ¿estrategia de humanización posible?. Enfermería Global, 16(47), 453-495. Epub 01 de julio de 2017

Rodriguez Tellez, B. (2015, abril-junio). Historia de la medicina crítica. <https://www.medigraphic.com/pdfs/abc/bc-2015/bc152n.pdf>

Rojas, V. (2019). HUMANIZACIÓN DE LOS CUIDADOS INTENSIVOS. Revista médica Clínica Las Condes, 30 (2), 120–125.

Romero Massa, E., Flórez Torres, I. E., & Montalvo Prieto, A. M. P. (2018). Incertidumbre en cuidadores familiares de pacientes hospitalizados en unidades de cuidado intensivo. Investigación En Enfermería: Imagen y Desarrollo, 20(1).

Rubio Rico, L., Cosi Marsans, M., Martínez Márquez, C., Miró Borrás, A., Sans Riba, L., Toda Savall, D., & Velasco Blasco, C. (2006). Relaciones interdisciplinarias y humanización en las unidades de cuidados intensivos. Enfermería Intensiva, 17(4), 141–153.

Ruidiaz-Gómez, K. S., & Fernández-Aragón, S. (2020). Temor y angustia: experiencia del paciente en la unidad de cuidados intensivos. Revista Ciencia y Cuidado, 17(3), 7–19.

Saldaña, A., Marcela, D., Beltrán, A., & Fernanda, L. (2013). Participación familiar en el cuidado de pacientes críticos : una propuesta de fundamentación teórica 137-150.

Sánchez-vallejo, A., Fernández, D., & Fernández-Fernández, A. P. M. (2016). Análisis de las necesidades de la familia del paciente crítico y la opinión de los profesionales de la unidad de cuidados intensivos. 40(9).

Sirgo Rodríguez, G., Chico Fernández, M., Gordo Vidal, F., García Arias, M., Holanda Peña, M. S., Azcarate Ayerdi, B. Martín Delgado, M. C. (2018). Traspaso de información en Medicina Intensiva. Medicina Intensiva, 42(3), 168–179.

Taylor. S. J, Bogdan. R. (1984). Introducción a los métodos cualitativos. Barcelona, España. Editorial Paidós. 344.

Velasco Bueno, J. M., & La Calle, G. H. (2020). Humanizing Intensive Care. *Critical Care Nursing Clinics of North America*, 32(2), 135–147.

Vera Carrasco, O. (2015). ORIGEN Y DESARROLLO HISTÓRICO DE LA MEDICINA CRÍTICA Y UNIDADES DE CUIDADOS INTENSIVOS EN BOLIVIA. *Revista Médica La Paz*, 21(2), 77-90.

Zaforteza Lallemand C, García Mozo A, Quintana Carbonero R, Sánchez Calvín C, Abadía Ortiz E, Miró Gayá JA. Abrir la unidad de cuidados intensivos a los familiares: ¿qué opinan los profesionales? *Enferm Intensiva [Revista en Internet]* 2010; 21 (2): 52-57.