



UNIVERSIDAD PERUANA  
**CAYETANO HEREDIA**

Facultad de  
**ENFERMERÍA**

HUMANIZACIÓN DEL CUIDADO DE ENFERMERÍA EN LA UNIDAD DE  
CUIDADOS INTENSIVOS ADULTO

HUMANIZATION OF NURSING CARE IN THE ADULT INTENSIVE CARE  
UNIT

TRABAJO ACADÉMICO PARA OPTAR POR EL TÍTULO DE  
ESPECIALISTA EN ENFERMERÍA EN CUIDADOS INTENSIVOS

**AUTOR:**

Juan Carlos Casas Llanco

**ASESORA:**

Dra. Roxana Obando Zegarra

**CO-ASESORA**

Mg. Zobeida Elizabet Camarena Vargas

LIMA - PERÚ

2022



**ASESORA DEL TRABAJO ACADÉMICO**

Dra. Roxana Obando Zegarra

Departamento académico de Enfermería

ORCID:

ORCID: 0000-0003-2380-627X

**CO-ASESORA DEL TRABAJO ACADÉMICO**

Mg. Zobeida Elizabet Camarena Vargas

Departamento académico de Enfermería

ORCID:

ORCID: 0000-0003-2053-4803

## **DEDICATORIA**

Este trabajo se lo dedico a mis padres por su apoyo incondicional durante mi formación.

## **AGRADECIMIENTO**

A los docentes de la Especialidad por darme las herramientas para ser un mejor profesional y persona.

## **FUENTES DE FINANCIAMIENTO**

El trabajo académico fue autofinanciado.

## **DECLARACION DEL AUTOR**

Yo Casas Llanco, Juan Carlos, egresado del programa de segunda especialidad de la facultad de Enfermería de la Universidad Peruana Cayetano Heredia, autor del trabajo académico titulado: “Humanización del cuidado de enfermería en la unidad de cuidados intensivos adulto”

**DECLARO LO SIGUIENTE:**

1. El presente trabajo académico es original y se usará para obtener el título de segunda especialidad en Enfermería en Cuidados Intensivos Adulto, la misma que se elaboró siguiendo los lineamientos respectivos, respetando la ética y la conducta responsable en investigación, por lo tanto, no es copia de otros proyectos o trabajos de investigación.
2. Así mismo declaro no tener conflictos de interés.

Juan Carlos Casas Llanco

# HUMANIZACIÓN DEL CUIDADO DE ENFERMERÍA EN LA UNIDAD DE CUIDADOS INTENSIVOS ADULTO

## INFORME DE ORIGINALIDAD

18%

INDICE DE SIMILITUD

17%

FUENTES DE INTERNET

8%

PUBLICACIONES

5%

TRABAJOS DEL ESTUDIANTE

## FUENTES PRIMARIAS

1	<a href="http://medintensiva.org">medintensiva.org</a> Fuente de Internet	2%
2	<a href="http://repositorio.upch.edu.pe">repositorio.upch.edu.pe</a> Fuente de Internet	2%
3	<a href="http://revistas.um.es">revistas.um.es</a> Fuente de Internet	1%
4	<a href="http://www.researchgate.net">www.researchgate.net</a> Fuente de Internet	1%
5	<a href="http://pesquisa.bvsalud.org">pesquisa.bvsalud.org</a> Fuente de Internet	1%
6	<a href="http://documentop.com">documentop.com</a> Fuente de Internet	1%
7	<a href="http://worldwidescience.org">worldwidescience.org</a> Fuente de Internet	1%
8	<a href="http://eresearch.areandina.edu.co">eresearch.areandina.edu.co</a> Fuente de Internet	1%
9	<a href="http://repositorio.unal.edu.co">repositorio.unal.edu.co</a> Fuente de Internet	1%

## **TABLA DE CONTENIDOS**

### **RESUMEN**

<b>I.</b>	<b>INTRODUCCIÓN .....</b>	<b>1</b>
<b>II.</b>	<b>OBJETIVOS .....</b>	<b>12</b>
<b>III.</b>	<b>MATERIALES Y METODOS .....</b>	<b>13</b>
<b>IV.</b>	<b>RESULTADOS.....</b>	<b>15</b>
<b>V.</b>	<b>DISCUSIÓN.....</b>	<b>16</b>
<b>VI.</b>	<b>CONCLUSIONES .....</b>	<b>28</b>
<b>VII.</b>	<b>REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS .....</b>	<b>30</b>
<b>VIII.</b>	<b>TABLAS, GRÁFICOS Y FIGURAS .....</b>	<b>37</b>

### **ANEXOS**

## RESUMEN

La humanización del cuidado significa, brindar cuidados de manera integral teniendo en cuenta la parte humana de la persona, sin involucrarse con el paciente, pero considerar su sentir de manera empática, respetar su entorno personal y familiar permitiendo la expresión de sentimientos manifestados, asegurar un ambiente que brinde una vida sana con armonía en los aspectos físico, emotivo, social y espiritual de la persona. **OBJETIVO:** Describir y analizar la revisión bibliográfica sobre Humanización del cuidado de enfermería en la unidad de cuidados intensivos adulto. **METODOLOGIA:** El presente trabajo académico es un trabajo monográfico de tipo descriptivo, retrospectivo. Se basó en la revisión bibliográfica de investigaciones publicadas durante los años 2018-2022, para lo cual se realizó la búsqueda en las siguientes bases de datos Scielo, Science Direct, Pubmed, Redalyc, ElSevier, Researchgate, sobre humanización del cuidado de enfermería en la unidad de cuidados intensivos adulto. **CONCLUSIONES:** El cuidado humanizado no solo depende del conocimiento, desarrollo y capacidad del profesional de salud, también de que estén implementadas de manera correcta tres áreas en el ambiente hospitalario: El área relacional que incluye algunos elementos importantes, aspectos de relación entre el paciente y el profesional que brinda el cuidado; El área organizacional que está directamente relacionada con el entorno laboral y El área estructural que incorpora los requerimientos de materiales y equipos necesarios en la aplicación de un protocolo de cuidado humanizado.

**PALABRAS CLAVE:** Humanización de la Atención, Atención de Enfermería, Comunicación, Unidad de Cuidados Intensivos.



## ABSTRACT

The humanization of care means providing care in an integral way, taking into account the human part of the person, without getting involved with the patient, but considering their feelings in an empathetic way, respecting their personal and family environment allowing the expression of expressed feelings, ensuring a environment that provides a healthy life with harmony in the physical, emotional, social and spiritual aspects of the person. **OBJECTIVE:** Describe and analyze the bibliographic review on Humanization of nursing care in the adult intensive care unit. **METHODOLOGY:** The present academic work is a descriptive, retrospective monographic work. It was based on the bibliographic review of research published during the years 2018-2022, for which the search was carried out in the following databases Scielo, Science Direct, Pubmed, Redalyc, ElSevier, Researchgate, on humanization of nursing care in the adult intensive care unit. **CONCLUSIONS:** Humanized care not only depends on the knowledge, development and capacity of the health professional, but also on the correct implementation of three areas in the hospital environment: The relational area that includes some important elements and aspects of the relationship between the patient and the professional that provides care; The organizational area that is directly related to the work environment and the structural area that incorporates the requirements of materials and equipment necessary in the application of a humanized care protocol.

**KEYWORDS:** Humanization of Care, Nursing Care, Comunication, Intensive Care Unit.

## **I. INTRODUCCIÓN**

El personal de enfermería representa la figura clave para el desarrollo de las prácticas básicas y fundamentales dentro de los establecimientos de salud en todo el mundo, siendo así el eje principal que sostiene la profesión como tal, por ello no es extraño que se evalúe constantemente el trabajo que desempeña el enfermero(a) en el ámbito hospitalario, siendo este un importante factor para poder medir el grado de satisfacción del usuario. (1)

En el ambiente de la unidad de cuidados intensivos se ve el trabajo de un equipo multidisciplinario en donde se aúnan los esfuerzos de profesionales especializados que brindan atenciones y cuidados a pacientes, además de ello es necesario contar con tecnología de última generación en salud, muchas veces el entorno tecnológico tiende a romper el lazo entre la persona con el entorno por lo que es indispensable brindar un cuidado humanizado considerando a este como un eje central del trabajo de enfermería. (2,3)

La tecnología en salud que se maneja en la UCI es de muy alto nivel, a su vez esto demanda el desarrollo de competencias cognitivas, habilidades y destrezas, además de responsabilidades por parte del profesional de enfermería, en ocasiones esto suele hacer que la enfermera aborde las necesidades de los pacientes de una manera poco sensible, automatizada, técnica y generalizada, además hay un afrontamiento constante con la sobrecarga laboral, ejecución de tareas de una alta complejidad y la creación de emociones defensivas al momento de brindar el cuidado de enfermería, esta situación suele agravarse debido a la rutina, estrés, en la unidad, y las consecuencias se traducen en un riesgo de atención deshumanizada al paciente. (2,4)

En la unidad de cuidados intensivos el personal de enfermería brinda cuidados especializados a los pacientes en estado crítico, comúnmente los pacientes se encuentran en un estado de sedación profunda por lo cual la comunicación verbal entre enfermera y paciente se ve restringida y muchas veces incongruente, debido a ello es necesario cierto grado de empatía y sensibilidad por parte del personal para poder brindar cuidados de enfermería de calidad que puedan satisfacer las necesidades del paciente, además de que su recuperación pueda darse de manera favorable, evitando complicaciones. (5,6)

Humanizar los cuidados de enfermería es realizar acciones para proteger y promover la salud, rehabilitar al paciente que padece de alguna enfermedad, asegurar un ambiente que brinde una vida sana con armonía en los aspectos físico, emotivo, social y espiritual de la persona, esto no solo debería ser una buena iniciativa en el personal de salud si no debería considerarse como un derecho en todo ser humano, convirtiéndose en una necesidad vital. Por lo antes mencionado el personal de enfermería debería tener un compromiso ético con la vulnerabilidad del ser humano que genere salud y brinde compañía en el sufrimiento. (7)

Solo podemos considerar al paciente como la mitad de todo su ser, ya que la otra mitad corresponde a la familia que está detrás de él, así como el paciente los familiares experimentan muchos síntomas que podríamos considerar como relevantes en salud mental y al igual que el paciente internado en la UCI los familiares necesitan un trato humano dentro de las instalaciones hospitalarias, un ejemplo claro es al momento de dar el informe sobre la salud del enfermo, debería de hacerse con la sensibilidad del

caso y de una manera muy discreta, además incluirlo en la toma de decisiones y hacerle participe durante el cuidado humanizado que se le puede brindar al paciente. (8)

La necesidad de humanizar las actividades diarias surge en este nuevo milenio, considerando la parte de relaciones personales y actividades netamente profesionales no solo el campo de la salud como un dominio principal si no todas las profesiones que tengan ese contacto directo entre personas, haciendo un análisis de la situación actual el panorama de la humanización en el ámbito de la salud se ve un poco más delicado y se convierte en una necesidad debido a que el ámbito laboral de los profesionales en los centros hospitalarios es muy rutinario, en este contexto el personal de salud se ve afectado por diferente tipo de problemas emocionales siendo la pérdida de la sensibilidad a los problemas de salud ajenos uno de los más importantes, esto a causa de la rutinario que debe atravesar el profesional en su día a día que hace que los problemas de salud que pueda aquejar una persona sean cada vez más comunes y pierda la empatía y el humanismo al momento de brindar los cuidados de enfermería, esto podría asociarse directamente al modelo “Afectivo-Efectivo” propuesto por Albert Jovell que define la forma de cuidar y curar al paciente ubicándolo como persona, utilizando una base en la evidencia científica, aunando la dignidad y la humanidad del paciente como una dimensión, promoviendo un cuidado basado en la confianza y empatía hacia el enfermo, y contribuyendo a su bienestar y mejorando resultados en el restablecimiento de su salud. (7,9)

La humanización del cuidado podría considerarse como una alianza con el paciente y su forma de vivir que representa mucho más que una ideología, considera a la persona en su totalidad tanto en el aspecto físico como la dimensión más subjetiva, además

selecciona aspectos de la calidad y representa un compromiso ético por parte del profesional de enfermería. Para lograr la humanización en el cuidado tenemos que entender que la persona es un ser único y singular por ello las reacciones que esta tenga en diferentes circunstancias de bienestar o enfermedad serán diferentes. (7,9)

Es necesario humanizar el cuidado de enfermería debido a que se ha vuelto común el actuar deshumanizado del personal, que ha buscado como único objetivo de cuidado a los procesos patológicos a la disrupción de la homeostasis del cuerpo humano, esto mucho más que todo se trata de la despersonalización del actuar enfermero, y algunas de las principales causas podrían identificarse con el crecimiento tecnológico en la unidad de cuidados intensivos, la aplicación de criterios mercantilistas en la prestación sanitaria y la negación de que el sufrimiento, la enfermedad y la muerte pueden manifestarse de igual forma en pacientes, familiares y profesionales especialistas en el campo de la salud. (9)

De la aplicación de una política de cuidado humanizado podemos observar la flexibilidad de las visitas y los horarios de las mismas en un ámbito hospitalario, la flexibilidad de las visitas está asociadas a la disminución de la incidencia de delirium en los pacientes de la unidad de cuidados intensivos, además que esto incrementa la satisfacción en los familiares de los hospitalizados en la Unidad de Cuidados Intensivos. (10)

Uno de los estudios que más impacto causó en la actualidad es el de Gabriel Heras (HUCI), que estableció líneas estratégicas de trabajo hechas por un equipo para crear la primera versión, este documento fue discutido en instituciones en salud en Madrid – España, para brindar una propuesta final que priorice e implante medidas para el

establecimiento de un protocolo de UCI humanizada, se priorizaron los siguientes ámbitos de intervención y programas: **UCI de puertas abiertas**; en la actualidad las evidencias en estudios indican que la flexibilización en los horarios de visitas de familiares tienen un efecto positivo en los pacientes, familiares y profesionales de la salud y si la condición de salud del paciente lo permite la familia podría interactuar con el paciente brindando cuidados básicos; **Comunicación**, encaminada a la mejora en la comunicación entre profesionales, pacientes y familiares, la comunicación con el paciente y familiares mejora su entendimiento y lo mantiene informado con respecto a su estado de salud, entre profesionales evita los errores y mejora la planificación de cuidados y tratamiento; **Bienestar del paciente**, dirigido al restablecer y asegurar el confort del paciente no solo en el aspecto físico si no también en el psicológico, del entorno y espiritual; **Presencia y participación de los familiares en los cuidados intensivos**, se busca asegurar que el familiar este presente durante los procedimientos que puedan realizarse al paciente y si es posible colaborar en algunos de los cuidados brindados; **Cuidados al profesional**, cuidar del personal de salud que cuida debe de ser algo primordial, debiendo de trazarse objetivos y metas destinadas a las prevención del síndrome de desgaste profesional y tomar medidas terapéuticas si se presenta en algún profesional de la salud; **Prevención, manejo y seguimiento del síndrome post cuidados intensivos**, generar y programar actividades preventivas así como un seguimiento y monitoreo a los casos de PICS conocidos, **Infraestructura humanizada**, se busca la mejora de los espacios de atención en la unidad de cuidados intensivos espacios que favorezcan un cuidado humanizado, aún se ven ambientes abiertos que albergan a muchas pacientes que solo están separados por cortinas o

biombos, estos espacios dificultan el acompañamiento familiar; **Cuidados al final de la vida**, existe la necesidad de dar una muerte digna al paciente de la UCI por ello necesita haber un ajuste de los cuidados de enfermería al final de la vida del paciente, considerar los cuidados paliativos y también las voluntades anticipadas. (11)

En su investigación, De la Fuente, Rojas, Gómez, Lara, Morán y Aguilar, realizaron la aplicación de un protocolo de humanización del cuidado, indican que el 64% de enfermeros de la unidad de cuidados intensivos del Hospital Infanta Margarita de España, estuvieron de acuerdo con el cambio a una UCI con una mirada más abierta, con esto se recogió muchas propuestas para la mejora y aplicación de un cuidado humanizado en dicho hospital. Como primer paso se hizo uso de la “Aplicación de musicoterapia en ambientes de la UCI”, esto favoreció a la reducción del uso de medicamentos sedantes y analgésicos, que se considera común en dicho hospital llegando a tener un uso excesivo en algunos momentos esto estuvo asociado a complicaciones en pacientes durante su estadía en la UCI. Como segundo paso también se aplicó la estrategia de “Cuidando al profesional cuidamos a los pacientes: Recuperemos la vocación de servicio”, según estudios realizados en dicho nosocomio las tasas de profesionales con síndrome de Burnout pudieron llegar hasta un 50% en el personal que labora en la UCI, la estrategia usada para reducir este importante indicador fue impartir sesiones educativas sobre comunicación, sesiones de motivación, además del uso de técnicas de relajación enfocados hacia el personal de salud de la UCI. Como tercer paso se ejecutó el plan “Rompiendo barreras y acompañamiento: La UCI de puertas abiertas” eliminando así las limitaciones temporales, físicas y relaciones interpersonales. De esta manera se desarrollaron otras 7 sesiones encaminadas a

mejorar la UCI como: “La UCI sale de la UCI, somos personas que cuidan de personas. Campaña de información a la ciudadanía”; “Compartimos experiencias: encuentros con las familias y entre familias”; “Un pasito más: ver el paisaje: sacamos a los pacientes de sus unidades, para observar los ventanales”; “Seguimos rompiendo barreras: las familias entran a la UCI a colaborar con los cuidados del paciente, el aseo, etc”; “Respeto a la intimidad del paciente: una prioridad en la UCI”; “Tecnología para los pacientes: TV, móvil, Facebook... ¿por qué no?”; “La vida al salir de la UCI: prevención del estrés postraumático”; “Una UCI para todos. Lo que opinen nos importa: aplicación de cuestionarios para medir la satisfacción, ideas y sugerencias para profesionales del resto del Hospital, familiares y pacientes”, se desarrollaron todas las etapas durante la ejecución de la investigación que duró 12 meses dando resultados satisfactorios para el personal de salud, para pacientes de la unidad de cuidados intensivos y para familiares. (9,12)

En su investigación, Da Silva, Martins, Puggina, de la Universidad de Murcia en España, en sus resultados se identificó que en la pre intervención al momento de brindar cuidados de enfermería humanizado los discursos mostraron que la interacción verbal del profesional aporta mucha seguridad al momento de brindar cuidados de, los cuidados brindados a pacientes inconscientes deben de tener cierto grado de preferencia teniendo reto de la complejidad y la recompensa en la recuperación del estado de salud, además de considerar el hecho de que los pacientes no pueden manifestar sus necesidades y los profesionales por ende no podrán cubrir con las solicitudes del paciente en determinados momentos, la atención al usuario es valorada sin considerar el nivel de conciencia, el hecho de conocer algunos aspectos sobre la



vida del paciente antes de la hospitalización mejora el compromiso durante cuidado además hace que el profesional considere lo mejor del usuario y no incurra en juzgarlo. Participaron de la fase pre intervención 43 profesionales del equipo de enfermería, con edades entre de 33,33 años. Sin embargo, en la fase post intervención 5 (11,63%) participantes no respondieron a la entrevista por vacaciones, termino de contrato, licencia o cambio de sector. La mayoría de los profesionales era del género femenino (32 = 74,42%), con enseñanza técnica (24 = 55,81%) y católicos (27 = 62,79%). En cuanto al estado civil, la mayor frecuencia fue de casados (21 = 48,84%). Con relación a la formación, mayor frecuencia fue de auxiliares de enfermería (20 = 46,51%), seguido de los técnicos de enfermería (13 = 30,23%) y enfermeros (10 = 23,26%). (13)

En su investigación, Moreno y Gonzales, en un Hospital de Bogotá en Colombia, nos reflejan el impacto que tuvo la pandemia en los profesionales de enfermería, además nos manifiestan textualmente algunos relatos sobre el afrontamiento en el duelo de pacientes con COVID-19, se obtuvieron relatos de los casos más impactantes a los cuales tuvieron que atender y brindar cuidados humanizados durante la pandemia que tuvieron desenlaces fatales. Durante la pandemia por COVID-19 el personal de enfermería de la Fundación Santa fe en Bogotá afronto la muerte en medio de un panorama no tan alentador con el distanciamiento de las familias debido al riesgo inminente que existía debido a la facilidad de contagio en las unidades más críticas. Los profesionales de enfermería encuestados recuerda claramente de forma especial el rostro de algún paciente que causo impacto en el momento que oriento el cuidado humanizado a la causa de la enfermedad por COVID-19 y el vínculo de enfermero-paciente se fortaleció en cada etapa de la enfermedad desde el inicio hasta el

fallecimiento, por lo que el equipo de enfermeros de las distintas áreas organizaron una serie de videollamadas para contactar a familiares y pacientes para llenar de calor sus últimos momentos vida además de poder despedirse. Uno de los relatos más impactantes, “se usaron guantes con agua tibia y se colocaron sobre las manos de los pacientes, mientras estos fallecían. (13)

Se ha observado que el cuidado de enfermería se deshumaniza constantemente, debido a diferentes factores como el uso de la tecnología biomédica presente en la UCI que facilita el trabajo del enfermero pero aleja a este de tener una cercanía o vínculo con el paciente al momento de brindar los cuidados, además la sobrecarga laboral que se ha visto reflejada en el incremento de labores del personal de enfermería por el aumento de la cantidad de pacientes por enfermera durante los turnos que no deja tiempo al enfermero de brindar un cuidado de calidad y humano, sumado a esto la desmotivación al momento de cuidar del paciente. Debido a la coyuntura por la pandemia por COVID-19 esta situación empeoró en muchos hospitales nacionales debido a que no se respetó la carga laboral y relación enfermera paciente que debería ser de 1:2, haciendo que un solo enfermero cuide hasta 4 pacientes, también se vieron algunas actitudes de trato deshumanizado debido a la demanda y la cantidad en las unidades de cuidados intensivos, algunos falleciendo sin ver en ningún momento a sus familiares y siendo enterrados en condiciones desfavorables. (14)

El presente trabajo monográfico es necesario para sensibilizar al personal de salud en especial al personal de enfermería retomando su labor y encaminando un cuidado humanizado con mayor cercanía, comprensión, afectividad y ternura, que acrecentará la capacidad de autoconocimiento y por ende autocrítica del personal para conseguir el

propósito de mejora de la labor de enfermería. También retomar el pacto de entrega y compromiso que dio origen a nuestra vocación como profesionales de la salud el cual representa un reto y mucho más una necesidad actualmente. Además de analizar el trabajo de enfermería considerando las diferentes etapas de implantación de la HUCI: UCI de puertas abiertas, Comunicación, Bienestar del paciente, Presencia y participación de los familiares en los cuidados intensivos, Cuidados al profesional, Prevención, manejo y seguimiento del síndrome post-cuidados intensivos, Infraestructura humanizada, Cuidados al final de la vida. Debido a las circunstancias ya mencionadas resulta necesario e indispensable humanizar el cuidado de enfermería en la unidad de cuidados intensivos. A pesar de la relevancia, la información con la que actualmente se cuenta es escasa, en base a ello, este estudio pretende describir y analizar la humanización del cuidado de enfermería en la unidad de cuidados intensivos a partir de una revisión bibliográfica de los últimos cinco (5) años. (15)

La presente monografía, tiene como propósito describir y analizar la humanización del cuidado de enfermería en base a las evidencias de estudios elaborados a nivel internacional y nacional en la UCI, mediante la revisión de bibliografía de una antigüedad no mayor a cinco (5) años. Además de dar a conocer las principales fuentes de deshumanización en este servicio, que podrían servir como evidencia teórica para el planteamiento de soluciones en relación con la organización y rediseño de los sistemas y procesos de trabajo en la unidad de cuidados intensivos adulto, que finalmente permitan la mejora de las condiciones laborales del personal de enfermería y con ello se incremente la calidad en la atención y satisfacción de los usuarios.

Adicionalmente brindará información que explique la humanización del cuidado de enfermería, específicamente en el profesional de enfermería que labora en la unidad de cuidados intensivos adulto, esta información a pesar de su relevancia aún es escasa. Debido a ello, la identificación de investigaciones donde se describa, ya que, genera conocimiento valioso sobre el cuidado humanizado que puede brindar el enfermero y sus beneficios en la recuperación o muerte digna de pacientes de la unidad de cuidados intensivos. Además de actualizar la información disponible sobre esta variable y mostrar la problemática actual sobre deshumanización del cuidado en las enfermeras, creando una base teórica consistente que la refleje y permita plantear soluciones.

## **II. OBJETIVOS**

### **OBJETIVO GENERAL:**

Describir la humanización del cuidado de enfermería en la unidad de cuidados intensivos adulto de la revisión bibliográfica.

### **OBJETIVOS ESPECÍFICOS:**

- Describir los beneficios del cuidado humanizado.
- Describir los factores que limitan el cuidado humanizado.

### **III. MATERIALES Y METODOS.**

La presente monografía se dio en base a la revisión bibliográfica, descriptivo y retrospectivo, se ha requerido la búsqueda de la literatura en diversas bases de datos, priorizando la revisión documentaria de fuentes primarias, como artículos originales y tesis, que hayan dado ejecución en el ámbito de la salud, particularmente en enfermería con la finalidad de realizar un análisis de diversas fuentes bibliográficos considerando que tengan cinco años de antigüedad 2018- 2022 para la obtención de evidencia al problema propuesto la búsqueda se realizó en las siguientes bases de datos: Scielo, Science Direct, Pubmed, Redalyc, ElSevier, Researchgate, encontrando un total de 155 artículos y tras aplicar una lectura crítica se analizaron sólo 49 artículos, excluyendo 19 artículos, por no contar con información relacionada directamente con el tema de investigación.

Para la búsqueda bibliográfica, se han utilizado las siguientes palabras claves según los DeCS: Humanización del cuidado de enfermería, humanización de la atención, cuidado humanizado, unidad de cuidados intensivos, los cuales se unieron mediante los operadores booleanos “AND” y “OR”, encontrando así artículos en inglés y en mayor cantidad en español.

Criterios de inclusión:

- Artículos cuya antigüedad se encuentre entre el año 2018 y 2022.
- Artículos con enfoque cuantitativo y cualitativo.
- Artículos con metodología observacional o analítica, estudios propios.

- Artículos que involucren a la familia en el área de cuidados intensivos y su participación.
- Artículos en los que se involucre la calidad de servicio del profesional de enfermería

Criterios de exclusión:

- Estudios de caso y serie de casos.

#### **IV. RESULTADOS**

La búsqueda de información bibliográfica se realizó mediante la investigación en diferentes bases de datos de revistas indizadas.

En la tabla N° 01 se aprecia que, del total de 30 artículos seleccionados, se encontraron 06 artículos en la base de datos de Scielo los cuales representan un 20% del total, 09 artículos científicos en Pubmed, representado un 30%, Science Direct 05 artículos lo cual representa 17%, 6 artículos científicos en Redylac, haciendo un 20%, 2 artículos científicos en Elsevier, llegando a estar en un 7%, 2 artículo en Researchgate dando un 7%. En cuanto a la distribución de artículos por países podemos ver en la tabla N° 02.



## V. DISCUSIÓN.

El objetivo del estudio es describir y analizar la humanización del cuidado de enfermería en la unidad de cuidados intensivos adulto, es por ello que la revisión se encamina a cumplir con esto y a la vez identificar algunas de las causas de deshumanización en el cuidado de enfermería.

En diversas investigaciones se hace mención a las líneas estratégicas que hay que tener en cuenta para la implementación de una política de humanización del cuidado un referente muy importante comenzó en España hace 8 años con el proyecto HU-CI, formulado como una estrategia de Humanización de la Unidad de Cuidados Intensivos, el cual formula 8 líneas: **UCI de puertas abiertas**; donde se halló que la flexibilización en los horarios de visitas de familiares tienen un efecto positivo en los pacientes, familiares y profesionales de la salud, en los pacientes se observó que podría prevenir el delirium; **Comunicación**, se encontró que la comunicación del profesional hacia el paciente y familiares mejora la comprensión y los mantiene informados con respecto a su estado de salud, entre profesionales evita los errores y mejora la planificación de cuidados y tratamiento; **Bienestar del paciente**, asegura el confort del paciente no solo en el aspecto físico si no también en el psicológico, del entorno y espiritual; **Presencia y participación de los familiares en los cuidados intensivos**, se busca efectivizar que el familiar este presente durante procedimientos que puedan realizarse al paciente y si la condición de salud del paciente lo permite el familiar podría interactuar con el paciente brindando cuidados fáciles de efectuar; **Cuidados al profesional**, debe considerarse como algo primordial, debiendo de trazarse objetivos y metas destinadas a las prevención del síndrome de desgaste profesional y tomar

medidas terapéuticas si se presenta en algún profesional de la salud; **Prevención, manejo y seguimiento del síndrome post cuidados intensivos**, generar y programar actividades preventivas así como un seguimiento y monitoreo a los casos de PICS conocidos, **Infraestructura humanizada**, se busca la mejora de los espacios de atención en la unidad de cuidados intensivos espacios que favorezcan un cuidado humanizado, aún se ven ambientes abiertos que albergan a muchas pacientes que solo están separados por cortinas o biombos, estos espacios dificultan el acompañamiento familiar; **Cuidados al final de la vida**, existe la necesidad de dar una muerte digna al paciente de la UCI por ello necesita hacerse un ajuste de los cuidados de enfermería al final de la vida del paciente, considerar los cuidados paliativos y también las voluntades anticipadas de los pacientes. (10,12,16)

De igual modo Busch y Cols. (17) nos muestran que para la implementación de una política encaminada a la humanización del cuidado tienen que establecerse de manera adecuada tres áreas importantes dentro de las entidades hospitalarias: Área relacional, área organizacional, área estructural. El desarrollo e implementación adecuada de estas tres áreas garantizará el cuidado humanizado. **El área relacional** donde se incluye algunos elementos importantes y aspectos de relación directa entre el paciente y el profesional que brinda el cuidado, tratar a un paciente como un ser inferior suele irrumpir en la dignidad, individualidad, peculiaridad y humanidad del paciente, con el simple hecho de llamar al paciente por su nombre podemos asegurarnos de que este se sienta respetado y sea visto como una persona. **El área organizacional**, esta área está relacionada directamente con el entorno laboral, la carga de trabajo, los horarios de visita, etc. Dentro de esta se identificó que la fragmentación de los tiempos en el trabajo

fue visto como una barrera para el desarrollo del cuidado humanizado en pacientes, además que el aprovechamiento del tiempo durante el turno fue observado como una estrategia para brindar un cuidado de calidad. **El área estructural**, abarca el entorno físico de las instituciones de salud y entorno de trabajo, los requerimientos en materiales y equipos para poder brindar un cuidado humanizado son exigentes y deberían ser los suficientes en las instituciones prestadoras de servicios de la salud, se observó que hay deficiencias materiales y profesionales. De igual manera Feitosa y Cols. (18) donde encontraron que, agregado al trato afable, la humanización del cuidado debería comprender la dotación de tecnologías y servicios, recursos humanos, infraestructura y materiales enmarcados a una atención segura que afiance la comodidad y el bienestar de los pacientes en los ambientes hospitalarios, con un desempeño efectivo, perfeccionando las tendencias internacionales sobre formas innovadoras de brindar salud a las personas. Así como Figueiredo y Cols. (5) que encontraron 2 categorías muy importantes en la implantación de la humanización del cuidado de enfermería: **Factores internos o personales**, que se refieren a las características del profesional quien brinda el cuidado, su formación su estado de salud psicológico, físico, además de sus competencias y capacidades intrínsecas, además de la rutinización de las labores; **Factores externos u organizacionales**, que va definido por los recursos humanos, organización de las tareas destinadas al cuidado, involucramiento de las autoridades y ambiente físico y equipamiento de la unidad.

La humanización del cuidado es un concepto muy extenso, que incluye diversos aspectos esenciales al momento de cuidar al paciente contemplando el aspecto ético, basando la actividad en el respeto por la dignidad de la persona, teniendo en cuenta

como principal logro un cuidado de calidad y la satisfacción del usuario y familiares. El cuidado humanizado como una práctica formadora reproduce y produce valores que son componente de la vida social, por ello es necesario que no solo se maneje en la práctica en ambientes clínicos si no también en la vida diaria, a partir de propuestas que busquen la humanización del contexto de la salud en general, generando herramientas que nos hagan pensar críticamente sobre los valores que son estructura de nuestro sistema de salud. (19,20)

La investigación del 2019 de Woo H. y Cols. (21) en donde se demostraron los beneficios de la implementación de un protocolo de cuidado humanizado, se encontró que hubo una reducción en el periodo de estadía en la unidad de cuidados intensivos y de la hospitalización en general, aunque no se encontró una reducción de tasa de mortalidad de los pacientes en la UCI. Además, se puede observar algunos veneficios en la investigación del 2021 de Cuenca J. y Cols. (22) en donde se dio participación a cuidadores y familiares de enfermos de la unidad de cuidados intensivos, en esta se encontró que uno de los beneficios es la consideración y aceptación en la toma de decisiones de los familiares y cuidadores de pacientes hospitalizados en esta unidad, además que la expresión del personal de salud con respecto a las visitas abiertas fue positiva, pero también hubo un grupo que refiere haber sentido más carga laboral en la UCI. De igual modo Navarrete y Cols. (23) demostraron a la aplicación del cuestionario de Percepción de comportamientos del cuidado humanizado de enfermería, la percepción por parte de los sujetos de estudio fue catalogada como favorable, en lo que concierne a cualidades del trabajo de enfermería, apertura a la comunicación entre enfermero y paciente y la voluntad para brindar cuidados.

Diversos estudios determinan que la comunicación entre el personal de enfermería con el pacientes y familiares de manera constante fortalece el vínculo, influye positivamente en la satisfacción de las necesidades, adhiere la empatía y brinda seguridad al enfermo durante el proceso y progresión de la patología; entre el profesional multidisciplinario, favorece al trabajo en equipo, facilita la toma de decisiones y mejora el ambiente laboral. Por ello es necesario recalcar que la comunicación debe ser de calidad para que cause este impacto, no solo información de calidad, sino también la continuidad en los momentos en los que se cuida. Además, cabe mencionar que no solo debería darse entre personal de salud y paciente si no entre el equipo médico. Los problemas con la comunicación generan una mala experiencia en la UCI, las experiencias incluyen familiares en estado de shock y desorientación, relaciones familiares alteradas, confusión que cursa con sentimientos de miedo hacia la muerte, etc. El vínculo entre la enfermera y la familia se describe en la comprensión de modo empático y tiene tres pilares centrales: la información, interacción y comunicación ya que facilitan el entendimiento y favorecen la creación de relaciones de confianza con empatía, lo cual contribuye a la humanización del cuidado profesional. La postura del dialogo durante la comunicación también figura como un factor muy importante al momento de comunicarse con los pacientes ya que muchas veces se ha observado que la enfermera al dirigirse a los pacientes no los ve a los ojos directamente, debiendo facilitar el dialogo con la persona, la comunicación deberá adecuarse cuando los pacientes presentan sedación profunda ya que esta comprobado que al estar en este estado aún pueden escuchar. (8,16,24,25)

Dentro de las evidencias encontradas en el 2018 Monje y Cols. (26) encontraron que el 86% de pacientes hospitalizados manifestó haber recibido un trato humanizado durante la atención por el personal de enfermería, mientras que el 11,6% de pacientes manifiestan que casi siempre reciben un trato humanizado al momento del cuidado, además que un 0.6% de personas encuestadas manifiestan que nunca recibieron un trato humanizado, la mayor parte de pacientes hospitalizados manifiestan que el personal de salud pudo identificar y satisfacer sus necesidades en el tiempo que brindaron los cuidados, también mantuvieron un trato cordial con ellos, además la educación que se brinda al paciente fue brindada de manera pausada y con una buena disposición y sin apuros.

Con evidencia del cuidado humanizado de enfermería el estudio del 2019 Joven y Guaquéta (2) en el cual realizaron la aplicación del cuestionario de percepción de comportamientos de cuidado humanizado de enfermería versión 3, identificó que la mayoría de sujetos encuestados “siempre” se sintieron priorizados al momento de recibir el cuidado, en la categoría de la apertura a la comunicación al momento de brindar cuidados de enfermería se obtuvo resultados favorables indicando que la mayoría de pacientes sienten que “siempre” reciben una buena comunicación antes, durante y después del cuidado de enfermería por último en la categoría Cualidades del quehacer de enfermería, también se pueden observar resultados positivos encontrando que la mayoría de personas encuestadas manifiesta que “casi siempre” percibe estos comportamientos durante el cuidado de enfermería, de estos resultados nos dan a entender que los profesionales de enfermería brindan un cuidado humanizado según la perspectiva de la mayoría de pacientes.

Además la investigación de Rubio y Cols. (27) nos muestra que los valores de los profesionales de enfermería que brindan cuidados en la unidad de cuidados intensivos son valores de carácter humanista, además que la permanencia continua del profesional de enfermería a lado del enfermo brinda un efecto mayor sensibilidad al sufrimiento por lo tanto si existe una mayor sensibilidad habrá también una mayor recepción para solucionar los problemas de salud que aquejan al enfermo, de esta manera el profesional enfocara sus cuidados de manera humanizada.

En humanización del cuidado Duque y Arias. (16), nos muestran una perspectiva distinta en la que el entorno de la unidad de cuidados intensivos tiene efectos sobre los familiares, el entorno de la UCI nos da un panorama donde todo sucede de manera muy rápida en la que la vida del paciente puede ponerse en riesgo en segundos, donde el actuar de los profesionales debe ameritar muy poco tiempo, donde el tiempo es una de las cosas más importantes que se tiene. Este ambiente es desconocido para el familiar y muchas veces el exponerlo a esto suele traer consecuencias a nivel emocional y psicológico, formando emociones aterradoras, generando ansiedad, angustia y aflicción.

Jean Watson como exponente fundamental del cuidado humanizado, acentúa que el cuidado debe comprender la dimensión humana, sin embargo, a pesar de que el personal de enfermería realice múltiples procedimientos dirigidos al bienestar de la persona muchas veces su labor se vuelve mecánica, el ambiente de cuidados intensivos representa el aumento de retos para la enfermera, implicando abordar los nuevos desafíos superándolos día a día, para fortalecer la humanización del cuidado que satisfaga las necesidades del paciente. (28)

En su investigación Correa L. (29) halló que en la UCI en muchas ocasiones se pierde la percepción de que el trabajo se da en una realidad multidimensional de la vida del ser humano, por ello individualmente el ser humano percibe la enfermedad de manera distinta, de igual modo hay una percepción diversa por parte del paciente frente al cuidado que recibe (teoría de la interseccionalidad). Entonces resulta necesario encontrar distintas formas de satisfacer a las necesidades de la persona en estado crítico, por esto se busca fortalecer la educación del profesional de la salud para poder brindar un cuidado humanizado de calidad, humanizando la UCI.

En el 2018 Lima A. y Cols. (6) señalan que los factores que impiden que se desarrolle adecuadamente un cuidado humanizado como: La falta de familiarización con los equipos y la falta de capacitación del personal en manejo de la tecnología, falta de formación en la especialidad, estos factores pueden generar sentimiento de la labor como una “obligación” y conllevar a la insatisfacción del personal de enfermería con la realización de su trabajo, estos factores permanecen constantes mientras más densidad o menos densidad tecnológica haya en la UCI. Los factores limitantes para brindar el cuidado humanizado se presentaron con mayor frecuencia en momentos en los que el profesional de enfermería usaba la tecnología y no solo por la presencia de esta, esto causó una disrupción en la relación enfermero-paciente. La falta de capacitación del personal de enfermería en el uso de los equipos tecnológicos de las áreas representa una gran brecha al momento de brindar cuidado humanizado en el paciente además que representa un riesgo innecesario.

En el estudio realizado el 2019 por Rodríguez L. (4) halló que en la deshumanización del personal de salud intervienen varios factores en el que se incluye a los pacientes, la



institución sanitaria y el personal de salud a cargo de su atención, se debe de reenfocar el cuidado humanizado de enfermería y aproximarlos en lo posible a un modelo holístico este proceso de cambio deberá estar apegado a los avances científicos y tecnológicos. Estos resultados son compatibles con los hallados en la investigación del 2021 de Meneses M. Cols. (30) en la que se halló la necesidad de quitar las barreras que impiden el avance de la humanización del cuidado de enfermería en los hospitales especialmente en las unidades más críticas donde el personal de salud tiene la necesidad de fortalecer su rol como ser humano intercambiando las buenas experiencias en salud de manera cordial y empática, respetando las creencias y costumbres de los pacientes hospitalizados.

En la investigación del 2020 de Viotti S. y Cols. (31), que encontró que mientras más largo sea el tiempo de espera en la atención Hospitalaria menos será la satisfacción del paciente y viceversa, además se encontró que el cuidado humanizado por parte del personal de enfermería tiene una relación positiva frente al tiempo de espera del paciente para ser atendido. Estos resultados pueden ser contrastados con la investigación del año 2021 de Basile M. y Cols. (32) donde encontraron que el origen de la deshumanización del cuidado se encuentra en el momento en que los profesionales de la salud incluidos médicos, enfermeros y técnicos auxiliares, vierten comentarios con respecto al estado de salud actual del paciente, incluso hacen comentarios de su probable evolución y posible desenlace.

Durante la pandemia por COVID-19, el trato humanizado hacia el paciente en la unidad de cuidados intensivos no fue el más adecuado, debido a la sobrecarga laboral que experimentó el personal de enfermería, carencia de profesionales especialistas que tuvo

nuestro país que se vio en todas las regiones, la demanda de pacientes que requerían una cama UCI sobrepaso la oferta, esta deficiencia favoreció a la manifestación de muchas actitudes de deshumanización como la deficiente comunicación con el paciente y familia, las restricciones de las visitas debido al cumplimiento de protocolos para la disminución del riesgo de contagio de COVID-19 restringió el ingreso de los familiares a la UCI evitando la interacción del paciente con su entorno, algunos de pacientes en una fase avanzada de la enfermedad fallecieron solos sin la presencia de familiares que pudieran despedirse de ellos, además se dio la entrega inmediata de los cuerpos a los cementerios y crematorios. Desde la percepción del personal de salud ellos aceptan que la sobrecarga laboral causó estragos al momento de desempeñar su trabajo, presentaron cansancio excesivo ya que cumplían con turnos de 24 horas, a la vez rescatan la amabilidad en la atención, el compromiso con su trabajo hacia los pacientes y el cumplimiento de su deber como profesional de la salud. Con la experiencia que hemos tenido, ahora que se ha generado mayor conocimiento del desarrollo de la COVID-19 se debe volver a reenfocar el trabajo del enfermero, mejorando la capacitación y entrenamiento del personal de salud en cuidado humanizado. El uso de la tecnología fue un importante avance durante la pandemia la cual facilitó el contacto entre familiares y enfermos hospitalizados, mediante llamadas telefónicas, videollamadas, uso de redes sociales, etc. Previendo el contacto directo entre pacientes y familiares y evitando el contagio de la enfermedad. (14,33,34)

En varios países de Europa y Latinoamérica hasta inicios del año 2020 se ha estado tratando de retomar el trabajo humano en el cuidado de enfermería y en el personal de salud que labora en la UCI, mejorando la atención en la unidad en algunos hospitales

mediante la aplicación de las líneas de investigación del programa HU-CI, el cual se propone dar certificación en el cumplimiento de los estándares de humanización de las entidades prestadoras de servicios de salud, además de dar acompañamiento a las entidades hospitalarias en la mejora de su calidad en el trabajo, la certificación expresa la atribución de manera pública al cumplimiento de las condiciones necesarias para prestar una atención de manera humanizada, esta certificación tiene una validez de 4 años después de transcurrido este periodo deberá validarse nuevamente mediante una reevaluación. Entre los países que se sumaron a la HU-CI están: Perú, Colombia, Bolivia, Argentina, Chile, Ecuador, Brasil, Uruguay, Paraguay entre otros, este y muchos proyectos de humanización del cuidado se estuvieron desarrollando adecuadamente hasta inicios del 2020, tras la declaración de pandemia el 30 de enero del 2020 el desarrollo de los proyectos de humanización de la atención se vio afectado y tuvieron que paralizar a nivel mundial, como consecuencia no se tuvo un avance debido a que era muy necesaria la aplicación de protocolos para impedir la diseminación de la enfermedad. La expansión de la COVID-19 agudizó la situación de la humanización en la atención hospitalaria ya que incremento la demanda de camas en la UCI a causa de la complejidad del cuadro clínico que presentaron los pacientes infectados, esta demanda excesiva de cuidados intensivos ocasionó que muchos de los hospitales modificaran su infraestructura, suministro de servicios, equipamiento e incrementaran la carga laboral del personal de salud. Agregado a esto el desconocimiento de la transmisión del virus, la carencia de equipos de protección personal, y ausencia de vacunas, incrementó el riesgo de infección del personal que trabajó directamente con personas infectadas. La pandemia por COVID-19 represento

un incremento masivo de pacientes, saturando rápidamente la UCI, lo cual trajo como consecuencia el incremento de turnos para los profesionales de la salud y puso en evidencia la carencia de profesionales formados en cuidados intensivos lo cual hizo que muchos de los profesionales sin experiencia asumieran responsabilidades en la UCI, además esto obligo a los profesionales a tener un entrenamiento en un tiempo reducido debido a la necesidad. Paralelo a esto las limitaciones que ocasionó el uso de los equipos de protección personal limitó la comunicación entre profesionales y pacientes, si hablamos de las pautas que definen a la humanización del cuidado podemos observar la carencia que hubo de esta a causa de la pandemia, esta experiencia nos hace reflexionar y abre miras para la mejora del perfil e indicadores del cuidado humanizado en situaciones de crisis. (12,14)

## **VI. CONCLUSIONES**

- 1.** Se ha observado que el cuidado de enfermería se deshumaniza constantemente, debido a diferentes factores como, el uso de la tecnología biomédica presente en la UCI que facilita el trabajo del enfermero pero lo aleja de tener una cercanía o vínculo con el paciente al momento de brindar los cuidados, además la sobrecarga laboral reflejada en el incremento pacientes por enfermera durante los turnos que no deja tiempo para brindar un cuidado de calidad y humano, sumado a esto la desmotivación al momento de cuidar del paciente.
- 2.** Humanizar los cuidados de enfermería significa establecer acciones para proteger y promover la salud, rehabilitar al paciente enfermo, asegurar un ambiente que brinde armonía y equilibrio en los aspectos físico, emotivo, social y espiritual de la persona, esto no solo debería ser una buena iniciativa en el personal de salud si no debería considerarse como un derecho en todo ser humano, convirtiéndose en una necesidad vital.
- 3.** El cuidado humanizado no solo depende del conocimiento, desarrollo y capacidad del profesional de salud, sino también de que estén implementadas de manera correcta tres áreas en el ambiente hospitalario; El área relacional que incluye algunos elementos importantes y aspectos descriptivos de relación directa entre el paciente y el profesional que brinda el cuidado; El área organizacional que está directamente relacionada con el entorno laboral y El área estructural que incorpora los requerimientos de materiales y equipos necesarios en la aplicación de un protocolo de cuidado humanizado.

4. Los beneficios de la aplicación de la humanización del cuidado en la unidad de cuidados intensivos redujeron el periodo de hospitalización de los pacientes, priorizándose el diagnóstico temprano y oportuno, también los cuidados enfermería se enfocaron empáticamente a la parte humana, se mejoró los horarios de visitas y la comunicación, se trabajó la UCI puertas abiertas y se incluyó a la familia dentro de la toma de decisiones.
5. Los factores que limitan la humanización del cuidado de enfermería en la UCI son:  
Falta de formación en la especialidad, La falta de familiarización con los equipos de la UCI y la falta de capacitación en manejo de la tecnología por parte del personal de enfermería, estos factores pueden generar sentimiento de la labor como una “obligación” y conllevan a la insatisfacción del personal de enfermería con la realización de su trabajo y ocasionan disrupción en la relación enfermero-paciente. Además, las deficiencias en infraestructura no facilitan la comodidad, aún se ven ambientes abiertos que albergan a muchos pacientes que solo están separados por cortinas o biombos, estos espacios dificultan el acompañamiento familiar. Otro factor limitante fue la falta de equipamiento.

## VII.REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Heras Gabriel. Plan HUCI [Internet]. Línea estratégica: Humanización en las unidades de cuidados intensivos. 2019 [citado 2022 oct 24]. p. 129-233. Available from: <https://proyectohuci.com/es/inicio/>
2. Joven ZM, Guáqueta Parada SR. Percepción del paciente crítico sobre los comportamientos de cuidado humanizado de enfermería. Avances en Enfermería [Internet]. 2019 ene 1 [citado 2022 nov 9];37(1):65-74. Available from: <https://doi.org/10.15446/av.enferm.v37n1.65646>
3. Gómez González JF, Cortés López V, Basante Muñoz LY, Gaviria Zuluaga K, Blanco Betancur M, Sánchez Duque JA. Humanización de los Cuidados Intensivos: Un llamado a la acción durante y después del COVID-19. Archivos de Medicina Familiar Y General [Internet]. 2021 [citado 2022 nov 9];18. Available from: <https://www.researchgate.net/publication/350373907>
4. Rodríguez L, Zamora R. Cuidados Enfermeros y Humanización de la Asistencia Sanitaria. Revista Enfermería C y L [Internet]. 2019 [citado 2022 nov 9];11:155-71. Available from: <https://dialnet.unirioja.es/download/articulo/6536488.pdf>
5. Figueiredo Gomes AM, Pereira de Melo RCC, Ribeiro de Paiva O. Humanidade care methodology: Difficulties and benefits from its implementation in clinical practice. Revista de Enfermagem Referencia [Internet]. 2018 jun 1 [citado 2022 nov 9];4(17):53-62. Available from: <https://www.redalyc.org/articulo.oa?id=388256983006>
6. Lima Almeida A, de Jesus Santos D, Silva Leal T. Densidade tecnológica e o Cuidado Humanizado em Enfermagem: A Realidade de dois Serviços de Saúde. Physis

- [Internet]. 2018 [citado 2022 nov 9];28(3). Available from: <https://doi.org/10.1590/S0103-73312018280320>
7. Rojas V. Humanización de los Cuidados Intensivos. Revista Médica Clínica Las Condes [Internet]. 2019 mar [citado 2022 nov 9];30(2):120-5. Available from: <https://doi.org/10.1016/j.rmcl.2019.03.005>
  8. Imanipour M, Kiwanuka F, Akhavan Rad S, Masaba R, Alemayehu Hagos Y. Family Members' Experiences in Adult Intensive Care Units: A Systematic Review [Internet]. Vol. 33, Scandinavian Journal of Caring Sciences. Blackwell Publishing Ltd; 2019 [citado 2022 nov 9]. p. 569-81. Available from: <https://doi.org/10.1111/scs.12675>
  9. de la Fuente-Martos C, Rojas-Amezcuca M, Gómez-Espejo MR, Lara-Aguayo P, Morán-Fernandez E, Aguilar-Alonso E. Humanization in healthcare arises from the need for a holistic approach to illness. Med Intensiva. 2018 mar 1;42(2):99-109.
  10. Nassar Paulo A, Besen Pinheiro BAM, Robinson Cabral C, Falavigna M, Teixeira C, Rosa Goulart R. Flexible Versus Restrictive Visiting Policies in ICUs: A Systematic Review and Meta - Analysis. Crit Care Med [Internet]. 2018 [citado 2022 nov 9];46(7):1175-80. Available from: <https://doi.org/10.1097/CCM.0000000000003155>
  11. Velasco Bueno JM, Heras La Calle G. Humanizando los Cuidados Intensivos. De un Proyecto Inspirador a Nuevas Realidades. Revista de la Normalización y certificación [Internet]. 2018;10(20):11-20. Available from: <http://www.index-f.com/eticuidado/n20/et2000.php>



12. Velasco Bueno JM, Heras La Calle G, Ortega Guerrero Á, Zaforteza Lallemand C. Manual de Buenas Prácticas de Humanización en las Unidades de Cuidados Intensivos [Internet]. Vol. 2. 2019 [citado 2022 nov 9]. Available from: <https://proyctohuci.com/es/buenas-practicas/>
13. Ribeiro da Silva CAP, Trovo Martins M, Puggina Cláudia A. Relatos de Vida e Fotografia de Pacientes Sedados em UTI: Estratégia de Humanização Possível? Enfermeria Global [Internet]. 2018 jul 1 [citado 2022 nov 9];16(3):468-82. Available from: <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=365851829015>
14. Castillo Parra S, Rojas Jara V, Caamaño Flores C, Oyarce Olate S, Roca Alemán S, Rojas Jara S, et al. Experiencias de Hospitalización por Covid-19 en Personas Adultas, Desde una Mirada Humanizada. Benessere - Revista de Enfermería [Internet]. 2022 [citado 2022 nov 9];7(1):1-11. Available from: <https://doi.org/10.22370/bre.71.2022.3282>
15. Díaz Rodríguez M, Rubio Alcántara L, García Aguilar D, Cristóbal Puertas E, Valera Cano M. Training Guidelines for Humanised Nursing care: An Integrative Literature Review [Internet]. Vol. 19, Enfermeria Global. Universidad de Murcia Servicio de Publicaciones; 2020 [citado 2022 nov 9]. p. 657-72. Available from: <https://doi.org/10.6018/eglobal.392321>
16. Duque Ortiz C, Arias Valencia MM. Relación Enfermera - Familia. Más Allá de la Apertura de Puertas y Horarios. Enferm Intensiva [Internet]. 2020 oct 1 [citado 2022 nov 9];31(4):192-202. Available from: <https://doi.org/10.1016/j.enfi.2019.09.003>

17. Busch IM, Moretti F, Travaini G, Wu AW, Rimondini M. Humanization of Care: Key Elements Identified by Patients, Caregivers, and Healthcare Providers. A Systematic Review. Patient [Internet]. 2019 [citado 2022 nov 9];12:461-74. Available from: <https://doi.org/10.1007/s40271-019-00370-1>
18. Feitosa Sousa KHJ, Carvalho Sena Damasceno CK, Landim Almeida CAP, Macêdo Magalhães J, de Assunção Ferreira M. Humanization in Urgent and Emergency Services: Contributions to Nursing Care. Revista Gaúcha Enfermería [Internet]. 2019 [citado 2022 nov 19];40:1-8. Available from: <https://doi.org/10.1590/1983-1447.2019.20180263>
19. Melita Rodríguez A, Jara Concha P, Pereira DI, Luengo Machuca L. Adaptación Transcultural y Validación de un Cuestionario de Cuidado Humanizado en Enfermería Para una Muestra de Población Chilena. Revista Cuidarte [Internet]. 2018 may 4 [citado 2022 nov 9];9(2):2245-56. Available from: <https://doi.org/10.15649/cuidarte.v9i2.531>
20. Radosta DI. El cuidado Hospice Como un Cuidado Humanizado en El Final de La Vida. Salud Colect [Internet]. 2021 [citado 2022 nov 9];17:1-13. Available from: DOI: <https://doi.org/10.18294/sc.2021.3108>
21. Woo Lee H, Park Y, Jin Jang E, Joo Lee Y. Intensive Care Unit Length of Stay is Reduced by Protocolized Family Support Intervention: A Systematic Review and Meta - Analysis [Internet]. Vol. 45, Intensive Care Medicine. Springer Verlag; 2019

[citado 2022 nov 9]. p. 1072-81. Available from: <https://doi.org/10.1007/s00134-019-05681-3>

22. Cuenca JA, Manjappachar N, Nates J, Mundie T, Beil L, Christensen E, et al. Humanizing The Intensive Care Unit Experience In A Comprehensive Cancer Center A Patientand Familycentered Improvement Study. Palliat Support Care [Internet]. 2021 [citado 2022 nov 9];7:1-7. Available from: <https://doi.org/10.1017/s1478951521001838>
23. Navarrete Correa T, Fonseca Salamanca F, Mauricio Barría R. Humanized Care From The Perception Of Oncology Patients From Southern Chile. Invest Educ Enferm [Internet]. 2021 [citado 2022 nov 9];39(2). Available from: <https://doi.org/10.17533/udea.iee.v39n2e04>.
24. Hermosilla Ávila AE, Sanhueza Alvarado O, Chaparro Díaz L. Palliative Care and Quality of Life in Patients With Cancer During The Terminal Phase. A Family/Patient Perspective. Enferm Clin [Internet]. 2021 sep 1 [citado 2022 nov 9];31(5):283-93. Available from: <https://doi.org/10.1016/j.enfcli.2021.04.002>
25. Borges Damas L, Sánchez Machado R, Gladys Peñalver Sinclaiy A, González Portales A, Sixto Pérez A. Percepción de Mujeres Sobre el Cuidado Humanizado de Enfermería Durante la Atención en el Parto. Rev Cubana Enferm [Internet]. 2021 [citado 2022 nov 19];37(2):20. Available from: [https://creativecommons.org/licenses/by-nc/4.0/deed.es\\_ES](https://creativecommons.org/licenses/by-nc/4.0/deed.es_ES)

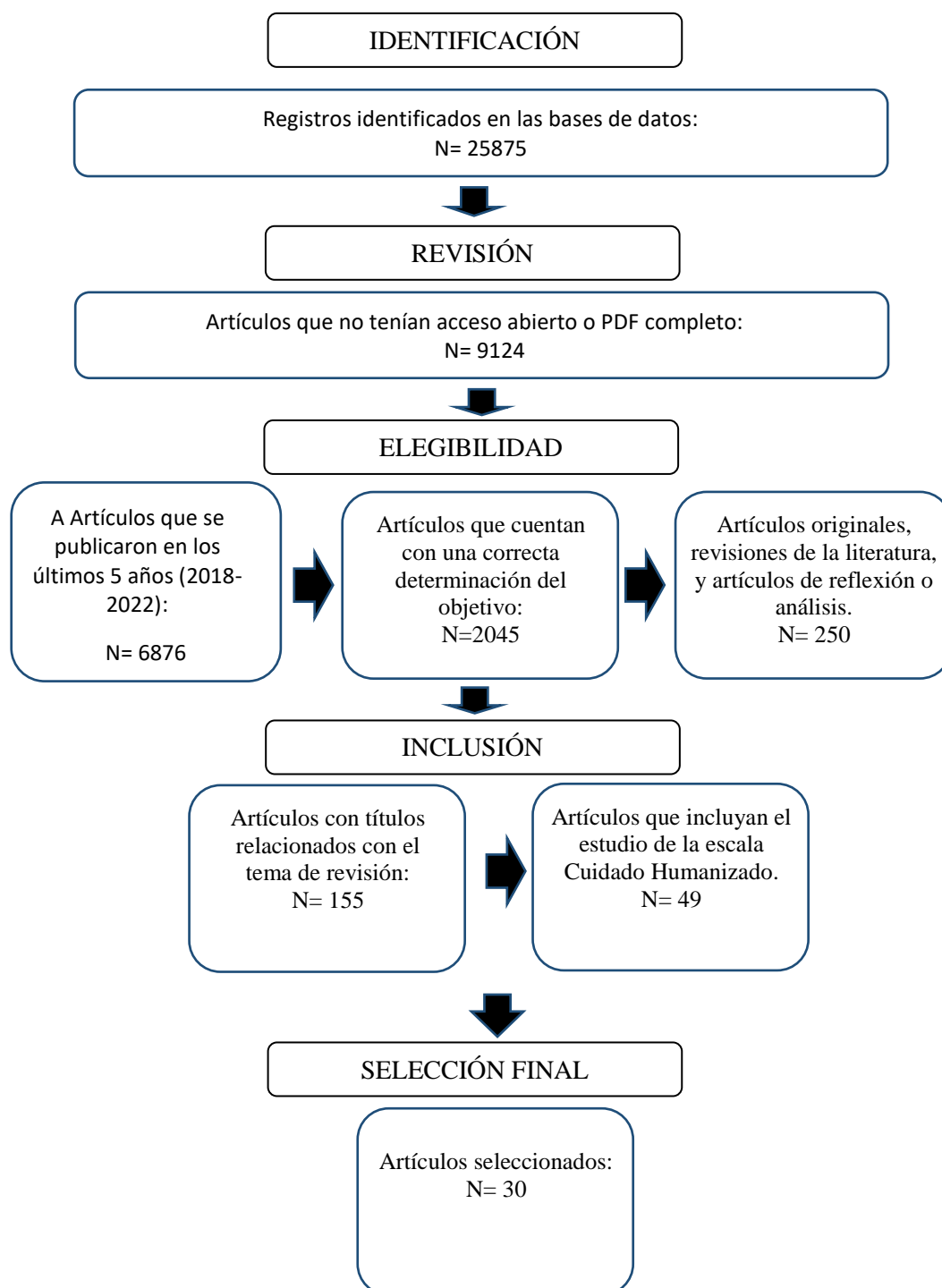
26. Monje P, Miranda P, Seguel F, Flores E. Percepción De Cuidado Humanizado De Enfermería Desde La Perspectiva De Usuarios Hospitalizados. *Ciencia y enfermería* [Internet]. 2018 [citado 2022 nov 9];24(1):43-52. Available from: <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=370457444005>
27. Rico Rubio L, Marsans Cosi M, Márquez Martínez C, Borrás Miró A, Riba Sans L, Savall Toda D, et al. Relaciones Interdisciplinarias y Humanización en las Unidades de Cuidados Intensivos. *Enferm Intensiva* [Internet]. 2018 oct 1 [citado 2022 nov 9];17(4):141-53. Available from: [https://doi.org/10.1016/S1130-2399\(06\)73928-1](https://doi.org/10.1016/S1130-2399(06)73928-1)
28. Yáñez Dabdoub M, Vargas Celis I. Cuidado Humanizado en Pacientes con Limitación del Esfuerzo Terapéutico en Cuidados Intensivos: Desafíos para Enfermería. *Pers Bioet* [Internet]. 2018 jul 17 [citado 2022 nov 9];22(1):55-68. Available from: <https://doi.org/10.5294/pebi.2018.22.1.5>
29. Correa Perez L. 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 Intensivos. *Acta Colombiana de Cuidado Intensivo* [Internet]. 2018 jul [citado 2022 nov 9];18(3):175-8. Available from: <https://doi.org/10.1016/j.acci.2018.02.001>
30. Meneses La Riva ME, Suyo Vega JA, Fernandez Bedoya VH. Humanized Care From the Nurse-Patient Perspective in a hospital Setting: A Systematic Review of Experiences Disclosed in Spanish and Portuguese Scientific Articles. *Front Public*

Health [Internet]. 2021 [citado 2022 nov 9];9(737506):1-10. Available from: <https://doi.org/10.3389/fpubh.2021.737506>

31. Viotti S, Cortese CG, Garlasco J, Rainero E, Emelurumonye IN, Passi S, et al. The Buffering Effect of Humanity of Care in The Relationship Between Patient Satisfaction and Waiting Time: A Cross - Sectional Study in an Emergency Department. Int J Environ Res Public Health [Internet]. 2020 abr 2 [citado 2022 nov 9];17(2939):1-12. Available from: <https://doi.org/10.3390/ijerph17082939>
32. Basile Melisa J, Rubin E, Wilson Michael E, Polo J, Jacome Sonia N, Brown Samuel M, et al. Humanizing The ICU Patient A Qualitative Exploration Of Behaviors Experienced By Patients, Caregivers, And ICU Staff. Crit Care Explor [Internet]. 2021 [citado 2022 nov 9];3(6):1-9. Available from: <https://doi.org/10.1097/CCE.0000000000000463>
33. Allande Cussó R, Navarro Navarro C, Porcel Gálvez AM. Humanized Care in a Death for COVID-19: A Case Study. Enferm Clin [Internet]. 2021 feb 1 [citado 2022 nov 9];31:S62-7. Available from: <https://doi.org/10.1016/j.enfcli.2020.05.018>
34. Vialart Vidal N. The Management of Humanized Nursing Care in the Digital Age. Rev Cubana Enferm [Internet]. 2019 [citado 2022 nov 19];35(4):30-59. Available from: [https://creativecommons.org/licenses/by-nc/4.0/deed.es\\_ES](https://creativecommons.org/licenses/by-nc/4.0/deed.es_ES)

## VIII. TABLAS Y FIGURAS

### ALGORITMO DE SELECCIÓN DE ARTÍCULOS



**TABLA N° 01**

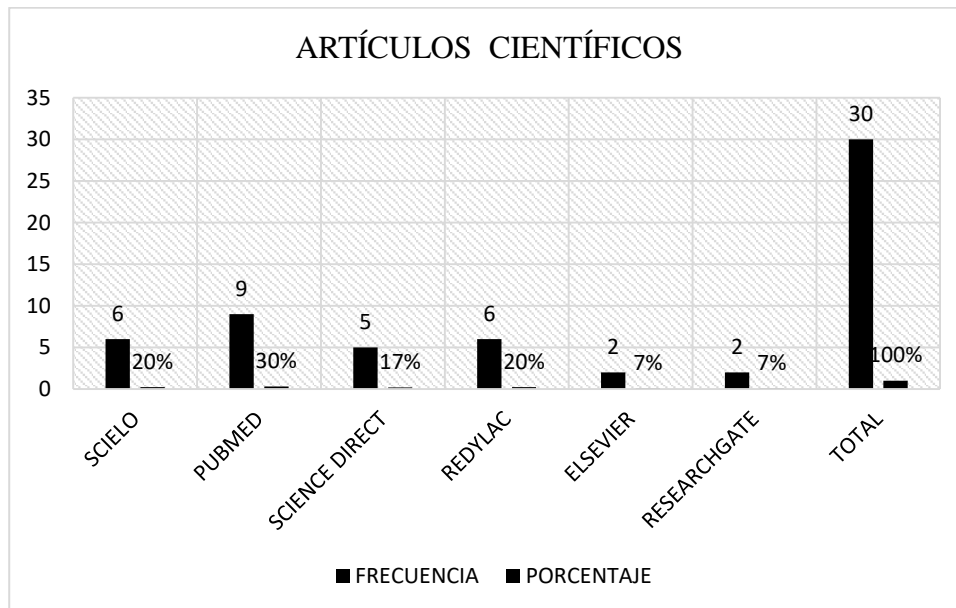
**DISTRIBUCIÓN DE ARTÍCULOS CIENTÍFICOS DE ACUERDO A LAS  
BASES DE DATOS CONSULTADAS**

<b>BUSCADOR</b>	<b>FRECUENCIA</b>	<b>PORCENTAJE</b>
SCIELO	6	20%
PUBMED	9	30%
SCIENCE DIRECT	5	17%
REDYLAC	6	20%
ELSEVIER	2	7%
RESEARCHGATE	2	7%
<b>TOTAL</b>	<b>30</b>	<b>100%</b>

*FUENTE: Búsqueda bibliográfica.*

**GRÁFICO N° 01**

**DISTRIBUCIÓN DE ARTÍCULOS CIENTÍFICOS DE ACUERDO A LAS  
BASES DE DATOS CONSULTADAS**



*FUENTE: Tabla N° 01*

**TABLA N° 02**

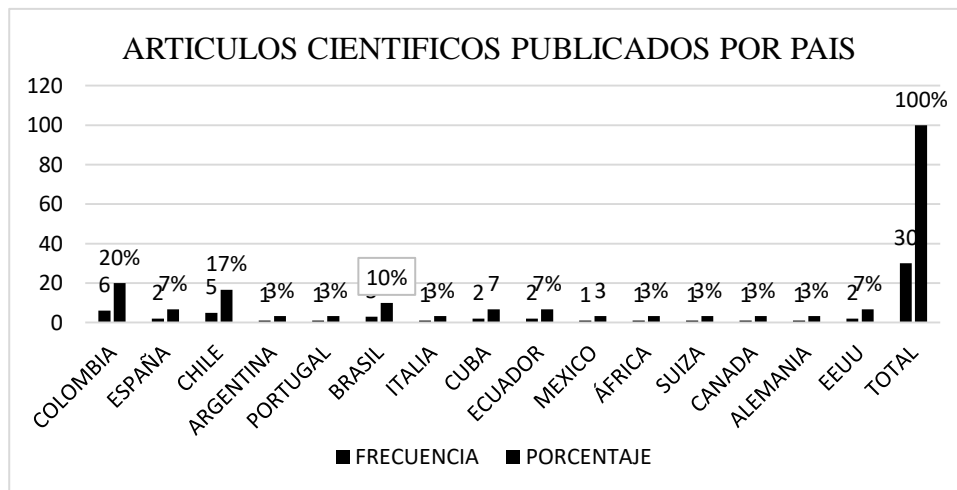
**ARTÍCULOS CIENTÍFICOS PUBLICADOS POR PAÍS**

N°	PAÍS	FRECUENCIA	PORCENTAJE
1	COLOMBIA	6	20%
2	ESPAÑA	2	7%
3	CHILE	5	17%
4	ARGENTINA	1	3%
5	PORTUGAL	1	3%
6	BRASIL	3	10%
7	ITALIA	1	3%
8	CUBA	2	7%
9	ECUADOR	2	7%
10	MEXICO	1	3%
11	ÁFRICA	1	3%
12	SUIZA	1	3%
13	CANADA	1	3%
14	ALEMANIA	1	3%
15	EEUU	2	7%
	TOTAL	30	100%

FUENTE: Búsqueda bibliográfica.

**GRÁFICO N° 02**

**ARTÍCULOS CIENTÍFICOS PUBLICADOS POR PAÍS**



FUENTE: Tabla N° 02



**TABLA N° 03**

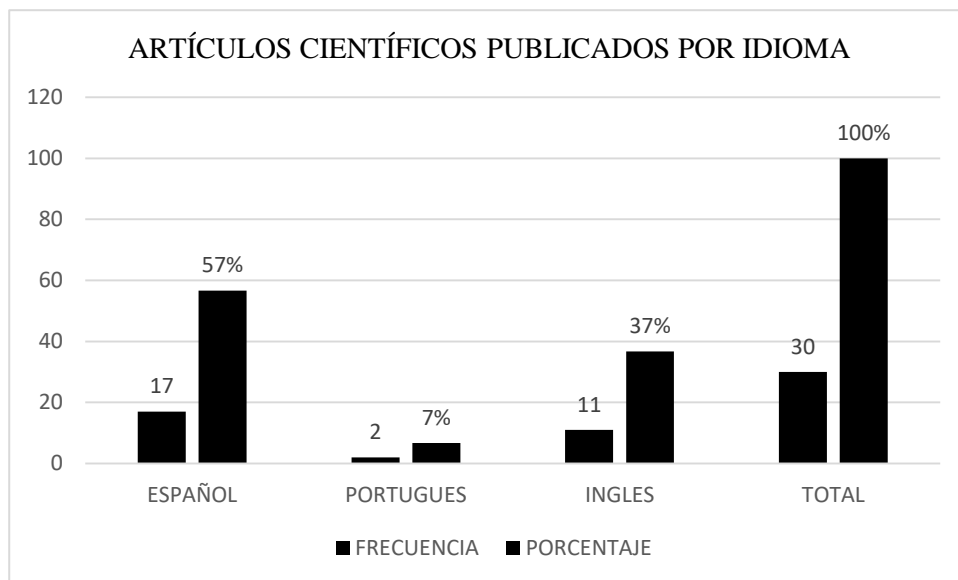
**ARTÍCULOS CIENTÍFICOS PUBLICADOS POR IDIOMA**

<b>IDIOMA</b>	<b>FRECUENCIA</b>	<b>PORCENTAJE</b>
<b>ESPAÑOL</b>	18	57%
<b>PORTUGUES</b>	2	7%
<b>INGLES</b>	10	37%
<b>TOTAL</b>	30	100%

*FUENTE: Búsqueda bibliográfica*

**GRÁFICO N° 03**

**ARTÍCULOS CIENTÍFICOS PUBLICADOS POR IDIOMA**



*FUENTE: Tabla N° 03*

**TABLA N° 04**

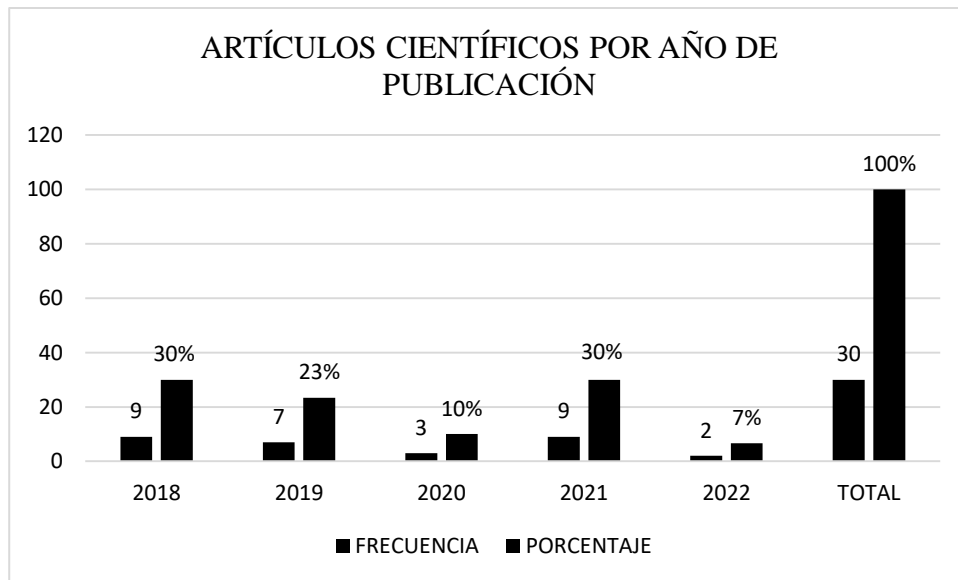
**DISTRIBUCIÓN DE ARTÍCULOS CIENTÍFICOS POR AÑO DE PUBLICACIÓN**

<b>AÑO DE PUBLICACIÓN</b>	<b>FRECUENCIA</b>	<b>PORCENTAJE</b>
<b>2018</b>	9	30%
<b>2019</b>	7	23%
<b>2020</b>	3	10%
<b>2021</b>	9	30%
<b>2022</b>	2	7%
<b>TOTAL</b>	30	100%

*FUENTE: Búsqueda bibliográfica*

**GRÁFICO N° 04**

**ARTÍCULOS CIENTÍFICOS POR AÑO DE PUBLICACIÓN**



*FUENTE: Tabla N° 04*

## ANEXOS

### Fichas de resumen analítico especializado (RAE)

<b>FICHA N° 01</b>	
<b>TÍTULO</b>	Humanización en la UCI desde una perspectiva antropológica: La percepción del cuerpo y la identidad del sujeto en los pacientes.
<b>AUTOR (ES)</b>	Liliana Correa Pérez
<b>AÑO</b>	2018
<b>BASE DE DATOS</b>	ELSEVIER
<b>OBJETIVOS</b>	<p>Analizar los factores de la percepción de la experiencia de enfermedad crítica para el paciente y su familia.</p> <p>Determinar la influencia de factores como la corporeidad, el género, la raza y la edad del paciente crítico dentro de la experiencia individual en la UCI desde la perspectiva antropológica.</p> <p>Realizar un de la teoría de la interseccionalidad y buscando conocer la influencia de la percepción del cuerpo, la identidad del sujeto y la importancia del género como parte de la búsqueda de las mejores formas de responder a las necesidades crecientes de los pacientes críticos, en la búsqueda de mejorar la humanización en la UCI.</p>
<b>METODOLOGÍA</b>	Revisión bibliográfica en la que se realiza un análisis de los factores (la corporeidad, el género, la raza y la edad) del paciente crítico dentro de la experiencia individual en la Unidad de Cuidados Intensivos.
<b>RESULTADOS</b>	<p>Desde la perspectiva antropológica las representaciones del cuerpo influyen en la aceptación de la enfermedad y la muerte.</p> <p>Al igual que existen diferentes representaciones de la relación mente-cuerpo, las distintas terapias cotidianas a las que se somete a los pacientes en cuidado intensivo en pro de su recuperación son vividas de manera distinta por los pacientes que las experimentan y los que las realizan.</p>
<b>CONCLUSIONES</b>	<p>La enfermedad no solo es un evento físico, sino también un constructo social y cultural; además, sabemos que los tratamientos y las estrategias de cuidado deben estar anclados en las necesidades específicas poblacionales, situación que hace particularmente vulnerable a poblaciones como el paciente en cuidado intensivo.</p> <p>La raza y las creencias religiosas, al igual que el género, se vuelven constantes de vital importancia en la aproximación del personal al cuidado de ese paciente que es único, y que para él su único universo y dimensión lo constituye en ese momento la UCI.</p>
<b>APORTE DEL ESTUDIO PARA SU TRABAJO</b>	En muchas ocasiones se pierde la percepción de que el trabajo se da en una realidad multidimensional de la vida del ser humano, por ello individualmente el ser humano percibe la enfermedad de

<b>ACADEMICO</b>	manera distinta, de igual modo hay una percepción diversa por parte del paciente frente al cuidado que recibe (teoría de la interseccionalidad)
<b>FUENTE (Enlace Web)</b>	<a href="https://doi.org/10.1016/j.acci.2018.02.001">https://doi.org/10.1016/j.acci.2018.02.001</a>

<b>FICHA N° 02</b>	
<b>TÍTULO</b>	Humanized care from the perception of Oncology patients from Southern Chile
<b>AUTOR (ES)</b>	Tannia Navarrete Correa, Flery Fonseca Salamanca, Mauricio Barría
<b>AÑO</b>	2021
<b>BASE DE DATOS</b>	PUBMED
<b>OBJETIVOS</b>	Determinar la percepción del comportamiento del cuidado humanizado de enfermería y su relación con variables sociodemográficas y clínicas en pacientes internados en un Departamento de Hemato-Oncología.
<b>METODOLOGÍA</b>	Estudio transversal analítico realizado con 51 pacientes hospitalizados en la Unidad de Hemato-Oncología del Hospital Base Valdivia, Chile. Se aplicó una encuesta con información sociodemográfica y clínica junto con el cuestionario sobre Percepción de Comportamientos del Cuidado de Enfermería Humanizado 3ª versión” -PBHNC 3v (32 ítems distribuidos en las categorías: Cualidades del trabajo de enfermería, Apertura a la comunicación enfermero-paciente y Voluntad de cuidado).
<b>RESULTADOS</b>	De los participantes, 51% fueron mujeres, con una edad media de 46.5±16.6 años. Un 54.9% presentó diagnóstico de Linfoma y 78.4% estaba en etapa de Inducción del tratamiento. En cuanto a la percepción del cuidado humanizado y la valoración por parte de los pacientes de cada categoría del Percepción de Comportamientos del Cuidado de Enfermería Humanizado v3, se observó que el puntaje global osciló entre 94 y 128 con una mediana valor de 128. Por categorías, los valores medianos fueron: Cualidades del trabajo de enfermería 28, Apertura a la comunicación enfermera-paciente 32 y Voluntad de cuidar 68. Al analizar la relación de la percepción del cuidado humanizado y las variables sociodemográficas, se comprobó que el sexo, el área, la red de apoyo y la región no tuvieron significación estadística.
<b>CONCLUSIONES</b>	El cuidado de enfermería, es reconocido favorablemente por los pacientes. Los servicios de oncología requieren profesionales

	idóneos que muestren habilidades en los distintos entornos de actuación clínica, integrando aspectos procedimentales, técnicos y encaminados al apoyo emocional, la capacidad de priorizar las demandas asistenciales y la disposición a la comunicación.
<b>APORTE DEL ESTUDIO PARA SU TRABAJO ACADÉMICO</b>	Se pudo observar que, al aplicar el cuestionario de Percepción de comportamientos del cuidado humanizado de enfermería, la percepción por parte de los sujetos de estudio fue catalogada como favorable, en lo que concierne a cualidades del trabajo de enfermería, apertura a la comunicación entre enfermero y paciente y la voluntad para brindar cuidados.
<b>FUENTE (Enlace Web)</b>	<a href="https://doi.org/10.17533/udea.iee.v39n2e04">https://doi.org/10.17533/udea.iee.v39n2e04</a>

<b>FICHA N° 03</b>	
<b>TÍTULO</b>	Humanization of care: Key elements identified by patients, caregivers, and healthcare providers. A systematic review
<b>AUTOR (ES)</b>	Isolde M. Busch, Francesca Moretti, Giulia Travaini, Albert Wu, Michela Rimondini
<b>AÑO</b>	2019
<b>BASE DE DATOS</b>	PUBMED
<b>OBJETIVOS</b>	Identificar los elementos clave de la humanización de la atención mediante la investigación de las perspectivas de las partes interesadas (pacientes, cuidadores de pacientes, proveedores de atención médica) y evaluar las barreras y estrategias para su implementación.
<b>METODOLOGÍA</b>	Se llevo a cabo una búsqueda sistemática de cinco bases de datos electrónicas hasta diciembre de 2017 y examinamos fuentes adicionales. Los términos de búsqueda incluyeron “humanización” “humanización del cuidado” y “deshumanización”, “deshumanización del cuidado”.
<b>RESULTADOS</b>	De 1327 registros recuperados, 14 artículos de texto completo se incluyeron en la revisión. Emergieron tres áreas principales (relacional, organizacional, estructural). El área relacional incluye todos los elementos clave y temas descriptivos que se centran en la relación personal entre los proveedores de atención médica y los pacientes y sus cuidadores. Los participantes señalaron que el comportamiento deshumanizante, como la "otredad" puede socavar la dignidad, la singularidad, la individualidad y la humanidad del paciente. El área organizacional incluye todos los elementos clave y temas descriptivos relacionados con el entorno de trabajo y las prácticas

	<p>organizativas y administrativas de las instituciones sanitarias (p. ej., el horario de visitas). La fragmentación del proceso de trabajo fue vista como una barrera, para brindar cuidado humanizado.</p> <p>El área estructural abarca todos los elementos clave y los temas descriptivos asociados que se centran en la estructura de las instituciones de salud (p. ej., diseño de hospitales) y el entorno de trabajo (p. ej., recursos materiales) con respecto a la humanización de la atención. A menudo se ha informado que se requieren suficientes recursos humanos y materiales para brindar un cuidado humanizado.</p>
<b>CONCLUSIONES</b>	<p>Al sintetizar y analizar temáticamente las diferentes perspectivas de pacientes, cuidadores y proveedores de atención médica, nuestra revisión sistemática contribuye con una atención con enfoque empático y respetuoso con los pacientes, suficientes recursos humanos y materiales en las instituciones de atención médica y una carga de trabajo equilibrada para los proveedores de atención médica son requisitos.</p>
<b>APORTE DEL ESTUDIO PARA SU TRABAJO ACADEMICO</b>	<p>La implementación de una política encaminada a la humanización del cuidado tiene que establecerse de manera adecuada tres áreas importantes dentro de las entidades hospitalarias: Área relacional, área organizacional, área estructural. La importancia de estas tres áreas garantiza el cuidado humanizado.</p>
<b>FUENTE (Enlace Web)</b>	<p><a href="https://doi.org/10.1007/s40271-019-00370-1">https://doi.org/10.1007/s40271-019-00370-1</a></p>

<b>FICHA N° 04</b>	
<b>TÍTULO</b>	Humanization in urgent and Emergency Services: Contributions to Nursing Care
<b>AUTOR (ES)</b>	Kayo Henrique Jardel Feitosa Sousa, Carolinne Kilcia Carvalho Sena Damasceno, Camila Aparecida Pinheiro Landim Almeida, Juliana Macêdo Magalhães, Márcia de Assunção Ferreira
<b>AÑO</b>	2019
<b>BASE DE DATOS</b>	PUBMED
<b>OBJETIVOS</b>	Analizar las evidencias de investigaciones realizadas sobre humanización en la atención de urgencia y emergencia, considerando sus contribuciones al cuidado de enfermería.
<b>METODOLOGÍA</b>	Revisión integradora de literatura, un método que permite criticar y sintetizar el conocimiento producido de manera ordenada y sistemática. Las fases aplicadas fueron: formulación de la pregunta de estudio, establecimiento de los criterios de selección de la

	muestra y búsqueda en la literatura, definición de la información a extraer de los estudios seleccionados, evaluación de los estudios incluidos en la revisión, interpretación de los resultados, y presentación de la revisión.
<b>RESULTADOS</b>	<p>La búsqueda dio como resultado un total de 133 publicaciones, de las cuales 17 se incluyeron en el alcance de esta revisión. El análisis permitió la elaboración de las unidades de evidencia: “Recepción con Clasificación de Riesgo: un dispositivo con buenos resultados” y “Barreras y dificultades de uso los lineamientos de la Política Nacional de Humanización”.</p> <p>Estos estudios demostraron que la atención, antes basada en el orden de llegada y hoy en parámetros de riesgo según las necesidades de los usuarios, se ha vuelto más rápida, garantizando la seguridad de los trabajadores. Algunos estudios nos muestran la baja resolución de la atención básica, lo que es una de las dificultades para la humanización de la atención, ya que aumenta el número de atenciones de emergencia, revelando la necesidad de inversiones en este sector. Otros estudios agregan que la ausencia de derivación y la contrarreferencia perjudican la atención. En cuanto al equipo multiprofesional, los estudios muestran que los profesionales son autoritarios y no escuchan ni brindan comodidad y privacidad. Algunos estudios agregan que la falta de profesionales interfiere directamente en la calidad de la atención. Los problemas en la relación del equipo de trabajo y desconocimiento de los profesionales sobre el cuidado humanizado fueron mencionados, como obstáculos.</p>
<b>CONCLUSIONES</b>	Los trabajos revisados indican la importancia de incorporar los conocimientos relacionados con la humanización en la salud. La carencia de recursos estructurales, aspectos relacionados con el trabajo multiprofesional y mal funcionamiento de las redes de atención a la salud, con poca resolución de atención primaria y ausencia de derivación y sistema de contrarreferencia, genera hacinamiento en las unidades de urgencias hospitalarias.
<b>APORTE DEL ESTUDIO PARA SU TRABAJO ACADEMICO</b>	Además del buen trato, la humanización de la atención comprende la provisión de servicios y tecnologías, recursos humanos, materiales e infraestructura destinados a una atención segura que asegure la comodidad y el bienestar de los usuarios de los servicios de salud, con su participación efectiva, y mejorando con los debates internacionales sobre nuevas formas de producir salud.
<b>FUENTE (Enlace Web)</b>	<a href="https://doi.org/10.1590/1983-1447.2019.20180263">https://doi.org/10.1590/1983-1447.2019.20180263</a>

<b>FICHA N° 05</b>	
<b>TÍTULO</b>	The buffering effect of Humanity of care in the relationship between patient satisfaction and waiting time: a cross-sectional study in an Emergency Department
<b>AUTOR (ES)</b>	Sara Viotti, Claudio Giovanni Cortese, Jacopo Garlasco, Erika Rainero , Ifeoma Nneka Emelurumonye, Stefano Passi, Flavio Boraso, María Michela Gianino
<b>AÑO</b>	2020
<b>BASE DE DATOS</b>	PUBMED
<b>OBJETIVOS</b>	Examinar si la humanización del cuidado y el confort ambiental jugaron un papel en la moderación de la relación entre el tiempo de espera y la satisfacción del paciente en un departamento de emergencia.
<b>METODOLOGÍA</b>	<p>El estudio, con un diseño transversal y no aleatorizado, se llevó a cabo en las subunidades de dos hospitales de tamaño mediano (es decir, Ospedale degli Infermi y Ospedale Edoardo Agnelli) en el área suburbana occidental de Turín (Piamonte, Italia), ambos pertenecientes a la Unidad de Salud “ASL Torino 3”.</p> <p>El Hospital Rivoli tiene 280 camas y admite 60.000 pacientes en la sala de emergencias cada año. El Hospital Pinerolo tiene 230 camas y admite a 52.000 pacientes en la sala de emergencias cada año. Se recolectó datos de mayo a octubre de 2019 de lunes a domingo.</p> <p>En total, se pidió a 297 pacientes que cumplimentaran el cuestionario. La muestra final estuvo compuesta por 260 pacientes (160 de Hospital Rivoli y 100 del Hospital Pinerolo).</p>
<b>RESULTADOS</b>	<p>Se encontró que el tiempo de espera estaba asociado de manera significativa e inversa con la satisfacción del paciente. La humanidad del cuidado mostró un resultado positivo y asociación significativa con la variable dependiente, pero no el confort ambiental. Finalmente, mientras que se encontró el término de interacción significativa entre el tiempo de espera y la humanidad del cuidado, el efecto de interacción entre el tiempo de espera y el entorno la comodidad no fue significativa. El confort se encontró que estaba significativamente asociado con la satisfacción del paciente, se observaron en la asociación entre las principales variables de estudio y la satisfacción del paciente.</p> <p>Además, en el Hospital Pinerolo, se encontró que la satisfacción del paciente era significativamente mayor que en el Hospital Rivoli.</p>
<b>CONCLUSIONES</b>	Se probó el papel moderador de la humanidad del cuidado y el confort ambiental en cuanto al tiempo de espera y satisfacción del



	paciente. Nuestros hallazgos confirmaron anteriores estudios que demostraron que el tiempo de espera y la humanidad de la atención son fundamentales para garantizar la calidad de cuidado.
<b>APORTE DEL ESTUDIO PARA SU TRABAJO ACADÉMICO</b>	Mientras más largo sea el tiempo de espera en la atención Hospitalaria menos será la satisfacción del paciente y viceversa, además se encontró que el cuidado humanizado por parte del personal de enfermería tiene una relación positiva frente al tiempo de espera del paciente para ser atendido.
<b>FUENTE (Enlace Web)</b>	<a href="https://www.mdpi.com/1660-4601/17/8/2939">https://www.mdpi.com/1660-4601/17/8/2939</a>

<b>FICHA N° 06</b>	
<b>TÍTULO</b>	El Cuidado Hospice Como un Cuidado Humanizado en el Final de la Vida
<b>AUTOR (ES)</b>	Darío Iván Radosta
<b>AÑO</b>	2021
<b>BASE DE DATOS</b>	REDYLAC
<b>OBJETIVOS</b>	Analizar las prácticas de cuidado de personas enfermas en el final de la vida llevadas a cabo en el contexto de una institución hospice ubicada en la provincia de Buenos Aires, Argentina.
<b>METODOLOGÍA</b>	Los datos utilizados han sido obtenidos a partir de un trabajo de campo etnográfico llevado a cabo, entre 2016 y 2020, en un Hospice ubicado en la provincia de Buenos Aires, Argentina, en la cual analizo las nociones de persona y dignidad en el cuidado en el final de la vida en el marco del moderno movimiento Hospice en el país. La observación participante se realizó a partir del acompañamiento constante de los diversos equipos de voluntarios y personal de enfermería principales agentes cuidadores de la institución en su labor diaria, con el énfasis analítico puesto en los sentidos que estos actores dan al cuidado que llevan a cabo en el Hospice.
<b>RESULTADOS</b>	Se sostiene que el cuidado, como práctica constitutiva de la interacción humana, produce y reproduce valores que componen el entramado de la vida social. Por tanto, analizar prácticas de cuidado en contextos no clínicos, a partir de propuestas que buscan humanizar el contexto de la atención de la salud, brinda herramientas para pensar críticamente los valores que estructuran nuestro sistema sanitario.
<b>CONCLUSIONES</b>	El análisis presentado buscó comprender los diversos elementos asociados a una práctica de cuidado de personas con enfermedades terminales en el final de la vida que se desarrolla por fuera del

	<p>sistema formal de la salud. Tomando como eje fundamental la idea de que el cuidado, como parte constitutiva de la interacción entre los seres humanos, produce y reproduce valores que componen el entramado de la vida social, he buscado dar cuenta de algunos puntos del esquema de ideas sobre el cual se sustenta el cuidado Hospice.</p> <p>Este es, en principio, un cuidado que es identificado por quienes lo llevan a cabo como una propuesta de humanización de la atención en el final de la vida, con un carácter integral y holístico que respeta la autonomía de la persona enferma. A partir de una lectura específica del modelo biomédico, en la cual parte de su accionar aparece caracterizado como deshumanizante, este movimiento busca llevar adelante un cuidado que incorpora dimensiones de lo humano relegadas por el sistema sanitario. Analizar y entender las múltiples formas en las que el cuidado aparece en contextos no clínicos permite dar cuenta de qué manera este puede asociarse a valores que tensionan o discuten las bases del racionalismo propio de la biomedicina.</p>
<b>APORTE DEL ESTUDIO PARA SU TRABAJO ACADEMICO</b>	El cuidado humanizado como una práctica formadora reproduce y produce valores que son componente de la vida social de las personas, por ello es necesario que no solo se maneje en la práctica en ambientes clínicos si no también en la vida diaria, a partir de propuestas que busquen la humanización del contexto de la salud en general, generando herramientas que nos hagan pensar críticamente sobre los valores que son estructura de nuestro sistema de salud.
<b>FUENTE (Enlace Web)</b>	<a href="https://www.redalyc.org/articulo.oa?id=73166595021">https://www.redalyc.org/articulo.oa?id=73166595021</a>

<b>FICHA N° 07</b>	
<b>TÍTULO</b>	Cuidado Humanizado en Pacientes con Limitación del Esfuerzo Terapéutico en Cuidados Intensivos: Desafíos para Enfermería
<b>AUTOR (ES)</b>	Macarena Yáñez Dabdoub, Ivonne Vargas Celis
<b>AÑO</b>	2018
<b>BASE DE DATOS</b>	REDYLAC
<b>OBJETIVOS</b>	Conocer y describir los factores que pueden llevar a los profesionales de enfermería a deshumanizar los cuidados en pacientes con LET que se encuentran en una UCI de adulto.
<b>METODOLOGÍA</b>	Se realiza una búsqueda de literatura, por un periodo de cuatro meses en cinco bases de datos: Web-of-Science, PubMed, Epistemonikos, SciELO y Elsevier. Las últimas dos bases de datos

	<p>con información correspondiente a la realidad de América Latina y el Caribe. Para complementar la búsqueda se incluyeron artículos de las revistas End-of-Life Journal y Journal of Medical Ethics, con el fin de abarcar un punto de vista bioético.</p> <p>Se realizaron tres búsquedas con la misma estrategia; en la primera, se revisaron las bases de datos PubMed, Epistemonikos y Web-of-Science; en la segunda, las bases SciELO y Elsevier; en la tercera, las revistas electrónicas del área de la bioética mencionadas.</p>
<b>RESULTADOS</b>	<p>Se encontraron una amplia gama de artículos pertenecientes a cuidados de enfermería en pacientes con cuidados paliativos al final de la vida, así como de Limitación del Esfuerzo Terapéutico en pacientes en unidades de cuidados intensivos pediátricas. Se obtuvieron un total de 23 artículos de 9 países en distintos continentes, de los cuales 7 eran estudios cuantitativos, 8 estudios cualitativos, 1 estudio mixto, 6 revisiones de la literatura y 1 estudio teórico. Todos ellos fueron analizados críticamente por los autores buscando establecer los factores que podrían llevar a los profesionales de enfermería a deshumanizar los cuidados en pacientes con Limitación del Esfuerzo Terapéutico que están en una UCI de adulto.</p>
<b>CONCLUSIONES</b>	<p>Los profesionales de enfermería tienen diversos roles que ejercen en los distintos momentos de cuidado de los pacientes. Sin embargo, en el cuidado humanizado se destacan los roles de defensor de los intereses del paciente, por su cercanía con él, y de agente comunicador, que mantiene el nexo entre la familia y el equipo médico. Para ejecutarlos bien se podría participar en la visita diaria del equipo sanitario, aportando su visión profesional y humana de los requerimientos del paciente. Además, se puede realizar formación académica acerca de Limitación del Esfuerzo Terapéutico, aspectos éticos asociados y cuidados paliativos para la UCI, dentro o fuera de la jornada laboral.</p> <p>A fin de reforzar el conocimiento teórico es importante enfatizar en los aspectos curriculares de los futuros profesionales de enfermería, contenidos relacionados con el paradigma humanista, aspectos bioéticos asociados a la práctica clínica y la visión de la persona desde una perspectiva multidimensional, que incluya el proceso de muerte como parte de su ciclo vital.</p>
<b>APORTE DEL ESTUDIO PARA SU TRABAJO ACADEMICO</b>	<p>Como principal exponente del cuidado humanizado, Jean Watson destaca que el cuidado debe abarcar una dimensión humana, y aunque las enfermeras realizan multiplicidad de procedimientos que pueden volverse mecánicos, la práctica clínica siempre presenta nuevos desafíos a los que enfermería debe responder con</p>

	creatividad y centrada en el cuidado el paciente. Esto implica enfrentar los desafíos para otorgar atención de calidad y cuidados humanizados para pacientes en la UCI.
<b>FUENTE (Enlace Web)</b>	<a href="https://www.redalyc.org/articulo.oa?id=83257398005">https://www.redalyc.org/articulo.oa?id=83257398005</a>

<b>FICHA N° 08</b>	
<b>TÍTULO</b>	Adaptación Transcultural y Validación de un Cuestionario de Cuidado Humanizado en Enfermería para una Muestra de Población Chilena
<b>AUTOR (ES)</b>	Angélica Melita Rodríguez, Patricia Jara Concha, Daniel Ignacio Pereira, Luis Luengo Machuca
<b>AÑO</b>	2018
<b>BASE DE DATOS</b>	REDYLAC
<b>OBJETIVOS</b>	Adaptar y validar la versión colombiana del cuestionario de Percepción de Comportamientos de Cuidados Humanizados en Enfermería (PCHE), para ser utilizado en población chilena.
<b>METODOLOGÍA</b>	<p>Este corresponde a un estudio de validación de un cuestionario desarrollado en dos fases. En la primera se realizó la adaptación transcultural, en la fase dos, se procedió a evaluar la consistencia interna y validez de constructo del instrumento PCHE versión español-chileno.</p> <p>Para la primera fase del estudio, adaptación sociolingüística, la población correspondió a personas de nacionalidad chilena de la Comuna de Concepción, no institucionalizadas, de diferente sexo, nivel de instrucción y distribuidos en tres segmentos etarios (jóvenes, adultos y adultos mayores), con el objetivo de obtener un resultado que integrara la visión de diversos grupos humanos<sup>20</sup>. Por tanto, se aplicó el instrumento “PCHE 2014 versión colombiana”<sup>16</sup>, a una muestra aleatoria estratificada de 60 personas.</p>
<b>RESULTADOS</b>	<p>Los resultados de este estudio se presentan en dos fases:</p> <p>De la fase de adaptación sociocultural, cerca del 80% de los encuestados manifestaron comprender el cuestionario; del porcentaje restante, principalmente adultos mayores de nivel sociocultural bajo (usuarios frecuentes del sistema de salud público en Chile), tras el análisis de esta información y en conjunto con el experto en lingüística procedió a reemplazar algunos vocablos no habituales en el léxico básico del español de Chile.</p> <p>De la segunda fase de la investigación, se dio el análisis descriptivo del cuestionario Percepción de Comportamientos de Cuidados</p>

	Humanizados en Enfermería transculturalmente adaptado a población chilena”. Se evidencian los siguientes aspectos: el puntaje mínimo con el cual se calificó la percepción de cuidado humanizado de enfermería fue de 83, nunca percibieron comportamientos de cuidado humanizado por parte de enfermería, a su vez la calificación máxima fue de 128, siempre percibió comportamientos de humanización en los cuidados entregados por enfermería, con un rango de 45 entre ambos puntajes.
<b>CONCLUSIONES</b>	Los resultados de esta investigación son útiles para la práctica de enfermería, ya que en primer lugar entrega una metodología de trabajo poco usada para la adaptación sociolingüística de instrumentos en el mismo idioma, evidenciando la importancia de realizar este proceso por el impacto que tiene las implicancias culturales en la forma de expresión y comprensión del lenguaje. A su vez, este estudio entrega una herramienta que puede ser aplicada en otros estudios, para ir profundizando el análisis y medición del cuidado humanizado.
<b>APORTE DEL ESTUDIO PARA SU TRABAJO ACADEMICO</b>	La humanización del cuidado es un concepto amplio, que involucra múltiples aspectos necesarios para brindar un cuidado ético, basado en el respeto por la dignidad humana
<b>FUENTE (Enlace Web)</b>	<a href="https://www.redalyc.org/articulo.oa?id=359557443013">https://www.redalyc.org/articulo.oa?id=359557443013</a>

<b>FICHA N° 09</b>	
<b>TÍTULO</b>	Percepción del Cuidado Humanizado de Enfermería desde la Perspectiva de Usuarios Hospitalizados
<b>AUTOR (ES)</b>	Pablo Monje V., Paulina Miranda C., Jéssica Oyarzün G., Fredy Seguel P., Elizabeth Flores G.
<b>AÑO</b>	2018
<b>BASE DE DATOS</b>	REDYLAC
<b>OBJETIVOS</b>	Determinar la percepción que tienen los pacientes hospitalizados en Servicio de Medicina Adulto de un hospital de alta complejidad, del cuidado humanizado que otorgan los profesionales de Enfermería y factores relacionados.
<b>METODOLOGÍA</b>	Estudio de corte transversal, correlacional, en una muestra de 171 pacientes hospitalizados en el servicio de medicina, durante el año 2018. Se aplicó una encuesta sociodemográfica y la escala Percepción de Comportamientos de Cuidado Humanizado de Enfermería (PCHE), segunda versión, adecuada transculturalmente

	<p>a Chile.</p> <p>54,4% de los pacientes hospitalizados fueron de sexo femenino, media de edad de 56,2 años y 6,95 días de hospitalización, diagnóstico de ingreso de la mayoría fue enfermedad del sistema circulatorio (33,9%).</p>
<b>RESULTADOS</b>	<p>El 86% de los pacientes hospitalizados considera que siempre recibe trato humanizado, 11,7% casi siempre, 1,8% algunas veces y un 0,6% nunca percibió un trato humanizado. Las cualidades en la entrega de cuidado humanizado por el profesional de enfermería que destacan los pacientes son las relacionadas a la categoría “Cualidades del hacer”, es decir, perciben que son capaces de identificar sus necesidades, mantienen trato cordial, tienen buena disponibilidad cuando se les requiere y los educan. No existe asociación estadísticamente significativa entre el nivel de percepción de trato humanizado y las variables sociodemográficas.</p>
<b>CONCLUSIONES</b>	<p>Los/as enfermeros/as de un hospital de alta complejidad respetan la dignidad humana al entregar cuidados humanizados, principalmente por la forma en que proporcionan los cuidados día a día.</p> <p>El estudio permite retroalimentación positiva al profesional que labora en la unidad, fortalecer su desempeño y la motivación para cuidar.</p>
<b>APORTE DEL ESTUDIO PARA SU TRABAJO ACADEMICO</b>	<p>La mayor parte de pacientes hospitalizados manifiestan que el personal de salud pudo identificar y satisfacer sus necesidades en el tiempo que brindaron los cuidados, también mantuvieron un trato cordial con ellos, además la educación que se brinda al paciente fue brindada de manera pausada y con una buena disposición y sin apuros.</p>
<b>FUENTE (Enlace Web)</b>	<p><a href="http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=370457444005">http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=370457444005</a></p>

<b>FICHA N° 10</b>	
<b>TÍTULO</b>	Metodologia de Cuidados Humanidade: Dificuldades e Benefícios da sua Implementação na Prática
<b>AUTOR (ES)</b>	Ana Margarida Figueiredo Gomes, Rosa Cândida Melo Carvalho de Pereira, Olivério Ribeiro de Paiva
<b>AÑO</b>	2018
<b>BASE DE DATOS</b>	REDYLAC
<b>OBJETIVOS</b>	Conocer la percepción de las enfermeras sobre las dificultades para implementación del MCH y los beneficios de su aplicación en la práctica.

<b>METODOLOGÍA</b>	Estudio exploratorio descriptivo de carácter cualitativo que contó con la participación de 7 enfermeros capacitados en Servicio Médico Integral. Los datos fueron recolectados a través de entrevistas semiestructuradas y el procesamiento de datos siguió la técnica de análisis de contenido.
<b>RESULTADOS</b>	<p>Del análisis de contenido de las entrevistas surgieron dos temas centrales: las dificultades y los beneficios de implementar la Servicio Médico Integral en la práctica del cuidado de enfermería. Del análisis de los discursos sobre las dificultades en la implementación de la Metodología del Cuidado Humanizado surgieron dos categorías: factores internos o personales y factores externos u organizacionales. En cuanto a los factores personales, surgieron las siguientes subcategorías: rutinización de las prácticas, resistencia al cambio y falta de formación.</p> <p>En cuanto a la subcategoría falta de formación, se constató que los enfermeros enfatizaron la falta de práctica en técnicas relacionales y la necesidad de actualización de conocimientos, como se puede ver en estas afirmaciones “la falta de conocimiento es un gran obstáculo para la aplicación de la SMI”.</p> <p>En cuanto a la categoría Factores externos u organizacionales, surgieron las siguientes subcategorías: falta de recursos humanos, rutinas establecidas, organización del cuidado centrada en tareas, falta de involucramiento de los líderes y ambiente inadecuado.</p> <p>Después de identificar las dificultades en la implementación de la SMI, se pretendió identificar la percepción de los enfermeros sobre los beneficios de su implementación en la práctica del cuidado. De los Beneficios para los profesionales, se evidenció: facilitar la relación y la prestación del cuidado, manejo de las emociones, reducir los problemas físicos y el desgaste profesional, y aumentar la satisfacción profesional.</p>
<b>CONCLUSIONES</b>	En este estudio, los participantes consideraron que hubo dificultades relacionadas con factores personales o internos y externos u organizacionales en la implementación de la SMI. Como factores internos o personales identificaron la rutinización de las prácticas, la resistencia al cambio y la falta de formación. Como factores externos u organizacionales destacaron la falta de recursos humanos, las rutinas establecidas, la organización de la atención centrada en la tarea, la falta de involucramiento de los líderes y el ambiente inadecuado.
<b>APORTE DEL ESTUDIO PARA SU TRABAJO</b>	Se encontraron 2 categorías muy importantes en la implantación de la humanización del cuidado de enfermería: Factores internos o personales, que se refieren a las características del profesional quien

<b>ACADEMICO</b>	brinda el cuidado, su formación su estado de salud psicológico, físico, además de sus competencias y capacidades intrínsecas, además de la rutinización de las labores; Factores externos u organizacionales, que va definido por los recursos humanos, organización de las tareas destinadas al cuidado, involucramiento de las autoridades y ambiente físico y equipamiento de la unidad.
<b>FUENTE (Enlace Web)</b>	<a href="https://doi.org/10.12707/RIV17063">https://doi.org/10.12707/RIV17063</a>

<b>FICHA N° 11</b>	
<b>TÍTULO</b>	Densidade Tecnológica e o Cuidado Humanizado em Enfermagem: A Realidade de dois Serviços de Saúde
<b>AUTOR (ES)</b>	Adeânio Lima Almeida, Daniele Jesús de Santos, Tainara Silva Leal
<b>AÑO</b>	2018
<b>FUENTE</b>	REDYLAC
<b>OBJETIVOS</b>	Discutir acerca de los entornos con alta densidad tecnológica - que presentan gran concentración de equipos e instrumentos médico-hospitalario (tecnologías duras), que aportan los desafíos relacionados con la calificación, la modernización y la necesidad de reflexionar sobre los cambios que puede ocurrir para el cuidado de enfermería.
<b>METODOLOGÍA</b>	Se trata de un enfoque cualitativo, tipo estudio de caso múltiple. La elección de este enfoque se debió a la posibilidad que ofrece para responder preguntas muy particulares, ya que se trata de un nivel de realidad que no se puede cuantificar. Es decir, trabaja con el universo de significados, motivos, aspiraciones, creencias, valores y actitudes, lo que corresponde a un espacio más profundo de relaciones, procesos y fenómenos que no puede reducirse a la operacionalización de variables.
<b>RESULTADOS</b>	<p>Con base en la observación de campo y el marco teórico adoptado, es posible señalar factores que pueden limitar o favorecer el cuidado de enfermería humanizado. Inmediatamente, es interesante señalar que estos factores se mantuvieron constantes, a pesar de la mayor o menor densidad tecnológica del entorno estudiado.</p> <p>El perfil de los profesionales de enfermería del Caso 1 denotaba un equipo joven, pues oscilaba entre 26 y 40 años; predominó el género femenino.</p> <p>En el Caso 2, el equipo es un poco más joven, con profesionales que van de los 21 a los 40 años; en su mayoría mujeres.</p> <p>Si bien en la Institución 1 el diálogo es practicado más activamente</p>



	<p>por los profesionales, y acciones como el toque afectivo y terapéutico, la familiaridad con el paciente, la capacidad de establecer relaciones dialógicas están más presentes, la Institución 2 pudo demostrar mayor eficiencia técnica, mayor distribución equitativa de tiempo, mayor capacidad para “mantener la sinceridad y la reciprocidad en el cuidado”, para equilibrar la frágil ecuación tecnología versus humanización del cuidado.</p> <p>Los factores limitantes están más asociados con la forma en que el profesional usaba la tecnología que con la presencia de la tecnología en sí.</p>
<b>CONCLUSIONES</b>	<p>Pocas veces, la literatura especializada en Evaluación de Tecnologías Sanitarias hace referencia a la pérdida, con la introducción de nuevas tecnologías, de diversas acciones vinculadas al cuidado humanizado y, entre ellos, una acción que, siendo tan simple, pasa desapercibido para la mayoría de los profesionales: “el toque afectivo y terapéutico”, desde el Dimensión “Relacional Dialógica”. Con la supuesta “mecanización” y “tecnologización” de actividades rutinarias, repetitivas y que consumen mucho tiempo, habría, por lo tanto, la disminución del contacto, aunque sea simple y tímido, que puede, incluso involuntarias, contribuyen mucho a hacernos sentir más humanos, más amados.</p>
<b>APORTE DEL ESTUDIO PARA SU TRABAJO ACADEMICO</b>	<p>Los factores que impiden que se desarrolle adecuadamente un cuidado humanizado como: La falta de familiarización con los equipos y la falta de capacitación del personal en manejo de la tecnología, falta de formación en la especialidad, estos factores pueden generar sentimiento de la labor como una “obligación” y conllevar a la insatisfacción del personal de enfermería con la realización de sus labores, estos factores permanecen constantes mientras más densidad o menos densidad tecnológica haya en la UCI</p>
<b>FUENTE (Enlace Web)</b>	<p><a href="https://doi.org/10.1590/S0103-73312018280320">https://doi.org/10.1590/S0103-73312018280320</a></p>

<b>FICHA N° 12</b>	
<b>TÍTULO</b>	Percepción del Paciente Crítico sobre los Comportamientos de Cuidado Humanizado de Enfermería
<b>AUTOR (ES)</b>	Zuli Milena Joven, Sandra Rocío Guáqueta Parada
<b>AÑO</b>	2019
<b>BASE DE DATOS</b>	SCIELO
<b>OBJETIVOS</b>	Describir la percepción del paciente crítico adulto sobre los comportamientos de cuidado humanizado de enfermería en la unidad

	de cuidado intensivo (UCI) adulto en un hospital de III nivel de Bogotá, Colombia.
<b>METODOLOGÍA</b>	Estudio descriptivo con abordaje cuantitativo, se utilizó el instrumento “Percepción de comportamientos de cuidado humanizado de enfermería 3ª versión”, el cual cuenta con validez facial, de contenido y de constructo. Se aplicó a 55 pacientes hospitalizados en UCI.
<b>RESULTADOS</b>	La percepción global del grupo obtenida fue de 83,39 en la escala estandarizada. En la categoría Priorizar el sujeto de cuidado, “siempre” obtuvo una calificación del 60 %, “casi siempre” 14 %, “algunas veces” 22 % y “nunca” 4 %. En la categoría Apertura a la comunicación para proporcionar educación en salud a la persona se tuvieron resultados favorables: 42 % para “siempre”, “casi siempre” 24 %, “algunas veces” 25 % y 9 % “nunca”. Por último, en la categoría Cualidades del hacer de enfermería se encontró que 27 % “siempre” percibe estos comportamientos, “casi siempre” 35 %, “algunas veces” 24 % y 14 % “nunca”.
<b>CONCLUSIONES</b>	La percepción de comportamientos humanizados de enfermería en la uci por parte del paciente crítico de una institución de nivel III es definida como buena, debido principalmente a los elementos incluidos en las categorías Priorizar el sujeto de cuidado (la persona) y Cualidades del hacer de enfermería, en donde se destaca el valor que se le otorga al paciente como un ser pluridimensional, con quien se establece un vínculo interpersonal cimentado en el respeto y la confianza y donde hay un reconocimiento de cuidado expresado en la respuesta oportuna al llamado, manejo del dolor, comodidad física, preservación de la dignidad y apoyo emocional. Sin embargo, es importante reforzar una mayor comprensión y empatía frente al proceso que está viviendo el paciente durante su hospitalización en la uci.
<b>APORTE DEL ESTUDIO PARA SU TRABAJO ACADEMICO</b>	Se identificó que la mayoría de sujetos encuestados “siempre” se sintieron priorizados al momento de recibir el cuidado, en la categoría de la apertura a la comunicación al momento de brindar cuidados de enfermería se obtuvo resultados favorables indicando que la mayoría de pacientes sienten que “siempre” reciben una buena comunicación antes, durante y después del cuidado de enfermería por último en la categoría Cualidades del quehacer de enfermería, también se pueden observar resultados positivos encontrando que la mayoría de personas encuestadas manifiesta que “casi siempre” percibe estos comportamientos durante el cuidado de enfermería.
<b>FUENTE (Enlace Web)</b>	<a href="https://doi.org/10.15446/av.enferm.v37n1.65646">https://doi.org/10.15446/av.enferm.v37n1.65646</a>

<b>FICHA N° 13</b>	
<b>TÍTULO</b>	Cuidados Enfermeros y Humanización de la Asistencia Sanitaria
<b>AUTOR (ES)</b>	Leticia Rodríguez del Río. Zamora.
<b>AÑO</b>	2019
<b>BASE DE DATOS</b>	SCIENCEDIRECT
<b>OBJETIVOS</b>	Destacar el papel enfermero en el logro de una asistencia sanitaria más humana dentro del contexto hospitalario. Así mismo, realizar un análisis conceptual del término, identificar aquellos elementos deshumanizantes y analizar las iniciativas actuales en las diferentes comunidades.
<b>METODOLOGÍA</b>	Se realizó una búsqueda documental sistemática comprendida entre febrero de 2018 y marzo de 2018, sobre la humanización de los cuidados asistenciales. Se emplearon los siguientes términos de búsqueda: humanización, cuidados, enfermería, deshumanización, calidad asistencial, teorías enfermería. La búsqueda de información se realizó en las principales bases de datos: CUIDEN Plus, DIALNET, MEDES y PUBMED. Para complementar estas búsquedas, se recurrió, además, a dos buscadores académicos PRIMO, de la Biblioteca Sanitaria Online de Castilla y León y Google Académico.
<b>RESULTADOS</b>	La deshumanización es un proceso multifactorial, en el que participan los pacientes, los profesionales sanitarios y la propia institución sanitaria. La deshumanización del cuidado enfermero requiere un cambio de visión y aproximación al modelo holístico. Los avances tecnológicos y científicos deben ir ligados al proceso.
<b>CONCLUSIONES</b>	<p>Florence Nightingale, Hildegard Elizabeth Peplau y Jean Watson han sido tres grandes teóricas que han hecho que la enfermería avance hacia el logro de un cuidado asistencial de calidad.</p> <p>El uso del lenguaje estandarizado ayuda a mostrar el impacto que tienen los profesionales de enfermería en el sistema de prestación de cuidados sanitarios.</p> <p>A pesar de que si existe un lenguaje de enfermería estandarizado que avala nuestra profesión, hay muchos cuidados prestados por el personal de enfermería que no se registran. Una de las vías para abordar el problema de los cuidados invisibles es potenciar la investigación cualitativa de enfermería ya que aborda la eficiencia de los cuidados enfermeros en mantener o mejorar la calidad de vida de los pacientes.</p> <p>Las actuales iniciativas de humanización pretenden que la asistencia sanitaria prestada recupere los valores tradicionales que siempre han caracterizado a la enfermería, combinando el lado humanista y el lado de la profesionalización.</p>

<b>APORTE DEL ESTUDIO PARA SU TRABAJO ACADÉMICO</b>	La deshumanización del personal de salud intervienen varios factores en el que se incluye a los pacientes, la institución sanitaria y el personal de salud a cargo de su atención, se debe de reenfoque el cuidado humanizado de enfermería y aproximarlos en lo posible a un modelo holístico este proceso de cambio deberá estar apegado a los avances científicos y tecnológicos.
<b>FUENTE (Enlace Web)</b>	<a href="http://www.revistaenfermeriacyl.com/index.php/revistaenfermeriacyl/article/view/238">http://www.revistaenfermeriacyl.com/index.php/revistaenfermeriacyl/article/view/238</a>

<b>FICHA N° 14</b>	
<b>TÍTULO</b>	Orientaciones Formativas para un Cuidado Humanizado en Enfermería: Una Revisión Integrativa de la Literatura
<b>AUTOR (ES)</b>	Mercedes Díaz-Rodríguez, Lucía Alcántara Rubio David Aguilar García, Esther Puertas Cristóbal, Mercedes Cano Valera
<b>AÑO</b>	2019
<b>BASE DE DATOS</b>	SCIENCEDIRECT
<b>METODOLOGÍA</b>	Revisión bibliográfica integrativa, con análisis crítico de la literatura consultada, que incluye artículos originales y de revisión publicados en castellano, portugués e inglés de 2013 a 2018. Para la búsqueda se han consultado las bases de datos SciELO, MEDLINE/Pubmed, Web of Science y CUIDEN.
<b>OBJETIVOS</b>	Aportar conocimientos más específicos sobre la importancia de situar y orientar los cuidados de la enfermería desde una proyección biopsicosocial, con un enfoque humanizado, poniendo especial énfasis en las competencias comunicativas y relaciones interpersonales como elementos esenciales.
<b>RESULTADOS</b>	Se han extraído cuatro categorías de análisis que dan como resultado 1) las habilidades comunicativas y emocionales como elementos esenciales del cuidado humanizado. 2) la necesaria capacitación emocional y comunicativa en la formación de enfermería, existen otros factores que contribuyen a desarrollar un cuidado humanizado y que dependen directamente del profesional. 3) otros factores que contribuyen a un cuidado humanizado, también se deben considerar otros factores que contribuyen a desarrollar un cuidado humanizado y que dependen directamente del profesional y 4) cambios metodológicos y recursos pedagógicos para la capacitación comunicativa y emocional de docentes, alumnado y profesionales de enfermería, los resultados científicos reivindican la necesidad de mejorar la capacitación de los futuros profesionales de la enfermería con respecto a las competencias comunicativas y emocionales.

<b>CONCLUSIONES</b>	Desde la década de los 80, en la que el paradigma de la transformación comienza a desarrollarse, son muchos los reclamos que centran su atención en recuperar el enfoque humano en las instituciones de salud. Sin embargo, tras la revisión bibliográfica realizada, se evidencia que, en la actualidad, continuamos investigando y reclamando tal enfoque para un cuidado humanizado, ya que, tanto en la práctica profesional de la enfermería como en la formación, se mantiene el paradigma neopositivista, provocando el limitado enfoque de la enfermería al ámbito del método experimental, cuantitativo y objetivo, alejándola de su auténtico epicentro epistemológico: el cuidado humanizado. Asimismo, se insiste en la importancia de otros factores como son la atención al detalle, la reflexión y el autoconocimiento, como elementos que contribuyen a la humanización de los cuidados.
<b>APORTE DEL ESTUDIO PARA SU TRABAJO ACADEMICO</b>	Se identificó que la permanencia continua del profesional de enfermería a lado del enfermo brinda un efecto mayor sensibilidad al sufrimiento por lo tanto si existe una mayor sensibilidad habrá también una mayor recepción para solucionar los problemas de salud que aquejan al enfermo, de esta manera el profesional enfocara sus cuidados de manera humanizada
<b>FUENTE (Enlace Web)</b>	<a href="https://doi.org/10.6018/eglobal.392321">https://doi.org/10.6018/eglobal.392321</a>

<b>FICHA N° 15</b>	
<b>TÍTULO</b>	Experiencias de Hospitalización por Covid-19 en Personas Adultas, desde una Mirada Humanizada
<b>AUTOR (ES)</b>	Silvana Castillo-Parra, Verónica Rojas Jara, Christian Caamaño Flores, Sebastián Oyarce Olate, Sharon Roca Alemán, Sophia Rojas Jara, Valentina Salazar Fernández
<b>AÑO</b>	2022
<b>BASE DE DATOS</b>	SCIENCEDIRECT
<b>METODOLOGÍA</b>	El estudio utilizó un método de investigación cualitativa, con paradigma post positivista y diseño tipo estudio de caso.
<b>OBJETIVOS</b>	Explorar las experiencias de hospitalización por COVID-19 de personas adultas en la Unidad de Cuidados Intensivos de un hospital universitario, desde una perspectiva de la humanización de la atención.
<b>RESULTADOS</b>	Las experiencias de hospitalización por COVID-19, fueron analizadas desde tres perspectivas asociadas a sus categorías: <b>1) Vivencias durante la hospitalización desde el enfoque personal del paciente</b> , La mayoría de los entrevistados relató que sus principales síntomas previos a la hospitalización fueron cansancio y malestar, dificultad respiratoria,

	dolor de cabeza, de estómago, tos y fiebre. <b>2) Experiencias relacionadas al entorno del paciente</b> , Los participantes refieren haber recibido múltiples cuidados relacionados a las necesidades respiratorias, mediante el uso de dispositivos de oxigenoterapia, incluida la ventilación mecánica invasiva. Sobre las necesidades de nutrición, destacaron la entrega de hidratación oral y la utilización de fleboclisis; mientras que los cuidados para conservar el equilibrio actividad-reposo fueron esenciales para la rehabilitación; <b>3) Experiencias post alta</b> , Los participantes refirieron notar cambios en su salud luego del alta, principalmente físicos, destacando el cansancio, pérdidas del equilibrio, del tono muscular y la fuerza, dolores y palpitations cardíacas. A pesar de lo complejo de la experiencia, los pacientes perciben positivamente la atención, destacando el contacto con la familia, las condiciones del entorno y la comunicación cercana con el personal de salud a pesar del cansancio y la presión asistencial.
<b>CONCLUSIONES</b>	La incertidumbre generada por el COVID-19 hace necesario aportar a la investigación desde distintos puntos de vista, y considerando aspectos propios de la disciplina de enfermería, con el fin de potenciar la gestión del cuidado en personas hospitalizadas en UCI por esta enfermedad. Es necesario generar más investigaciones en enfermería asociadas al COVID-19, pues es una temática con gran relevancia sociosanitaria, y que requiere de una mirada integradora y de continuidad de cuidados, al impactar biopsicosocialmente a los pacientes, familias y equipo de salud.
<b>APORTE DEL ESTUDIO PARA SU TRABAJO ACADEMICO</b>	Desde la percepción del personal de salud ellos aceptan que la sobrecarga laboral causó estragos al momento de desempeñar su trabajo presentaron cansancio excesivo ya que cumplían con turnos de 24 horas, pero rescatan la amabilidad en la atención, el compromiso con su trabajo hacia los pacientes y el cumplimiento de su deber como profesional de la salud.
<b>FUENTE (Enlace Web)</b>	<a href="https://doi.org/10.22370/bre.71.2022.3282">https://doi.org/10.22370/bre.71.2022.3282</a> .

<b>FICHA N° 16</b>	
<b>TÍTULO</b>	Cuidado Humanizado en Pacientes con Cáncer Avanzado. Una Perspectiva Desde la Diada Paciente - Familia
<b>AUTOR (ES)</b>	Alicia E. Hermosilla Ávila, Olivia Sanhueza Alvarado, Lorena Chaparro Díaz
<b>AÑO</b>	2021
<b>BASE DE DATOS</b>	SCIENCEDIRECT

<b>METODOLOGÍA</b>	Se realizó un estudio cualitativo con enfoque fenomenológico interpretativo, dentro del cual las categorías se clasificaron de acuerdo con su sentido y significado. Se escogió el abordaje fenomenológico hermenéutico porque concibe al ser y sus comportamientos a partir del momento de vida y de su historia, para así entender el fenómeno del cuidado humanizado desde de la realidad del relator y desde los significados, hábitos y prácticas fundamentados en los supuestos filosóficos que los seres humanos tienen de su mundo.
<b>OBJETIVOS</b>	Explorar el significado del cuidado humanizado percibido por el cuidador familiar y la persona con cáncer avanzado.
<b>RESULTADOS</b>	En el análisis cualitativo de los discursos de las personas con diagnóstico de cáncer avanzado y sus familiares fueron: <b>a) la relación transpersonal</b> , según los discursos recopilados refieren una gran distancia entre el paciente y la enfermera, lo que limita la exploración de la realidad en profundidad e impide la generación de conexiones significativas, generando que la asistencia paliativa sea reactiva e insuficiente.; <b>b) la satisfacción global de necesidades</b> , de los registros efectuados en las observaciones participantes, se exponen muchas necesidades, tales como alimentación, condiciones físicas habitacionales, condiciones mínimas para la higiene, catre en el living e insumos para el manejo del paciente.; y <b>c) la comprensión emocional</b> , cada paciente y familiar, como una sola entidad, presentan distintas emociones que van cambiando a medida que avanzan las etapas de la enfermedad. En este escenario los discursos se llenan de incertidumbre y angustia, puesto que la sensación de las familias es que no son prioridad y pareciera que la cercanía a la muerte pesa, por lo que se empieza a pensar la decisión de no asistir, de prolongar o de abandonar el cuidado, por su parte, la empatía y el acompañamiento es la habilidad que debería adquirir la enfermera para proporcionar cuidados humanizados esto es esencial para poder experimentar y entender la realidad del cáncer avanzado.
<b>CONCLUSIONES</b>	El cuidado humanizado desde las diadas abordadas contempla aspectos intangibles del cuidado, para lo cual enfermería requiere trabajar de manera colaborativa con sus colegas, con otros profesionales de la salud y también de forma interprofesional, incluyendo a las instituciones involucradas en la atención. La comunicación constante del personal de enfermería con el paciente y la familia, por medio de encuentros directos e indirectos, garantiza el fortalecimiento del vínculo, la satisfacción de las necesidades (con la inclusión familiar), la incorporación de la empatía y la seguridad de sentir disponibilidad en el apoyo durante el proceso de la enfermedad. En este sentido, cabe resaltar que la calidad de la comunicación es

	fundamental, no solo en el contexto de la información, sino también en su impacto sobre la continuidad de la atención de todo el equipo de profesionales en las unidades de cuidados paliativos.
<b>APORTE DEL ESTUDIO PARA SU TRABAJO ACADÉMICO</b>	La comunicación constante del personal de enfermería con el paciente y la familia, por medio de encuentros directos e indirectos, garantiza el fortalecimiento del vínculo, la satisfacción de las necesidades (con la inclusión familiar), la incorporación de la empatía y la seguridad de sentir disponibilidad en el apoyo durante el proceso de la enfermedad. En este sentido, cabe resaltar que la calidad de la comunicación es fundamental, no solo en el contexto de la información, sino también en su impacto sobre la continuidad de la atención de todo el equipo de profesionales en las unidades de cuidados paliativos.
<b>FUENTE (Enlace Web)</b>	<a href="https://doi.org/10.1016/j.enfcli.2021.04.002">https://doi.org/10.1016/j.enfcli.2021.04.002</a>

<b>FICHA N° 17</b>	
<b>TÍTULO</b>	Relación Enfermera-Familia. Más Allá de la Apertura de Puertas y Horarios
<b>AUTOR (ES)</b>	C. Duque-Ortiz, M.M. Arias-Valencia.
<b>AÑO</b>	2020
<b>BASE DE DATOS</b>	ELSEVIER
<b>OBJETIVOS</b>	Identificar la forma en que se establece la relación enfermera-familia en la UCI de adultos, al igual que las condiciones, elementos y factores que la favorecen o la dificultan.
<b>METODOLOGÍA</b>	Revisión narrativa integrativa de la literatura científica. Las bases de datos consultadas fueron: Ovid, PubMed, Science Direct, Scopus, Clinical Key, Google Académico y Scielo. Se buscaron artículos en inglés y español publicados entre el 2014 y el 2018. Los descriptores y fórmulas utilizadas se seleccionaron de acuerdo con el acrónimo Population and their problems, Exposure and Outcomes or themes (PEO). La población correspondió a las enfermeras de UCI y los familiares de pacientes en estado crítico; la exposición o contexto, a la unidad de cuidados intensivos adultos y los resultados esperados, a la forma como estos se relacionan. Para la evaluación metodológica se utilizaron la guía STROBE (Strengthening The Reporting of Observational Studies in Epidemiology) para artículos observacionales, PRISMA (Preferred Reporting Items for Systematic reviews and Meta-Analyses) para artículos de revisión, COREQ (Consolidated criteria for reporting qualitative research) para artículos cualitativos y CASPe (Critical Appraisal Skills Programme Español) para artículos derivados de proyectos.



<b>RESULTADOS</b>	Se identificaron 214 artículos, de los cuales se seleccionaron 63 para incluir en la revisión. Las temáticas centrales identificadas fueron: el entorno de la UCI y sus efectos sobre el familiar, la empatía como indicador de la relación, la interacción como medio para relacionarse, a comunicación como centro de las relaciones y las barreras para el establecimiento de relaciones.
<b>CONCLUSIONES</b>	La relación enfermera-familia en la unidad de cuidados intensivos se da a partir de la interacción y la comunicación en medio de barreras humanas, físicas, normativas y administrativas. Mejorar la relación enfermera-familia contribuye a la humanización de las unidades de cuidados intensivos de adultos.
<b>APORTE DEL ESTUDIO PARA SU TRABAJO ACADÉMICO</b>	El entorno de la UCI nos da un panorama donde todo sucede de manera muy rápida en la que la vida del paciente puede ponerse en riesgo en segundos, donde el actuar de los profesionales debe ameritar muy poco tiempo, donde el tiempo es una de las cosas más importantes que se tiene. Este ambiente es desconocido para el familiar y muchas veces el exponerlo a esto suele traer consecuencias a nivel emocional y psicológico, formando emociones aterradoras, generando ansiedad, angustia y aflicción.
<b>FUENTE (Enlace Web)</b>	<a href="https://doi.org/10.1016/j.enfi.2019.09.003">https://doi.org/10.1016/j.enfi.2019.09.003</a>

<b>FICHA N° 18</b>	
<b>TÍTULO</b>	Flexible versus Restrictive Visiting Policies in Icus: A Systematic Review and Meta-Analysis
<b>AUTOR (ES)</b>	Antonio Paulo Nassar Junior, Bruno Adler Maccagnan Pinheiro Besen, Caroline Cabral Robinson, Maicon Falavigna, Cassiano Teixeira, Regis Goulart Rosa.
<b>AÑO</b>	2018
<b>BASE DE DATOS</b>	PUBMED
<b>OBJETIVOS</b>	Sintetizar los datos sobre los resultados relacionados con los pacientes, los familiares y los profesionales de la UCI comparando las políticas de visitas flexibles versus restrictivas en las UCI.
<b>METODOLOGÍA</b>	Revisión independiente duplicada y extracción de datos. Se tomaron estudios observacionales y aleatorizados que comparen políticas de visitas flexibles versus restrictivas en la UCI y que evalúen al menos un resultado relacionado con el paciente, un miembro de la familia o el personal de la UCI publicadas en las bases de datos de Medline, Scopus y Web of Science.
<b>RESULTADOS</b>	De 16 estudios identificados para su inclusión, siete fueron metaanalizados. La mayoría de los estudios se calificaron como de

	riesgo moderado de sesgo. Entre los pacientes, las políticas de visitas flexibles se asociaron con una frecuencia reducida de delirio (odds ratio, 0,39; IC 95 %, 0,22– 0,69) y menor gravedad de los síntomas de ansiedad (diferencia de medias, –2,20; IC del 95 %, –3,80 a –0,61; I2 = 71 %). Las políticas de visitas flexibles no se asociaron con un mayor riesgo de mortalidad en la UCI (odds ratio, 0,71; IC 95 %, 0,38–1,36; I2 = 86 %), infecciones adquiridas en la UCI (odds ratio, 0,98; IC 95 %, 0,68–1,42; I2 = 11 %) o estancia más prolongada en la UCI (diferencia de medias, -0,26 días, IC del 95 %, -0,57 a 0,05, I2 = 54%). Entre los familiares, las políticas de visitas flexibles se asociaron con una mayor satisfacción. Entre los profesionales de la UCI, las políticas de visitas flexibles se asociaron con niveles más altos de agotamiento.
<b>CONCLUSIONES</b>	Los horarios flexibles de visita a la UCI tienen el potencial de reducir los síntomas de delirio y ansiedad entre los pacientes y mejorar la satisfacción de los familiares. Sin embargo, pueden estar asociados con un mayor riesgo de agotamiento entre los profesionales de la UCI.
<b>APORTE DEL ESTUDIO PARA SU TRABAJO ACADEMICO</b>	Los horarios de visita flexibles se asocian con una frecuencia reducida de delirio y una menor gravedad de los síntomas de ansiedad entre los pacientes de la UCI.
<b>FUENTE (Enlace Web)</b>	<a href="https://doi.org/10.1097/CCM.00000000000003155">10.1097/CCM.00000000000003155</a>

<b>FICHA N° 19</b>	
<b>TÍTULO</b>	Humanized Care from The Nurse-Patient Perspective in a Hospital Setting: A Systematic Review of Experiences Disclosed in Spanish and Portuguese Scientific Articles
<b>AUTOR (ES)</b>	Monica Elisa Meneses La Riva, Josefina Amanda Suyo-Vega, Víctor Hugo Fernández-Bedoya
<b>AÑO</b>	2021
<b>BASE DE DATOS</b>	PUBMED
<b>OBJETIVOS</b>	Realizar una revisión sistemática sobre el cuidado humanizado en pacientes hospitalizados, recopilando la evidencia publicada en español en las bases de datos Scopus y Scielo.
<b>METODOLOGÍA</b>	Se realizó una revisión sistemática exploratoria de artículos publicados en revistas científicas de alta calidad desde 2016 hasta 2020 utilizando la metodología PRISMA (Preferred Reporting Items for Systematic reviews and Meta-Analyses) en las bases de datos Scopus y Scielo, arrojando 26 estudios que fueron analizados.

<b>RESULTADOS</b>	Los hallazgos muestran que enfermeros y pacientes perciben la necesidad de remover las barreras que limitan el avance del cuidado humanizado en las instituciones hospitalarias porque demandan con urgencia que los profesionales de la salud en todos los escenarios, especialmente en los críticos, fortalezcan su rol humanizador compartiendo experiencias de salud cordiales y empáticas, y respetando sus costumbres y creencias durante el proceso de hospitalización.
<b>CONCLUSIONES</b>	Esta revisión sistemática evidencia el vacío de conocimiento en cuanto al desarrollo y/o construcción de modelos de atención sobre el cuidado humanizado en instituciones públicas y privadas a nivel mundial, limitante que debe convertirse en un desafío mundial para la aplicación de políticas y modelos humanizadores para la práctica y que debe vincularse al ejercicio profesional del personal de salud , en especial de los profesionales de enfermería , destacando la priorización de las necesidades básicas de los pacientes que deben recibir una atención humanizadora que responda a los cambios sociales .
<b>APORTE DEL ESTUDIO PARA SU TRABAJO ACADEMICO</b>	La necesidad de quitar las barreras que impiden el avance de la humanización del cuidado de enfermería en los hospitales especialmente en las unidades más críticas donde el personal de salud tiene la necesidad de fortalecer su rol como ser humano intercambiando las buenas experiencias en salud de manera cordial y empática, respetando las creencias y costumbres de los pacientes hospitalizados.
<b>FUENTE (Enlace Web)</b>	<a href="https://doi.org/10.3389/fpubh.2021.737506">10.3389/fpubh.2021.737506</a>

<b>FICHA N° 20</b>	
<b>TÍTULO</b>	“FAMILY MEMBERS’ EXPERIENCES IN ADULT INTENSIVE CARE UNITS: A SYSTEMATIC REVIEW”
<b>AUTOR (ES)</b>	Frank Kiwanuka, Mesomeeh Imanipour, Sanaz Akhavan Rad, Ronald Masaba, Yisak Hagos Alemayehu
<b>AÑO</b>	2019
<b>BASE DE DATOS</b>	PUBMED
<b>OBJETIVOS</b>	Esta revisión buscó describir las experiencias de familiares de pacientes ingresados en UCI de adultos.
<b>METODOLOGÍA</b>	Se realizó la identificación del problema, una búsqueda de alcance, el desarrollo de una estrategia de búsqueda, evaluación, análisis de datos e informes. También se realizó una búsqueda manual libre en las listas de referencias de artículos elegibles para obtener artículos potencialmente elegibles publicados en inglés entre 2007 y 2018. Los estudios fueron incluidos si informaban sobre las experiencias de los familiares en las

	UCI de adultos. Esta revisión se ajusta a los elementos de informe preferidos para la revisión sistemática y el metanálisis PRISMA (Preferred Reporting Items for Systematic reviews and Meta-Analyses). Se realizaron búsquedas en cuatro bases de datos electrónicas (PubMed, Embase, Scopus y Web of Science), utilizando palabras clave y palabras de texto libre.
<b>RESULTADOS</b>	Al finalizar el proceso de selección, se incluyeron 28 estudios. La mayoría de los estudios se realizaron en Estados Unidos, mientras que no se identificó ningún estudio de África. Informamos sobre 717 familiares. La experiencia de los miembros de la familia en el viaje a la UCI se divide en tres temas principales: (i) Flotación, (ii) Sondeo y (iii) Continuidad o Cierre.
<b>CONCLUSIONES</b>	Este estudio destacó las experiencias familiares en la UCI en tres fases: flotación, sondeo y continuidad. Con base en estos hallazgos, se necesita una práctica de enfermería que evolucione a partir de una comprensión de tales experiencias para responder a las necesidades de la familia. Se recomienda la prestación de la práctica de enfermería familiar con la creencia de que este modelo de atención cumple las necesidades psicológicas, emocionales y físicas de la familia. A medida que avanza la tecnología sanitaria, el entorno de la UCI necesita evolucionar. Como tal, los proveedores de atención médica deberán ajustar su práctica, apoyar y considerar a la familia de los pacientes como la otra parte del paciente y miembros del equipo de atención para cumplir con sus expectativas.
<b>APORTE DEL ESTUDIO PARA SU TRABAJO ACADEMICO</b>	Los problemas con la comunicación generan una mala experiencia en la UCI, las experiencias incluyen familiares en estado de shock y desorientación, relaciones familiares alteradas, confusión que cursa con sentimientos de miedo hacia la muerte, etc.
<b>FUENTE (Enlace Web)</b>	<a href="https://doi.org/10.1111/scs.12675">https://doi.org/10.1111/scs.12675</a>

<b>FICHA N° 21</b>	
<b>TÍTULO</b>	Humanizing The ICU Patient: A Qualitative Exploration of Behaviors Experienced by Patients, Caregivers, And ICU Staff
<b>AUTOR (ES)</b>	Melissa J. Basile, Eileen Rubin, Michael E. Wilson, Jennifer Polo, Sonia N. Jacome, Samuel M. Brown, Gabriel Heras La Calle, Victor M. Montori, Negin Hajizadeh.
<b>AÑO</b>	2021
<b>BASE DE DATOS</b>	PUBMED
<b>OBJETIVOS</b>	Comprender cómo los pacientes y los miembros de la familia experimentan un tratamiento deshumanizador o humanizador cuando

	están en la UCI.
<b>METODOLOGÍA</b>	El estudio cualitativo incluyó grupos de enfoque basados en la web y encuestas abiertas publicadas en los tableros de redes sociales de pacientes/familiares de la UCI. Los grupos focales se grabaron en audio y se transcribieron. Las respuestas de las redes sociales fueron recopiladas y organizadas por grupo de partes interesadas. Los datos se sometieron a análisis cualitativo.
<b>RESULTADOS</b>	Los grupos focales y las encuestas revelaron tres temas principales que orientan las experiencias de humanización/deshumanización de la UCI: 1) comunicación, 2) resultados y 3) causas de la deshumanización. La deshumanización ocurrió durante los intercambios de "comunicación" cuando los miembros del equipo de la UCI hablaban "sobre" los pacientes, hacían comentarios angustiantes cuando los pacientes estaban presentes o no informaban a los pacientes sobre la atención relacionada con la UCI. Los "resultados" de la deshumanización se asociaron con la pérdida de confianza del paciente en el equipo médico, pérdida de motivación para participar en la recuperación de la UCI, sentimiento de angustia, culpa, depresión y ansiedad. Los comportamientos de humanización se asociaron con una mejor recuperación, bienestar, y confianza. Las "causas percibidas" de los comportamientos deshumanizantes se relacionaron con factores del paciente, el equipo de la UCI y el sistema de atención médica.
<b>CONCLUSIONES</b>	Los comportamientos del personal de la UCI pueden hacer que los pacientes y las familias se sientan deshumanizados cuando están en la UCI. Los pacientes y las familias notan comportamientos negativos, lo que posiblemente contribuya a malos resultados, incluida la salud mental, la recuperación y la falta de confianza en los equipos de la UCI.
<b>APORTE DEL ESTUDIO PARA SU TRABAJO ACADEMICO</b>	El origen de la deshumanización del cuidado se encuentra en el momento en que los profesionales de la salud incluidos médicos, enfermeros y técnicos auxiliares, vierten comentarios con respecto al estado de salud actual del paciente, incluso hacen comentarios de su probable evolución y posible desenlace
<b>FUENTE (Enlace Web)</b>	<a href="https://doi.org/10.1097/CCE.0000000000000463">10.1097/CCE.0000000000000463</a>

<b>FICHA N° 22</b>	
<b>TÍTULO</b>	Intensive Care Unit Length of Stay is Reduced by Protocolized Family Support Intervention: A Systematic Review and Meta-Analysis
<b>AUTOR (ES)</b>	Hyun Woo Lee, Yeonkyung Park, Eun Jin Jang, Yeon Joo Lee.
<b>AÑO</b>	2019

<b>BASE DE DATOS</b>	PUBMED
<b>OBJETIVOS</b>	Este estudio tuvo como objetivo dilucidar el impacto de la intervención de apoyo familiar protocolizado en la duración de la estadía (LOS) en la unidad de cuidados intensivos (UCI) a través de una revisión sistemática y un metanálisis.
<b>METODOLOGÍA</b>	Se realizó una búsqueda bibliográfica en bases de datos: Medline, EMBASE, el Registro Cochrane Central de Ensayos Controlados y otras bases de datos basadas en la web desde su inicio hasta el 26 de noviembre de 2018. Incluimos ensayos controlados aleatorios en los que se realizaron intervenciones de apoyo familiar protocolizadas para mejorar la comunicación y compartir la decisión médica.
<b>RESULTADOS</b>	Se incluyeron siete ensayos controlados aleatorios con 3477 pacientes. Se encontró que las intervenciones protocolizadas de apoyo familiar redujeron significativamente la duración de la estancia en la UCI (diferencia media = $\dot{y}$ 0,89 [intervalo de confianza (IC) del 95 % = $\dot{y}$ 1,50 a $\dot{y}$ 0,27]) y la estancia hospitalaria en general (diferencia media = $\dot{y}$ 3,78 (IC del 95 % = $\dot{y}$ 5,26 a $\dot{y}$ 2,29); los resultados del modelo de efectos mixtos mostraron que redujeron significativamente la duración de la estancia en la UCI después de ajustar por el objetivo terapéutico (diferencia media = $\dot{y}$ 1,30 (IC del 95 % = $\dot{y}$ 2,35 a $\dot{y}$ 0,26). Se encontraron resultados similares después de ajustar por la gravedad de la enfermedad de los pacientes (diferencia de medias = $\dot{y}$ 1,21 (IC del 95 % = $\dot{y}$ 2,03 a $\dot{y}$ 0,39) No hubo diferencia en la tasa de mortalidad en la UCI y el hospital entre los grupos de intervención y control protocolizados.
<b>CONCLUSIONES</b>	La intervención protocolizada de apoyo familiar para mejorar la comunicación y la toma de decisiones compartida con la familia redujo la estancia en la UCI en pacientes en estado crítico sin afectar la mortalidad.
<b>APORTE DEL ESTUDIO PARA SU TRABAJO ACADEMICO</b>	Los beneficios de la implementación de un protocolo de cuidado humanizado en diferentes estudios, se encontró que hubo una reducción en el periodo de estadía en la unidad de cuidados intensivos y de la hospitalización en general, aunque no se encontró una reducción de tasa de mortalidad de los pacientes en la UCI
<b>FUENTE (Enlace Web)</b>	<a href="https://doi.org/10.1007/s00134-019-05681-3">https://doi.org/10.1007/s00134-019-05681-3</a>

<b>FICHA N° 23</b>	
<b>TÍTULO</b>	Relación Enfermera Familia en la Unidad de Cuidados Intensivos. Hacia una Comprensión Empática
<b>AUTOR (ES)</b>	Camilo Duque-Ortiz, María Mercedes Arias-Valencia,

<b>AÑO</b>	2020
<b>BASE DE DATOS</b>	SCIELO
<b>OBJETIVOS</b>	El objetivo del estudio fue comprender la relación entre el profesional de enfermería de la unidad de cuidados intensivos adultos y los familiares, desde la perspectiva de estos últimos y elaborar un planteamiento teórico que describa su proceso de construcción.
<b>METODOLOGÍA</b>	El estudio se desarrolló bajo el enfoque cualitativo de investigación y la tradición de la teoría fundamentada. Se realizaron 26 entrevistas a familiares de pacientes hospitalizados en diferentes unidades de cuidados intensivos y 100 horas de observación participante entre julio del 2017 y julio de 2019. El análisis de la información se hizo según la propuesta de Strauss y Corbin para la teoría fundamentada.
<b>RESULTADOS</b>	Se identificó una categoría central (la relación enfermera-familia) hacia una comprensión empática, con cuatro subcategorías: formas de relación; el ideal profesional, la comprensión empática; la construcción de una relación profesional a partir de la interacción, la comunicación y la información, y las barreras en la relación enfermería-familia.
<b>CONCLUSIONES</b>	La relación enfermera-familia se fundamenta en la comprensión empática y tiene tres pilares centrales: la interacción, la comunicación y la información, ya que propician la comprensión y favorecen la creación de relaciones empáticas y de confianza, lo cual contribuye a la humanización del cuidado profesional.
<b>APORTE DEL ESTUDIO PARA SU TRABAJO ACADEMICO</b>	La relación enfermera-familia se fundamenta en la comprensión empática y tiene tres pilares centrales: la interacción, la comunicación y la información, ya que propician la comprensión y favorecen la creación de relaciones empáticas y de confianza, lo cual contribuye a la humanización del cuidado profesional.
<b>FUENTE (Enlace Web)</b>	<a href="https://doi.org/10.12804/revistas.urosario.edu.co/revsalud/a.10059">https://doi.org/10.12804/revistas.urosario.edu.co/revsalud/a.10059</a>

<b>FICHA N° 24</b>	
<b>TÍTULO</b>	Humanizing The Intensive Care Unit Experience in a Comprehensive Cancer Center: A Patientand Family-Centered Improvement Study
<b>AUTOR (ES)</b>	John A. Cuenca, Nirmala Manjappachar, Joel Nates, Tiffany Mundie, Lisa Beil, Eric Christensen, Peyton Martin, Nancy Diaz, Lorraine S. Layton, Karen Plexman, Joseph L. Nates, Kristen J. Price, Olakunle Idowu.
<b>AÑO</b>	2021
<b>BASE DE DATOS</b>	RESEARCHGATE
<b>OBJETIVOS</b>	Mejorar los resultados centrados en la familia es una prioridad en los cuidados intensivos oncológicos. Como parte de la Colaboración de



	Investigación de Resultados Centrados en el Paciente de la Unidad de Cuidados Intensivos (UCI), implementamos iniciativas centradas en el paciente y la familia en un centro oncológico integral.
<b>METODOLOGÍA</b>	Se creó un equipo multidisciplinario para implementar las iniciativas. Se instituyó una política de visitas abiertas (OVP) que renovó el uso de los tableros de comunicación bidireccional y mejoró la experiencia de la sala de espera al organizar eventos centrados en la familia de la UCI. Para evaluar los efectos de las iniciativas, llevamos a cabo encuestas a familiares/cuidadores y médicos de la UCI antes de la intervención (PRE) y después de la intervención (POST).
<b>RESULTADOS</b>	Se contó con un total de 159 (PRE =79, POST = 80) familiares y 147 (PRE = 95, POST = 52) personales de la UCI. En cuanto al proceso de toma de decisiones , los familiares se sintieron más incluidos (40,5% vs 68,8%, $p < 0,001$ ) y más apoyados (29,1% vs 48,8%, $p = 0,011$ ) después de la implementación de las iniciativas. Los cuidadores también sintieron más control sobre el proceso de toma de decisiones en la encuesta POST (34,2% vs. 56,3%, $p = 0,005$ ). Aunque el 33 % del personal de la UCI consideró que la OVP era beneficiosa para la UCI, el 41 % no estuvo de acuerdo y el 26 % se mostró neutral. Solo la mitad de ellos respondió que la política de visitas abiertas era beneficiosa para los pacientes y el 63 % estuvo de acuerdo en que la política de visitas abiertas era beneficiosa para las familias. La mitad de los practicantes estuvo de acuerdo en que la política de visitas abiertas resultó en trabajo adicional para el personal.
<b>CONCLUSIONES</b>	El proyecto promovió de manera efectiva la atención centrada en el paciente y la familia. Las familias expresaron satisfacción con la comunicación de información y el proceso de toma de decisiones. Sin embargo, el personal de la UCI sintió que las iniciativas aumentaron su carga de trabajo. Se necesita más investigación para comprender si hacer que este proyecto sea universal o introducir prácticas novedosas adicionales beneficiaría significativamente a los pacientes ingresados en la UCI y su familia.
<b>APORTE DEL ESTUDIO PARA SU TRABAJO ACADEMICO</b>	La participación a cuidadores y familiares de enfermos de la unidad de cuidados intensivos, en esta se encontró que uno de los beneficios es la consideración y aceptación en la toma de decisiones de los familiares y cuidadores de pacientes hospitalizados en esta unidad, además que la expresión del personal de salud con respecto a las visitas abiertas fue positiva, pero también hubo un grupo que refiere haber sentido más carga laboral en la UCI.
<b>FUENTE (Enlace Web)</b>	<a href="https://doi.org/10.1017/S1478951521001838">https://doi.org/10.1017/S1478951521001838</a>



<b>FICHA N° 25</b>	
<b>TÍTULO</b>	Percepción de Mujeres Sobre El Cuidado Humanizado de Enfermería Durante La Atención en el Parto
<b>AUTOR (ES)</b>	Lareisy Borges Damas, Rolando Sánchez Machado, Ana Gladys Peñalver Sinclaiy, Alicia González Portales, Arahí Sixto Pérez
<b>AÑO</b>	2021
<b>BASE DE DATOS</b>	SCIELO
<b>OBJETIVOS</b>	Describir la percepción de mujeres sobre el cuidado humanizado de enfermería durante la atención en el parto el parto.
<b>METODOLOGÍA</b>	Estudio no experimental, descriptivo, de corte transversal, entre enero y diciembre del 2019. Participaron 121 mujeres hospitalizadas en el servicio de puerperio del Hospital Ciro Redondo de Artemisa, Cuba. Se aplicó la 3ra versión del instrumento “Percepción de los Comportamientos de Cuidado Humanizado en Enfermería” y se empleó distribución de frecuencia absolutas, relativas y acumuladas, la media aritmética y la escala evaluativa tipo Likert.
<b>RESULTADOS</b>	En las 121 mujeres encuestadas, se obtuvo que 96,69 % percibió solo algunas veces una relación de cuidado humanizado en el personal de enfermería de la institución que la atendió durante su trabajo de parto y parto seguido de 88,42 % que lo percibió casi siempre y de las tres dimensiones del instrumento: cualidades del hacer de enfermería obtuvo el mayor porcentaje en la categoría de siempre con 75,20 %.
<b>CONCLUSIONES</b>	La mayor cantidad de la muestra percibió que solo algunas veces el profesional de enfermería le brindó cuidados humanizados durante la atención al parto.
<b>APORTE DEL ESTUDIO PARA SU TRABAJO ACADEMICO</b>	Se apreció que el personal de enfermería “algunas veces” cuando les hablan a las mujeres no las miran a los ojos y no se presenta antes de brindar los cuidados. expone en sus resultados que 51,5 % de las encuestadas solo “algunas veces” percibieron que la enfermera les facilitó el diálogo, a diferencia del 85,6% que refieren que “nunca” les ofrecieron una explicación antes de realizarle algún procedimiento.
<b>FUENTE (Enlace Web)</b>	<a href="http://scielo.sld.cu/pdf/enf/v37n2/1561-2961-enf-37-02-e4009.pdf">http://scielo.sld.cu/pdf/enf/v37n2/1561-2961-enf-37-02-e4009.pdf</a>

<b>FICHA N° 26</b>	
<b>TÍTULO</b>	Percepción de Pacientes Hospitalizados en Unidades Medico Quirúrgicas sobre El Cuidado Humanizado De Enfermería
<b>AUTOR (ES)</b>	Angélica Melita Rodríguez, Patricia Jara Concha, María Guadalupe

	Moreno Monsiváis
<b>AÑO</b>	2021
<b>BASE DE DATOS</b>	SCIELO
<b>OBJETIVOS</b>	Medir la percepción de cuidado humanizado brindado por enfermeras/os a personas hospitalizadas en unidades médico-quirúrgicas de tres centros asistenciales de una región de Chile.
<b>METODOLOGÍA</b>	Estudio descriptivo, transversal y correlacional, para el cual previamente se adaptó y validó la escala de Percepción de Comportamientos de Cuidado Humanizado para ser utilizada en Chile. Este instrumento fue aplicado a una muestra de 150 personas hospitalizadas.
<b>RESULTADOS</b>	Los resultados evidenciaron que se presentaba una buena percepción del cuidado humanizado otorgado por las enfermeras, destacando la dimensión calidad del quehacer de enfermería, como la mejor evaluada; mientras que la dimensión comunicación fue la más débilmente percibida. A su vez, no se encontraron relaciones significativas entre variables sociodemográficas y la percepción del cuidado humanizado.
<b>CONCLUSIONES</b>	Si bien existe una adecuada apreciación del cuidado humanizado y de la calidad del trabajo de enfermería, se debe reforzar un pilar muy importante en la interrelación enfermera/o-paciente, sobre todo en la esfera comunicativa. Así, se evidencia la importancia de seguir trabajando en el fomento y fortalecimiento de un cuidado humanizado, holístico y parsimonioso por parte de enfermería.
<b>APORTE DEL ESTUDIO PARA SU TRABAJO ACADEMICO</b>	Respecto a la percepción de comportamientos de cuidado humanizado en enfermería, se pesquisó que esta era alta por parte de las personas hospitalizadas, lo cual evidenciaba una buena prestación de cuidados humanizados de enfermería, considerando que esta variable se midió en cuatro criterios de clasificación (muy buena, buena, regular y mala).
<b>FUENTE (Enlace Web)</b>	<a href="http://www.scielo.edu.uy/pdf/ech/v10n1/2393-6606-ech-10-01-89.pdf">http://www.scielo.edu.uy/pdf/ech/v10n1/2393-6606-ech-10-01-89.pdf</a>

<b>FICHA N° 27</b>	
<b>TÍTULO</b>	Cuidado Humanizado de Enfermería a Pacientes con Pie Diabético del Hospital General Santo Domingo- Ecuador
<b>AUTOR (ES)</b>	Walter Patricio Castelo Rivas, Sandy Valeria García Vela, Josselyn Belén Viñan Morocho
<b>AÑO</b>	2020
<b>BASE DE DATOS</b>	SCIELO
<b>OBJETIVOS</b>	Determinar la calidad del cuidado humanizado desde la percepción de los pacientes diagnosticados con pie diabético.

<b>METODOLOGÍA</b>	Se realizó un estudio descriptivo de diseño trasversal con un enfoque cuantitativo, aplicando un método deductivo en la Unidad de Atención Integral de Pie Diabético del Hospital General Santo Domingo-Ecuador, con una población de 50 pacientes que desearon participar y firmaron consentimiento informado. Se aplicó el instrumento del cuestionario PCHE 3ra versión que consta de 32 preguntas, el cual fue adaptado de acuerdo a las variables de estudio.
<b>RESULTADOS</b>	La calidad del cuidado humanizado en base a la percepción de los pacientes con pie diabético fue positiva en 92-94 % y la gran mayoría considera que existe una adecuada relación enfermero-paciente. Existe buena atención, comunicación y trato por parte del personal de enfermería hacia los pacientes, pero existen dificultades que impiden que el cuidado sea humano en su totalidad.
<b>CONCLUSIONES</b>	El cuidado humanizado hacia el paciente por el profesional de enfermería es positivo en cuanto a sus servicios, sin embargo, también se identifican deficiencias en ciertas características para que el cuidado sea humanizado en su totalidad.
<b>APORTE DEL ESTUDIO PARA SU TRABAJO ACADÉMICO</b>	De acuerdo a la teoría de Watson el personal de enfermería debe asistir o ayudar en las necesidades básicas del estado de salud del paciente de manera reverencial y respetuosa, al plantear que uno de los privilegios de su rol al interactuar con la humanidad es que las enfermeras tienen acceso a la totalidad del ser humano, es decir, que tienen el honor íntimo de ayudar a otros en sus necesidades más básicas de su enfermedad cuando el paciente se encuentra en un estado vulnerable.
<b>FUENTE (Enlace Web)</b>	<a href="http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&amp;pid=S102502552020000600004&amp;lang=pt">http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&amp;pid=S102502552020000600004&amp;lang=pt</a>

<b>FICHA N° 28</b>	
<b>TÍTULO</b>	Habilidades Sociales de Comunicación en el Cuidado Humanizado de Enfermería: Un Diagnóstico Para una Intervención Socioeducativa
<b>AUTOR (ES)</b>	Aracely Díaz Oviedo, Ivonne Amanecer Villanueva Delgado, José Francisco Martínez Licona
<b>AÑO</b>	2020
<b>BASE DE DATOS</b>	SCIELO
<b>OBJETIVOS</b>	Evaluar las habilidades sociales necesarias para la comunicación en el cuidado humanizado de enfermería.
<b>METODOLOGÍA</b>	Estudio con enfoque cuantitativo, descriptivo y trasversal realizado de noviembre del 2018 a enero del 2019 en un hospital público de San Luis Potosí, México. La recolección fue con 30 pacientes hospitalizados y 30

	enfermeras de hospitalización utilizando 3 instrumentos: CECOP (Comportamientos sobre la forma de comunicación observado por pacientes), ACEP (Autoevaluación sobre la forma de comunicación por personal de enfermería) y tercero una Evaluación de conocimientos de cuidado humanizado, se analizó con estadística descriptiva.
<b>RESULTADOS</b>	El 60% de enfermería obtuvo en nivel medio en empatía y comunicación, y el 63.3% de pacientes percibe nivel alto. Al evaluar el respeto, comprensión y amabilidad en las escalas análogas se encontró que el promedio de clasificación varió de 8.73 a 9.03 en una escala de 0 a 10. el .97.4% de los pacientes desean ser comprendidos y atendidos. En conocimientos el 67% de enfermeras obtuvo nivel bajo.
<b>CONCLUSIONES</b>	El estudio permitió identificar las habilidades sociales necesarias que el profesional de enfermería requiere fortalecer para la comunicación efectiva. Los resultados son pieza clave para diseñar la Intervención socioeducativa.
<b>APORTE DEL ESTUDIO PARA SU TRABAJO ACADEMICO</b>	Existen habilidades implicadas en el proceso de comunicación que influyen directamente en la relación terapéutica con los pacientes: empatía, respeto, amabilidad y comprensión. Este proceso es parte fundamental de la aceptación de los tratamientos y de la enfermedad por parte de los usuarios, entonces el entrenamiento y desarrollo de las habilidades antes mencionadas permiten influenciar positivamente este proceso, incrementando la calidad de la atención en salud y de los cuidados, viéndose reflejado en el trato digno.
<b>FUENTE (Enlace Web)</b>	<a href="https://www.scielo.br/j/ean/a/pjh385M4RQfKqWbQxrPRmJg/?format=pdf&amp;lang=es">https://www.scielo.br/j/ean/a/pjh385M4RQfKqWbQxrPRmJg/?format=pdf&amp;lang=es</a>

<b>FICHA N° 29</b>	
<b>TÍTULO</b>	La Gestión del Cuidado Humanizado de Enfermería en la Era Digital
<b>AUTOR (ES)</b>	Niurka Vialart Vidal
<b>AÑO</b>	2019
<b>FUENTE</b>	SCIELO
<b>OBJETIVOS</b>	Abordar la gestión del cuidado humanizado como cuestión necesaria, acompañados del desarrollo de la informática como complemento, sin abandonar aspectos éticos de la información en los servicios de salud.
<b>METODOLOGÍA</b>	Para la elaboración de este artículo, se realizó una revisión bibliográfica y documental, entre ellos, algunos clásicos que por su valor, aporte y trascendencia, constituyen obligada referencia. Se realizó, como método científico, una sistematización y estudio documental relacionado con la gestión del cuidado en enfermería, los cuidados humanizados, la ética

	informática y la informática en enfermería.
<b>RESULTADOS</b>	En la gestión del cuidado humanizado los elementos deben convertirse estas en aliados que ofrecen oportunidades, que permiten una mejor preparación, perfeccionar el desempeño profesional, acrecentar las competencias y a su vez consignar salud, aprovechando cada espacio, cada disponibilidad para entender y vivir este transitar a través de la expresión de sentimientos.
<b>CONCLUSIONES</b>	La informática debe verse como un instrumento que facilite la gestión del cuidado humanizado a partir de la interacción entre los propios profesionales y todos los actores del cuidado. Además, debe considerar su aplicación como una vía para brindar atención anticipada, promover salud con calidad y ética. Constituye otra manera de cuidar que no excluye su realización con humanidad y respeto.
<b>APORTE DEL ESTUDIO PARA SU TRABAJO ACADÉMICO</b>	El uso de la tecnología con la que se cuenta en la actualidad facilita el contacto entre familiares y enfermos hospitalizados, mediante el uso de smartphones, redes sociales, llamadas telefónicas, videollamadas, etc. Previniendo el contacto directo entre pacientes y familiares.
<b>FUENTE (Enlace Web)</b>	<a href="http://orcid.org/0000-0002-1110-4257">http://orcid.org/0000-0002-1110-4257</a>

<b>FICHA N° 30</b>	
<b>TÍTULO</b>	Family Presence on Rounds in Adult Critical Care: A Scoping Review
<b>AUTOR (ES)</b>	Alexander Calderone, Vanessa Debay, Michael J. Goldfarb
<b>AÑO</b>	2022
<b>FUENTE</b>	RESEARCHGATE
<b>OBJETIVOS</b>	La presencia de la familia en las rondas implica permitir que los miembros de la familia participen en las rondas diarias del equipo de atención médica y lo recomiendan las sociedades profesionales de cuidados críticos. Sin embargo, la presencia familiar en las rondas no se realiza en muchas instituciones. Es necesario sintetizar la base de evidencia actual para esta práctica para informar a los proveedores de atención médica sobre los posibles beneficios y desafíos de este enfoque. El objetivo principal de este estudio fue explorar el impacto de la presencia familiar en las rondas de UCI de adultos en la familia y los proveedores de atención médica.
<b>METODOLOGÍA</b>	Se realizaron búsquedas por última vez en las bases de datos Ovid Medline, Cumulative Index to Nursing and Allied Health Literature (CINAHL), Cochrane Library y PubMed el 28 de enero de 2022. Se incluyeron los estudios publicados durante la pandemia de COVID-19. Se seleccionaron los estudios que incluían la presencia de la familia durante las rondas y que

	incluían las perspectivas o los resultados de la familia o del proveedor de atención médica. No hubo limitaciones en el diseño del estudio.
<b>RESULTADOS</b>	Se incluyeron 16 estudios. La familia informó la presencia de la familia en las rondas como un medio de transferencia de información y una oportunidad para hacer preguntas relacionadas con el cuidado. La presencia de la familia en las rondas se asoció con una mayor satisfacción de la familia con la atención, la comodidad del médico y una mejor relación médico-familia. Los proveedores de atención médica informaron una percepción positiva de la presencia familiar en las rondas, pero estaban preocupados por la confidencialidad del paciente y la eficacia percibida de las rondas. Se encontró que la presencia de la familia aumentaba el tiempo de ronda y se sentía que impactaba negativamente la enseñanza y las oportunidades para las discusiones académicas.
<b>CONCLUSIONES</b>	La presencia de la familia en las rondas tiene ventajas potenciales para la familia y los proveedores de atención médica, pero existen desafíos importantes. Se necesitan más estudios para comprender cómo implementar mejor la presencia familiar en las rondas de UCI para adultos.
<b>APORTE DEL ESTUDIO PARA SU TRABAJO ACADEMICO</b>	Solo podemos considerar al paciente como la mitad de todo su ser, ya que la otra mitad corresponde a la familia que está detrás de él, así como el paciente los familiares experimentan muchos síntomas que podríamos considerar como relevantes en salud mental y al igual que el paciente internado en la UCI los familiares necesitan un trato humano dentro de las instalaciones hospitalarias, un ejemplo claro es al momento de dar el informe sobre la salud del enfermo, debería de hacerse con la sensibilidad del caso y de una manera muy discreta, además incluirlo en la toma de decisiones y hacerle participe durante el cuidado humanizado que se le puede brindar al paciente.
<b>FUENTE (Enlace Web)</b>	<a href="http://10.1097/CCE.0000000000000787">http://10.1097/CCE.0000000000000787</a>