

Atención humanizada en cuidado crítico: fundamentos técnico-científicos, de profesionalismo y bioéticos. Estudio descriptivo exploratorio en personal de Unidades de Cuidado Intensivo de Bogotá



**Valentina Forero Sarmiento
Mauren Daniela Jiménez Rodríguez**

**CORPORACIÓN UNIVERSITARIA IBEROAMERICANA
FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD
ESPECIALIZACIÓN EN FISIOTERAPIA EN CUIDADO CRÍTICO
BOGOTÁ D.C
FEBRERO 2022**

Atención humanizada en cuidado crítico: fundamentos técnico-científicos, de profesionalismo y bioéticos. Estudio descriptivo exploratorio en personal de Unidades de Cuidado Intensivo de Bogotá



**Valentina Forero Sarmiento
Mauren Daniela Jiménez Rodríguez**

**DOCENTE ASESOR
Luis Alberto Sánchez Alfaro**

**CORPORACIÓN UNIVERSITARIA IBEROAMERICANA
FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD
ESPECIALIZACIÓN EN FISIOTERAPIA EN CUIDADO CRÍTICO
BOGOTÁ D.C
FEBRERO 2021**

Agradecimientos

Queremos agradecer a Dios por permitirnos cumplir nuestras metas, así como a nuestro Docente Luis Sánchez Alfaro quien dedicó su tiempo y conocimiento a este proyecto.

Este proyecto está dedicado a mis pacientes, a quienes cada día me enseñaron a no perder aquello que nos hace humanos, a mi madre Alis Rodríguez por acompañarme en todos mis sueños y siempre estar ahí sin perder la fé, a mi hermano Daniel Hernández por su apoyo incondicional durante tantos años; a mi esposo Jeisson Ruiz quien me acompaña en cada meta, reto con amor y entrega, a mis colegas que siempre actuemos en pro de nuestros pacientes entregando la vocación que existe en cada uno de nosotros.

Primeramente, le doy gracias a Dios por haberme permitido ser parte de este proyecto, a mis padres Esperanza Sarmiento y Adolfo Forero por ser punto de partida en cada cosa que me propongo, a mis hermanos Natasha Forero y José Patiño que son ejemplos a seguir desde que tengo memoria y al personal de salud que participaron en algo que para mi grupo de trabajo es fundamental para servir a los demás.

Tabla de Contenido

INTRODUCCIÓN	6
1.1 PROBLEMA DE INVESTIGACIÓN	7
1.2 OBJETIVOS	15
1.2.1 OBJETIVO GENERAL	15
1.2.2 OBJETIVOS ESPECÍFICOS	15
1.3 JUSTIFICACIÓN	16
CAPÍTULO 2 - FUNDAMENTACIÓN CONCEPTUAL Y TEÓRICA	18
2.1 HUMANIZACIÓN EN LA ATENCIÓN EN SALUD	18
2.2 UNIDADES DE CUIDADO INTENSIVO	20
2.2.1 UNIDADES DE CUIDADO INTENSIVO Y HUMANIZACIÓN	22
CAPÍTULO 3 – DISEÑO METODOLÓGICO	23
3.1 TIPO DE ESTUDIO	23
3.2 POBLACIÓN PARTICIPANTE	23
3.2.1 DESCRIPCIÓN DE LA POBLACIÓN	23
3.2.2 TIPO Y TAMAÑO DE MUESTRA	23
3.2.3 CRITERIOS DE INCLUSIÓN	23
3.2.4 CRITERIOS DE EXCLUSIÓN	24
3.3 TÉCNICAS E INSTRUMENTOS PARA RECOLECCIÓN DE INFORMACIÓN	24
3.4 TÉCNICAS E INSTRUMENTOS PARA EL ANÁLISIS DE LA INFORMACIÓN	25
3.5 CONSIDERACIONES ÉTICAS	2
CAPÍTULO 4 - RESULTADOS	3
CAPÍTULO 5 – DISCUSIÓN Y CONCLUSIONES	4
ALCANCES Y LIMITACIONES	4
REFERENCIAS	6
ANEXOS	8
ANEXO 1.	8
	4

Introducción

En la actualidad se ha evidenciado gran progreso tecnológico en pro de la salud humana, con la finalidad de identificar tempranamente las enfermedades y poder disminuir las secuelas que la estancia en las Unidades de Cuidado Intensivo (UCI) pueda dejar. Las Unidades de Cuidado Intensivo fueron creadas para el manejo y atención de usuarios con patologías y/o situaciones agravantes; cuyo monitoreo de la condición de salud está a cargo de cada profesional dentro de la UCI, generando en ocasiones individualización en el trato y atención, basado en la ética del profesional.

El tecnificar la atención humana en salud permitirá tener un mejor seguimiento del usuario y calidad en la atención por medio del soporte tecnológico disminuyendo la probabilidad del error humano, pero provocando la disminución del contacto entre profesional y usuario, dando como resultado deshumanización, despersonalización y mecanización de los procesos de atención; generando un cambio en el abordaje tomando como principal objetivo el tratamiento de la enfermedad y no la visión de un sujeto cursando con una patología; limitando la participación de la familia como apoyo emocional y psicológico.

El presente documento estructurado como informe de investigación; en resumen, se encontrará como objetivo analizar los pilares técnico-científicos, de profesionalismo y bioéticos frente a procesos de atención humanizada en cuidado crítico, a partir de la percepción del personal profesional y auxiliar que labora en Unidades de Cuidado Intensivo de Bogotá. Metodológicamente se realizó una investigación cuantitativa exploratoria de tipo descriptivo, por medio de un cuestionario dirigido a los profesionales y auxiliares del área de la salud que laboran en Unidades de Cuidado Intensivo.

Los principales resultados fueron que el 52,5% del personal de salud que labora en entidades privadas y 53,4% que trabaja en entidades públicas tienen un nivel de percepción medio frente a la humanización en el servicio de UCI. Por género, los hombres obtuvieron un 56,2% de frente a un 51.7% que las mujeres, pero su nivel de

percepción frente a la humanización es medio en ambos géneros. En cuanto a los diferentes roles que desempeñan los participantes se destacaron los médicos al momento de responder en las líneas estratégicas específica, pero al momento que total final todo el personal

Capítulo 1. Descripción general del proyecto

1.1 Problema de investigación

A lo largo del tiempo, la humanidad ha tenido diferentes tipos de modelos relación terapeuta–paciente: inicialmente el paternalismo, donde el paciente está sometido a cumplir a cabalidad las decisiones del personal médico sin dar su opinión; en 1987 se creó “The Picker-commonwealth program for patient centered care” en los Estados Unidos cuya propuesta planteaba que “la atención debe centrarse en el paciente”, generando una interacción médico-paciente un poco más horizontal (García, 2019). Sin embargo, existen escenarios donde esta interacción terapeuta–paciente se mantiene con estándares jerárquicos paternalistas o donde se privilegia la voz de los médicos tratantes. Por lo anterior se ha planteado que la atención en las UCI tiende hacia la deshumanización y por tanto la humanización en las UCI se considera una necesidad fundamental que debe contemplar criterios o fundamentos técnico-científicos, de profesionalismo y bioéticos. Según Bermejo & Villaceros Durban (2018) la humanización es un componente ético que se debe llevar en cada una de las conductas o tratamientos que el personal de salud debe contemplar en sus intervenciones, frente al manejo integral y multidisciplinar para la atención, como lo es en las UCI.

Gracias a los avances tecnológicos en las UCI se han realizado mejoras en las intervenciones de los pacientes, dando paso a mejores y mayores oportunidades de sobrevivencia. Sin embargo, estos mismos avances han impactado la interacción terapeuta-paciente, generándose en estos escenarios una atención despersonalizada y deshumanizada. En las UCI el hecho de tener ayudas externas para muchas funciones básicas, como equipos monitoreo de constantes vitales, bombas de medicina, las cuales tienen alarmas, cámaras en cada uno de los cubículos de los pacientes y en ciertos casos la necesidad de sedación o de implementar un coma inducido crean alteraciones emocionales, mentales, espirituales y sociales en los pacientes y sus familias. Aunque en muchos casos estas alteraciones se manifiestan en los pacientes como pérdida de la noción del tiempo, molestia ante la luz “artificial” permanente y el sonido de los monitores

o la angustia de verse rodeado de equipos, experimentando muchos de ellos ansiedad, depresión o trastorno de estrés postraumático, el personal sanitario pasa a un segundo plano la perspectiva del paciente, centrado el proceso de atención al monitoreo de equipos, dispositivos e indicadores (García, 2019).

Buscar la excelencia y practicar la humanización en UCI requiere un cambio de pensamiento, de actitud y compromiso por parte del personal asistencial, posicionando a la persona o al paciente como eje central de la atención médico-sanitaria. En la investigación de Heras La Calle, Martin, & Nin (2017), "*Seeking to humanize intensive care*", se ha evidenciado la carencia de aspectos básicos en cuestiones de humanización de la atención en UCI, por factores que involucran aspectos desde la infraestructura hasta la interacción del profesional con el paciente. Las características locativas en cuanto a la infraestructura y la organización de las UCI hacen que se conviertan en ambientes desfavorables para una concepción de humanización tanto para los pacientes como para familiares y de igual manera para los mismos profesionales.

Estas ideas han contribuido al nacimiento y consolidación del Proyecto de Investigación Internacional "Humanizando los Cuidados Intensivos" (HU-CI). El proyecto HU-CI (2017) ha planteado ocho componentes fundamentales para la humanización en Unidad de cuidados intensivo, a saber:

1. *UCI de Puertas Abiertas y Participación de Familiares:*

Se hace referencia a la apertura de política de visitas en la UCI, permitiendo el acercamiento de los familiares con la realidad del paciente, considerando que así se favorece el cuidado y facilita las funciones del trabajador creando un vínculo más íntimo paciente, familiar y profesional llevándolo en pro a su recuperación. Teniendo en cuenta las diferentes estructuras de las UCI a nivel mundial, la flexibilidad de horarios también hablaría de un trato humanizado ya que el familiar asistiría y participaría con momentos higiene, alimentación y movilización del paciente con supervisión del profesional a cargo haciendo que exista disminución de estrés emocional por parte del familiar (Proyecto HU-CI, 2017; pág15).

2. *Comunicación:*

En la UCI, como en cualquier servicio de salud en esencial que su equipo de trabajo tenga una comunicación efectiva (completa, claro, oportuna y concisa) con el fin de evitar errores en la evolución del paciente, sea a la hora de entrega de turno o traslado del paciente a otros servicios. Los tratamientos y/o procedimientos realizados en la UCI deben utilizar relajación muscular, sedación analgesia entre otras, conllevan secuelas como descondicionamiento físico, debilidad muscular o desorientación lo que hace que el personal médico debe tener una comunicación efectiva y asertiva hacia sus los familiares (Proyecto HU-CI, 2017; pág 25).

3. *Bienestar del paciente:*

La estadía en la UCI tiene como objetivo mejorar o mitigar la enfermedad/ condición del paciente crítico , llevándolo en muchas ocasiones a incomodidades externas causando dolor, sed, frío, calor, limitación del sueño debido a los diferentes procedimientos a realizar como la toma de muestras de laboratorios, inmovilizaciones, implantaciones de dispositivos, iluminación, ruidos por monitores y/o equipos a la hora de sueño llevando al disconfort lo que hace que el bienestar sea limitado, haciendo necesario la valoración y control del dolor, sedación dinámica personalizada, la prevención y el manejo del delirium agudo. El componente psicológico y emocional juega un papel importante en la estadía del paciente critico ya que pueden experimentar sentimientos de soledad, aislamiento, miedo, pérdida de identidad, intimidad y dignidad, sensación de dependencia, incertidumbre por falta de información, e incomprensión, haciendo que en los últimos años los profesionales de la salud crean estrategias de valoración para tratar o mitigar estos síntomas asegurando el bienestar de los pacientes (Proyecto HU-CI, 2017; pág 35).

4. *Presencia y participación de familiares en UCI:*

Se refiere a dar un rol protagónico a los familiares, permitiendo su colaboración en las acciones básicas de cuidado del paciente (Proyecto HU-CI, 2017; pág 35).

5. *Cuidados a los profesionales de la salud:*

Se pretende identificar el síndrome de desgaste profesional o más conocido como Burnout Syndrome (BOS), debido a experiencias profesionales difíciles durante el

tratamiento o muerte del paciente crítico y la disponibilidad de espacios de esparcimiento o descanso durante el turno, con el fin de mejorar el ambiente laboral (Proyecto HU-CI, 2017; pág 45).

6. *Prevención, manejo y monitoreo síndrome post UCI:*

Promueve la realización del seguimiento continuo al paciente y su calidad en salud (Proyecto HU-CI, 2017; pág 55).

7. *Arquitectura e infraestructura humanizada:*

La presencia de espacios amplios que permitan un trabajo ágil y pertinente en la UCI, a la tenencia de tecnología que supla las necesidades de cada paciente, de espacios de staff para el personal de salud y de salas de descanso (Proyecto HU-CI, 2017; pág 77).

8. *Cuidado al final de la vida:*

El abordaje de cuidado paliativo e intensivo se debe proporcionar un cuidado integral cubriendo las necesidades físicas, emocionales y espirituales del paciente y su entorno permitiendo un tratamiento digno: así como una muerte libre de malestar y sufrimiento para el paciente y familiares de acuerdo con sus deseos y estándares clínicos, culturales y éticos. La limitación de soporte vital, frecuente en el paciente crítico, se debe realizar con soporte científico, bajo protocolos y guías estandarizadas (Proyecto HU-CI, 2017; pág 65).

El proyecto HU-CI busca promover la humanización en UCI de forma global y específica, mirando desde cada aspecto que compromete el funcionamiento de la misma, es decir, desde un aspecto donde se evalúa al profesional, paciente, familiar e infraestructura. Llama la atención que no hace referencia al personal auxiliar que mantiene constante relación con los pacientes en las UCI.

En Colombia, el Ministerio de Salud y Protección Social (2011) plantea que *“La humanización es concebida como un imperativo ético para el Sistema de Salud, y no solamente como un atributo del servicio, producto o información, de cada una de las organizaciones o actores que lo conforman”*, buscando que las instituciones sanitarias instauren políticas de calidad de atención en salud y el control del costo y así impactar

en el cuidado y humanización del servicio. Siendo beneficiadas las expectativas de los usuarios, profesionales y gestores de salud.

Ariza (2011) plantea la importancia de la conformación de las instituciones del sector salud por ser las responsables de brindar al profesional insumos, dotaciones y herramientas para su quehacer profesional, los equipos e infraestructura que influyen en la calidad de atención al usuario junto a procedimientos técnico-administrativos, registros para el sistema de información, transporte, auditoria de servicios y medidas de seguridad tanto para su personal como para el paciente.

Andino (2015) publicó una investigación realizada en Colombia donde plantea como objetivo *“colocar a la bioética como referente de reflexión ética y moral, más no clínica”*, buscando *“abordar la bioética como disciplina ética aplicada al ejercicio administrativo en los centros de salud”*, con el fin de regular la calidad, calidez, servicio humanizado de la atención, así como el correcto funcionamiento del comité ético y bioético con el que las instituciones prestadoras de los servicio asistenciales deben contar.

Sánchez *et al* (2016) buscaron describir las necesidades de la familia del paciente ingresado en la UCI y la opinión de sus profesionales sobre aspectos relativos a la presencia familiar en UCI. Los resultados por parte de los familiares indicaron conformidad respecto a la comodidad prestada, identificaron una disminución del estrés y la ansiedad a la hora confiar en el personal de salud a nivel de información, apoyo y seguridad. La incomodidad, el ruido y la iluminación lo relacionaron como algo negativo. La mayor parte del personal de salud encuestado demostró buenos resultados en la flexibilidad de la actual política de visitas, por parte de apoyo, bienestar y mejor estado de ánimo para el paciente, pero se identifica como un elemento inductor de mayor carga física y psíquica, además un sentimiento de control sobre los profesionales tratantes.

La fisioterapia en la actualidad es de gran importancia en la UCI, ya que mantiene un contacto directo con el objetivo de la movilización precoz y así disminuir agravantes no solo corporales, sino también en aspectos psicológicos y emocionales asociadas a

patologías físicas (Mondadori *et, 2016 ; 201*) Por tal razón en Mondadori *et al* (2016) realizaron un estudio transversal en 2015 con el objetivo de identificar la percepción de los pacientes respecto al trato humanizado del personal de fisioterapia. La encuesta aborda temas como: Dignidad, comunicación, autonomía, confiabilidad, garantía, aspectos interpersonales, empatía, receptividad. Identificaron que las respuestas de autonomía, garantía, empatía y eficacia tuvieron respuestas negativas debido a la relación del sufrimiento debido a los procedimientos invasivos y dolorosos a los que estaban sometidos diariamente por el equipo multidisciplinario. Por otro lado, resaltaban que los fisioterapeutas brindaban un servicio humanizado con el hecho de llamar al paciente por su nombre mirarlo a los ojos, explicar con anticipación los procedimientos que se realizarán, estar atento a las señales no verbales que emite, preservando su privacidad. y confianza, preocupándose por el dolor y el malestar, facilitando su acercamiento a su familia, permitiéndole participar en su proceso de curación, actuando con cariño, respeto y ética.

De la Fuente y colaboradores (2018) en Córdoba (España) realizaron el proyecto denominado “Implantación de un proyecto de humanización en una Unidad de Cuidados Intensivos”, el cual se desarrolló en la UCI: Infanta Margarita durante 12 meses y estableció 12 compromisos; los tres pilares de este proyecto fueron 1) el contexto de sufrimiento del paciente y su familia, 2) la tecnificación y deshumanización de la atención y 3) el actuar del profesional sanitario como generador de cambio. Al final los autores reportan un impacto beneficioso para la institución, profesionales, pacientes y familiares, en pro de la atención humanizada (De la Fuente, 2018). El personal auxiliar no se menciona.

En la Corporación Universitaria Iberoamericana, Moreno y Polo (2018) desarrollaron la investigación “Humanización las unidades de cuidado intensivo una propuesta desde la comunicación centrada en las necesidades de la familia”, donde se enfocan la humanización dirigida a la familia a través de la comunicación efectiva y asertiva desde la comunicación interpersonal, teniendo en cuenta esto y entendiendo que una de las líneas estratégicas base para nuestra investigación fue la “comunicación”.

Rojas (2019) resalta la necesidad de tratar a cada individuo de manera personalizada, teniendo en cuenta que es única, preservando su dignidad y valores, utilizando los recursos brindados a nivel institucional de manera racional e incluyendo al grupo familiar en cada proceso y evolución concientizándolos que la salud es un derecho fundamental de todo ser humano. Estos requerimientos tanto del usuario como del profesional dieron origen al Proyecto HU-CI con sus 8 líneas estratégicas, que son una hoja de ruta, pero al mismo tiempo deja espacios para inclusión de necesidades individuales de cada institución.

Heras & Alonso-Oviés (2020) resaltan que la humanización, actualmente, es una necesidad para tratamiento de cualquier usuario en la UCI, ya que gracias a los avances tecnológicos y científicos centrados en los familiares, pacientes y profesionales se cierra esa brecha donde sólo interactuaba la triada clásica de la UCI: intensivistas, enfermeras y auxiliares; ahora, el aporte de habilidades y conocimientos por parte de psicología, terapia ocupacional y fisioterapia, hacen que la intervención del usuario sea más global, los cuales se encuentran allí por eventos agudos o con enfermedades crónicas transmisibles y no transmisibles.

Teniendo en cuenta lo planteado se puede evidenciar que la humanización en UCI ha sido un tema relevante en los últimos años. Se han generado grandes controversias frente a los elementos y componentes que pueden conformar de forma global y particular la atención humanizada, teniendo en cuenta no solo la atención de pacientes, sino diversos factores como la infraestructura, el ambiente laboral, la relación entre profesionales, relación profesional-paciente y profesional-familiar, incluso en algunos casos se resalta humanización con calidad de la atención en salud, y está solo medida por indicadores relacionados con aspectos técnico-asistenciales y administrativos.

Por lo anterior y siguiendo los lineamientos del proyecto HU-CI ¿Cuáles son los pilares técnico-científicos, de profesionalismo y bioéticos de la atención humanizada en cuidado

crítico, a partir de la percepción de profesionales y auxiliares que laboran en Unidades de Cuidado Intensivo de Bogotá?

1.2 Objetivos

1.2.1 Objetivo general

Analizar los pilares técnico-científicos, de profesionalismo y bioéticos de la atención humanizada en cuidado crítico, a partir de la percepción de profesionales y auxiliares que laboran en Unidades de Cuidado Intensivo de Bogotá.

1.2.2 Objetivos específicos

- Adaptar al lenguaje colombiano y realizar validez de fachada a un cuestionario sobre la percepción de la humanización en cuidado crítico en Bogotá, a partir del Manual de buenas prácticas de Humanización en las Unidades de Cuidado Intensivo propuesto por el proyecto H-UCI.
- Describir la percepción que tienen profesionales y auxiliares que laboran en Unidades de Cuidado Intensivo de Bogotá sobre atención humanizada en cuanto a aspectos como UCI de puertas abiertas, presencia y participación de los familiares en los cuidados, comunicación y bienestar del paciente.
- Describir la percepción que tienen profesionales y auxiliares que laboran en Unidades de Cuidado Intensivo de Bogotá sobre atención humanizada en cuanto a aspectos como cuidados al profesional y síndrome post cuidados intensivos.
- Describir la percepción que tienen profesionales y auxiliares que laboran en Unidades de Cuidado Intensivo de Bogotá sobre atención humanizada en cuanto a aspectos como cuidados al final de la vida e infraestructura.

1.3 Justificación

Basándose en la Constitución Política de Colombia, que establece en su Artículo 48, la seguridad social como servicio público, bajo la dirección, coordinación y control del Estado, Resaltando el principio de la universalidad el cual menciona “El derecho a la vida, a la información y a la participación e igualdad de los colombianos”. En el marco de las políticas establecidas por el Ministerio de salud y protección Social. cumplimiento a lo establecidos en la Ley N. 1438 del 2011, proponen el Plan Nacional de mejoramiento de la calidad en salud (PNMCS) 2016- 2021 en el cual la humanización es un principio orientador el cual tiene objetivos, estrategias y metas de cumplimientos por parte de las EPS e IPS a nivel Nacional.

El trato humanizado por parte del personal de salud requiere una actitud mental, afectiva y moral que obliga a repensar continuamente sus propios esquemas mentales y a remodelar costumbres de intervención para que se orienten al bien del enfermo que como persona que atraviesa una dificultad y, por ende, la persona es obligación de la entidad. Humanizar la vida y la salud no es otra cosa que sabernos personas en todo momento y lugar (Spinsanti, 1998).

La humanización en los procesos de atención de pacientes que han requerido ser ingresados a las UCI ha sido un concepto complejo que ha tomado relevancia en los últimos años a nivel mundial; la humanización en UCI depende de las instituciones y su personal, de factores externos como el apoyo familiar y todas aquellas intervenciones pueden llegar a generar un impacto emocional en el paciente (Spinsanti, 1998).

Dentro de las UCI la atención se brinda en pro del confort de los pacientes en cualquier etapa que esté cursando su enfermedad, es allí donde la tecnología crea un gran impacto frente al diagnóstico, tratamiento y seguimiento a los pacientes, puesto que el uso de esta genera una atención sistematizada, controlada, monitorizada y mecánica, que a su vez disminuye el tiempo de interacción del profesional con el paciente frente al contacto y valoración física, generando una brecha en la interacción terapeuta–paciente al

disminuir el contacto con el paciente y por tanto resultando en deshumanización (Baeza,2019).

Por tanto, el propósito de esta investigación nace de la inquietud de conocer la percepción sobre el trato humanizado por parte del personal de salud en relación con la entidad a la que pertenecen las Unidades de Cuidado Intensivo de Bogotá donde trabajan. Por otra parte, se espera que la realización de esta investigación favorezca la inclusión del fisioterapeuta especialista en cuidado crítico en procesos y programas de humanización en salud en las UCI teniendo en cuenta las necesidades de los grupos anteriormente mencionados.

Finalmente, como lo plantea Rojas (2019) en conjunto con las vivencias es indispensable las actualizaciones como congresos y/o actividades científicas como la integración multidisciplinar para la realización de proyectos de investigación donde se aporte no solo en el servicio de UCI sino a nivel a general, con el fin que trascender en momentos de fin de vida, cuidados paliativos u otros que en las UCI son trascendentales en la toma de decisiones. Volviendo así la mirada sobre el quehacer del personal asistencial como parte de un sistema de salud desde una perspectiva de derechos justo y humano.

Capítulo 2 - Fundamentación conceptual y teórica

Como sustento teórico de esta investigación se han planteado las siguientes categorías: Humanización en la atención en salud y Unidades de cuidado intensivo.

2.1 Humanización en la atención en salud

Para la Real Academia Española la palabra “*humanizar*” tiene dos significados: el transitivo del verbo “hacer humano, familiar y afable a alguien o algo” y el pronominal del verbo “ablandarse, desenojarse, hacerse benigno”. Dando espacio a que dicha acción pueda dirigirse hacia de contacto con algo, con alguien y con uno mismo (Rojas V, 2019; 121)

Desde las primeras civilizaciones hasta el día de hoy, teniendo en cuenta lo místico hasta lo racional, pasando de lo empírico hasta lo más académico o “eminente” en el gremio de salud se ha tenido como objetivo ayudar al individuo o población vulnerable, la cual merece una atención “humanizada” ya que cuando existe enfermedad la dignidad de ese individuo se ve amenazada (Correa, 2016).

Cada persona que decide ser parte de la atención sanitaria se debe caracterizar por tener riqueza de humanidad, comprensión y respeto hacia la diversidad de creencias, costumbres, dogmas religiosos, etnia y todo aquello que hace al ser humano único e irrepetible (Bello, 2000). Por ello Camps (2007) plantea que los valores éticos de la profesión sanitaria, nacen desde la ética aplicada con el fin de dignificar y humanizar las acciones del diario actuar. Según Camps (2015) la ética de las virtudes logra proyectar los valores éticos frente a la manera de actuar, siendo un saber práctico que se adquiere al ejercer, formando la personalidad del profesional. Lo anterior se relaciona con la vocación y el amor del que hacer como profesional de salud, basados en el Juramento Hipocrático o los principios de no maleficencia y beneficencia, que hasta el día de hoy se consideran como pilares de buenas prácticas médicas. Pero a su vez, a medida que se especializa y se tecnifica el conocimiento de la profesión base, no siempre el

conocimiento va acompañado del quehacer ético; esto se evidencia en un reconocimiento a nivel intelectual pero un déficit en la atención humanizada (Camps,2015)

Camps (2007 y 2015) a partir de analizar propuestas de James F. Drane, Siegler y Edmundo Pellegrino, referencia las virtudes fundamentales para los profesionales sanitarios: benevolencia, respeto, cuidado, sinceridad, amabilidad, justicia, compasión, olvido de sí mismo, integridad, prudencia.

El cuidado implica la comprensión del ser humano en cada momento de su vida, prevaleciendo sus derechos y su integridad, rompiendo la hegemonía biomédica, el autoritarismo en el que día a día hace que el profesional silencie y cosifique a sus pacientes, enlazando así las buenas prácticas de la humanización en salud orientado a un servicio acorde a las necesidades clínicas de un individuo, teniendo en cuenta su bienestar desde un estado físico, emocional, intelectual y social con el propósito de promover la vida, prevenir la enfermedad, intervenir en el tratamiento, en la rehabilitación y dar cuidado paliativo con el fin de desarrollar, en lo posible, las potencialidades individuales y colectivas, posicionando en primer lugar la sensibilidad y la ética resaltando la dignidad humana brindando comunicación e información a sus pacientes, familias y su equipo de trabajo (Correa, 2016).

Un estudio desarrollado en Brasil, donde se plantea la humanización vista desde un punto de crecimiento constante y aprendizaje, como en las prácticas de salud, donde sea efectiva y compatible con los procesos de formación académica de los profesionales de la salud. Buscando la atención humanizada desde la enseñanza-aprendizaje, basándose en la percepción de los estudiantes de último semestre de las carreras de Biomedicina, Enfermería y Terapia Ocupacional. Obteniendo como resultado relevante *“Dos categorías: Humanización en la percepción de los estudiantes, y Humanización: transversalidad entre teoría y práctica. La percepción de los estudiantes se relaciona a actos como oír al usuario, tener empatía y ser resuelto. El abordaje de la humanización*

en la formación profesional contribuye fundamentalmente a la mejoría en la asistencia a la salud” (Bracarense, 2014).

Pese a que la tecnología ha sido la esperanza de vida a nivel mundial indirectamente conlleva a una insatisfacción al paciente, ya que se ha perdido el contacto profesional–paciente (Baeza,2019)

En el artículo: “Bioética y humanización de los servicios asistenciales en la salud”, Andino (2015) evidencia la realidad del ser humano, exponiendo el contraste entre su humanismo y lo reflejado por el uso de los avances técnicos, científicos y biomédicos, pues aunque su desarrollo e implementación buscan preocuparse por la persona, el humanismo y la humanización se deterioran por su mismo uso, afectando los valores, principios, derechos, dignidad y calidad de vida de todos los implicados en el proceso de atención.

Teniendo en cuenta lo anterior, en este proyecto se concibe la humanización en la atención en salud como herramienta fundamental para brindar trato digno a los pacientes y sus familiares , siendo estas acciones guiadas por la Bioética donde a partir de los principios y virtudes empleadas en las acciones realizadas con el fin de buscar el “buen vivir y buen morir”, así como la resolución de conflictos éticos entre grupos interdisciplinarios, por medio de ayudas técnico-científicas como protocolos, guías, procedimientos institucionales basados en documentación científica, encaminados a un objetivo claro e individualizado, que permita y promueva la comunicación asertiva (profesional-profesional, paciente-profesional, familiar-profesional, familiar-paciente), toma de decisiones; acompañadas del profesionalismo destacando la vocación de servicio en pro del bienestar del paciente y familiares así como de sus intereses, promoviendo la participación de estos en las actividades cotidianas relacionadas con el cuidado del usuario.

Permitiendo un constante crecimiento personal, profesional y familiar, favoreciendo un acompañamiento activo y constante, donde se evidencie un trato humanizado desde los

actores involucrados; generando una atención oportuna, adecuada e individualizada, entendiendo al “usuario” como un ser único, con prioridades y necesidades diferenciales.

2.2 Unidades de cuidado intensivo

Según Martínez (2002) las UCI nacen en el siglo XIX, cuando las enfermeras agrupaban a los heridos de guerra según su gravedad, colocándolos a cargo de las enfermeras con mayor experticia y conocimientos, para su atención. Weil (2011) plantea que las UCI evolucionaron de forma progresiva, enfocando su desarrollo a el manejo y tratamiento de pacientes en estado crítico y con altos estándares de calidad, siendo el recurso humano el más importante, seguido del recurso físico y tecnológico (Weil, 2011).

Una UCI está conformada por profesionales de la salud especializados, que ofrecen una asistencia multidisciplinar en un espacio específico, con uso de tecnología que garantiza las condiciones de seguridad, calidad y eficiencia en la atención de los pacientes. El principal objetivo en una UCI es mejorar la condición y favorecer la evolución del paciente crítico, por medio del diagnóstico, monitoreo y tratamiento oportuno (Ministerio de sanidad y política social, 2014).

Las características de una UCI son:

- Asistencia continua 24h/ 365 días del año.
- Deben contener el 4% al 5% del total de camas del Hospital

Las UCI deben contar con:

- Monitor de signos vitales
- Camilla que permite cambios de posición
- Ventiladores mecánicos
- Bombas de infusión
- Carro de paro
- Desfibrilador

- Suministro de oxígeno, aire y vacío de succión
- Soporte ventilatorio, renal y hemodinámico.

Los riesgos de la estancia en UCI son:

- Infección nosocomial (neumonía asociada a la ventilación mecánica, infección relacionada con los catéteres, infección por sonda urinaria).
- Descondicionamiento físico.

Las UCI fueron diseñadas para el manejo de paciente de alta complejidad y cuyo cuidado debe ser exigente por su condición, se cuenta con UCI de diferente enfoque, por ejemplo, cardiovasculares, renales, intensivas, postoperatorias, respiratorias, quirúrgicas, adulto, pediátricas, neonatales, materna y de trasplante de órganos. Cada unidad cuenta con equipo altamente calificado que supla las necesidades de cada paciente, así como tiene conexión entre ellas mismas con el fin de remitir los pacientes si se generan complicaciones o desenlaces que no permitan un óptimo desarrollo, atención y cubrimiento en la unidad donde se encuentra (Ministerio de sanidad y política social,2014).

2.2.1 Unidades de cuidado intensivo y humanización

En las UCI se resalta la calidad del personal de atención asistencial, tanto en conocimiento como en virtudes y principios bioéticos, la ética profesional que se debe tener para la atención y manejo de diferentes situaciones siendo difíciles no solo para el paciente, su familia, sino para el personal de sanitario (Rojas.V, 2019). El trato humanizado se convirtió en un elemento diferenciador y de excelencia: las sociedades científicas han dado señales concretas de que es un área de interés y prioritaria para llevar adelante la resolución del problema del paciente crítico (Baeza,2019).

Rojas (2019) plantea que para iniciar es fundamental dar un diagnóstico de la situación actual en la UCI, para direccionar las áreas pertinentes. Para esto se identifican aspectos de bajo (o nulo) costo y que tenga resultados a corto plazo, hacer que los equipos multidisciplinarios tengan un enfoque real bajo sus condiciones actuales, proponiendo logros y metas que lleven a resultados alentadores. Posterior a esto, es la interacción de conocimientos individuales y experiencias hospitalarias que cuenten con la HUCI. Compartiendo experiencias y aprendizajes, para retroalimentación constante en pro al bienestar del paciente.

Considerando lo anterior, en este proyecto se concibe la humanización en la UCI, como el lenguaje con el cual el prestador de servicio, el profesional y el familiar debe dirigirse al tratamiento del paciente crítico. Teniendo en cuenta los recursos físicos que ofrece la institución en conjunto con las competencias, capacidades y trato digno de cada colaborador que se encuentra en el servicio, es importante recordar que existen momentos de angustia, cansancio físico, mental y emocional que pueden implicar una sobrecarga emocional necesitando un lugar cómodo donde pueda tener una “pausa activa” en cualquier momento del día, siendo una necesidad primordial a la hora de decidir su acción terapéutica la cual debe basarse en protocolos y/o procedimientos institucionales cumpliendo con principios y virtudes éticas dentro del contexto de cada usuario, valorando la opinión multidisciplinaria con el fin de mantener una comunicación asertiva con la familia informando su evolución durante la estadía en la UCI.

Capítulo 3 – Diseño Metodológico

3.1 Tipo de estudio

Esta investigación se estructuró desde un paradigma cuantitativo exploratorio de tipo descriptivo, con un diseño transversal. Participaron médicos (general e intensivistas), jefes de enfermería, fisioterapeutas, terapeutas respiratorios, auxiliares de enfermería, trabajador(a) social, psicólogo(a), terapeuta ocupacional y fonoaudiólogo(a), con experiencia en UCI, donde se buscó conocer su percepción sobre pilares técnico-científicos, de profesionalismo y bioéticos de la atención humanizada en cuidado crítico en Unidades de Cuidado Intensivo de Bogotá a partir de los planteamiento del proyecto HUCI, por medio de un cuestionario online.

3.2 Población participante

3.2.1 Descripción de la población

La población fue conformada por profesionales y auxiliares de enfermería que laboraban en unidades de cuidado intensivo en Bogotá. Se encuestó a personal de diferente grupo etario, género, roles terapéuticos, hospitales y clínicas tanto privadas como públicas, procurando abarcar de forma global una muestra a conveniencia.

3.2.2 Tipo y tamaño de muestra

Para la obtención de la muestra se realizó una difusión masiva de la encuesta hasta lograr el mayor número de participantes pertenecientes a la población de interés y así tener fuerza de resultados y validez. El muestreo se realizó por bola de nieve utilizando como mecanismo la red de interacciones de los participantes. Finalmente se configuró una muestra a conveniencia.

3.2.3 Criterios de inclusión

Se tuvo en cuenta para esta investigación a los profesionales de fisioterapia, enfermería, medicina, terapia respiratoria y auxiliar de enfermería que laboren o contaran con experiencia mínima de 6 meses en UCI en la ciudad de Bogotá.

3.2.4 Criterios de exclusión

No se tuvo en cuenta para esta investigación a aquellos profesionales de la salud que: cumplieran con labor administrativa; se encarguen de coordinar servicios de UCI, pero no cumplan una labor asistencial con los pacientes; solo prestaran su servicio de forma esporádica sin una continuidad en terapéuticas en las UCI; con experiencia inferior a seis meses en UCI.

3.3 Técnicas e Instrumentos para recolección de información

Se realizó por medio de un cuestionario online auto-administrado, de fácil acceso desde cualquier medio tecnológico durante un periodo de dos meses. Para su diseño se tomó como referente el “Grupo de trabajo de certificación de Proyecto HU-CI. Manual de buenas prácticas de humanización en Unidades de Cuidados Intensivos. Madrid: Proyecto HU-CI; 2017”. Disponible en: <http://humanizandoloscuidadosintensivos.com/es/buenas-practicas/>, y realizando la adecuada adaptación a nuestro lenguaje pues su versión original fue elaborada en Madrid-España.

El cuestionario se diseñó a partir de las líneas estratégicas del Proyecto HU-CI (7 líneas estratégicas y 159 preguntas), que a su vez tenía un diseño dicotómico en sus componentes (Si-No). Luego del diseño inicial, el cuestionario fue sometido a lectura y evaluación de cada pregunta realizando adaptaciones a nuestro lenguaje, así como también se excluyeron las preguntas reiterativas. Luego se realizó un proceso de validación de fachada o de validez aparente (validez de contenido) mediante el modelo de Fehring (Urritua & colaboradores, 2014) , el cual exploró si el instrumento medía el concepto que quería medir, para esto se tuvo la participación de tres expertos (uno local, uno nacional y uno internacional, todos con conocimientos en investigación y el trabajo en UCI) que analizaron su composición gramatical, ordenamiento lógico progresivo, pertinencia y observaciones de mejora. Este proceso preguntó en cada ítem si se estaba Completamente en desacuerdo, En desacuerdo, En acuerdo, Totalmente de acuerdo; las valoraciones se hicieron a partir de las siguientes interrogantes:

- ¿La pregunta tiene coherencia interna y está redactada de forma clara y adecuada?
- ¿La pregunta induce a alguna respuesta? Sesgo
- ¿La pregunta mide lo que pretende? (validez)
- ¿Existe relación entre la pregunta y el objetivo específico?
- ¿Considera que las opciones utilizadas son adecuadas para medir la variable?
- ¿La pregunta es útil y esencial para la encuesta?

El diseño final del cuestionario estuvo conformado por cinco preguntas sobre el perfil del participante (preguntas 2 – 6) y 82 preguntas distribuidas en las siguientes categorías:

- 1) UCI de puertas abiertas - Presencia y participación de los familiares: preguntas 7 – 21
- 2) Comunicación: preguntas 22 – 30
- 3) Bienestar del paciente: preguntas 31 – 45
- 4) Toma de decisiones: preguntas 43 – 45
- 5) Cuidados al personal: preguntas 46 – 50
- 6) Prevención síndrome post-cuidados intensivos: preguntas 51 – 59
- 7) Cuidados al final de la vida: preguntas 60 – 70
- 8) Infraestructura: preguntas 71 – 88

3.4 Técnicas e Instrumentos para el análisis de la información

Para el análisis estadístico de tipo descriptivo (frecuencias, porcentajes, medias, desviaciones estándar), se utilizó el programa estadístico STATA versión 13.0 los datos recolectados fueron codificados y agrupados de la siguiente manera:

- Rol en la UCI:
 - Auxiliar de enfermería = 1
 - Fisioterapeutas = 2
 - Médico(a) = 3
 - Otros profesionales (terapeuta respiratorio, fonoaudiólogo(a), jefes de enfermería) = 4

- Género:
 - Femenino = 1
 - Masculino = 2
- Años de experiencia en UCI Adultos:
 - Menos de 5 años = 1
 - Entre 5 y 10 años = 2
 - Más de 10 años = 3
- Edad:
 - De 20 a 29 años = 1
 - De 30 a 39 años = 2
 - Mayor de 40 años = 3
- Tipo de UCI:
 - Pública = 1
 - Privada = 2

Las preguntas correspondientes al constructo del cuestionario fueron de tipo dicotómicas, con opciones de Si o No. Para el análisis, con base en estas preguntas se diseñó un modelo de acuerdo con las ocho categorías finales con contraste con las tres dimensiones de los objetivos específicos: pilares técnico-científicos, de profesionalismo y bioéticos (ver tabla 1). De acuerdo con los elementos conceptuales en cada categoría, se establecieron preguntas con valor regular y preguntas con mayor peso o valor dentro de cada categoría; esto se realizó de la siguiente forma:

- Preguntas con valor regular:
 - Si = 1
 - No = 0
- Preguntas con mayor valor:
 - Si = 2
 - No = 0

Para homogenizar los valores de cada grupo de categoría se pasaron los valores de cada una de las variables a valores entre 0 y 10, de esta forma hacerlas comparables. Para el análisis de relaciones se calculó el nivel de significancia (valor de $p < 0,05$), ANOVAS para las variables categóricas y pruebas *t de student* para las variables

dicotómicas. Finalmente, en aras de tener un indicador de percepción de humanización en las UCI se establecieron tres niveles a partir de los puntajes obtenidos entre 0 y 10: percepción baja entre 0 y 4, percepción media entre 5 y 7, percepción alta entre 8 y 10. Estos niveles se calcularon para las variables de desenlace: rol en la UCI, género y tipo de UCI.

Tabla 1. Modelo para análisis sobre Humanización en UCI

	Técnico – científicos Procesos, protocolos o procedimientos empleados como métodos para orientar acciones terapéuticas o institucionales objetivas.	Profesionalismo Pautas para fortalecer la vocación de servicio o para ejecutar acciones y actividades que redunden en pro del bienestar e intereses de pacientes y familiares.	Bioética Praxis de principios y virtudes éticas en pro de trato justo y digno (buen vivir - buen morir) a los pacientes y sus familias, y para la resolución de conflictos éticos.	Puntaje total
I. Puertas abiertas y participación familiares (preguntas 7 - 21) Los horarios permiten el acercamiento e inclusión de los familiares en la atención y los cuidados básicos del paciente.	9, 10, 11, 12 13, 15, 17, 20. UCI_AB_TC	7, 8, 14, 16, 18, 19, 21. UCI_AB_PROF		21 UCI_AB
II. Comunicación (preguntas 22- 30) Manejo de la información y la comunicación en la UCI; solución de conflictos, fortalecimiento del trabajo en equipo y la confianza.	22, 23, 27, 28. UCI_COM_TC	24, 25, 29, 30. UCI_COM_PROF	26. UCI_COM_BE	14 UCI_COM
III. Bienestar del paciente (preguntas 31- 42) Medidas de confort, valoración biopsicosocial y solución las necesidades del paciente.	31, 32, 33, 34, 35, 37, 39, 41, 75. UCI_BIEN_TC	36, 38, 40, 42. UCI_BIEN_PROF		18 UCI_BIEN
IV. Toma de decisiones (preguntas 43- 45) Instauración o suspensión de terapéuticas en atención a los intereses del paciente, sus familiares o el mayor beneficio posible.			43, 44, 45. UCI_TDEC_BE	4 UCI_TDEC
V. Cuidados al personal asistencial (preguntas 46-50) Áreas de descanso, actividades que mejoren el ambiente laboral, atención al síndrome de burnout.	46, 47, 48, 49, 50. UCI_CPA_TC			7 UCI_CPA
VI. Síndrome Post-UCI (preguntas 51-59) Seguimiento continuo e integral al paciente y su calidad de vida luego del egreso de la UCI.	51, 52, 54, 56, 57, 59. UCI_POST_TC	53, 55, 58. UCI_POST_PROF		12 UCI_POST
VII. Fin de vida (preguntas 60- 70)	60, 61, 62. UCI_FINV_TC	64, 65, 66, 67. UCI_FINV_PROF	63, 68, 69, 70. UCI_FINV_BE	14 UCI_FINV

Manejo y garantía de cubrimiento a las necesidades físicas, psicosociales y espirituales de los pacientes y sus familias en etapas de fin de vida.				
VIII. Infraestructura (preguntas 71- 88) Espacios que permitan un trabajo ágil y pertinente con tecnología para suplir necesidades de pacientes y familiares. Espacios para el personal y salas de descanso.	71, 72, 73, 74, 77, 78, 79, 82, 83, 84, 85, 86, 87, 88. UCI_INF_TC	76, 80, 81. UCI_INF_PROF		22 UCI_INF
Puntaje total	66 UCI_TC	35 UCI_PROF	11 UCI_BE	112 UCI_TOTA L
Color negro para preguntas con valor regular. Color azul para preguntas con mayor valor dentro de la categoría asignada.				

3.5 Consideraciones Éticas

Basándose en el artículo 11 de la Resolución 8430 de 1993, esta investigación se clasificó como “Sin riesgo”, ya que no se realizó ningún tipo de evaluación o intervención. Teniendo en cuenta el Código de Nüremberg (1947) y el Informe de Belmont (1978) se llevó a cabo la investigación teniendo en cuenta que los participantes son personas con todas las facultades y capacidades mentales para auto-diligenciar el cuestionario online. Teniendo en cuenta La Declaración Universal sobre Bioética y Derechos Humanos (2005) se tuvo en cuenta:

- Autonomía y responsabilidad individual: como base para la participación voluntaria en el cuestionario y el respeto por cada respuesta a dichas preguntas.
- Consentimiento: se realizará un consentimiento para garantizar la participación voluntaria.
- Privacidad y confidencialidad: para los participantes en esta investigación se aseguró la confidencialidad total sobre su participación.
- Aprovechamiento compartido de los beneficios: los resultados obtenidos en esta investigación serán Publicados como un artículo científico en apoyo a los servicios de la salud nacional e internacional, favoreciendo la mejora en la atención en salud.

El Consentimiento informado (siguiendo la Resolución 008430 de 1993 – artículo 15, Anexo 1) fue un paso previo para acceder al cuestionario electrónico y solo quienes lo aceptaron tuvieron acceso a este. De esta forma se garantizó la participación libre de influencias externas tales como manipulación, coacción o coerción.

Guiados por la Declaración de Singapur (2010) y la Política de Ética de la investigación, Bioética e Integridad científica de Colombia (Resolución 0314 de 2018), esta investigación mantuvo el compromiso con la integridad científica y se realizó con base en los principios de veracidad y transparencia, honestidad intelectual, los datos expuestos en esta investigación son reales y verídicos, serán Publicados de forma fidedigna.

Capítulo 4 - Resultados

De acuerdo a los hallazgos encontrados, se realiza una relación estadística que permite observar las diferentes percepciones frente a la humanización en UCI, así como los datos más relevantes y llamativos de esta investigación.

A Continuación, se expondrán cada una de estas brindando su descripción de forma significativa y detallada.

Tabla #2. Percepción general de la humanización en UCI

Categorías - variables	SI		NO	
	n	%	n	%
I. Puertas abiertas y participación familiares				
P7 Sesiones informativas	56	75,68	18	24,32
P8 Capacitación para inclusión familiar	51	68,92	23	31,08
P9 Cumplimiento en flexibilidad de horarios	51	68,92	23	31,08
P10 Horarios acceso familia UCI	55	74,32	19	25,68
P11 Acceso de menores de edad a UCI	23	31,08	51	68,92
P12 Acceso de mascotas a UCI	2	2,7	72	97,3
P13 Guía familiares para acceso a UCI	54	72,97	20	27,03
P14 Lactancia materna en UCI	41	55,41	33	44,59
P15 Acompañamiento y participación de familiar en UCI	48	64,86	26	35,14
P16 Identificación cuidadores principales	61	82,43	13	17,57
P17 Capacitación a familiares sobre atención en UCI	47	63,51	27	36,49
P18 Asignación de profesionales para cada paciente	50	67,57	24	32,43
P19 Herramientas para identificar las necesidades de los familiares	51	68,92	23	31,08
P20 Uso de dispositivos tecnologicos para contacto con familiares	58	78,38	16	21,62
P21 Atención psicológica para las familias	65	87,84	9	12,16
II. Comunicación				
P22 Entrega Turno	73	98,65	1	1,35
P23 Entrega de pacientes a otros servicios	65	87,84	9	12,16
P24 Capacitación trabajo en equipo	63	85,14	11	14,86
P25 Rondas diarias multidisciplinarias	70	94,59	4	5,41
P26 Mecanismos para resolver conflictos	57	77,03	17	22,97
P27 Dispone de sistemas de comunicación alternativa	33	44,59	41	55,41

P28 Evaluación de pacientes con dificultades del lenguaje	39	52,7	35	47,3
P29 Equipo multidisciplinar en comunicación alternativa	34	45,95	40	54,05
P30 Entrenamiento a familiares en comunicación alternativa	28	37,84	46	62,16
III. Bienestar del paciente				
P31 Protocolo de sedo-analgésia	68	91,89	6	8,11
P32 Prevención y manejo de delirium	60	81,08	14	18,92
P33 Protocolo de inmovilización de pacientes	67	90,54	7	9,46
P34 Fisioterapia respiratoria temprana	71	95,95	3	4,05
P35 Protocolo movilización temprana	72	97,3	2	2,7
P36 Protocolo higiene e hidratación del paciente	72	97,3	2	2,7
P37 Facilitación medios de entretenimiento para pacientes	50	67,57	24	32,43
P38 Necesidades espirituales del paciente	54	72,97	20	27,03
P39 Medición del ruido ambiental	34	45,95	40	54,05
P40 Protocolo descanso nocturno	52	70,27	22	29,73
P41 Ajuste de volumen de alarmas	37	50	37	50
P42 Horario de intervención para descanso de pacientes	44	59,46	30	40,54
P75 Intervenciones relacionadas con la música	25	33,78	49	66,22
IV. Toma de decisiones				
P43 Respeto de la manifestación previa del paciente	66	89,19	8	10,81
P44 Toma de decisiones por el cuidador principal	71	95,95	3	4,05
P45 Toma de decisiones por el equipo de atención	72	97,3	2	2,7

Categorías - variables	SI		NO	
	n	%	n	%
V. Cuidados al personal asistencial				
P46 Actividades para el desgaste profesional	49	66,22	25	33,78
P47 Evaluación periódica del desgaste profesional	24	32,43	50	67,57
P48 Cambios para disminuir el desgaste profesional	27	36,49	47	63,51
P49 Prevención y soporte emocional para el equipo asistencial	39	52,7	35	47,3
P50 Zona de descanso para el personal asistencial	43	58,11	31	41,89
VI. Síndrome Post-UCI				
P51 Protocolo Síndrome post-cuidados intensivos	39	52,7	35	47,3
P52 Pruebas de despertar y/o respiración espontánea	60	81,08	14	18,92
P53 Intervenciones no farmacológicas para el delirium	50	67,57	24	32,43

P54 Prevención y tratamiento de enfermedades neuromusculares	60	81,08	14	18,92
P55 Intervenciones para las necesidades de las familias	50	67,57	24	32,43
P56 Valoración funcional física al egreso de UCI	60	81,08	14	18,92
P57 Valoración funcional psicológica al egreso de UCI	39	52,7	35	47,3
P58 Seguimiento pacientes egreso de UCI	37	50	37	50
P59 Evaluación calidad de vida pre-post UCI	46	62,16	28	37,84
VII. Fin de vida				
P60 Protocolo multidisciplinar cuidados al final de la vida	56	75,68	18	24,32
P61 identificación de necesidades paliativas	61	82,43	13	17,57
P62 Instauración sedación paliativa	64	86,49	10	13,51
P63 Registro decisión de instaurar sedación paliativa	65	87,84	9	12,16
P64 Acompañamiento familiares al final de la vida	63	85,14	11	14,86
P65 Acompañamiento y atención del duelo al personal asistencial	51	68,92	23	31,08
P66 Estrategias de apoyo emocional para familiares al final de la vida	59	79,73	15	20,27
P68 Protocolo de limitación de esfuerzo terapéutico (LET)	58	78,38	16	21,62
P70 Comité de Ética para controversias y conflictos éticos	59	79,73	15	20,27
VIII. Infraestructura				
P71 Cubículos individuales traslúcidos	62	83,78	12	16,22
P72 Elementos separadores entre cubículos	70	94,59	4	5,41
P73 Accesibilidad de baño para los pacientes	50	67,57	24	32,43
P74 Iluminación exterior durante el día	59	79,73	15	20,27
P76 Personalización del espacio	49	66,22	25	33,78
P77 Disposición de conexión visual con el exterior	44	59,46	30	40,54
P78 Calendario y reloj visibles	39	52,7	35	47,3
P79 Ventanas virtuales	23	31,08	51	68,92

P80 Salas de estar para familiares	42	56,7 6	32	43,24
P81 Cubículo con condiciones de privacidad	48	64,8 6	26	35,14
P82 Central de monitorización	58	78,3 8	16	21,62
P83 Visualización desde la central de monitorización	65	87,8 4	9	12,16
P84 Acceso a computadores	62	83,7 8	12	16,22
P85 Habitaciones para el personal asistencial	33	44,5 9	41	55,41
P86 Luz para lectura	52	70,2 7	22	29,73
P87 Televisión o radio para pacientes	40	54,0 5	34	45,95
P88 Música individualizada	31	41,8 9	43	58,11

En la tabla 2 se evidenciaron los resultados obtenidos de la percepción general de la humanización en UCI, según la línea estratégica (categoría).

I. Puertas abiertas y participación familiares: el 87.84% de los participantes refiere que en la UCI se cuenta con la atención psicológica para los familiares y un 97.3% percibe limitación en acceso de mascotas a UCI.

II. Comunicación: el 98.65% de participantes percibe que en las UCI se maneja la entrega de turno, e igualmente se evidencia una deficiencia en el entrenamiento a familiares en comunicación alternativa con un 62.16%.

III. Bienestar del paciente: el 97.3% percibe que al interior de las UCI se manejan protocolos de movilización temprana y protocolos de higiene e hidratación del paciente, con un 66.22% se evidencia que, en el interior de las UCI, no se cuenta con intervenciones relacionadas con la música.

IV. Toma de decisiones: el 97.3% de los participantes percibe que la toma de decisiones es realizada por el equipo de atención en el interior de las UCI, el 10.81% encuentra un déficit en el respeto de la manifestación previa del paciente.

V. Cuidados al personal asistencial: el 66.22% plantea que en la UCI se realizan actividades para mitigar el desgaste profesional, mientras que el 67.57% refiere que no se realizan evaluaciones periódicas del desgaste profesional en el interior de las UCI.

VI. Síndrome Post-UCI: el 81.08% reporta que se realizan pruebas de despertar y/o respiración espontánea, prevención en el tratamiento de enfermedades neuromusculares y una valoración funcional física al egreso de la UCI, pero el 50% refiere que no se realizan seguimientos a los pacientes que egresan de las UCI.

VII. Fin de vida: el 87.84% refieren que se realiza un registro en la decisión de instaurar sedación paliativa; sin embargo, el 31.08% refiere que no se realiza un acompañamiento y atención del duelo en el personal asistencial que labora en el interior de las UCI.

IX. Infraestructura: el 94.59% reporta que se cuenta con los respectivos separadores entre cubículos; el 68.92% indicó que no se cuenta con ventanas virtuales, (que proyecten una luz artificial ya que no se cuenta con luz natural), al interior de las UCI.

Tabla 3. Relación entre categorías del modelo de análisis sobre Humanización en UCI y el género

Categorías Variables	Pilares científico-técnico			Pilares- Profesionalismo			Pilares- Bioéticos		
	Media	Intervalo de confianza [95%]	Valor de p (prueba t)	Media	Intervalo de confianza [95%]	Valor de p (prueba t)	Media	Intervalo de confianza [95%]	Valor de p (prueba t)
UCI de puertas abiertas y participación familiares									
Femenino	5,47	4,96 - 5,98	0.6568	7,34	6,70 - 7,99	0.1456	-	-	-
Masculino	5,23	4,31 - 6,14		6,31	5,02 - 7,61		-	-	-
Comunicación									
Femenino	6,35	5,57 - 7,13	0.9966	6,29	5,57 - 7,01	0.3603	7,41	6,26 - 8,57	0.2668
Masculino	6,35	4,99 - 7,72		6,98	5,92 - 8,04		8,75	7,05 - 10,45	-
Bienestar del paciente									
Femenino	7,21	6,65 - 7,77	0.6217	6,98	6,22 - 7,74	0.1957	-	-	-
Masculino	7,50	6,67 - 8,33		8,02	6,80 - 9,24		-	-	-
Toma de decisiones									
Femenino	-	-	-	-	-	-	9,09	8,56 - 9,62	0.0794
Masculino	-	-	-	-	-	-	10,00	-	-
Cuidados al personal asistencial									
Femenino	4,78	3,78 - 5,78	0.8344	-	-	-	-	-	-
Masculino	4,55	2,71 - 6,40		-	-	-	-	-	-
Síndrome Post-UCI									

Femenino	6,29	5,49 - 7,09	0.3870	5,91	5,01 - 6,80	0.902	-	-	-
Masculino	7,03	5,63 - 8,43		5,78	3,76 - 7,80		-5	-	
Fin de vida									
Femenino	8,06	7,27 - 8,85	0.7770	7,21	6,24 - 8,17	0.657	8,17	7,42 - 8,92	0.218
Masculino	7,81	6,18 - 9,44		6,75	5,05 - 8,45		-4	7,13	5,42 - 8,83
Infraestructura									
Femenino	6,34	5,74 - 6,95	0.9404	6,38	5,32 - 7,43	0.801	-	-	-
Masculino	6,39	5,36 - 7,42		6,09	4,17 - 8,02		-1	-	

En la tabla 3 se muestran los resultados obtenidos en la relación entre categorías del modelo de análisis sobre Humanización en UCI (líneas estratégicas y los pilares técnico-científicos, de profesionalismo y bioéticos) y el género. Se puede observar lo siguiente:

Pilar técnico-científico: el promedio más bajo en la línea estratégica de cuidados al personal asistencial dado por el género masculino con un 4,55 y con un promedio elevado de 8,06 dado por el género femenino en la línea estratégica Fin de vida.

Pilar Profesionalismo: se obtuvo el mayor promedio (8,02) en el género masculino en la categoría bienestar del paciente, se observa un promedio bajo con el 5,78, que corresponde al género masculino en la categoría de síndrome post UCI.

Pilar Bioético: se aprecia un promedio de 10,0 brindado por el género masculino en la categoría toma de decisiones, así mismo en la categoría Fin de vida se aprecia un promedio más bajo con un 7.13 brindado por el género masculino.

Tabla 4 Total Categorías modelo Humanización y el género

Categorías Variables	Total Categorías modelo Humanización y el género		
	Media	Intérvalo de confianza [95%]	Valor de p (prueba t)
UCI de puertas abiertas y participación familiares			
Femenino	6,36	5,87 - 6,86	0.2546
Masculino	5,74	4,77 - 6,72	
Comunicación			

Femenino	6,48	5,80 - 7,16	4.922
Masculino	6,96	5,92 - 8,01	
Bienestar del paciente			
Femenino	7,14	6,59 - 7,68	0.3430
Masculino	7,67	6,90 - 8,44	
Toma de decisiones			
Femenino	9,09	8,56 - 9,62	0.0794
Masculino	10,00	-	
Cuidados al personal asistencial			
Femenino	4,78	3,78 - 5,78	0.8344
Masculino	4,55	2,71 - 6,40	
Síndrome Post-UCI			
Femenino	6,16	5,39 - 6,94	0.5922
Masculino	6,61	5,15 - 8,08	
Fin de vida			
Femenino	7,80	7,11 - 8,48	0.3986
Masculino	7,19	6,11 - 8,26	
Infraestructura			
Femenino	6,35	5,72 - 6,97	0.9848
Masculino	6,34	5,13 - 7,53	

Al observar los resultados totales de las categorías que conforman el modelo Humanización planteado en relación con el género, se observa un promedio bajo de 5,74 en el género masculino en la categoría UCI puertas abiertas y participación familiar; aunque se obtuvo el promedio más alto 10,0 en la categoría general de Toma de decisiones, también en el género masculino.

Tabla 5. Total Pilares y el género

Categorías Variables	Pilares técnico-científicos			Profesionalismo			Pilares bioéticos		
	Media	Intervalo de confianza [95%]	Valor de p (prueba t)	Media	Intervalo de confianza [95%]	Valor de p (prueba t)	Media	Intervalo de confianza [95%]	Valor de p (prueba t)
Femenino	6,29	5,79 - 6,78	0.8857	6,81	6,22 - 7,40	0.8613	8,37	7,80 - 8,94	0.8703
Masculino	6,36	5,51 - 7,21		6,70	5,57 - 7,83		8,47	7,63 - 9,30	

En cuanto a los resultados totales de los pilares que conforman el modelo Humanización planteado en relación con el género, se evidencia el promedio más bajo en el género femenino con un 6,29 para el pilar técnico-científico, y el mayor promedio en el género masculino para el pilar bioético con un 8,47.

Tabla 6. Percepción total de la humanización y el género

Categorías Variables	GRAN TOTAL		
	Media	Intervalo de confianza [95%]	Valor de p (prueba t)
Femenino	6,65	6,15 - 7,15	0 .9711
Masculino	6,67	5,82 - 7,53	

Al valorar la percepción total de la humanización en relación con el género, se observa que el género masculino obtuvo un promedio de 6,67 frente a la humanización siendo mayor al promedio 6,65 correspondiente al género femenino, se determina que, en cuanto a la humanización por género, los hombres refieren ser más humanizados que las mujeres.

Tabla 7. Relación entre categorías del modelo de análisis sobre Humanización en UCI y el rol

Categorías Variables	Pilares técnico-científicos			Profesionalismo			Pilares bioéticos		
	Media	Intervalo de confianza [95%]	Valor de p (Anovas)	Media	Intervalo de confianza [95%]	Valor de p (Anovas)	Media	Intervalo de confianza [95%]	Valor de p (Anovas)
UCI de puertas abiertas y participación familiares									
Auxiliares	6,06	5,51 - 6,61	0 .0576	7,11	6,23 - 8,00	0. 7535	-	-	-
Fisioterapeutas	4,94	4,00 - 5,88		7,22	6,20 - 8,23				
Otros profesionales	4,80	3,87 - 5,72		6,72	5,43 - 8,02				
Médicos	6,21	5,03 - 7,40		8,00	5,43 - 10,57				
Comunicación									

Auxiliares	6,36	5,26 - 7,45	0 .8961	7,10	6,07 8,13	-	0 .2378	8,52	7,13 9,91	-	0 .3002
Fisioterapeutas	6,23	4,99 - 7,47		6,09	4,93 7,24	-		7,83	6,07 9,58	-	
Otros profesionales	6,20	4,79 - 7,62		5,65	4,57 6,73	-		6,11	3,75 8,47	-	
Médicos	7,22	4,56 - 9,89		7,22	5,18 9,26	-		8,33	5,01 11,66	-	
Bienestar del paciente											
Auxiliares	7,59	6,91 - 8,28	0 .1168	6,98	5,91 8,04	-	0 .9538	-	-	-	-
Fisioterapeutas	7,46	6,61 - 8,32		7,39	6,02 8,76	-		-	-	-	
Otros profesionales	6,30	5,27 - 7,32		7,22	6,08 8,36	-		-	-	-	
Médicos	8,06	6,25 - 9,86		7,50	5,11 9,89	-		-	-	-	
Toma de decisiones											
Auxiliares	-	-	-	-	-	-	-	9,35	8,72 9,98	-	0 .7315
Fisioterapeutas	-	-		-	-	-		9,24	8,39 10,09	-	
Otros profesionales	-	-		-	-	-		9,03	8,03 10,03	-	
Médicos	-	-		-	-	-		10,00	-	-	
Cuidados al personal asistencial											
Auxiliares	4,97	3,38 - 6,57	0 .9465	-	-	-	-	-	-	-	-
Fisioterapeutas	4,35	2,92 - 5,77		-	-	-		-	-	-	
Otros profesionales	4,76	2,96 - 6,56		-	-	-		-	-	-	
Médicos	5,00	1,90 - 8,10		-	-	-		-	-	-	
Síndrome Post-UCI											
Auxiliares	6,71	5,46 - 7,97	0 .7836	5,46	3,98 6,94	-	0 .3728	-	-	-	-
Fisioterapeutas	6,52	5,35 - 7,69		6,52	5,13 7,91	-		-	-	-	
Otros profesionales	5,83	4,37 - 7,30		5,14	3,55 6,72	-		-	-	-	
Médicos	6,88	4,97 - 8,78		7,50	4,93 10,07	-		-	-	-	
Fin de vida											
Auxiliares	7,96	6,87 - 9,06	0 .8201	7,11	5,73 8,50	-	0 .9187	8,00	6,83 9,17	-	0 .6547

Fisioterapeutas	7,61	6,12 - 9,09		7,13	5,61 8,65	-		8,26	7,10 9,42	-
Otros profesionales	8,33	6,88 - 9,79		6,78	4,92 8,63	-		7,22	5,61 8,84	-
Médicos	8,75	7,05 10,45		8,00	5,48 10,52	-		8,67	6,70 10,64	-
Infraestructura										
Auxiliares	6,32	5,44 - 7,20		6,20	4,84 7,57	-		-	-	-
Fisioterapeutas	6,40	5,45- 7,35	0 .9973	5,98	4,00 7,95	-	0 .8616	-	-	-
Otros profesionales	6,30	5,19 - 7,41		6,53	4,77 8,29	-		-	-	-
Médicos	6,48	4,85 - 8,12		7,50	4,35 10,65	-		-	-	-

En la tabla 7 se muestran los resultados obtenidos al relacionar las categorías del modelo de análisis sobre Humanización en UCI (líneas estratégicas y los pilares técnico-científicos, de profesionalismo y bioéticos) y el rol ejercido en la UCI. Se puede observar lo siguiente:

Pilar técnico-científico: con un 8,75 como el promedio más alto en los médicos para la categoría fin de vida y el promedio más bajo (4,35) en los fisioterapeutas para la categoría de cuidados al personal asistencial.

Pilar profesionalismo: con un promedio de 5.14 en la categoría síndrome post UCI manifestado por otros profesionales es el más bajo y con un promedio de 8,00 manifestado por los médicos participantes en la categoría de Fin de vida es el más alto.

Pilar Bioético se evidencio el promedio más alto con 10.00 brindado por los médicos participantes en la categoría toma de decisiones y el promedio más bajo con un 6,11 por parte de otros profesionales (terapeuta respiratorio, fonoaudiólogo(a), jefes de enfermería) para la categoría comunicación.

Tabla 8. Total, Categorías modelo Humanización y el rol

Categorías Variables	Total Categorías modelo Humanización x y el rol		
	Media	Intervalo de confianza [95%]	Valor de p (Anovas)
UCI de puertas abiertas y participación familiares			
Auxiliares	6,56	5,94 - 7,18	0 .3227
Fisioterapeutas	6,02	5,18 - 6,87	
Otros profesionales	5,71	4,73 - 6,70	
Médicos	7,06	5,45 - 8,68	
Comunicación			
Auxiliares	6,98	6,05 - 7,92	0 .4640
Fisioterapeutas	6,40	5,30 - 7,50	
Otros profesionales	5,95	4,80 - 7,10	
Médicos	7,38	5,52 - 9,24	
Bienestar del paciente			
Auxiliares	7,39	6,66 - 8,12	0 .4304
Fisioterapeutas	7,44	6,52 - 8,35	
Otros profesionales	6,60	5,70 - 7,51	
Médicos	7,87	6,43 - 9,31	
Toma de decisiones			
Auxiliares	9,35	8,72 - 9,98	0 .7315
Fisioterapeutas	9,24	8,39 - 10,09	
Otros profesionales	9,03	8,03 - 10,03	
Médicos	10,00	-	
Cuidados al personal asistencial			
Auxiliares	4,97	3,38 - 6,57	0 .9465
Fisioterapeutas	4,35	2,92 - 5,77	
Otros profesionales	4,76	2,96 - 6,56	
Médicos	5,00	1,90 - 8,10	
Síndrome Post-UCI			
Auxiliares	6,30	5,04 - 7,55	0 .6803
Fisioterapeutas	6,52	5,37 - 7,68	
Otros profesionales	5,60	4,16 - 7,04	
Médicos	7,08	5,68 - 8,49	
Fin de vida			
Auxiliares	7,67	6,72 - 8,62	0 .8532
Fisioterapeutas	7,67	6,59 - 8,75	
Otros profesionales	7,38	6,02 - 8,74	
Médicos	8,45	7,11 - 9,80	
Infraestructura			
Auxiliares	6,30	5,39 - 7,20	0 .9890
Fisioterapeutas	6,32	5,30 - 7,35	
Otros profesionales	6,34	5,21 - 7,46	
Médicos	6,67	4,99 - 8,35	

Los resultados totales al relacionar las categorías modelo Humanización planteado y el rol ejercido en la UCI se muestran en la tabla 7 y se evidencia el puntaje más alto (10,00) en los médicos para la categoría toma de decisiones, en contraste se obtuvo el promedio más bajo con 4,35 en los fisioterapeutas para la categoría cuidado al personal asistencial.

Tabla 9. Total Pilares y el rol

Categorías Variables	Pilares técnico-científicos			Profesionalismo			Pilares bioéticos		
	Media	Intervalo de confianza [95%]	Valor de p (Anovas)	Media	Intervalo de confianza [95%]	Valor de p (Anovas)	Media	Intervalo de confianza [95%]	Valor de p (Anovas)
Auxiliares	6,52	5,78 - 7,25	0 .6745	6,79	5,92 - 7,67	0 .7144	8,59	7,83 - 9,34	0 .3658
Fisioterapeutas	6,21	5,48 - 6,93		6,82	5,81 - 7,83		8,54	7,66 - 9,42	
Otros profesionales	5,94	5,00 - 6,88		6,43	5,49 - 7,37		7,68	6,62 - 8,74	
Médicos	6,82	5,54 - 8,09		7,67	5,84 - 9,49		9,09	7,95 - 10,24	

Los resultados totales al relacionar pilares y rol en la UCI, indican que en el pilar técnico-científico obtuvo un promedio bajo con 5,94 en otros profesionales y el pilar bioético obtuvo un promedio alto con 9,09 en los médicos participantes.

Tabla 10. Percepción total de la humanización y el rol

Categorías Variables	GRAN TOTAL		
	Media	Intervalo de confianza [95%]	Valor de p (Anovas)
Auxiliares	6,81	6,06 - 7,55	0 .3658
Fisioterapeutas	6,63	5,87 - 7,39	
Otros profesionales	6,26	5,36 - 7,17	
Médicos	7,31	6,08 - 8,53	

En cuanto a la percepción total de la humanización y el rol en la UCI, se registró 7,31 como mejor promedio en los médicos y 6,26 en otros profesionales, es decir que, según el rol, los médicos refieren tener mayor humanización que los demás participantes.

Tabla 11. Relación entre categorías del modelo de análisis sobre Humanización en UCI y tipo de UCI

Categorías Variables	Pilares técnico-científicos			Profesionalismo			Pilares bioéticos		
	Media	Intervalo de confianza [95%]	Valor de p (prueba t)	Media	Intervalo de confianza [95%]	Valor de p (prueba t)	Media	Intervalo de confianza [95%]	Valor de p (prueba t)
UCI de puertas abiertas y participación familiares									
Pública	5,03	3,83 - 6,23	0.3846	7,40	6,22 - 8,58	0.6330	-	-	-
Privada	5,52	5,05 - 5,99		7,05	6,38 - 7,72		-	-	-
Comunicación									
Pública	6,44	5,11 - 7,78	0.8910	6,33	4,95 - 7,72	0.8603	8,00	5,87 - 10,13	0.7631
Privada	6,33	5,55 - 7,11		6,47	5,78 - 7,16		7,63	6,51 - 8,74	
Bienestar del paciente									
Pública	6,94	5,79 - 8,10	0.4868	7,22	5,55 - 8,90	0.9818	-	-	-
Privada	7,36	6,84 - 7,88		7,20	6,49 - 7,91		-	-	-
Toma de decisiones									
Pública	-	-	-	-	-	-	9,50	8,78 - 10,22	0.6226
Privada	-	-		-	-		9,24	8,74 - 9,74	
Cuidados al personal asistencial									
Pública	4,19	2,28 - 6,10	0.5384	-	-	-	-	-	-
Privada	4,87	3,88 - 5,85		-	-		-	-	-
Síndrome Post-UCI									
Pública	6,58	4,86 - 8,31	0.8516	5,50	3,26 - 7,74	0.6467	-	-	-
Privada	6,42	5,66 - 7,18		5,97	5,11 - 6,84		-	-	-
Fin de vida									
Pública	7,33	5,36 - 9,31	0.3446	6,53	4,53 - 8,53	0.4940	6,93	5,07 - 8,79	0.4940
Privada	8,18	7,44 - 8,92		7,25	6,33 - 8,18		8,20	7,48 - 8,93	
Infraestructura									
Pública	5,78	4,55 - 7,01	0.2707	4,83	2,63 - 7,03	0.1057	-	-	-
Privada	6,50	5,93 - 7,07		6,69	5,70 - 7,69		-	-	-

En la tabla 10 se muestran los resultados obtenidos al relacionar las categorías del modelo de análisis sobre Humanización en UCI (líneas estratégicas y los pilares técnico-científicos, de profesionalismo y bioéticos) y tipo de UCI (pública o privada). Se puede observar lo siguiente:

En el **pilar técnico-científico** se evidencia un promedio alto (8,18) en lo que refiere a las entidades privadas en la categoría fin de vida, igualmente se observa un promedio bajo con 4,19 en lo que refiere a las entidades públicas en cuidados al personal.

En el **pilar profesionalismo** se puede observar un promedio de 7,40 en respuesta a las instituciones privadas respecto a la categoría UCI puertas abiertas y participación de familiares, en contraste se observa un promedio bajo en la categoría de infraestructura por los participantes de entidades públicas con un 4,83.

En el **Pilar Bioético** se aprecia un promedio alto con 9,50 en la categoría toma de decisiones según las entidades públicas, en tanto se aprecia un bajo promedio con 6,93 según las entidades públicas en la categoría fin de vida.

Tabla 12. Total Categorías modelo Humanización y tipo de UCI

Categorías Variables	Total Categorías modelo Humanización y el tipo de UCI		
	Media	Intervalo de confianza [95%]	Valor de p (prueba t)
UCI de puertas abiertas y participación familiares			
Pública	6,16	5,13 - 7,19	0 .8745
Privada	6,25	5,75 - 6,74	
Comunicación			
Pública	6,62	5,46 - 7,78	0 .9504
Privada	6,57	5,91 - 7,24	
Bienestar del paciente			
Pública	7,04	5,91 - 8,17	0 .6428
Privada	7,31	6,80 - 7,81	
Toma de decisiones			
Pública	9,50	8,78 - 10,22	0 .6226
Privada	9,24	8,74 - 9,74	
Cuidados al personal asistencial			
Pública	4,19	2,28 - 6,10	0 .5384
Privada	4,87	3,88 - 5,85	
Síndrome Post-UCI			

Pública	6,22	4,41 - 8,03	0 .9547
Privada	6,27	5,54 - 7,00	
Fin de vida			
Pública	6,90	5,39 - 8,42	0 .1952
Privada	7,86	7,23 - 8,48	
Infraestructura			
Pública	5,61	4,26 - 6,95	0 .1726
Privada	6,53	5,95 - 7,12	

En la tabla titulada categorías modelo humanización y tipo de UCI, se observa un promedio alto con 9,50 en la toma de decisiones por parte de las entidades públicas, en estas entidades igualmente se encuentra un promedio bajo de 4,19 en lo relacionado a los cuidados del personal asistencial.

Tabla 13 Total Pilares y tipo de UCI

Categorías Variables	Pilares técnico-científicos			Profesionalismo			Pilares bioéticos		
	Media	Intervalo de confianza a [95%]	Valor de p (prueba t)	Media	Intervalo de confianza a [95%]	Valor de p (prueba t)	Media	Intervalo de confianza a [95%]	Valor de p (prueba t)
Pública	5,95	4,85 - 7,05	0 .4086	6,55	5,24 - 7,87	0 .6565	8,06	7,02 - 9,10	0 .4910
Privada	6,39	5,93 - 6,85		6,84	6,28 - 7,40		8,47	7,94 - 9,01	

Como percepción general de humanización respecto a los tres pilares planteados y el tipo de UCI se constató que las entidades públicas mostraron el promedio más bajo en pilares técnico-científicos con un 5,95, respecto a las entidades privadas las cuales mostraron el promedio más alto en los pilares bioéticos con un 8,47.

Tabla 14. Percepción total de la humanización y tipo de UCI

Categorías Variables	GRAN TOTAL		
	Media	Intervalo de confianza [95%]	Valor de p (prueba t)
Pública	6,35	5,26 - 7,43	0 .4679
Privada	6,74	6,27 - 7,21	

La tabla percepción total de la humanización y tipo de UCI, muestra que las entidades privadas presentan un promedio superior (6,74) al de las entidades públicas (6,35). En

la tabla 15 se muestra la relación entre categorías del modelo de análisis sobre Humanización en UCI. Se logra evidenciar que:

El Pilar **técnico científico** obtuvo un promedio alto (8,01) en la categoría Fin de vida, y un promedio bajo (4,73) en la categoría de cuidados al personal asistencial. El pilar **profesionalismo** evidencia el promedio más alto (7,21) en la categoría de bienestar del paciente y el más bajo (5,88) en el síndrome post UCI. En el pilar **bioético** la categoría Toma de decisiones presenta el promedio más alto (9,29) y en la categoría de comunicación presenta el promedio más bajo con 7,70.

Tabla 15. Relación entre categorías del modelo de análisis sobre Humanización en UCI y total pilares

Categorías - Variables	Pilares técnico-científicos		Profesionalismo		Pilares bioéticos	
	Media	Intervalo de confianza [95%]	Media	Intervalo de confianza [95%]	Media	Intervalo de confianza [95%]
UCI de puertas abiertas y participación familiares	5,42	4,97 - 5,86	7,12	6,54-7.70		
Comunicación	6,35	5,68 -7,03	6,44	5,83 - 7,05	7,70	6,72-8,68
Bienestar del paciente	7,27	6,80-7,75	7,21	6,55-7,86		
Toma de decisiones					9,29	8,87-9,71
Cuidados al personal asistencial	4,73	3,86-5,60				
Síndrome Post-UCI	6,45	5,76-7,15	5,88	5,06-6,70		
Fin de vida	8,01	7,30-8,72	7,11	6,27-7,95	7,95	7,25-8,64
Infraestructura	6,35	5,83-6,87	6,32	5,40-7,24		

Tabla 16. Relación entre categorías y pilares del modelo de análisis sobre Humanización en UCI y gran total

Categorías - Variables	Media	Intervalo de confianza [95%]
Puertas abiertas	6,23	5,79-6,67
Comunicación	6,58	6,01-7,16
Bienestar del paciente	7,25	6,79-7,71
Síndrome post UCI	6,26	5,58-6,95
Fin de vida	7,66	7,08-8,25
Infraestructura	6,35	5,80-6,89
Pilar Técnico científico	6,30	5,88-6,73
Pilar - Profesionalismo	6,78	6,27-7,30
Pilar - Bioética	8,39	7,91-8,87
GRAN TOTAL	6,66	6,23-7,09

En la tabla 16 se muestra la relación entre categorías y pilares del modelo de análisis sobre Humanización en UCI y gran total. Se evidenció que el promedio más bajo se encuentra asignado a la categoría puertas abiertas con 6,23 y el promedio más alto correspondiente a el pilar bioético con 8,39.

Al análisis del nivel de percepción de la muestra. En primera medida se identificó la relación entre el personal que labora en entidades públicas con las privadas, siendo 79,4% privada y 20,5% de entidades públicas, no obstante, el nivel de percepción respecto a la humanización fue medio para ambas.

Tabla 18. Relación entre el total de las categorías del modelo de humanización y el nivel de percepción por roles

Categorías - Variables	Total Categorías modelo Humanización y nivel percepción humanización				
	Auxiliares	Fisioterapeutas	Otros Profesionales	Médicos	N° Total participantes - % Total
UCI de puertas abiertas y participación familiares					
Bajo	6	8	8	1	23 - 31,08%
Medio	14	10	7	2	33 - 44,59%
Alto	7	5	3	3	18 - 24,32%
Comunicación					
Bajo	4	6	6	0	16 - 21,62%
Medio	14	11	8	4	37 - 50%
Alto	9	6	4	2	21 - 28,38%
Bienestar del paciente					
Bajo	3	3	2	0	8 - 10,81%
Medio	14	11	12	3	40 - 54,05%
Alto	10	9	4	3	26 - 35,14%
Toma de decisiones					
Bajo	0	1	1	0	2 - 2,70%
Medio	4	2	3	0	9 - 12,16%
Alto	23	20	14	6	63 - 85,14%
Cuidados al personal asistencial					
Bajo	14	13	11	3	41 - 55,41%
Medio	2	5	2	1	10 - 13,51%
Alto	11	5	5	2	23 - 31,08%
Síndrome Post-UCI					
Bajo	10	5	9	0	24 - 32,43%
Medio	6	10	3	5	24 - 32,43%

Alto	11	8	6	1	26 - 35,14%
Fin de vida					
Bajo	4	4	2	0	10 - 13,51%
Medio	8	5	8	3	24 - 32,43%
Alto	15	14	8	3	40 - 54,05%
Infraestructura					
Bajo	10	6	5	1	22 - 29,73%
Medio	9	12	8	3	32 - 43,24%
Alto	8	5	5	2	20 - 27,03%

Al relacionar el total de las categorías del modelo de humanización y el nivel de percepción de cada rol de los diferentes participantes (auxiliares de enfermería, fisioterapeutas, médicos y otros profesionales) se pudo evidenciar que en nivel de percepción en la primera línea estratégica de **UCI Puertas abiertas**, 14 de los auxiliares de enfermería, 10 los fisioterapeutas tuvieron un nivel de percepción medio, 8 de otros profesionales tuvieron un nivel de percepción baja y los médicos obtuvieron una percepción alta. Unificando la población participante se obtuvo un nivel de percepción medio siendo un 44,59%

La segunda línea estratégica trata sobre **la comunicación** siendo el manejo de información tanto de profesional a profesional, profesión a paciente y profesional a familiar encaminado a la solución de conflictos, fortalecimiento del trabajo a nivel multidisciplinar, confianza de los mismos y respuestas asertivas frente a la situación del enfermo, arrojó que 14 auxiliares de enfermería, 11 los fisioterapeutas, 8 de otros profesionales y 4 médicos tuvieron un nivel de percepción medio. En la totalidad de participantes se evidencia un nivel de percepción medio siendo un 50%

El bienestar siendo la tercera línea estratégica evaluada hace referencia a las medidas de confort y la valoración biopsicosocial en el contexto del paciente. 14 auxiliares de enfermería, 11 fisioterapeutas y 12 de otros profesionales arrojaron un nivel de percepción medio y el 50% de los médicos tuvo un nivel de percepción medio y el

restante alto. La totalidad de población participante de obtuvo un nivel de percepción medio siendo un 54%.

La cuarta línea estratégica acerca de **la toma de decisiones** a la hora de la aplicación o suspensión de terapéuticas en pro a la recuperación del paciente crítico, 23 de los auxiliares de enfermería, 20 fisioterapeutas, 14 de otros profesionales y 6 médicos siendo así un nivel de percepción fue alto tanto para profesionales y técnicos. El 85, 14% del total del personal encuestado tuvo un nivel de percepción alto.

Por el contrario, en la quinta línea estrategia el **cuidado a personal asistencial** obtuvo un nivel de percepción bajo para todos los encuestados, correspondiendo a 14 auxiliares de enfermería, 13 fisioterapeutas y 11 de otros profesionales y 5 médicos donde hacia énfasis en áreas de descanso, actividades que mejoren el ambiente laboral y el cuidado al síndrome de burnout. Del 100% de los participantes, 55.41%, del personal encuestado tuvo un nivel de percepción alto bajo.

Toda enfermedad tratada a nivel hospitalario debería llevar un seguimiento continuo e integral, velando por la calidad de vida del paciente tanto en la estancia intrahospitalaria como su regreso a casa. Por tal razón el sexto lineamiento es referente a **Post UCI** los resultados fueron 10 auxiliares de enfermería junto a 9 de otros profesionales con un nivel de percepción alto y 10 fisioterapeutas y 5 médicos se obtuvo un nivel de percepción medio. Del 100% de los participantes, el 85, 14% del total del personal encuestado tuvo un nivel de percepción alto.

Posterior a esta se evaluado los diferentes manejos y necesidades psicosociales y espirituales dando la séptima línea estratégica como de **final de vida** donde 15 auxiliares de enfermería, 14 fisioterapeutas, 8 de otros profesionales y 3 médicos arrojaron un nivel de percepción alto siendo el 54,05% del total de la población participante; y el 50% de otros profesionales y de los médicos encuestados tuvieron un nivel de percepción medio.

La última línea estratégica que trataba de **Infraestructura** se encaminaba a que todo el personal de salud debe contar con herramientas, tecnologías y espacios específicos para un manejo integral de cada uno de sus pacientes, siendo así 10 auxiliares de enfermería

junto tuvieron un nivel de percepción de humanización bajo mientras que 12 los fisioterapeutas, 8 de otras profesiones y 3 médicos arrojaron un nivel de percepción medio (ver tabla 18).

Tabla 19. Relación Pilares del modelo de humanización y el nivel de percepción de humanización por roles

Categorías - Variables	Total Pilares Humanización y nivel percepción humanización				
	Auxiliares	Fisioterapeutas	Otros Profesionales	Médicos	N° total participantes - % Total
Pilares Técnico-científicos					
Bajo	8	6	5	0	19 - 25,68%
Medio	10	13	10	5	38 - 51,35
Alto	9	4	3	1	17 - 22,97
Pilares Profesionalismo					
Bajo	7	6	6	1	20 - 27,03%
Medio	9	7	7	1	24 - 32,43%
Alto	11	10	5	4	30 - 40,54%
Pilares Bioéticos					
Bajo	1	1	4	0	6 - 8,11%
Medio	7	4	3	2	16 - 21,62%
Alto	19	18	11	4	52 - 70,27%

Simplificado los resultados en los tres pilares de estudio. El técnico científico se halló que los auxiliares de enfermería (10), los fisioterapeutas (13) otros profesionales (10) y los médicos (5) tuvieron un nivel de percepción medio siendo el 51.36% de la población total. En el pilar del profesionalismo, obtuvieron un nivel de percepción alto y los auxiliares, fisioterapeutas y médicos exceptuando (7) otros profesionales que fue una percepción media y por ultimo el pilar de bioética arrojando un nivel de percepción alto en todos los profesionales siendo un 70,2% del total de la población participante.

Tabla 20. Relación Gran total nivel de percepción de humanización y roles

Categorías - Variables	Gran Total nivel percepción humanización x Rol				
	Auxiliares	Fisioterapeutas	Otros Profesionales	Médicos	N° total participantes - % Total

Bajo	7	4	4	0	15 - 20,27%
Medio	10	14	10	5	39 - 52,70%
Alto	10	5	4	1	20 - 27,03%

Tabla 21. Relación Gran total nivel de percepción de humanización y Género

Categorías - Variables	Gran Total nivel percepción humanización x Género		
	Femenino	Masculino	Nº - %
Bajo	12	3	15 - 20,27 %
Medio	30	9	39 - 52,70%
Alto	16	4	20 - 27,03%

Al relacionar el nivel de percepción de humanización del personal de salud entre géneros siendo 58 de femenino y 16 masculino, se halló que el 52,70% de la población total tuvo un nivel de percepción de humanización media.

Tabla 22. Relación Gran total nivel de percepción de humanización y Tipo de UCI

Categorías - Variables	Gran Total nivel percepción humanización x Tipo de Uci		
	Privada	Pública	Nº Total - % Total
Bajo	4	11	15 - 20,27%
Medio	8	31	39 - 52,70%
Alto	3	17	20 - 27,03%

El nivel de percepción de humanización tanto para el personal asistencial de las UCI privadas y públicas fue media teniendo en cuenta que en privada fueron 8 y el pública fueron 31 siendo un total de 39 abarcando un 52,70% de la población total.

Capítulo 5 – Discusión y conclusiones

Al buscar la respuesta de investigación inicial de ¿Cuáles son los pilares técnico-científicos, de profesionalismo y bioéticos de la atención humanizada en cuidado crítico, a partir de la percepción de profesionales y auxiliares que laboran en Unidades de Cuidado Intensivo de Bogotá?

Se halló que el 52,5% del personal de salud que labora en entidades privadas y 53,4% que trabaja en entidades públicas tienen un nivel de percepción medio frente a la humanización en el servicio de UCI. Por género, los hombres obtuvieron un 56,2% frente a un 51,7% que las mujeres, pero su nivel de percepción frente a la humanización es medio en ambos géneros. En cuanto a los diferentes roles que desempeñan los participantes se destacaron los médicos al momento de responder en las líneas estratégicas de UCI puertas abiertas, bienestar, toma de decisiones, UCI final de vida e infraestructura obteniendo nivel de percepción alto. Por el contrario, el lineamiento del cuidado al personal asistencial el nivel de percepción para todos fue bajo.

Para esto se realizó una encuesta con base al formato del proyecto HU-CI de España, el cual fue modificada a nuestro lenguaje se basa de ocho líneas estrategias (Uci de puertas abiertas y participación de los familiares, comunicación, bienestar del paciente, toma de decisiones, cuidados al personal asistencial, Síndrome Post- UCI, fin de vida e infraestructura). En donde se involucran al paciente, al familiar y personal de salud.

La situación de humanización en la actualidad juega un papel importante, por eso para Escudera D y colls (2015), fue importante dar a conocer aspectos organizativos de horario y características de visitas familias en las UCI españolas. Para esto crearon un cuestionario el cual fue enviado a través de correo electrónico a diferentes asociaciones y suscriptores del área intensiva donde se obtuvo un total de 206 encuestas procedentes de 131 hospitales, 111 de titularidad pública y 20 privados. Resaltando 5 UCIs (3,8%) que tienen un horario abierto las 24 h y otras 13 unidades (9,8%) que tienen horario abierto, pero en jornada diurna. En cuanto al número de visitas, el (67,7%) de las UCI, permiten 2 visitas durante el día máximo de 2 familiares. Los tiempos de visita más

frecuentes son 30 min (40,6%) y 60 min (45,1%), respectivamente. Y solamente el 1,5% de las UCI encuestadas la visita familiar y la comunicación con el paciente se realiza a través de ventanilla, lo que hizo pensar que aunque no es una cifra suficiente la UCI de puerta abiertas no es una opción es una necesidad que se tiene a nivel local; lo cual si se compara con las respuestas los médicos, los fisioterapeutas y auxiliares de enfermería mostraron una nivel de percepción medio frente al pilar técnico–científico y profesionalismo en cual vincula a UCI puertas abiertas y participación de familiar.

En España en la década de los 90, inicia una ardua labor a favor de la flexibilización de las normas de visita por parte de la familia, evidenciando los múltiples beneficios tanto para el enfermo como para el personal de salud.

Por tal razón Ayllón y Colls,(2014) realizaron un estudio descriptivo en forma de encuesta de 30 ítems, con el objetivo de conocer la perspectiva de los profesionales respecto a los efectos de la visita abierta en el paciente en la familia y en la actividad profesional, La población escogida fue en una Uci del Hospital Universitario de Alava sede Txagorritxu, en donde tenían la capacidad de atención de 20 pacientes, con una personal que consta de 38 enfermeras, 23 auxiliares y 10 médicos tratantes. Encontrando que 64 de los participantes opinaron que la visita abierta puede tener un efecto beneficioso en el paciente (67%), en la familia (61%) y el 62% considero que la visita abierta resultaría poco beneficiosa para el personal. El 50% de los encuestados mantendría los horarios de visita actuales y, si la situación del paciente lo requiere se ampliaría, con relación a la investigación tiene similitud de respuestas por parte del pilar donde los médicos (83,3%), Fisioterapeutas (56.5%), otros profesionales (55.5%) y auxiliares de enfermería (37%) tuvieron un nivel de percepción media respecto a la humanización frente al profesionalismo y a nivel técnico- científico.

Desde el comienzo del 2020, la participación de los familiares en los centros hospitalarios tuvo un cambio drástico, debido a la pandemia con el Covid 19 y, las UCIs no fueron la excepción. Por tal razón Wendlandt y colls, quisieron saber que impacto tuvo la restricción de las visitas familiares teniendo en cuenta los puntos de vista de enfermería

y médicos. Para eso desarrollaron una encuesta de preguntas abiertas y cerradas aplicando análisis cuantitativos y cualitativos.

Los resultados de 74 encuestados en 38% fueron enfermeras y el 62% eran médicos. Las enfermeras informaron cambios positivos en el flujo de trabajo diario y la capacidad de brindar atención médica, mientras que los médicos informaron cambios negativos en estas áreas. Ambos grupos informaron una disminución de la comprensión y un aumento de la angustia entre las familias, y una disminución de la capacidad para brindar cuidados al final de la vida. Por otra parte, a nivel cualitativo se identificaron ocho temas: la habitación del paciente, la comunicación virtual, el tiempo, el aumento de la complejidad de la atención, los desafíos en torno al uso de la tecnología, los ajustes a los roles y responsabilidades del equipo, el deseo de las familias de retorno y tensión interna lo que si se contrasta con los resultados del estudio de una manera cuantitativa

Al realizar la comparación entre las respuestas de la encuesta aplicada, El primer lineamiento de UCI puertas abiertas que hace referencia a los horarios que permiten la inclusión de los familiares del paciente en los diferentes procedimientos requeridos durante su estancia en la Unidad tuvo similitud en los médicos con un 50% tuvieron un mayor nivel de percepción frente a los demás.

Otro lineamiento que llamó la atención fue el cuidado al personal de salud, ya que todos los participantes tuvieron un nivel de percepción de humanización baja, teniendo en cuenta que comprende Áreas de descanso, actividades que mejoren el ambiente laboral y atención al síndrome de burnout, el cual es un tipo de estrés laboral que se caracterizado por estados de agotamiento físico, emocional y/o mental, reflejado en el cansancio emocional, despersonalización y realización personal.

Por tal razón en Argentina Torre M y cols (2018) Realizaron un estudio observacional, cuantitativo y de corte transversal entre enfermeras de UCI entre el 1 de junio y el 1 de septiembre de 2016. Se tuvo en cuenta las variables de género, edad, grado académico (auxiliar, técnico, licenciatura o posgrado), años de práctica, pluriempleo (poseer más de un trabajo de tiempo completo), función principal (asistencial, gestión, investigación o docencia) y relación promedio enfermera-paciente en el empleo principal. Tuvieron como

muestra 486 respuestas, se analizaron los datos y se aplicó un test de Cronbach para medir la validez interna del cuestionario, obteniéndose un resultado de 0,88. Estableciendo que el que el 84% de la muestra (410 de 486) mostró tener unos valores moderados o altos en al menos una de las sub-escalas sin asociación significativa entre las variables evaluadas llegando a la conclusión que mas del 80% de las enfermeras encuestadas muestran niveles moderados a altos de burnout dando una similitud de respuesta este estudio.

Finalmente, pese a las limitaciones de este estudio, se puede concluir que el modelo HUCI está principalmente fundamentado en elementos de corte técnico-científico basados en procesos, protocolos o procedimientos empleados como métodos para orientar acciones terapéuticas o institucionales objetivas, siendo los cuidados alrededor del paciente en estadio de fin de vida el mejor cimentado. Sin embargo, los cuidados al personal asistencial son un tema de interés con los peores resultados. En cuanto al pilar “Profesionalismo” se observa que el modelo HUCI contiene algunos elementos, aunque deberá incorporar otros, para los cual habrá que realizar más estudios o nuevas propuestas para fortalecer la vocación de servicio en los trabajadores de las UCI. Sin embargo, se resalta que la preocupación por el bienestar del paciente es un elemento clave y resaltado por los participantes en este estudio, aunque con limitación frente al seguimiento que se realiza a estos luego de su dada de alta en la UCI. También es de resaltar que el Pilar Bioética, entendido como la praxis de principios y virtudes éticas en pro de trato justo y digno (buen vivir - buen morir) a los pacientes y sus familias, y para la resolución de conflictos éticos, no está claramente establecido en el modelo HUCI; sin embargo, a este subyace que el modelo en sí favorece la toma de decisiones bajo algunos parámetros éticos. Ante esto se recomienda realizar más estudios en los equipos que trabajan en las UCI.

Alcances y limitaciones

Durante el diseño e implementación del cuestionario virtual, se encontraron las siguientes limitaciones: En primera medida fue la pandemia por Covid-19 tanto en su primer como segundo pico respiratorio, afectando la principal población a quienes estaba dirigida el

cuestionario, puesto que muchos de ellos se encontraba en la unidad de cuidados intensivo, presentando una alta carga laboral, formándose en nuevos protocolos de bioseguridad y protocolos de atención en paciente Covid, lo que conllevaba a una demanda de horas extra laborales, limitando su tiempo de descanso y ocio, que era donde podían resolver el cuestionario de forma correcta y entendiendo el impacto del mismo.

Una limitante muy marcada fue una participación menor a la esperada, ya que se realizó una difusión masiva entre coordinadores de los sitios de prácticas donde participa la Corporación Universitaria Iberoamérica, así como invitación a la participación de este proyecto por medio de colegas en los sitios de práctica y laboral, ampliando el plazo establecido inicialmente con el fin de lograr una mayor participación.

Otra de las limitantes fueron las reuniones virtuales para concretar retroalimentaciones al trabajo, puesto que las investigadoras principales se encontraban en turnos laborales o en turno de práctica profesional de la especialización en cuidado crítico, limitando el tiempo libre en común, a lo cual el Docente fue comprensivo y brindó de su tiempo en horarios pos-turnos, abriendo espacios entre clases con el fin de favorecer el enriquecimiento de este proyecto.

Frente a los alcances obtenidos se logró el cumplimiento de los objetivos planteados en la investigación.

Referencias

Ayllón, N. Montero, P. Fernández A y Sánchez Zugazua J. (2014). Unidad de cuidados intensivos de puertas abiertas: perspectiva de los profesionales. *Revista Enfermería intensiva* <https://www.elsevier.es/es-revista-enfermeria-intensiva-142-pdf-S1130239913000941>

Andino, C. (2015). Bioética y humanización de los servicios asistenciales en la salud. *Revista Colombiana de Bioética*, 10(1), 38–64 <https://revistas.unbosque.edu.co/index.php/RCB/article/view/684/2475>.

Ariza C. (2011). Soluciones de humanización en salud en la practica diaria. *eneo-unam*. Vol 9, n01 <http://www.scielo.org.mx/pdf/eu/v9n1/v9n1a6.pdf>

Alonso A, Heras G. (2020). Humanizing care reduces mortality in critically ill patients. *Medicina intensiva*. Mayo 15. Vol. 44 pág. 122- 124 <https://www.medintensiva.org/en-humanizing-care-reduces-mortality-in-articulo-S2173572720300047>

Bermejo J, Vallaceros M. (2018). Humanización. *Iberoamericana de bioética*. N°8 Pag 3. <https://revistas.comillas.edu/index.php/bioetica-revista-iberoamericana/article/view/8946/8939>

Baeza, I. & Quispe, C. (2019). Proyecto “Humanizando los Cuidados Intensivos”, nuevo paradigma de orientación de los Cuidados Intensivos. *Bioética y Derecho Perspectiva* .<https://scielo.isciii.es/pdf/bioetica/n48/1886-5887-bioetica-48-0111.pdf>

Bello, S. (2000). Humanización y Calidad de los Ambientes Hospitalarios. Facultad de medicina. http://ve.scielo.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0798-0469200000200004

Comisión Nacional para la protección de los sujetos humanos de investigación biomédica y comportamental (2003). Informe Belmont Principios y guías éticos para la protección de los sujetos humanos de investigación. National Institutes of Health. 10._INTL_Informe_Belmont.pdf

Correa, M. (2015). La humanización de la atención en los servicios de salud: Un asunto de cuidado. *Revista Cuidarte*. Colombia, Bucaramanga. http://www.scielo.org.co/scielo.php?pid=S2216-09732016000100011&script=sci_abstract&tlng=es

Camps, V. (2015). Los valores éticos de la profesión sanitaria. *Educacion medica.*, 16(1), 3–8. <https://www.elsevier.es/es-revista-educacion-medica-71-pdf-S1575181315000029>

Comisión Nacional para la protección de los sujetos humanos de investigación biomédica y comportamental. (1978). Informe Belmont Principios y guías éticos para la protección de los sujetos humanos de investigación.

<http://www.bioeticayderecho.ub.edu/archivos/norm/InformeBelmont.pdf>

De la Fuente, C. Rojas, M. Gómez, M. Lara, P. Morán, E & Aguilar E. (2018). Implantación de un proyecto de humanización en una Unidad de Cuidados intensivos. *Med Intensiva*. Vol. 42(2): 99-109. <https://www.medintensiva.org/es-implantacion-un-proyecto-humanizacion-una-articulo-S0210569117302206>

Declaración de Singapur sobre la Integridad en la Investigación (21-24 de julio de 2010). 2ª Conferencia Mundial sobre Integridad en la Investigación.

<https://www.conicyt.cl/fondap/files/2014/12/DECLARACION-C3%93N-SINGAPUR.pdf>

García, D. (2019). Atención centrada en la persona: Humanización de los cuidados intensivo. *Noble*. Compañía de seguros. Pág. 1-8

<http://asegurados.descargas.nobleseguros.com/download/posts/January2019/2cfbONXw83XHhBA3TjhN.pdf>

Grupo de trabajo de certificación de Proyecto HU-CI, (2017). Manual de buenas prácticas de humanización en Unidades de Cuidados Intensivos. Madrid: Proyecto HU-CI. Pág. 1-92. https://proyctohuci.com/wp-content/uploads/2022/01/Manual_BP_HUCI_rev2019_web.pdf

Joven, Z. Guáqueta, S.(2019). Percepción del paciente crítico sobre los comportamientos de cuidado humanizado de enfermería.. Disponible:

<https://doi.org/10.15446/av.enferm.v37n1.65646>

La Calle, G. Cruz, M. Nin N. (2017). Seeking to humanize intensive care. *Rev Bras Ter Intensiva*. Pag. 9-13.

<https://www.scielo.br/j/rbti/a/9sDvqzdt5nRP8QStGyGvyxk/?format=pdf&lang=en>

Martínez, G. (2002). Cuidados intensivos: necesidad de cuidados intermedios. *Enfermería Intensiva*.

<https://www.sciencedirect.com/science/article/abs/pii/S1130239902780723>

Ministerio de Salud y Protección Social. (2015). Atlas de Variaciones Geográficas en Salud de Colombia. Estudio piloto. Resultados de ingresos hospitalarios a la UCI.

<https://www.minsalud.gov.co/sites/rid/Lists/BibliotecaDigital/RIDE/DE/PES/Atlas-variaciones-geograficas-2015.pdf>

Ministerio de Sanidad y política social, (2010). Unidades de cuidados intensivos: Estándares y recomendaciones. Informes, estudios e investigaciones.

<https://www.sanidad.gob.es/organizacion/sns/planCalidadSNS/docs/UCI.pdf>

Mondadori, A. Moraes, E. Oliveira, A. Cosmo, C. Waldow, V. & Taglietti, M. (2016). Humanización da fisioterapia em Unidade de Terapia Intensiva Adulto: estudo transversal. *Fisioter Pesquisa*. pag 294-300
<https://www.scielo.br/jfp/a/s7ZQyB4C3hyqHgP9fvfGhjB/?format=pdf&lang=en>

Moreno, L., & Polo, F. (2018). Humanizando las unidades de cuidado intensivo: Una propuesta desde la comunicación centrada en las necesidades de la familia. *Corporación Universitaria Iberoamericana*, 1–91.
<https://repositorio.iberu.edu.co/bitstream/001/884/1/Humanizando%20las%20unidades%20de%20cuidado%20intensivo%20una%20propuesta%20desde%20la%20comunicaci%C3%B3n%20centrada%20en%20las%20necesidades%20de%20la%20familia.pdf>

Morris, C. (2014). Universal Health Coverage and Palliative Care. WHPCA.pag 3-14.
http://www.thewhpc.org/images/resources/publications-reports/Universal_health_coverage_report_final_2014.pdf

Organización de las Naciones Unidas para la Educación, la Ciencia y la Cultura – UNESCO. (2005). Declaración universal sobre bioética y derechos humanos.
<http://unesdoc.unesco.org/images/0014/001461/146180S.pdf>

Resolución 008430 de 1993. Normas científicas, técnicas y administrativas para la investigación en salud, Artículo 15. El Consentimiento informado. 4 de octubre
<https://www.minsalud.gov.co/sites/rid/Lists/BibliotecaDigital/RIDE/DE/DIJ/RESOLUCION-8430-DE-1993.PDF>

Resolución 0314 de 2018. Política de Ética de la investigación, Bioética e Integridad científica de Colombia, 5 de abril.
https://minciencias.gov.co/sites/default/files/upload/reglamentacion/resolucion_0314-2018.pdf

Resolución 8430 de 1993. Ministerio de Salud. Por la cual se establecen las normas científicas, técnicas y administrativas para la investigación en salud. Colombia. 4 de octubre.
<http://www.minsalud.gov.co/sites/rid/lists/bibliotecadigital/ride/de/dij/resolucion-8430-de-1993.pdf>

Rojas V. (2019). Humanización de los cuidados intensivos. *Revista Médica Clínica Los Condes*. Vol 30, Núm 2. pág: 120-125. <https://www.elsevier.es/es-revista-revista-medica-clinica-las-condes-202-articulo-humanizacion-de-los-cuidados-intensivos-S0716864019300240>

Sánchez Vallejo A, Fernández D, Pérez-Gutiérrez A y Fernández-Fernández M (2016). Análisis de las necesidades de la familia del paciente crítico y la opción de los

profesionales de la Unidad de cuidado intensivo. <https://www.medintensiva.org/es-pdf-S021056911630033X>

Spinsanti,S. (1998). Bioética global o la sabiduría para sobrevivir. In Cuadernos del Programa Regional de Bioetica,Chile, Vol 7,Pag 9-19.

Torre, M. Colls. (2018). Vavloracion en la estacia en UCI desde un punto de visto de pacientes y familiares.Rev Esp Salud Pública. <https://scielo.isciii.es/pdf/resp/v92/1135-5727-resp-92-e201805011.pdf>

Urrutia. M, Barrios, A. Silvia, Gutiérrez M & Mayorga M. (2014). Métodos óptimos para determinar validez de contenido. Educación Médica Superior,. http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0864-21412014000300014&lng=es&tlng=es

Weil MH, Tang W. (2011). From intensive care to critical care medicine: a historical perspective. Am J Respir Crit Care Med. 2011;183:1451-3.

Anexos

Anexo 1.

CONSENTIMIENTO INFORMADO

La presente investigación titulada “Atención humanizada en cuidado crítico: fundamentos técnico-científicos, de profesionalismo y bioéticos. Estudio descriptivo exploratorio en personal de Unidades de Cuidado Intensivo de la ciudad de Bogotá”, es conducida por Valentina Forero Sarmiento y Mauren Jiménez Rodríguez como autoras principales; bajo la dirección del Docente Luis Alberto Sánchez Alfaro de la Corporación Universitaria Iberoamericana; para optar por el título de Especialistas de Fisioterapia en cuidado crítico.

Lo invitamos a participar y colaborar con nuestra investigación. Para ello deberá responder el siguiente cuestionario. Todas sus respuestas son desde su punto de vista y basado en su experiencia laboral. Esto tomará aproximadamente 20 minutos de su tiempo. Sus respuestas son de gran ayuda para el proyecto y para la búsqueda de mejoras en la atención de las UCI.

Su participación es voluntaria; se garantizará resolver preguntas y aclarar dudas sobre esta investigación a los participantes, igualmente puede retirarse del proyecto en cualquier momento sin que eso lo perjudique de ninguna forma. La información que provea en el curso de esta investigación no será usada para ningún otro propósito, esta investigación no representa ningún riesgo para la salud. Por último, esta información será manejada de acuerdo a la ley 1581 de 2012 que trata sobre protección de datos personales. Todo se mantendrá con plena confidencialidad.

Para mayor información usted puede contactarse con:

Valentina Forero Sarmiento: vforero@ibero.edu.co

Mauren Jiménez Rodríguez: mjimenez@ibero.edu.co

Luis Alberto Sánchez Alfaro: luis.sanchez@ibero.edu.co

Acepto

No Acepto

