

**CARACTERIZACIÓN DE LOS CUIDADOS HUMANIZADOS DE ENFERMERÍA
RECIBIDOS POR LOS FAMILIARES DE PERSONAS HOSPITALIZADAS EN
UNIDADES DE CUIDADOS INTENSIVOS. REVISIÓN INTEGRATIVA DE LA
LITERATURA**

**CAROLINA PATIÑO ROJAS
JENNEFFER PALACIOS MUÑOZ
KAREN TATIANA ZAMORA CELY**

**UNIVERSIDAD ANTONIO NARIÑO
FACULTAD DE ENFERMERÍA
SEDE CIRCUNVALAR**

2020

**CARACTERIZACIÓN DE LOS CUIDADOS HUMANIZADOS DE ENFERMERÍA
RECIBIDOS POR LOS FAMILIARES DE PERSONAS HOSPITALIZADAS EN
UNIDADES DE CUIDADOS INTENSIVOS. REVISIÓN INTEGRATIVA DE LA
LITERATURA**

**PROYECTO DE GRADO PARA OBTENER EL TÍTULO DE
ENFERMERA**

**CAROLINA PATIÑO ROJAS
JENNEFFER PALACIOS MUÑOZ
KAREN TATIANA ZAMORA CELY**

Asesor

NATALY CASTELLANOS SANCHEZ

**UNIVERSIDAD ANTONIO NARIÑO
FACULTAD DE ENFERMERÍA
SEDE CIRCUNVALAR**

2020

DEDICATORIA

Este trabajo está dedicado a Dios y a nuestros padres, que gracias a sus esfuerzos, enseñanzas, paciencia y apoyo hemos logrado cumplir con uno de nuestros sueños para tener un mejor futuro y formarnos como profesionales. Sin ellos esto no hubiera sido posible pues todo lo que hemos alcanzado ha sido gracias a su amor y comprensión.

AGRADECIMIENTOS

Principalmente le agradecemos a Dios por darnos la oportunidad y los conocimientos para poder realizar este trabajo, a la Universidad ya que fueron nuestros guías y nos permitieron nuestra formación académica durante estos años.

Agradecer a nuestros padres que nos enseñaron la perseverancia que debemos tener para obtener un logro, y todo el apoyo que nos ofrecieron.

Por último y no menos importante agradecer a nuestra asesora Nataly Castellanos Sánchez que gracias a su apoyo nos guío, orientó y culminó con nosotras este procedimiento para poder realizar el trabajo de la mejor manera.

A todos un sincero agradecimiento, pues sin su ayuda esto no hubiera sido posible, agradecemos profundamente su apoyo y compromiso.

TABLA DE CONTENIDO

1. Dedicatoria	3
2. Agradecimiento	4
3. Introducción	8
4. Planteamiento del problema	10
5. Pregunta problema.....	13
6. Justificación del proyecto	14
7. Objetivos	17
5.1 General.....	17
5.2 Específicos.....	17
8. Marco referencial.....	18
6.1 Marco conceptual.....	18
6.2 Marco teórico	18
6.2.1 Teoría del cuidado humanizado.....	20
6.2.2 Antecedentes	21
6.2.2.1 Antecedentes históricos	21
6.2.1.2. Antecedentes Legales.....	23
9. Diseño metodológico	30
10. Consideraciones éticas.....	34
11. Resultados.....	37

11.1 Búsqueda bibliográfica.....	37
11.2 Caracterización de los artículos seleccionados.....	39
11.2.1 Caracterización de artículos de acuerdo con las bases de datos en donde se hallaron	43
11.2.2 Caracterización de artículos de acuerdo con el año de publicación.....	45
11.2.3. Caracterización de artículos de acuerdo con los idiomas en los que se encuentran publicados.....	46
11.2.4 Caracterización de artículos de acuerdo al país donde fueron publicados.....	47
11.2.5 Caracterización de artículos de acuerdo con la clasificación en cuadriles de la revista en donde se hallaron.....	48
12. Discusión de resultados	50
11.1 Visitas: tiempo para reflexionar con el familiar	50
11.2 Necesidades percibidas por los familiares brindadas por los profesionales de enfermería.....	52
11.3 La comunicación: un elemento esencial para una buena recuperación, entre profesionales y familiares.....	53
11.4 Afrontamiento: una realidad vivida	54
11.5 Espiritualidad	56
13. Conclusiones.....	58
14. Recomendaciones	59
15. Anexos.....	60
16. Bibliografía	65

LISTA DE TABLAS

Tabla 1 Criterios de inclusión y exclusión para la búsqueda y selección de la literatura.....	31
Tabla 2 Primeras ecuaciones de búsqueda	36
Tabla 3 Segundas ecuaciones de búsqueda.....	37
Tabla 4 Caracterización de artículos seleccionados por necesidades percibidas o categorías	39

LISTA DE FIGURAS

Figura 1. Explicación grafica de teoría de enfermería.....	21
Figura 2 Esquema de búsqueda de la literatura.....	36
Figura 3 Clasificación de artículos según base de datos donde se encontraron.....	42
Figura 4 Clasificación de los artículos de acuerdo con el año de su publicación.....	43
Figura 5 Clasificación de la literatura hallada de acuerdo con el idioma.....	44
Figura 6 Clasificación de la literatura revisada con base a los países donde fue escrita.....	45
Figura 7 Clasificación de documentos de acuerdo con el tipo de estudio y diseño.....	46

1. INTRODUCCIÓN

La vida cotidiana de las personas no sólo contempla momentos de alegría y esparcimiento en familia, amigos o pareja, etc. Las circunstancias en que se traduce dicha cotidianidad pueden traer consecuencias normales o anormales en la condición de salud que goza una persona (enfermedades, cuidados paliativos, entre otros), situaciones que sacan flote los verdaderos lazos de amistad, atención familiar, social, y del sistema de salud.

Respaldados en la ciencia, experiencia y la práctica médica, el personal médico general y/o especializado y de la enfermería, mantiene su visión puesta en mejorar y ayudar a superar estas condiciones adversas de la salud humana. Por lo general el paciente o su familiar refieren el motivo o razones por las cuales acuden a los servicios de salud. Un diagnóstico podría revelar los principales hallazgos para el tratamiento a efectuarse y en el que se procure mantener o mejorar niveles en él, se procure el menor daño posible al paciente y a su familia.

Uno de los principales temores y conclusiones del paciente y/o acompañantes al ser remitido o trasladado a una zona de nivel especializado como la Unidad de cuidado intensivo, es el empeoramiento de la condición de salud de la persona; y es allí donde entra a jugar un rol muy importante en la sociedad, no solo el paciente que quiere superar la enfermedad o patología, sino también el personal que brinda la atención en salud, ya que se presentan factores de hermetismo y desesperación, falta de confianza, etc.

El ingreso de pacientes en delicado estado de salud en estas unidades crea barreras físicas y mentales para las relaciones entre familiares. La falta de comunicación con los familiares del paciente en el hospital tiene un impacto directo en los cambios físicos y de comportamiento y estrés y dentro del ambiente familiar, puede presentar la misma condición que la de una persona gravemente enferma.

Lo anterior implica mayor compromiso del personal tratante, brindar mecanismos y medidas para una comunicación acertada con el paciente y sus acompañantes. El profesional de enfermería y demás personas intervinientes en la atención deben estar capacitados y tratar de

ponerse en el lugar del otro, de manera que puedan contribuir efectiva y oportunamente con información actualizada del paciente, contar con un equipo interdisciplinario y transversal para la asesoría a este y sus allegados, contemplar un cuidado lo más humanizado y digno para estos, entre otros, pues no se debe olvidar que por el solo hecho de la existencia de la persona gozamos de dignidad sin distinción de raza, sexo, afinidad política, del respeto por los derechos propios y ajenos, y la protección especial del Estado y las instituciones públicas.

Este tipo de estudio permite resaltar una fuerte combinación de fortalezas que enfermería, en el campo de cuidado al paciente crítico; las cuales lo vuelven más capacitado al entender a la familia como un aspecto fundamental dentro de cualquier ejercicio de su práctica.

Esta revisión de la literatura permitió determinar las intervenciones de cuidado específicas que debe ofrecer un profesional de enfermería a la familia del paciente crítico; para llegar a ello, se hizo la búsqueda de una serie de investigaciones caracterizadas en artículos y tesis de grado que dan cuenta de los cuidados humanizados más importantes a ofrecer a los familiares y pacientes de la unidad de cuidados intensivos. Dichos cuidados serán dados a conocer al lector a través de categorías que en sí son necesidades que presentan las parentelas en medio de su estancia en UCI: visitas, comunicación, afrontamiento, espiritualidad y otras necesidades percibidas; para así poder contribuir a los estudiantes de enfermería y a quienes lean este trabajo de grado a distinguir de mejor manera en qué consisten y cómo se ejecutan los cuidados humanizados a través de información veraz; que tanto requieren espacios tan mecánicos y fríos como pueden llegar a ser las unidades de atención a pacientes críticamente enfermos y en momentos tan difíciles como el que hoy por hoy la humanidad atraviesa en medio de la pandemia de la COVID 19.

2. PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

La Organización Mundial de la Salud (OMS), determina a la familia como:

“El conjunto de individuos que cohabitan bajo la misma casa, organizadas en diferentes roles (padre, madre, hermanos, etc.) hasta un cierto grado de consanguinidad determinados por sangre, adopción y matrimonio, de carácter financiero y social, donde existen sentimientos afectuosos que los acoplan y reúnen”. (1) Es decir, existen factores naturales y civiles que inciden en la conformación del grupo familiar y el relacionamiento social entre sus integrantes. Teniendo en cuenta las diferentes situaciones de salud propias en desarrollo normal del individuo y en la que podría verse inmiscuido un familiar en determinado momento, es importante abordar las implicaciones derivadas de dichas condiciones en un contexto de cuidado al cuidador del paciente, puesto que los pacientes no son los únicos afectados con el ingreso a una Unidad de Cuidados Intensivos-UCI.

Tal como afirman Rodríguez y cols., el ingreso de un individuo enfermo a este tipo de unidad implica una barrera tanto física como psicológica en la forma de relacionarse la familia y la persona, pues la falta de comunicación del paciente hospitalizado con sus allegados produce alteraciones físicas y psico-afectivas y cuadros de estrés, que indirectamente afectarán el entorno familiar al punto que la familia podría presentar esas mismas condiciones del paciente crítico. (2),

En lo concerniente al estrés, Lazarus conocido por su teoría sobre el estrés y las emociones, afirma que este es un proceso de decisión entre una situación (interna o externa) que conserva explícitas características y que cada persona las evalúa conforme sus propias metas, valores, experiencia, etc. (3). Bajo esta misma dirección, el manejo interdisciplinario del paciente en UCI, debe incluir las principales causas desencadenantes de estrés en la familia del enfermo en condición crítica, tales como: la exposición a un ambiente técnico, la falta de confianza en los servicios de salud y de espacios adecuados, las medidas restrictivas y escasez de información suficiente, el alto número de profesionales de diferentes áreas que atienden al paciente (4), entre otras.

Según Contreras y cols, la unidad de cuidado intensivo es un ambiente donde los profesionales de la salud y el paciente tienden a fragmentar el vínculo del individuo con su entorno familiar, siendo clave el cuidado humanizado como eje central para impedir los efectos nocivos de tal separación. Una atención humanizada se basa en el interés del personal de salud en identificar las peticiones específicas de los pacientes y su familia, percibir el sentido que tiene para ellos estar afrontando tal situación, conocer sus experiencias anteriores y sus creencias pues son razones y acciones necesarias para que se mantenga la comunicación y el acompañamiento adecuado permanente con el paciente y sus familiares (4), o en su defecto con aquel enfermo que no tiene apoyo de un acompañante.

Para sostener la relación e interacción de la familia, es primordial destacar los cuidados humanizados ideales y correctos, que puedan entender las emociones, pensamientos y anhelos frente al estado de su allegado, al punto que la enfermería, garantice un ambiente agradable y de confianza, que de alguna forma atiende necesidades tanto de la persona que está hospitalizada en Unidad y la de su familia. (4)

Muchas veces el profesional de enfermería en este objetivo de abordar una relación de confianza e interacción con la familia, tiene dificultades quedándose muy corto a la hora de entablar dicho vínculo como consecuencia de la jornada laboral prolongada, inmersa en labores que están directamente ligadas a resolver las necesidades del paciente crítico y su estado de salud, a la sobrecarga laboral y otras acciones de tipo administrativo(5), por tanto, se requiere buscar estrategias para poder poner en práctica no solo sus conocimientos sino también el valor humanitario de la asistencia, en tanto ellos ayudan a los familiares a sobrellevar los períodos de inseguridad, tristeza e incertidumbre de observar un ser querido con un futuro de salud impreciso. En ocasiones por las mismas condiciones, el acompañante guarda las dudas y temores, pues no siente el apoyo del profesional de salud.

Ciertamente, ha existido una estigmatización sobresaliente de que el paciente de UCI es el único que sufre y necesita de cuidados y se deja de lado a su familia que tiene la misma importancia en la atención de los servicios de salud. Los denominados cuidados humanizados para los familiares del paciente. En concordancia con Contreras y cols., requieren de una carga de trabajo adicional para los profesionales de la salud, tener la

predisposición de aportar en la construcción de un entorno más amable, pues los profesionales de enfermería son quienes tienen mayor contacto con la persona de cuidado en UCI y sus familiares, quienes requieren sean escuchadas sus inquietudes y necesidades. (4)

Dentro del impacto que causa la UCI en los familiares del paciente crítico, Anderson en un reciente estudio descubrió que el 35% de los familiares que participaron, demostraron síntomas de estrés post traumático relacionado con la experiencia de tener un ser querido en UCI luego de 6 meses de acontecido el hecho (5). Con base en estos resultados, los autores Contreras y cols., proponen que los familiares de pacientes en UCI sean valorados por ansiedad aguda y depresión durante la estancia de su familiar en UCI y por estrés postraumático y duelo complejo inmediatamente de la salida o muerte del paciente. (4)

3. PREGUNTA DE INVESTIGACIÓN

¿Cuáles son los cuidados humanizados que brinda enfermería a las familias de las personas hospitalizadas en unidad de cuidados intensivos?

4. JUSTIFICACIÓN DEL PROYECTO

La Unidad de Cuidado Intensivo (UCI), es un servicio especializado en atender enfermedades con pronósticos graves de atención al paciente y en el que sufren sus familiares innegablemente, pues el deterioro de la salud admite un riesgo situacional, en el que el núcleo familiar percibe reacciones emocionales propias tales como estrés, susto, inquietud, soledad, inseguridad y lágrimas, etc. necesitando de componentes afectivos, comunicación asertiva y de afrontamiento para reponer el equilibrio, especialmente por parte del profesional de enfermería para aportar a minimizar el ambiente hospitalario de la Unidad de Cuidados Intensivos. (6-2)

En general, los cuidados humanizados comprenden espacios de la vida donde forma parte la familia, la salud mental, las relaciones interpersonales, la atención a las necesidades de los afectados fuera de las inherentes a los efectos de su enfermedad, los cuales resultan ser cuidados aplicados que inciden claramente en la recuperación del paciente (7). Bautista y cols., admiten que la familia desempeña un papel fundamental en el entorno de las personas de UCI, pues la complejidad y gravedad de estos servicios, provocan escenarios de angustia y estrés que pueden atenuarse con el acompañamiento mutuo. (2)

En el ámbito de la salud se considera como una atención oportuna y humanizada aquella que está acorde con las condiciones de cada persona y reconoce las inquietudes que puedan presentarse durante la atención en los servicios de salud. La humanización incluye la aplicación de una serie de aspectos como son el respeto, el interés por las preocupaciones del otro y el entendimiento de las motivaciones e inquietudes que surgen en el entorno, teniendo en cuenta la posición personal en la toma de decisiones conexas con el tratamiento de los problemas de salud (8).

Los familiares de los pacientes hospitalizados en una unidad crítica, necesitan continuamente cuidados que salvaguarden su salud física y mental, de manera que pueda constituirse una amplia relación con alguien a quien confíe sus problemas, preocupaciones, y sus crisis de ánimo (2). He aquí la importancia de la intervención de la enfermera (o) como vínculo entre la familia y los demás miembros del equipo de salud, por su constante contacto, que permite

adecuarse al nuevo estilo de vida por cuenta del padecimiento, que beneficie el logro de una rehabilitación completa.

El lenguaje verbal y no verbal es la principal herramienta de expresión que los seres humanos desarrollamos para establecer la comunicación, y por tanto de gran importancia en el campo de la salud, pues permite la posibilidad de que el profesional de enfermería conozca las vivencias, las creencias, las costumbres y los estilos de vida propios de cada familia a su cuidado. Actualmente, el profesional de enfermería es quien de primera mano escucha las necesidades y anhelos de las personas de cuidado y sus familias; por lo que es imperante rescatar una vez más el valioso trabajo de la asistencia humanitaria ante las diferentes situaciones derivadas de una enfermedad delicada brindando cuidados humanizados que generen un hecho de confianza entre el paciente, su familia con los profesionales.

Teniendo en cuenta que en Colombia se están efectuando políticas estratégicas para avances en la calidad de la atención en salud, donde las instituciones prestadoras de servicios de salud, en el proceso de planeación de la atención, deben emplear una política de atención humanizada que contenga criterios para el paciente, familia y el personal de la institución (9) y que el rol del profesional de enfermería es notorio a la hora de sensibilizar y humanizar la estadía en una unidad hospitalaria UCI, es el apoyo y el eslabón de comunicación con el fin de orientar los cuidados en la misma (10).

Con este proyecto, elaborado dentro de línea de investigación Gestión del cuidado en el contexto clínico y la sublínea Cuidado de enfermería en situaciones agudas y críticas del grupo de investigación de la Facultad de Enfermería de la UAN; se pretende que al caracterizar las percepciones de cuidado humanizado recibido por los familiares de personas en cuidados intensivos, se pueda generar un aporte al conocimiento que contribuya a sustentar la importancia del estricto acompañamiento por parte de los profesionales de enfermería a los familiares del paciente internado en UCI, en tanto ello fomenta la prevención de afectaciones físicas y emocionales para todos los actores del cuidado, permite promocionar y aconsejar a estudiantes y profesionales los cuidados humanizados, estrategias de comunicación asertiva, monitoreo constante, a fin de promover un trato digno humanitario tanto al paciente como a sus acompañantes.

Este tipo de investigaciones permite unir esfuerzos comunes y especializados de enfermería en medio del cuidado del paciente crítico, posibilita que al reconocer a la familia como un eje central de todas las acciones asistenciales, esta se torne participativa, más robusta, consciente; lo que se verá reflejado en disminución de sensaciones desagradables no solo para ellos sino también para el enfermero.

5. OBJETIVOS

5.1 Objetivo General

Caracterizar los cuidados humanizados que brinda enfermería a los familiares de personas hospitalizadas en unidades de cuidados intensivos

5.2 Objetivos Específicos

- Identificar los cuidados humanizados que reciben los familiares de personas en cuidado intensivo de acuerdo con una revisión de la literatura.
- Categorizar los cuidados humanizados que reciben los familiares de personas en cuidado intensivo.
- Contribuir a que los profesionales de enfermería identifiquen los cuidados humanizados que requieren los familiares de personas hospitalizadas en unidades de cuidados intensivos

6. MARCO REFERENCIAL

6.1. Marco conceptual

CUIDADO HUMANIZADO: Conjunto de acciones basadas en la relación entre paciente – enfermera, además del dominio de lo técnico– científico enfocado a comprender al otro en el medio en que se desenvuelve (11). La tesis de Grado (2017) señala que el Ministerio de Salud y Protección Social de Colombia definen la humanización; “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” (12)

ENFERMERA DE CUIDADO CRÍTICO: Es la persona que tiene una preparación académica y profesional que le permite tener unas habilidades y destrezas para poder brindar un cuidado personal e intensivo al paciente. (11)

FAMILIA: Es un grupo de personas que conforman una comunidad natural y universal con base afectiva, que influye en la formación de la persona y tiene interés social y general. (11)

PERCEPCIÓN DEL FAMILIAR: Es el concepto personal de un familiar sobre el cuidado recibido por parte de una enfermera donde expresa toda la información, expresión o respuesta emitida en forma escrita por los familiares de los pacientes acerca del cuidado humanizado que brinda la enfermera. (11)

PACIENTE CRÍTICO: Los pacientes críticos son aquellos que se encuentran en una situación de inestabilidad fisiológica en la cual pequeños cambios funcionales pueden llevar a un serio deterioro global, con daño orgánico irreversible o muerte. Se tienen en cuenta dos (2) aspectos para definir a un paciente crítico. El primer aspecto, es el que establece la necesidad de ejercer sobre él una serie de controles estrictos, lo que se conoce como monitoreo. El segundo aspecto, es el que reconoce la necesidad del empleo de tratamientos especiales y/o inmediatos (11).

COMUNICACIÓN: Procedimiento por el cual se transmite una idea o mensaje desde una fuente, que se denomina emisor, a un receptor, con el propósito de transformar su comportamiento, formando a su vez un proceso de retroalimentación que posibilite

influencias recíprocas. Es la herramienta que nos puede ayudar a obtener del mismo la explicación de la vivencia de la enfermedad y de cómo la persona experimenta la enfermedad. (13)

AFRONTAMIENTO: “la acción y efecto de afrontar”. Siendo afrontar según la RAE: “Hacer frente a un peligro, problema o situación comprometida difícil”. (14) Autores como Lazarus y Folkman, en su teoría del estrés y el afrontamiento, definen este último como todo aquello que hace la persona para combatir la interrupción de significados, siendo esta interrupción de significados el estrés (15).

En los textos de teorías enfermeras se trata el asunto del afrontamiento como un componente, una capacidad o característica a desarrollar del individuo (16).

ESPIRITUALIDAD: El National Institute for Healthcare Research define espiritualidad como la exploración de lo sagrado y lo divino, por medio de cualquier vivencia de la vida o del camino, la espiritualidad puede transformarse en una poderosa fuente de fortaleza promoviendo la calidad de vida y la habituación a la enfermedad (17).

CUIDADO: Se define o entiende a la atención a los pacientes, se construyen a partir de los hechos y situaciones que nos relatan y que nosotros mismos observamos directamente de ellos y sus familiares (13). Para la conceptualización de “cuidado” tomaremos la RAE que lo define como: «Acción de cuidar», entendiéndose «cuidar» como: asistir, salvaguardar, prolongar, mirar por la propia salud, brindar atención y solicitud en la ejecución de algo (14).

VISITAS: Acción de ir a visitar, los visitantes juegan un papel fundamental en el proceso de sanación y mejoran el bienestar de nuestros propios pacientes (18).

6.2. Marco Teórico

6.2.1 Teoría del Cuidado humanizado

Margaret Jean Watson, nació en los Estados Unidos de Norteamérica en 1940 y fue la fundadora de la “teoría del cuidado humanizado” en el año 1985.

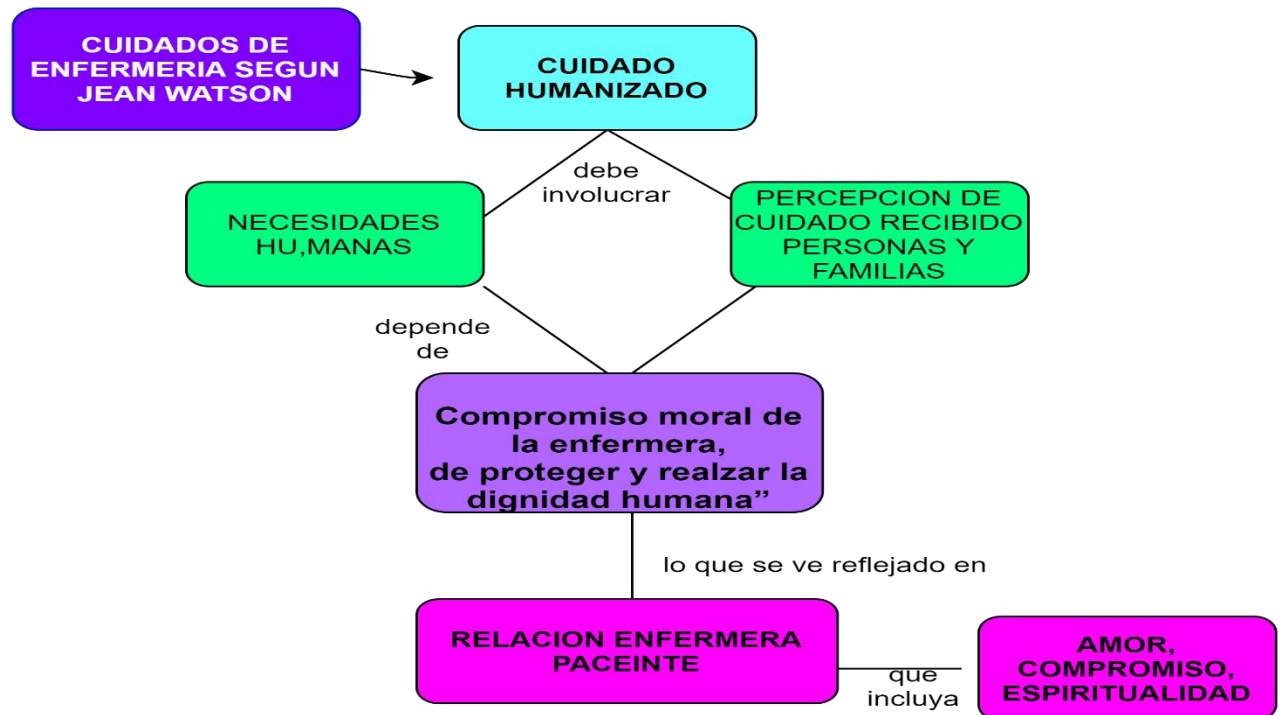
Su teoría considera que enfermería es la ciencia humana y el desarrollo del cuidado se enfoca en ser humanitario y compasivo. Su premisa conlleva a una responsabilidad profesional orientada por guías éticas lo cual busca proteger, conservar la dignidad de la persona, su espiritualidad, la integridad y la armonía (11).

Los postulados de Jean Watson aplican a la presente investigación pues posibilita a las autoras y a sus lectores la orientación relacionada con el reconocimiento de los cuidados que los profesionales de enfermería y los estudiantes en formación deben tener con los pacientes o familiares, además es importante distinguir, las percepciones que poseen los familiares en cuanto a los cuidados que manejan las enfermeras y los enfermeros, debido a que esto puede contribuir a reducir la carga emocional tan profunda que manejan los pacientes conscientes y familiares y por lo mismo a fomentar el respeto por su dignidad

De manera adicional, esta revisión de la literatura coincide con la teoría de Watson porque los cuidados humanizados orientan a sus autoras a tener un desarrollo moral como enfermeros, sin dejar a un lado la espiritualidad de cada persona siendo conscientes que cada uno tiene creencias diferentes. Es importante brindarles apoyo a los familiares cuando el paciente no se encuentra en buen estado o solo el hecho de estar en unidad de cuidados intensivos le genere alguna emoción negativa. Esto posibilita que el profesional de enfermería genere un vínculo de confianza con estas personas, basados en siempre en la honestidad ante cualquier duda que se le genere.

Los cuidados humanizados a las familias de pacientes inmersos en la unidad de cuidados intensivos permiten satisfacer aquellas necesidades humanas que tengan o quieran llevar con el paciente que se encuentre en mal estado.

Figura 1. Explicación grafica de teoría de enfermería



Fuente: Elaboración propia

6.2.2 Antecedentes

6.2.1.2. Antecedentes Históricos

Desde la antigüedad, los pacientes con alto riesgo de muerte han necesitado cuidados especiales. Esta fue la situación que surgió cuando Florence Nightingale vio la necesidad de separar las tropas de la guerra de Crimea de 1854. En 1950, el anestesiólogo Peter Safar desarrolló una unidad de cuidados intensivos que mantenía a los pacientes sedados y ventilados (19).

La medicina crítica delega el análisis de pacientes en estado crítico, o en peligro de desarrollarlo, por medio de la ayuda clínica a través de una secuencia de procesos que tienen que desarrollarse en zonas autónomas del hospital, principalmente llamadas unidades de cuidado intensivo (20).

“La medicina crítica inició y se conoció a finales de 1950 en la Universidad del Sur de California”. Este se relaciona con el espacio físico, a la “concentración de recursos materiales y a la existencia de personal preparado especialmente en la atención del paciente en situación

de gravedad que pone en riesgo su historia” (21). De igual forma, se necesita el cuidado y monitoreo en forma continua destinados a detectar cualquier desviación y que ésta se prevenga o corrija en forma oportuna.

Dichos procedimientos de monitoreo y medición se volvieron no únicamente prácticas aceptables, sino que velozmente fueron implementados por los hospitales en sitios designados como unidades de cuidados intensivos o en ciertos territorios del continente europeo como unidades de terapia intensiva (22).

Las Unidades de Cuidados Intensivos (UCI) se enmarcan en un entorno complejo y en constante desarrollo. Se caracterizan por ser servicios cerrados, en los cuales un equipo multidisciplinar ofrece cuidados altamente especializados a los pacientes críticos. La gravedad del paciente, la aplicación de novedosas tecnologías y la complejidad de los tratamientos, provoca que el esfuerzo asistencial se centre en el proceso patológico del paciente y quede, en un segundo plano, la atención a los familiares (23).

Chavero Roxana en su tesis “Especialidad en enfermería en el cuidado del paciente crítico” escrita en 2017, menciona que pese a que existen múltiples escritos que mencionan que la familia es importante involucrarla en el cuidado de su paciente crítico, sin embargo la realidad es distinta a pesar de que las intervenciones que se proponen son sencillas y de fácil aplicación, los resultados de la evidencia no se trasladan a la práctica diaria (19).

La historia de la medicina se ha transformado de acuerdo con los requerimientos de salud y la necesidad de nuevas tecnologías implementadas en los diferentes tratamientos. De igual forma, la medicina del enfermo en estado crítico ha ejecutado inéditos dispositivos de monitoreo constante para la habituación y sustitución de sistemas vitales avanzados. Hasta el momento siguen evolucionando y mejorando nuevos sistemas de ventilación mecánica invasiva y sus posibilidades para optimizar el soporte de los pacientes (23).

Es un sector en el cual trabajan expertos especializados y educados para ofrecer la atención debida a los pacientes. En estas áreas trabajan médicos, enfermeras, auxiliares de enfermería, fisioterapeutas entrenados en medicina exhaustiva (23).

Las pacientes que ingresan a la UCI poseen un orden de prioridad:

- La primera prioridad es para los pacientes que necesitan ayuda intensiva que fuera de la unidad no es viable dar.
- La segunda prioridad aplica para aquellas personas que requieren un monitoreo intensivo y que necesitan de una participación de una intervención inmediata.
- La tercera prioridad está enfocada en pacientes que tienen la posibilidad de recibir procedimiento o tratamiento intensivo para aliviar su enfermedad.
- Finalmente la cuarta prioridad es para los pacientes que no utilizaran los cuidados intensivos. En esta se integran personas que tienen la posibilidad de acoger cuidados fuera de la UCI y pacientes con patologías irreversibles (23).

“La historia del cuidado intensivo en Colombia” escrito por Matiz en 2016, hace referencia a que la primera UCI del país surgió hacia el año 1969 en el Hospital San Juan De Dios”. El autor menciona que para que ello fuera posible, se recibieron ayudas de la OPS y la OMS. En el año de 1996 se funda la Asociación Científica Gremial en Colombia que se denominó Asociación Colombiana de Medicina Crítica y Cuidado Intensivo (AMCI) la cual nace de un acuerdo programático entre la Sociedad Colombiana de Cuidado Intensivo, la Asociación Colombiana de Medicina Crítica y la Asociación Colombiana de Cuidado Intensivo, para ser AMCI (24).

6.2.1.2. Antecedentes Legales

El respeto de la dignidad humana y la garantía de los demás derechos y libertades consagradas en la constitución Política y la Ley, son una manifestación propia del Estado Social de Derecho Colombiano, pues la razón de su funcionamiento gira entorno a la persona, a la participación activa en las decisiones que los afecten, así como su protección personal, de sus bienes, etc. por parte de las autoridades jurisdiccionales.

Al realizar una revisión de la normatividad que reglamenta en Colombia, con relación a las unidades de cuidados intensivos y el cuidado integral de enfermería hacia los pacientes y sus cuidadores se destacan varias normas, leyes y decretos, a continuación, analizadas.

A partir de la entrada en vigencia de la Constitución Política de 1991, Colombia reconoce que existen unos derechos indispensables y autónomos en cabeza de cada persona indicados

en el Título II, Capítulo I, y su ejercicio no está supeditado a ninguna condición especial, ni a su raza, sexo, religión, condición económica, pues todos somos iguales ante la ley (25).

Cabe recordar que "el derecho a la vida no solo implica para su titular el hallarse protegido contra cualquier tipo de injusticia, sea esta de índole particular o institucional, sino además tener la posibilidad de poseer todos aquellos medios sociales y económicos que le permitan a la persona vivir conforme a su propia dignidad.". (Corte Constitucional, Sentencia T-102 de 1993, M. P. Carlos Gaviria Díaz) (26), en donde dichos medios sociales incluyen, por ejemplo, el cuidado de enfermería en todas las etapas y circunstancias que lo demanden.

El derecho a la dignidad humana, ha sido conceptualizado por la Honorable Corte Constitucional Colombiana bajo la premisa del "merecimiento de un trato especial que tiene toda persona por el hecho de ser tal; y a la facultad que tiene toda persona de exigir de los demás un trato acorde con su condición humana." (Sentencia T-291 de 2016, Sala Octava de Revisión de la Corte Constitucional) (27). En relación con esta revisión, este derecho debe hacer parte fundamental del cuidado humanizado a los pacientes en estado crítico y sus familiares.

Adicionalmente, la Constitución Nacional, también contempla otros tipos de derecho denominados derechos sociales, económicos y culturales, o segundo orden, entre los cuales existe el derecho a la familia como núcleo básico a la sociedad, cuya protección integral no solo está en cabeza del Estado sino de la misma sociedad (28).

La decisión conlleva efectos civiles y naturales, afectando por lo tanto el estado civil de sus constituyentes, e imponiendo deberes y derechos. Parte de esa protección de la que se menciona, es un deber del profesional de enfermería en medio de su ejercicio de cuidar.

Dichas "*relaciones familiares se basan en la igualdad de derechos y deberes de la pareja y en el respeto recíproco entre todos sus integrantes conforme a lo dispuesto en el artículo 42 de la Constitución Política*" (29).

En ese sentido, se creó la Ley de Protección Integral a la Familia: Ley 1361 de 2009, modificada parcialmente por la Ley 1857 de 2017, la cual adiciona entre otras medidas de protección a las familias, tales como la conformación de equipos interdisciplinarios de acompañamiento familiar, rutas de atención para el acceso a los distintos programas de

subsidios, y la importancia en el cuidado de las personas dependientes en la atención por parte de alguno de los integrantes de la familia y la intervención solidaria en las distintas situaciones que requieren del acompañamiento familiar (30), lo cual coincide con el tema central de esta revisión integrativa de la literatura.

Por otra parte, esta misma normativa establece el derecho a la salud, descrito en su artículo 49, “como un servicio público a cargo del Estado, encargado de organizar, dirigir y reglamentar su prestación y atención, a través de la promoción, protección y recuperación de la misma” (30).

La ley señalará los términos en los cuales la atención básica para todos los habitantes será gratuita y obligatoria.

Complementando lo anterior, dicha calidad del derecho a la salud ha sido elevada y reconocida por la Jurisprudencia de la Corte Constitucional como un derecho fundamental en múltiples decisiones judiciales especialmente a partir de la Sentencia T-016 de 2007 (31).

El Dr. Jaime León Echeverría, en su informe a la Superintendencia de Salud “De la naturaleza jurídica del derecho a la salud en Colombia” en el 2013, concluye que, el derecho a la salud es fundamental, atendiendo su naturaleza de “universal, inherente a la persona humana, indisponible, irrenunciable, por entrañar libertades y derechos, por su esencialidad en la materialización de una vida digna y con calidad, por ser un derecho integral e integrador de otros derechos y condiciones vitales” (32).

Por su parte, la Ley 1751 de 2015, por medio de la cual se regula el derecho fundamental a la salud y se dictan otras disposiciones, en su artículo 2 establece su naturaleza y contenido, disponiéndose como un derecho fundamental autónomo e irrenunciable tanto en lo individual y en lo colectivo (33).

En concordancia a lo anterior, a través del Decreto 1011 de 2006 expedido por el Ministerio de la Protección Social se estableció “el Sistema Obligatorio de Garantía de Calidad de la Atención en Salud del Sistema General de Seguridad Social en Salud (SOGCS)”, en el Decreto Único Reglamentario del Sector Salud y Protección Social número 780 de 2016, es aplicable a los prestadores y entidades promotoras de salud, el cual contempla una serie de

medidas y procedimientos para el aseguramiento e intervención que se brinde a los usuarios individual o colectivamente de manera accesible y equitativa a través de un profesional óptimo que valore integralmente los beneficios, riesgos y costos con el propósito de brindar resultados satisfactorios a los mismos (34). Reconocer la importancia de la atención clínica, especialmente en las áreas de cuidados intensivos, ya que los profesionales de la atención de enfermería son cada vez más técnicos, menos funcionales, prácticos y humanos en las diferentes situaciones que se presentan en los servicios.

Los usuarios del Sistema de Salud, mantienen una garantía de protección en los distintos servicios de salud en el territorio nacional. Así mismo, las personas gozan tanto de unos derechos y deberes de obligatorio cumplimiento dentro del sistema. De acuerdo a la Resolución 4343 del 19 de diciembre de 2012, se establece la Carta de Derechos y Deberes del Afiliado y del Paciente en el Sistema General de Seguridad Social en Salud entre los cuales están “la atención por urgencias, acceder a los procedimientos, insumos y medicamentos incluidos en el plan de beneficios sin restricción alguna, estar informado de los procedimientos y tratamientos que le vayan a realizar, y en caso de inconsciencia o incapacidad, que sus familiares los aprueben o rechacen; recibir un trato digno respetándose sus costumbres o creencias; recibir protección especial cuando se padecen enfermedades catastróficas o de alto costo”, lo que conlleva a que 'bajo ningún pretexto' se pueda dejar de atender a la persona, ni puedan cobrar copagos, entre otros (35). De esta manera se puede hacer partícipes también a los familiares y que ellos tengan la autonomía y autoridad de elegir la mejor atención para sus familiares estando pendiente del avance de su enfermedad y de los procedimientos que requiere esa persona, contando con el profesional de enfermería en todo este proceso.

En general el trato al paciente y sus familiares se debe brindar bajo los principios del respeto, la dignidad, la intimidad familiar y secreto profesional, el acceso a todos los servicios de salud de la manera más eficaz, oportuna e integral posible, razones suficientes para que el personal del equipo de salud, ejecute sus labores bajo la perspectiva de un trato humanizado e incluyente para todos los pacientes y sus familiares. Así, el usuario tiene deberes descritos en el artículo 4 numeral 3 (36), que se correlacionan con los factores de riesgo para la salud y la vida, compromiso con el cuidado de su familia y comunidad, actuar de buena fe dentro

del sistema, proporcione la información adecuada sobre el momento de recibir el tratamiento del servicio, respetaremos al personal responsable de la creación y gestión de los servicios médicos.

En concordancia a ello, la ley 1751 de 2015 contempla una serie de derechos y deberes adicionales, para las personas relacionadas en la prestación del servicio de salud descritos en su artículo 10, tales como mantener una comunicación expresa con el personal tratante, “A no ser sometidos en ningún caso a tratos crueles o inhumanos que afecten su dignidad, ni a ser obligados a soportar sufrimiento evitable, ni obligados a padecer enfermedades que pueden recibir tratamiento”, a obtener información del profesional de la salud que permita tomar decisiones libres, conscientes e informadas respecto de los procedimientos que le vayan a practicar, ya que no puede ser obligada a recibir tratamiento contra su voluntad, entre otros (32) Lo cual coincide con la importancia y casi obligación de que el profesional de enfermería comunique a los familiares del paciente crítico lo que le sucede como respeto a la dignidad y como estrategia para evitar su sufrimiento.

Es importante resaltar a su vez la labor de los profesionales de enfermería, quienes comportan una loable contribución a la sociedad y la humanidad. A través de La Ley 911 de 2004, el Congreso de Colombia, definió el acto de cuidado de enfermería, el deber ser y la esencia del ejercicio de la profesión. Se fundamenta en sus propias teorías y tecnologías y en conocimientos actualizados de las ciencias biológicas, sociales y humanísticas. Se da a partir de la comunicación y relación interpersonal humanizada entre el profesional de enfermería y el ser humano, sujeto de cuidado, la familia o grupo social, en las distintas etapas de la vida, situación de salud y del entorno. Implica un juicio de valor y un proceso dinámico y participativo para identificar y dar prioridad a las necesidades y decidir el plan de cuidado de enfermería, 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 (37).

La profesión de enfermería tiene como objetivo general fomentar la salud, prevenir la enfermedad, participar en el procedimiento, rehabilitación y recuperación de la salud, mitigar el dolor, conceder medidas de confort y ayudar a una vida digna del individuo. Igualmente

ofrece un cuidado integral de salud al individuo, a la familia, la sociedad y a su entorno; contribuir a desarrollar al más alto los potenciales personales y colectivos, para conservar prácticas de vida saludables que permitan proteger un estado óptimo de salud en cada uno de los periodos de la vida.

Según la LEY 266 DE 1996 por la cual se reglamenta la profesión de enfermería en Colombia y se dictan otras disposiciones, son deberes del profesional de enfermería, los subsecuentes (38):

1. *“Brindar atención integral de enfermería según los principios generales y específicos de su práctica establecidos en esta Ley, y para tal fin tendrá que coordinar su tarea con otros expertos idóneos del equipo de salud”.*
2. *“Velar por que se brinde atención profesional de enfermería de calidad, a toda la gente y comunidades sin excepción de condición social o económica, etnia, edad, sexo, creencia, área geográfica u otra condición”.*
3. *“Orientar su actuación acorde a lo predeterminado en la presente Ley y según los inicios del Código de Ética de Enfermería que se acogen en Colombia, o en su defecto por los inicios del Código de Ética del Consejo Mundial de Enfermería, CIE”.*
4. *“Organizar, dirigir, controlar y evaluar la prestación de los servicios de salud y de enfermería del personal que intervenga en su ejecución”.*
5. *“Cuidar porque las instituciones cuya función sea prestar servicios de salud, conformen la planta de personal de enfermería de acuerdo con las disposiciones de la presente Ley y sus respectivas reglamentaciones, y cuenten con los recursos necesarios para una atención de calidad”.*

Es por esto que el profesional de Enfermería orienta todo el proceso de cuidado de enfermería a la persona, familia y comunidad con una perspectiva unitaria para atender sus dimensiones física, social, mental y espiritual de manera adecuada y digna.

La *“PROPUESTA DE POLÍTICA NACIONAL DE HUMANIZACIÓN DE LA SALUD”* (39) pretende destacar que esta decisión sigue de cerca un avance significativo en el fortalecimiento de la cultura humana en el área de la atención de la salud, haciendo énfasis

en el fortalecimiento de la relación entre individuos y familias, entre talento humano en salud individual, organizaciones, sectores relacionados y organizaciones de la sociedad civil. Todos tienen la fuerza y la flexibilidad para trabajar y la capacidad de crear alternativas personales, familiares, laborales, sociales y ambientales y, en consecuencia, nuevas mentalidades y actitudes en favor de la atención humanizada. Esta política está diseñada para aumentar la inclusión social, nuevas aspiraciones que conducen a la innovación y la mejora del rendimiento.

El modelo biopsicosocial enfatiza una visión holística de los problemas de salud, enfermedad y cuidado para resaltar la relación entre las creencias familiares y cómo las familias se relacionan con su enfermedad. Este modelo, así como la medicina familiar, se ciñen a la teoría del cuidado familiar con el objetivo de comprender los aspectos biopsicosociales del individuo y finalizar con la creación de la “*terapia médica familiar*” (39).

La “*Organización para la Excelencia en Salud (OES)*” (39) afirma que para brindar una excelente atención hacia los pacientes, se requiere de compromiso, del enfoque en los pacientes y sus familias como parte fundamental e integral del Sistema Obligatorio de la Garantía de la Calidad. La responsabilidad de involucrar a los pacientes y sus familiares en todos los procesos, dependiendo de las decisiones sobre el tratamiento y manejo de la enfermedad.

La calidad de la atención humanizada responde a las necesidades de la comunidad, logrando vivir en unas mejores condiciones posibles, a estar saludable en familia, a vivir en una sociedad sana y sus derechos y conociendo las obligaciones de cada una de las personas. Además de identificar de inmediato y oportunamente enfermedades, la recuperación de la salud y el enfrentamiento al final de la vida con dignidad exige humanidad por parte de los prestadores hacia el paciente y su familia (40)

7. DISEÑO METODOLÓGICO

La metodología empleada en este trabajo de grado es una revisión integrativa de la literatura la cual se caracteriza por ser un escrito que analiza y discute un tema a tratar para la recopilación de la información cualitativa sobre la caracterización de los cuidados

humanizados de enfermería recibidos por los familiares de pacientes hospitalizados en una unidad de cuidados intensivos.

Llevar a cabo este proyecto, implicó la ejecución de las siguientes fases:

7.1 Fase 1 Identificación del problema: La propuesta inicial para el trabajo era ir a las unidades de cuidados intensivos, para realizar unas encuestas respecto a los cuidados de enfermería percibidos por los familiares de personas hospitalizadas en una unidad de cuidados intensivos pero debido a la contingencia a nivel mundial por COVID-19, se realizó un cambio a una revisión integrativa de la literatura estableciendo la siguiente pregunta problema: ¿Cuáles son los cuidados humanizados que brinda enfermería a las familias de las personas hospitalizadas en unidad de cuidados intensivos?.

7.2 Fase 2: Búsqueda y revisión de la literatura

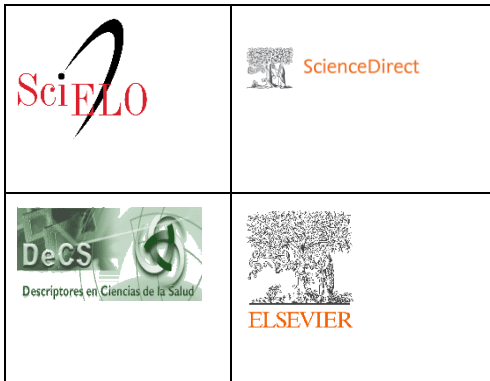
Búsqueda bibliográfica de la teoría del cuidado humanizado, las percepciones de los familiares del cuidado recibido cuando tuvieron un familiar en la unidad de cuidados intensivos, las necesidades del paciente y su familia en términos de humanización y los cuidados de enfermería que recibieron los familiares en torno a la misma.

Se emplearon las siguientes palabras claves:

- Cuidados humanizados
- Enfermería
- Unidad de cuidados intensivos
- Necesidades del paciente
- Humanización
- Pacientes
- Familiares
- Cuidados críticos

Con las ecuaciones de búsqueda: cuidado humanizado and enfermería, familia and cuidado intensivo, humanización and familia UCI, cuidado critico and familia, critical care and family, family and humanized.

Esta búsqueda se llevó a cabo en distintas bases de datos, paginas oficiales y buscadores tales como



- Bases de datos:
 - Scielo
 - DeCS
 - ScienceDirect
 - Elsevier
- Paginas oficiales:
 - OMS
- Buscadores:
 - Google Academic

En estas bases de datos se encontró información útil para el trabajo relacionado principalmente sobre la humanización en la unidad de cuidados intensivos. Se emplearon inicialmente límites de búsqueda, como el año de publicación de los artículos (2012 – 2020) y el idioma: español, inglés y portugués.

7.3. Fase 3: clasificación de artículos en matriz, selección de artículos, separación de artículos por categorías, construcción del análisis.

Luego de la búsqueda general de literatura de documentos relacionadas con los cuidados humanizados específicos que debe proporcionar el profesional de enfermería a las familias de sus pacientes críticos; se inicia la clasificación de los mismos de acuerdo a los criterios de

inclusión y exclusión que se evidencian en la siguiente tabla 1 y se seleccionaron inicialmente ya bien por su título o resumen, o porque tuvieron relación con el tema estudio y se consolidaron en una matriz de análisis a fin de identificar las intervenciones que según la literatura, deben proporcionar los profesionales de enfermería a los familiares de personas hospitalizadas en cuidado intensivo.

Tabla 1. Criterios de inclusión y exclusión para la búsqueda y selección de la literatura

Criterios de inclusión	Criterios de exclusión
Artículos que traten de la UCI de adultos	Artículos que traten de la UCI pediátrica
Artículos centrados en los cuidados percibidos por los familiares que tenga o tuvieran un familiar en la unidad cuidados intensivos	Artículos relacionados con áreas de hospitalización que no sea una unidad de cuidados intensivos
Artículo cuyo objeto de estudio sea el cuidado humanizado	Artículos con baja evidencia como folletos o blogs
Artículo con intervenciones humanísticas brindadas por el profesional de enfermería en la unidad de cuidados intensivos	

Fuente: Elaboración propia

Fase 2. clasificación de los artículos: Esta matriz inicial identificaba características tales como: contexto, título, autores, tipo de artículo, idioma, año, base de datos, palabras claves, tipo de estudio, muestra, resultados obtenidos. Se encontraron un total de 40 artículos (ver anexo) de los que luego de identificar estas características, se hace lectura.

Fase 3. Selección de artículos

Luego de realizar la respectiva lectura de cada uno de los artículos, se observa que estos estudios hablan de los cuidados en general en torno a algunas necesidades las cuales son mencionadas de manera muy superficial; por ejemplo, que los enfermeros requieren establecer una comunicación efectiva con los familiares de los pacientes, pero sin referirse al cómo hacerlo; por esa razón, se toma la decisión de hacer una nueva búsqueda de artículos de acuerdo a esas necesidades que se llamaron de aquí en adelante categorías las cuales fueron: visitas, cuidados percibidos por los familiares por parte del profesional de enfermería dependiendo sus necesidades, comunicación, afrontamiento y espiritualidad. Con base a esas categorías se hizo una nueva búsqueda y se realizó una nueva matriz con la cual fue posible seleccionar documentos que respondieron a los objetivos de esta revisión. La matriz se mostrará en el capítulo de análisis de resultados.

Fase 4. Análisis de resultados

De acuerdo con las categorías seleccionadas, se procedió a la lectura respectiva de cada artículo, donde de cada uno de ellos se selecciona las intervenciones de cuidado humanizado que enfermería brinda al familiar de los pacientes de UCI.

Fase 5 Presentación de resultados.

Concorde a las categorías y posterior a la lectura, se describen las intervenciones que el profesional de enfermería debe ejecutar para favorecer el cuidado humanizado a la familia del paciente crítico respondiendo a sus necesidades con el fin de contribuir al personal de enfermería en formación a brindar conocimiento en torno al eje central de este documento.

8. CONSIDERACIONES ÉTICAS

Teniendo en cuenta que este trabajo es una revisión narrativa de la literatura y que se extraen conclusiones derivadas de artículos, tesis de grado; se considera necesario que dentro de las consideraciones éticas, se haga respeto por la propiedad intelectual y los derechos de autor. La primera hace referencia a cosas creadas por la mente, como invenciones, obras literarias, pinturas, símbolos, nombres, imágenes, textos etc.; *“Los derechos de autor son aquellos que regulan los derechos morales y patrimoniales que la Ley concede a los autores de la propiedad intelectual, por el solo hecho de la creación de la misma, esté publicada o inédita”* (41).

En Colombia, según la Ley 23 de 1982, en el capítulo 2, los derechos de autor recaen sobre *“las obras científicas, literarias y artísticas las cuales comprenden todas las creaciones del espíritu en el campo científico, literario y artístico, cualquiera que sea el modo o forma de expresión y cualquiera que sea su destinación, tales como: los libros, folletos y otros escritos; y, en fin, toda producción del dominio científico, literario o artístico que pueda reproducirse, o definirse por cualquier forma de impresión o de reproducción, por fonografía, radiotelefonía o cualquier otro medio conocido o por conocer”* (41).

El artículo 67 de la Ley 44 de 1993, adición al artículo 2 de la Ley 23 de 1982, menciona además que: *“Los derechos de autor se reputan de interés social y son preferentes a los de los intérpretes o ejecutantes, de los productores de fonogramas y de los organismos de radiodifusión, y en caso de conflicto primaran los derechos del autor”* (42).

De manera adicional, la Ley 23 de 1982 en el capítulo III “De las limitaciones y excepciones al derecho del autor” en su artículo 31, menciona que *“Es permitido citar a un autor transcribiendo los pasajes necesarios, siempre que éstos no sean tantos y seguidos que razonadamente puedan considerarse como una reproducción simulada y sustancial, que redunde en perjuicio del autor de la obra de donde se toman. En cada cita deberá mencionarse el nombre del autor de la obra citada y el título de dicha obra”* (41). Lo cual en medio de esta investigación se hace con las normas Vancouver.

De acuerdo con el artículo 4 de la Resolución 8430 de 1993, por el cual se establecen las normas científicas, técnicas y administrativas para la investigación en salud en Colombia, esta investigación contribuyó al desarrollo de las siguientes acciones (43):

- Al conocimiento de los procesos biológicos y psicológicos en los seres humanos.
- Conocer los vínculos entre las causas de enfermedad, la práctica médica y la estructura social.
- Al conocimiento y evaluación de los efectos nocivos del ambiente en la salud.
- Al estudio de las técnicas y métodos que se recomiendan o empleen para la prestación de servicios de salud.” (44), pues busca instruir en los cuidados humanizados que el profesional de enfermería debe dirigir a la familia de la persona en UCI contribuyen a mejorar la salud física y mental de estos y del mismo profesional de enfermería

En relación con el artículo 11 de la resolución mencionada, esta investigación no tiene ningún riesgo ya que es una revisión de literatura.

Por otro lado, el respeto por los principios de la bioética a lo largo de la construcción de este trabajo se llevó a cabo de la siguiente manera:

Beneficencia: Esta revisión integrativa de la literatura tiene como fin que sus lectores, los cuales serán profesionales de enfermería o estudiantes de enfermería, adquieran algunas herramientas que les permitan brindar un buen trato a las familias de aquellos pacientes hospitalizados en cuidados intensivos buscando con ello el respeto a la dignidad humana (43).

No-maleficencia: este principio se respeta teniendo en cuenta la protección del autor dándole crédito a sus ideas, no incurriendo en plagio lo cual puede causar daño a su integridad (43).

Veracidad: La fiabilidad de los artículos escogidos, cuentan con un buen grado de información ya que se adquirieron de revistas indexadas y reconocidas en bases científicas de las ciencias de la salud reconocidas a nivel nacional e internacional, que dan cuenta de la práctica de cuidado de enfermería; además de ello, se trata de artículos académicos o tesis con datos veraces (43).

Autonomía: se respetarán todas las creencias y la libertad de expresión de los autores con pensamiento crítico y los diversos tipos de estudios (43).

Justicia: De acuerdo con la ley 23 de 1982 por la que se respetan los derechos de autor en Colombia, en el artículo 1 que hace énfasis en escritos y documentos científicos. *“No se vulnerarán los derechos de autor pues quien lo haga según el código penal de Colombia en el artículo 270 se refiere a la violación de los derechos morales del autor con penas aumentadas por el artículo 14 de la Ley 890 de 2004 incurrirá a prisión”* (43). Además, en cuanto a la justicia, se pretende que los resultados de este documento contribuyan a que, en el futuro, el cuidado a la familia del paciente en estado crítico se proporcione de manera equitativa y empática.

9. RESULTADOS

9.1 Búsqueda Bibliográfica

Esta investigación se basó en la búsqueda de artículos de cuidados con el objetivo de conocer los cuidados humanizados que se brindan a las familias de los pacientes en cuidados intensivos. En primer lugar, se realiza una búsqueda exhaustiva de los diferentes artículos, a través de ecuaciones tales como:

Tabla 2. Primeras ecuaciones de búsqueda

<p style="text-align: center;">ESPAÑOL</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Cuidado humanizado • Percepción de familiares • Cuidados intensivos • Humanización • Relación enfermera-familia
<p style="text-align: center;">INGLÉS</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Family perspective • Humanized care • Critical care • Family • Nursing and Family
<p style="text-align: center;">PORTUGUÉS</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Intervenções de enfermagem • Humanização

Fuente: Elaboración propia

En la búsqueda mencionada se encontraron cuarenta (40) artículos que por título y descripción de resultados se aproximaban a responder al objetivo de la revisión integrativa presente y se relacionaron en una matriz de análisis (ver anexo 1).Luego de la lectura juiciosa de estos artículos se evidencia que solo quince (15) de estos proporcionan información respecto al objetivo de esta investigación además de suministrar una serie de pautas para el cuidado de los pacientes que se encuentran en la unidad de cuidados intensivos, pero muchos

de ellos no se ajustaban a la caracterización de los cuidados humanizados brindados por el personal de enfermería hacia los familiares de los pacientes hospitalizados en dicha unidad específica.

Debido a esto, fue necesario una nueva búsqueda con nuevas ecuaciones (ver tabla 3) relacionadas a las necesidades de cuidado percibidas por las autoras frente a sus experiencias cuando tuvieron algún familiar en cuidados intensivos y a las comunes denominadas en la literatura, lo que posibilitó la clasificación en una serie de necesidades más adelante usadas como categorías de análisis (ver capítulo 10); las cuales fueron: comunicación, afrontamiento, espiritualidad, cuidado, visitas y confianza con las cuales se emprendió a buscar de nuevo artículos en distintos idiomas siendo como prioridad español, inglés y portugués.

Tabla 3. Segundas ecuaciones de búsqueda

ESPAÑOL	<ul style="list-style-type: none"> • Confianza • Comunicación • Afrontamiento • Espiritualidad • Visitas
INGLÉS	<ul style="list-style-type: none"> • Communication • Trust • View family • Coping
PORTUGUÉS	<ul style="list-style-type: none"> • Comunicação com a familia • Humanização

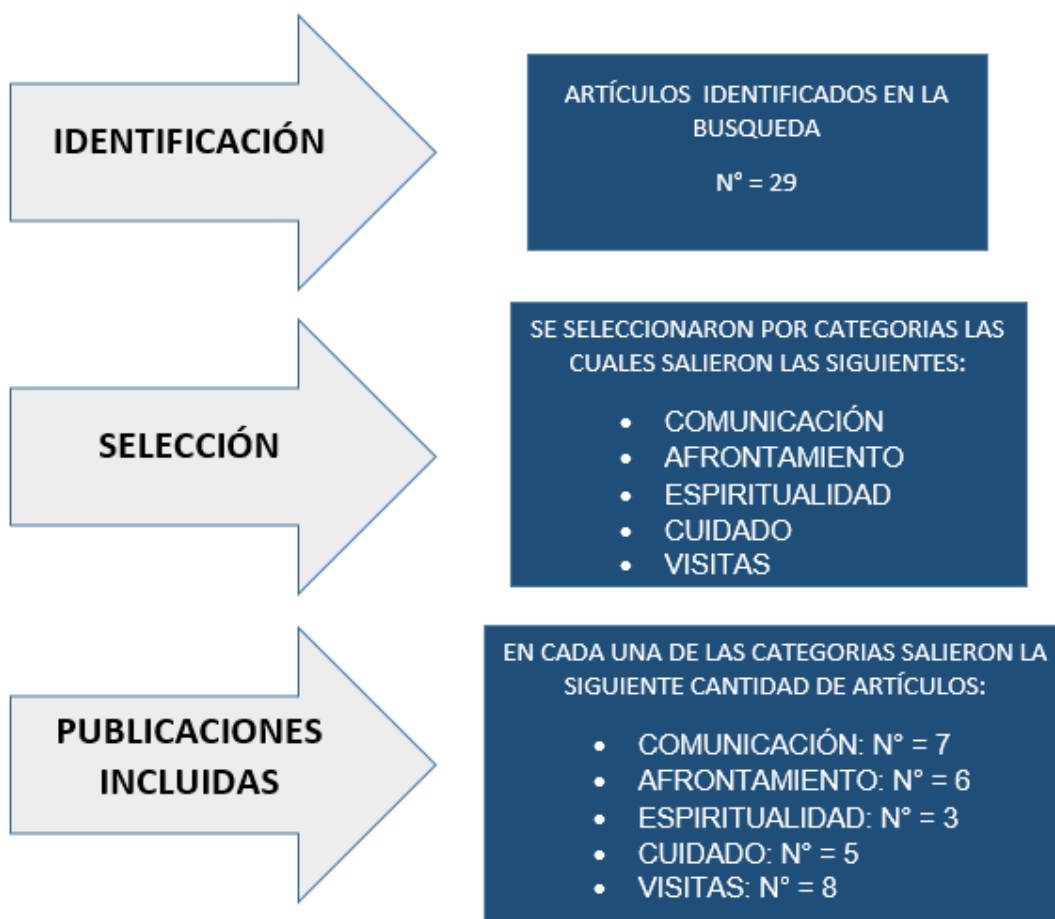
Fuente: Elaboración propia

Seguido de esto se encontró que por parte de “confianza” no se hallaba ningún artículo de relevancia, lo cual condujo a redimir de esta categoría, solo quedando con cinco de ellas. En esta parte de la búsqueda se seleccionan veintinueve artículos (29) y se relacionan en una nueva matriz de base de datos. (Tabla 4.)

La lectura juiciosa de los veintinueve artículos (29) seleccionados da cuenta de cuidados y recomendaciones para brindarle a los familiares de los pacientes que se encuentran en la unidad de cuidados intensivos.

A continuación, se muestra el esquema de búsqueda de manera más sucinta:

Figura 2. Esquema de búsqueda de la literatura



Fuente: Elaboración propia

9.2 Caracterización de los Artículos Seleccionados

Como se mencionó, los 29 artículos hallados, que hablan y relacionan los cuidados humanizados de enfermería que proporciona a las familias de pacientes hospitalizados en UCI, estos artículos fueron separados por categorías de la siguiente manera:

Tabla 4. Caracterización de artículos seleccionados por necesidades percibidas o categorías

ARTÍCULO	PAÍS DE ORIGEN	AÑO	BASE DE DATOS	TIPO DE REVISTA	TIPO DE ESTUDIO
VISITAS					
La visita flexible en las unidades de cuidados intensivos: beneficios para los familiares del paciente crítico (45)	España	2012	ELSEVIER	Enfermería intensiva (Q3)	Revisión de la literatura
lineamientos para las visitas de familiares y referentes afectivos de niños, niñas, adolescentes y jóvenes en el entorno institucional. en el marco de la emergencia sanitaria por covid-19. (46)	Bogotá	2020	DIALNET	Ministerio de salud y protección social	Descriptivo
La realidad de la Unidad de Cuidados Intensivos (47)	México	2020	SCIELO	revista Medicina Critica(Q2*)	informativo
*Así deben ser las visitas de familiares a pacientes de coronavirus en las UCI: guía y recomendaciones (48)	España	2020	SCIELO	sociedad española de medicina intensiva	Cualitativo
Percepciones de los profesionales y familiares acerca de la política de vistas en una unidad de cuidados intensivos especiales (49).	España	2015	DIALNET	Enfermería en cardiología (q4)	Estudio descriptivo transversal
Seeking to humanize intensive care (50).	Brasil	2017	SCIELO	Revista Brasileira de Terapia Intensiva. indexada.	Estudio transversal

Cuidado centrado en la familia en la unidad de terapia intensiva neonatal (51).	México	2020	SCIELO	Indexado	descriptiva
La visita infantil a la unidad de cuidados intensivos pediátricos desde la experiencia de las enfermeras (52).	España	2020	SCIELO	Indexado	formativo
FAMILIA O NECESIDADES					
Percepción de enfermeras y familiares de pacientes sobre conductas de cuidado importantes (53).	Chile	2017	SCIELO	Revista Ciencia y Enfermería (Q4)	Cuantitativo transversal
Cuidado de enfermería para la familia del paciente crítico desde la teoría de la comprensión facilitada (54).	México	2014	SCIELO	Revista Enfermería Universitaria (indexada)	Análisis y aplicación de la teoría de la comprensión facilitada desde la perspectiva del Sistema Conceptual-Teórico-Empírico y el modelo de marco lógico.
Necesidades de la familia en las unidades de cuidados intensivos. Revisión de la literatura (55).	España	2012	ELSEVIER- SCIELO	Enfermería intensiva (Q3)	Revisión de la literatura
La experiencia del familiar de la unidad de cuidados intensivos en Bucaramanga (Colombia) (56).	Nacional	2015	SCIELO	La revista Archivos de Medicina es una Revista Científica perteneciente de la Facultad de Ciencias de la Salud, de la Universidad de Manizales (Q2)	Investigación cualitativa, fenomenológica descriptiva
Afrontamiento familiar ante hospitalización de un pariente adulto en cuidados intensivos de una institución de salud. Lima-Perú	Lima-Perú	2017	PUBMED	TESIS DE GRADO: Universidad San Cayetano de Perú	Cuantitativa

2017 (57).					
Sentimientos y necesidades espirituales de los familiares de pacientes de la Unidad de Cuidados Intensivos (58).	Lima-Perú	2010	SCIELO	TESIS DE GRADO Universidad Nacional Mayor de San Marcos	
La espiritualidad en la humanización de la asistencia sanitaria (59).	España	2018	SCIELO	TESIS DE GRADO hallada en Revista Iberoamericana de Bioética (Indexada)	
COMUNICACIÓN					
La comunicación de la familia del paciente que se encuentra al final de la vida (60).	Nacional	2016	ELSEVIER	Revista Enfermería Universitaria (Indexada)	Cualitativo
Comunicación entre la enfermera y el familiar de la persona hospitalizada en la unidad de cuidados intensivos (61).	Nacional	2014	DIALNET	Revistas Unilibre (Cultura del cuidado de enfermería) (indexada)	Descriptivo cualitativo.
Intervención de enfermería fundamentada en la comunicación sobre la incertidumbre de familiares de pacientes hospitalizados en la uci adultos (62).	Nacional	2019	SCIELO	Tesis, Universidad de la Sabana	estudio cuasiexperimental- Cuantitativo
La experiencia del familiar de la persona hospitalizada en la unidad de cuidados intensivos en Bucaramanga (Colombia): un estudio fenomenológico (56).	Nacional	2012	ELSEVIER	Revista Archivos de Medicina (Manizales) Q2	fenomenológica descriptiva, Cualitativo.

Aspectos presentes en la comunicación de la enfermera, la familia y la institución en la unidad de cuidado intensivo (63).	Nacional	2010	SCIELO	Tesis de grado, Universidad Javeriana	Estudio tipo revisión documental.
Cuidado y comunicación por parte de enfermeros a familiares de pacientes hospitalizados en una unidad de cuidados intensivos (64).	Nacional	2015	DIALNET	Revista Unilibre (indexada)	Cuantitativa y cualitativa de tipo descriptivo
AFRONTAMIENTO					
Estrategias de afrontamiento en familiares de pacientes críticos (65).	Nacional	2020	FUCS	Revista Repertorio de Medicina y Cirugía (indexada)	revisión integradora de la literatura
Estilos de afrontamiento de los familiares de pacientes ingresados en una unidad de cuidados intensivos: una revisión sistemática coping styles of relatives of patients admitted to... (66).	España	2020	DIALNET	Tesis de Grado Universidad de León España	REVISIÓN SISTEMÁTICA, Cualitativa
Significado del afrontamiento familiar para enfermeras de unidades de cuidados intensivos de adultos de Medellín (67).	Nacional	2013	ELSEVIER	Enfermería intensiva (Q3)	enfoque fenomenológico, cualitativo.
O significado de confort na	São Paulo	2019	PUBMED	Revista chilena (Q3)	Estudo qualiquantitativo

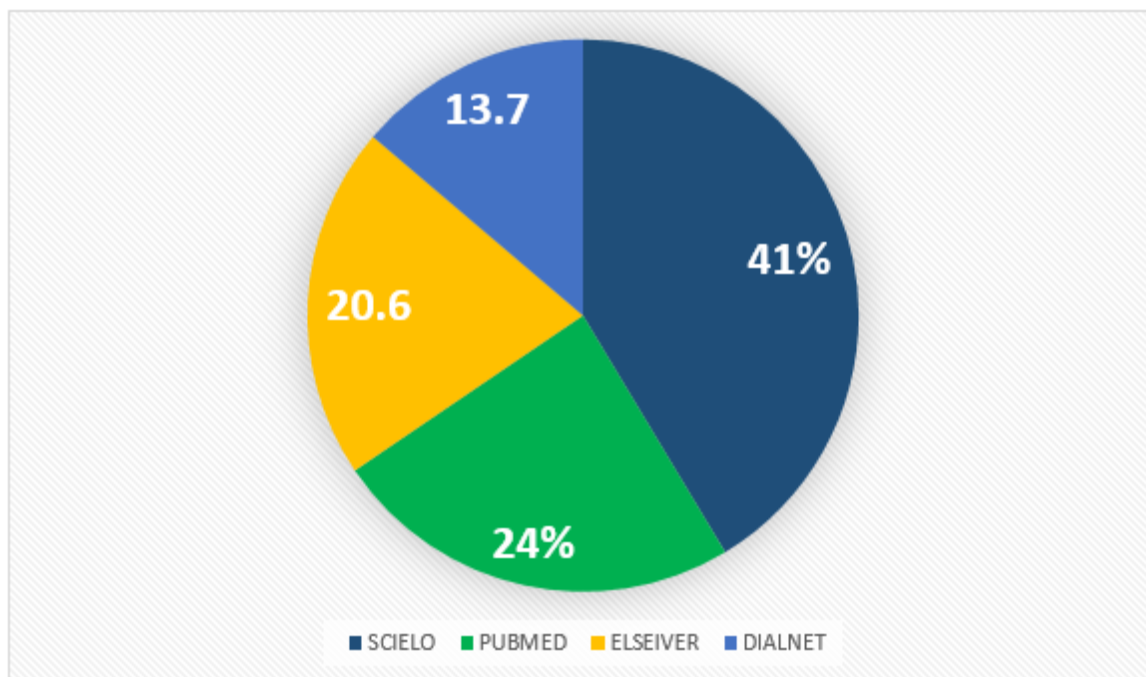
perspectiva de familiares de pacientes internados en UTI (68).					
Coping with the neonatal intensive care unit experience: parents' strategies and views of staff support (69).	Estados Unidos	2012	PUBMED	The Journal of Perinatal and Neonatal Nursing (Q3)	Cuantitativo
ESPIRITUALIDAD					
Sentimientos y necesidades espirituales de los familiares de pacientes de la Unidad de Cuidados Intensivos (58).	Lima Perú	2017	SCIELO	Tesis Universidad Nacional de San Marcos	descriptivo
La dimensión espiritual del cuidado en el quehacer del profesional de enfermería (70).	Bogotá	2010	SCIELO	Tesis de grado UNIVERSIDAD DE CIENCIAS APLICADAS Y AMBIENTALES	informativo
La espiritualidad en la humanización de la asistencia sanitaria (71).	España	2018	DIALNET	Revista Iberoamericana De Bioética (Indexada)	informativo

Fuente: Elaboración propia

A continuación, se hace un análisis más descriptivo de los artículos de acuerdo a características específicas

9.2.1 Caracterización de artículos de acuerdo con las bases de datos en donde se hallaron

Figura 3. Clasificación de artículos según base de datos donde se encontraron

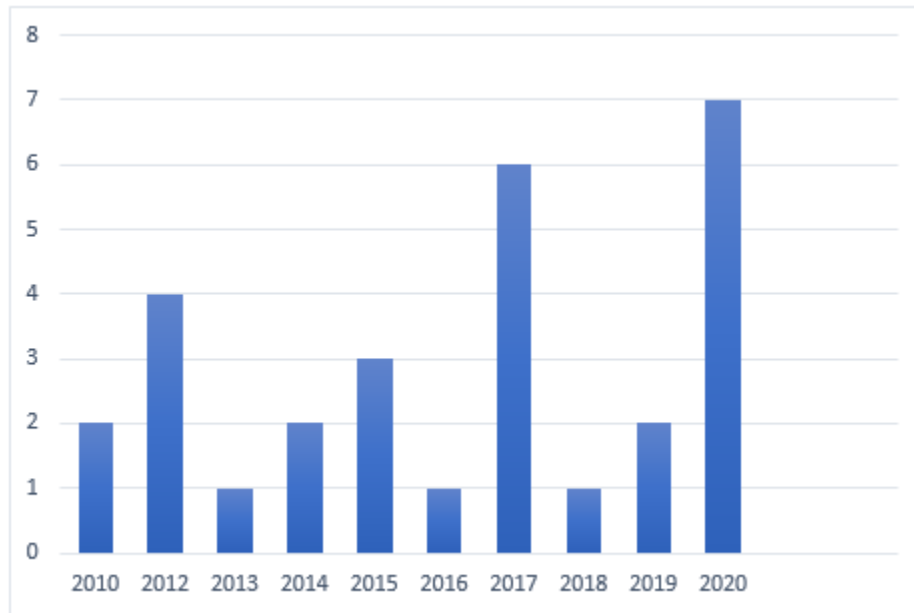


Fuente: Elaboración propia

Como se puede observar, del 100% veintinueve artículos, el 41% fue hallado en scielo, 24% en pubmed, 20.6% en elsevier y 13.7% en dialnet, por lo tanto la base de datos más usada fue scielo con un 41% puesto que es una plataforma en español y gratuita.

9.2.2 Caracterización de artículos de acuerdo con el año de publicación

Figura 4. Clasificación de los artículos de acuerdo con el año de su publicación



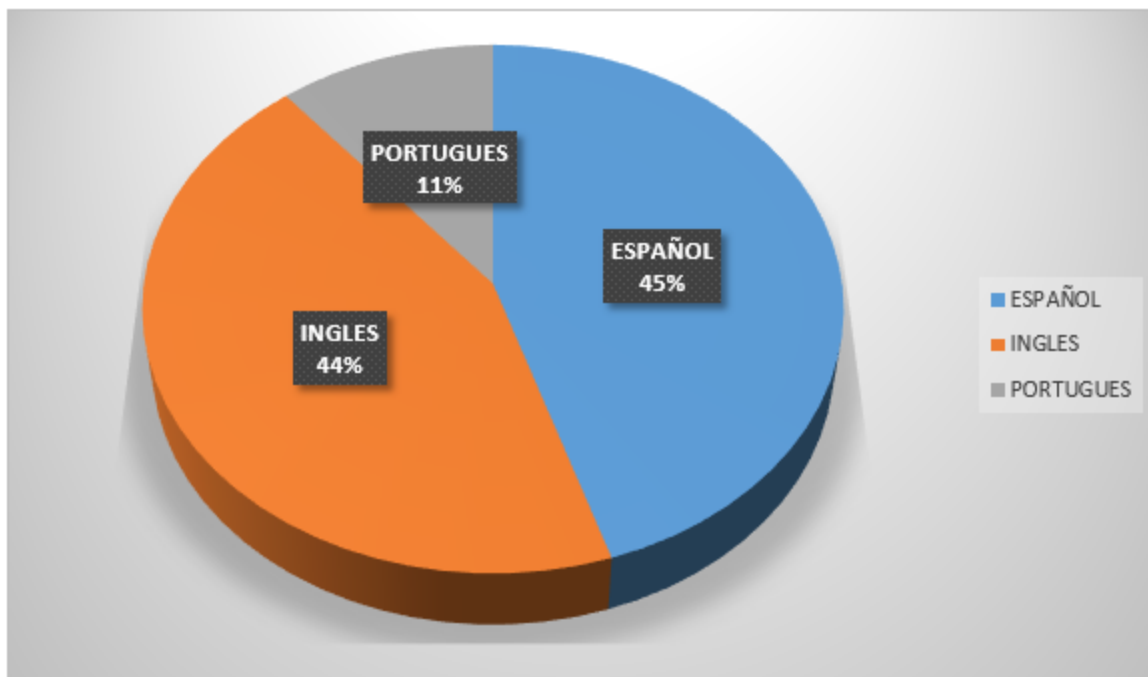
Fuente: Elaboración propia

De acuerdo con la gráfica, fue predominante la publicación de artículos en el año 2020, ya que este año empezó la pandemia y con ello se evidencia que en medio de esta contingencia el personal de salud busca incentivar los cuidados humanizados y brindar atención en las unidades de cuidado intensivo, puesto que fue el año donde más personas ocuparon estas unidades y las enfermeras se enfrentaron a las necesidades de los familiares que estaban frente al cuidado de los pacientes, lo cual indica que es importante esta integración.

Se optó por revisar artículos desde el año 2010 puesto que no se hallaba mucha información respecto al objetivo de la investigación, en realidad, hay muchos documentos que describen que es importante dar respuesta a las necesidades de los familiares de los pacientes de manera muy general pero no describen específicamente el cómo y se encontraron artículos que son fundamentales para el cuidado de los familiares de los pacientes en UCI, así como también algunas tesis

9.2.3. Caracterización de artículos de acuerdo con los idiomas en los que se encuentran publicados

Figura 5. Clasificación de la literatura hallada de acuerdo con el idioma

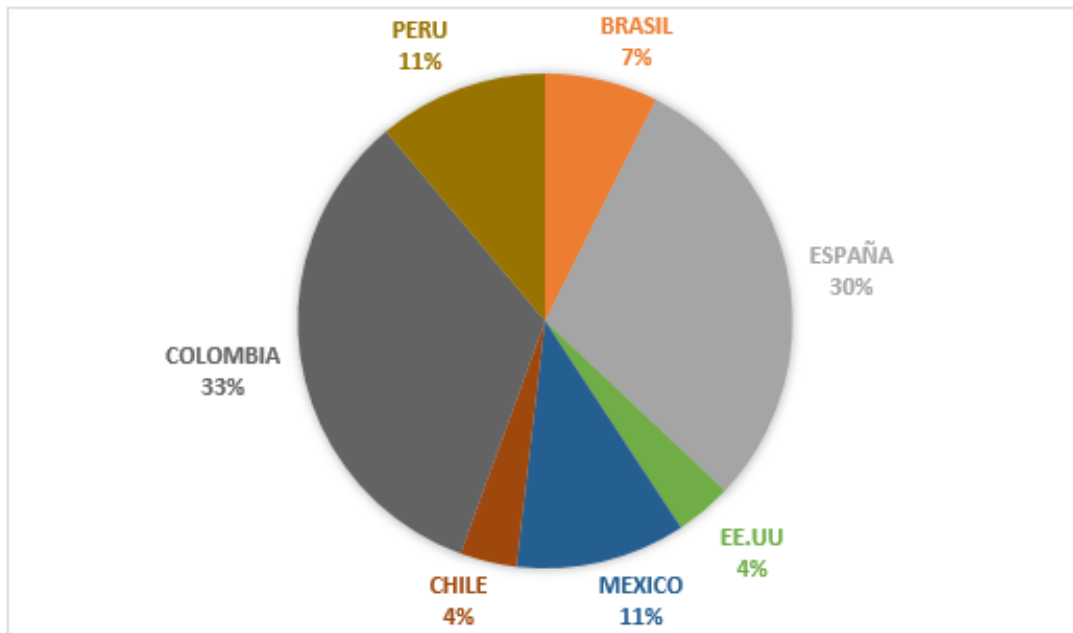


Fuente: Elaboración propia

La gráfica anterior permite deducir que del 100% de los artículos, la mayoría de ellos (45%) están publicados en español en tanto es el idioma nativo de las autoras de este producto, sin embargo se encontró buena evidencia en inglés 44% y 11% en portugués que brinda muy buena información y fácil de comprender puesto que tiene la facilidad para traducirlo al español o al idioma que mejor se le facilite.

9.2.4 Caracterización de artículos de acuerdo con el país donde fueron publicados

Figura 6. Clasificación de la literatura revisada con base en los países donde fue escrita.



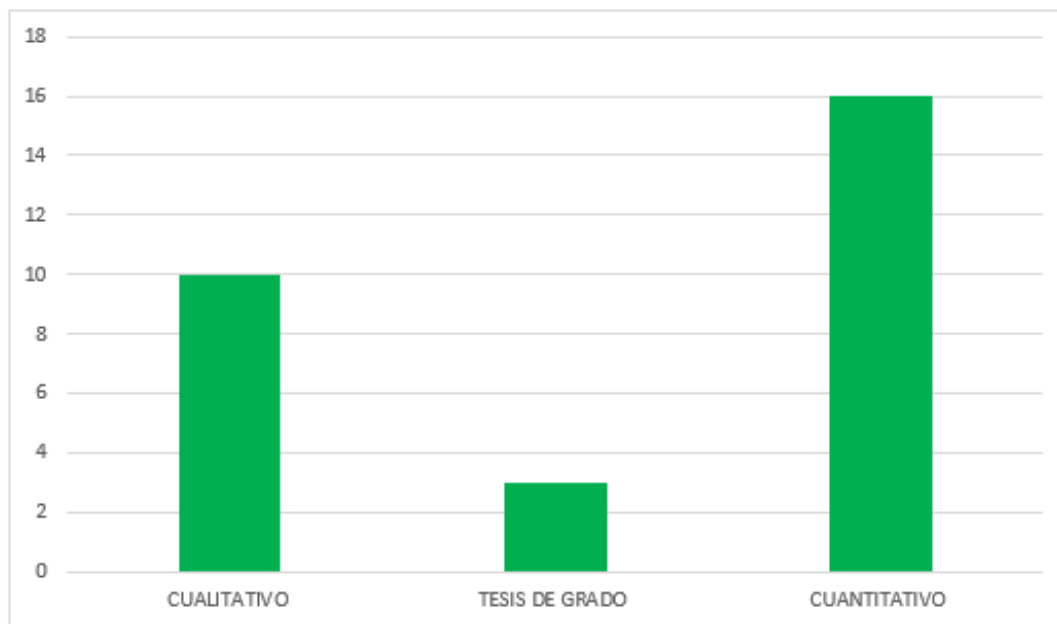
Fuente: Elaboración propia

Se puede evidenciar que a nivel nacional (Colombia) se encuentra muy buen material de investigación relacionado con la humanización que se debe tener con los familiares de pacientes en unidad de cuidados intensivos. Hay un 33% de los artículos seleccionados que pertenecen al país.

Es posible distinguir que de España hay un 30% de literatura consultada, debido a que este país tiene una experiencia bastante distinguible en cuidados apropiados para los familiares. Del país donde menos se encontraron artículos en esta revisión fue de Estados Unidos debido a que están escritos en el idioma de inglés y ello por el momento es una debilidad en las autoras del proyecto; esto no quiere decir que en este país no se encuentre literatura que se centre en el cuidado humanizado, a pesar de que se hizo la búsqueda en este idioma, se hizo énfasis más en el español por ser la lengua nativa de las escritoras de este producto.

9.2.5 Caracterización de documentos de acuerdo con el tipo de estudio y diseño

Figura 7. Clasificación de documentos de acuerdo con el tipo de estudio y diseño



Fuente: Elaboración propia

De acuerdo con la gráfica se puede inferir que 10 artículos son cualitativos, 3 son tesis de grado y 16 son cuantitativos. Ello da cuenta que al ser los cuidados humanizados responden a estudios fenomenológicos y que por lo mismo es fácil describirlos cualitativamente, sin embargo es posible distinguir también que dicho tema puede ser medible en términos de percepción de los cuidados recibidos, satisfacción en la atención lo cual posibilita también estudiar qué tan benéficos o no resultan ser los cuidados humanizados en una población y por eso se evidencian estudios estadísticos.

CAPÍTULO 10. DISCUSIÓN DE RESULTADOS.

Como se mencionó anteriormente, los artículos se seleccionaron de acuerdo con las necesidades percibidas dentro de la misma literatura, que enfrentan los familiares de pacientes en cuidados intensivos y esas necesidades, para efectos de organización de la información y cumplir con el objetivo general de esta investigación que es caracterizar los cuidados humanizados que brinda enfermería a los familiares de personas hospitalizadas en unidades de cuidados intensivos, se organizaron en categorías de análisis. A continuación, a partir de cada una de ellas, se expondrán las diversas intervenciones de cuidado humanizado de enfermería que sugieren los artículos.

10.1. Visitas: tiempo para reflexionar con el familiar

B.Errasti-Ibarrodo en su artículo *“La visita flexible en las unidades de cuidados intensivos :beneficios para los familiares del paciente crítico”* (45); el artículo *“Cómo deben ser las visitas de familiares a pacientes de covid en las UCI?”* (48), y en la investigación de Martín Pérez *“percepciones de los profesionales y familiares acerca de la política de visitas en una unidad de cuidados especiales”* (49), (2012) (2020) y (2015) respectivamente; mencionan que uno de los cuidados humanizados que se bene proporcionar a los familiares de los pacientes en uci es la visita flexible y de puertas abiertas permanentemente, porque aumentan la satisfacción del paciente, disminuye el estrés debido a que los pacientes se pueden comunicar con sus familiares. un tiempo prudente.

Por otra parte en el artículo *“Estrategias para el cuidado del desarrollo neonatal y el cuidado neonatal centrado en la familia”*, en *“la vista infantil a la unidad de cuidados intensivos pediátricos desde las experiencias de las enfermeras”* (52) y en *“Seeking to humanize intensive care”* (50) mencionan que para una buena recuperación del paciente tanto adulto como pediátrico en la unidad de cuidados intensivos y para lograr una adaptación del paciente y su familia a su entorno; se deben contemplar las siguientes intervenciones:

- Una buena visita consta de buen tiempo de 15 a 25 minutos y durante ésta hacerse participe como profesional de enfermería entendiendo que las familias tienen como prioridad visitar a sus seres queridos hospitalizados y también tener el conocimiento

de qué tiene su familiar, los avances que ha logrado obtener o si es el caso contrario, ser informado de si ha empeorado durante la estancia en la unidad de cuidados intensivos.

- Mejorar la calidad con las intervenciones del enfermer@ hacia el paciente crítico, permitiendo a sus familiares ser parte fundamental de la recuperación, es decir, que pueda participar de algunas de la satisfacción de las necesidades básicas de su familiar siempre y cuando permanezca en compañía del personal de salud para ello, brindando una atención segura y efectiva

10.2 Necesidades percibidas por los familiares brindadas por los profesionales de enfermería

Bárbara Andrea Salas Saavedra, en su artículo “*percepción de enfermeras y familiares de pacientes sobre conductas de cuidados importantes*” (53) menciona que enfermería genera una sensación deshumanización que es percibida por los familiares en todas las clínicas debido a que manejan mejor un equipamiento y tecnología que al paciente, pero que para mejorar eso debe haber una mayor contacto con el sujeto de cuidado y su familia con acciones simples como las siguientes: un buen saludo, presentación, explicando todo al paciente independientemente de su nivel de conciencia y no solo al paciente sino a sus familiares en medio de la visita; pues las personas imaginan que los cuidados de enfermería son solo administrar los medicamentos.

Afianzando lo anterior, D. Bernal-Ruiz en su artículo “*cuidado de enfermería para la familia del paciente crítico desde la teoría de la comprensión facilitada*” (54), M.I. Pardavila Belio, *Necesidades de la familia en las unidades de cuidados intensivos. Revisión de la literatura*” (55), y en la investigación de Marisela Marquez Herrera “*La experiencia del familiar de la unidad de cuidados intensivos en Bucaramanga (Colombia)*” (56); coinciden en mencionar que toda familia tiene derecho a la información de su familiar hospitalizado en una unidad de cuidados intensivos, nombran que la prioridad no es solo el paciente hospitalizado sino también de las familias y comprender las necesidades que ellos pueden presentar frente a una hospitalización de un familiar, tales como el cansancio, el agotamiento, el temor, disconfort, la angustia, los cambios en la economía debido a la restricción de actividades laborales que implican el constante desplazamiento para llegar a la

visita. Estos son algunos de los factores que afectan a las familias y una solución que proponen los autores a manera de intervención de enfermería, es la capacidad de aceptar que cada familiar vive el proceso de adaptación a la situación de manera distinta y que intentar ponerse en el lugar de ellos, posibilita la atención con mucha más paciencia que no haciéndolo. Complementando esa idea, Tula Margarita Espinoza y cols. afirma en su tesis *“Afrontamiento familiar ante hospitalización de un pariente adulto en cuidados intensivos de una institución de salud. Lima-Perú 2017”* (57), cuenta que la familia desempeña un contexto importante en la vida del paciente donde éste construye un sistema de apoyo para afrontar su enfermedad y hospitalización, demostrando que ofrecer atención de calidad a la familia aumenta la resistencia y adaptación para una excelente recuperación. La familia es lo más importante para el paciente y cómo ésta actúe, se ve reflejado en las emociones, en las expresiones y hasta en las respuestas fisiológicas del paciente; es por eso que como profesionales de enfermería se debe tener una relación uno a uno con el paciente y con su familia que permitan integrar en la toma de decisiones ya que ésta también proporciona datos importantes para la pronta recuperación del paciente. Las autoras mencionan que parte de las intervenciones de cuidado son también ser el puente para el apoyo espiritual que la familia requiera y propender por respetar la movilización familiar para obtener ayuda, buscar recursos etc.

El amor familiar y la estimación son factores motivacionales para los pacientes y estos factores influyen en obtener resultados satisfactorios, la educación en la enfermedad por parte del profesional de enfermería a la familia y los pacientes durante la hospitalización es fundamental, pues en casa contribuye a evitar que haya un reingreso por la misma patología. Se recomienda que es fundamental motivar a que los familiares expresen las palabras de aliento a su familiar durante la visita como: “tú puedes lograrlo”, “cuenta con nosotros”, “aquí estamos”, con el fin de disminuir su sentimiento de minusvalía.

10.3 La comunicación: un elemento esencial para una buena recuperación, entre profesionales y familiares.

D.M. Achury *“La comunicación de la familia del paciente que se encuentra al final de la vida”* (60), Gersson Andrés Ballesteros Pinzón en *“Comunicación entre la enfermera y el*

familiar de la persona hospitalizada en la unidad de cuidados intensivos” (61), Jacqueline Esther Taboada Suarez en *“Intervención de enfermería fundamentada en la comunicación sobre la incertidumbre de familiares de pacientes hospitalizados en la uci adultos”* (62), Marisela Márquez Herrera *“La experiencia del familiar de la persona hospitalizada en la unidad de cuidados intensivos”* (56), Yolanda Marcela Cerón Polanco con *“Aspectos presentes en la comunicación de la enfermera, la familia y la institución en la unidad de cuidado intensivo”* (63) y Andersón Diaz Pérez con su artículo *“Cuidado y comunicación por parte de enfermeros a familiares de pacientes hospitalizados en una unidad de cuidados intensivos”* (64); relacionan que el profesional de enfermería debe contar con cualidades tales como: amabilidad, cordialidad, empatía, reconocimiento y lenguaje entendible; para establecer una comunicación asertiva tanto con el paciente como con la familia, para entender la necesidades de información, pero ¿cómo podemos hacer efectiva esa comunicación?

- Dando a expresar sus sentimientos, su vulnerabilidad, sus gustos, sus necesidades, haciéndolo de manera tranquila, hablar frente a frente, mirando a los ojos, también con estrechar su mano para obtener mayor seguridad de la información brindada.
- Permitir a la familia permanecer más tiempo con sus pacientes y aprovechar el momento para que el profesional de enfermería explique al familiar el porqué de todo, es decir: el porqué de cada equipo, insumo que el familiar evidencia en su ser querido.
- Organizar los horarios en diferentes momentos del día para brindar información que muchos familiares llegan al hospital angustiados por tener noticias de su ser querido, teniendo presente los horarios de sus trabajos, el cuidado de niños en casa entre otras.
- Hablar a los familiares con un lenguaje sencillo, pausado, sin importar su nivel de escolaridad, nivel social, económico y cultural. Teniendo en cuenta que habrá familiares agresivos, ansiosos y conflictivos, en ellos centraré más la atención en cuanto que la información brindada quede más clara hasta el punto de lograr tranquilizarlo. Es importante siempre comprobar qué entendió el familiar de lo que se le dijo y resolver dudas al instante.
- El profesional de enfermería no debe olvidarse de lo más básico: identificarse con su nombre, esto brinda confianza, respeto y seguridad a las familias por lo tanto enriquece la comunicación asertiva.

- Cuando se habla de UCI es un área donde la mortalidad es alta y los familiares creen que por que su ser querido se encuentra en esa unidad es fijo que morirá, el deber de enfermería entonces, es hablar con honestidad y sinceridad en cuanto al pronóstico del paciente sin dar falsas esperanzas.
- Importante que el profesional de enfermería asista en el momento en que el médico tratante de la información a los familiares, con ello el enfermer@ estará enterado, más seguro y confiado cuando los familiares se dirijan al él en busca de información sobre el paciente; con esto no hay posibilidad de brindar información errada o diversificada ya que tanto el médico como el enfermer@ estarán manejando la misma información.
- Replantear los espacios donde se brinda la información, que no haya interrupciones de ningún tipo: ruidos fuertes, poca luz, que preserve la intimidad y puedan expresar sus sentimientos, emociones sin sentir vergüenza alguna.

10.4 Afrontamiento: una realidad vivida

Para entender la definición de afrontamiento es un *“conjunto de esfuerzos conductuales y cognitivos de un individuo para hacer frente a todas las situaciones estresantes que enfrenta el individuo, así para reducir el malestar que produce el estar “estresado” (72).*

Meredith Mealer en su estudio *“Factors affecting resilience and development of posttraumatic stress disorder in critical care nurses”*; Karen Tautiva Ochoa autora de *“Estrategias de afrontamiento en familiares de pacientes críticos” (65)*, Vincent C Smith *“Coping with the neonatal intensive care unit experience: parents' strategies and views of staff support” (69)* mencionan que dentro de las múltiples reacciones emocionales es importante resaltar el estilo de afrontamiento identificado en algunos familiares que entienden la información según las características particulares de su situación. dando los siguientes parámetros para un mejor afrontamiento:

- la persona debe mantener un control en el problema, buscando soluciones.
- Relajarse y analizar la situación desde todas las perspectivas posible, pensar en que el familiar hospitalizado en UCI tendrá una mejoría pronta.

- Pedir ayuda a un profesional si así lo requiere, cuando reconoce que necesita un apoyo emocional extra fuera de la familia. un profesional que le pueda brindar soluciones prontas.
- Conocer la enfermedad de su familiar para así saber lidiar con una recuperación rápida.

Por otro lado, los estudios de Tula Margarita Espinoza Moreno (57) Silvia Martinez (66) y Montoya Tamayo (67) “relacionan que la forma en que la persona afronte realmente la situación dependerá principalmente de los recursos que disponga y de las limitaciones que dificulten el uso de tales recursos. *“Decir que una persona cuenta con muchos recursos no solo significa que dispone de un gran número de ellos, sino que también tiene habilidad para aplicarlos ante las distintas demandas del entorno”*. *estrategias de afrontamiento “reformulación”, “evaluación pasiva”, “atención de apoyo social”, “búsqueda de apoyo espiritual” y “movilización familiar”* (57).

Teniendo en cuenta lo anterior, buscar un significado al suceso que afronta cada familia con un familiar en unidad de cuidados intensivos y teniendo en cuenta que la familia se centra en hacer frente a la situación buscando soluciones al problema; existen algunas intervenciones enfocadas en la familia tales como:

- Es importante tener presente que el afrontamiento depende de la familia en cuanto a nivel personal y estabilidad económica, mirando sus gustos o disgustos que estos expresan al profesional de enfermería buscando un apoyo. Enfermería es una de las profesiones más ricas en cuanto que tiene mejor acercamiento a los familiares de un paciente hospitalizado en la unidad de cuidados intensivos y es un referente comunicativo a fin de dar a conocer las evoluciones del paciente en cuanto a su enfermedad y personal, teniendo en cuenta que cada uno de ellos es diferente y toma las riendas de cómo afrontar la situación actual ya sea: con un recuerdo, una llamada, una foto , hablar con alguien comunicando sus pensamientos y con visitas esenciales para continuidad mejoría de calidad de vida.
- La familia es el pilar fundamental para una pronta recuperación del paciente, haciendo intervenciones con un trato humanizado para favorecer una comunicación acorde a las necesidades de los familiares.

- Favorecer el conocimiento de la familia a través del diálogo, da a conocer las normas institucionales, los horarios de visitas, el entorno físico y el personal que labora en el servicio; solicita los elementos de aseo personal para el cuidado del paciente, da la información sobre la evolución diaria del paciente, permite que la familia conozca el proceso fisiopatológico de la enfermedad, los tratamientos y todos los cuidados que requiere el paciente.

10.5 Espiritualidad

Violeta MATIAS ROBLES, “*Sentimientos y necesidades espirituales de los familiares de pacientes de la Unidad de Cuidados Intensivos*” (58) relacionado con “*La dimensión espiritual del cuidado en el que hacer del profesional de enfermería*” (70) de Shirley Priscilla Lindarte Jaimes, sin olvidar a David Lorenzo con su estudio de “*La espiritualidad en la humanización de la asistencia sanitaria*” (71) estos estudios refieren a las acciones que el profesional de enfermería puede llevar a cabo en el cuidado espiritual del paciente son las siguientes: estar abierto a los sentimientos del cliente en relación con la enfermedad y la muerte, observar y escuchar empáticamente su comunicación, crear una atmósfera de aceptación y no de crítica, favorecer la expresión de miedos, preocupaciones y enseñarle a enfrentarse a los problemas, favorecer la manifestación verbal de los sentimientos y percepciones. Además, ser sensible, transmitir compasión y proporcionar cuidado con actitud de humildad, empleando el tacto, según sea apropiado.

De acuerdo con lo anterior, es menester entonces hacer precisión en las intervenciones de enfermería dirigidas al familiar del paciente crítico así:

- Para promover la comunicación entre el profesional de enfermería y la familia del paciente crítico, las medidas más importantes deben ser que la enfermera tenga ciertas cualidades: amabilidad, calidez, empatía, reconocimiento y lenguaje comprensible.
- Enfermería debe reconocer la necesidad de comunicación entre los miembros de la familia y la necesidad de humanizar el entorno de la UCI. Los profesionales deben estar dispuestos a lidiar con los sentimientos de cada miembro de la familia, tener suficiente tiempo para ellos, identificar y preguntar qué sienten las familias.

- Facilitar las condiciones que le permitan al núcleo familiar adaptarse y así minimizar los cambios que deben realizar para ello es necesario todo el tiempo explicar al paciente y la familia cada intervención que se ejecuta y para qué
- Generar tácticas que minimicen el impacto generado por los equipos y dispositivos y fortalecer las estrategias de afrontamiento del familiar, como por ejemplo folletos con información gráfica y uso de terminología cotidiana al explicar
- Las visitas para una buena recuperación del paciente en la unidad de cuidados intensivos, es necesario adecuarlas a las necesidades que cada paciente requiera y que posibiliten a él y a su familia lograr una adaptación a su entorno, para ello la literatura expone que una buena visita consiste en un buen tiempo de 15-25 minutos a fin de evitar infecciones cruzadas u otras complicaciones que puedan afectar la seguridad del paciente, sin embargo, otros artículos contemplan que hoy día se puede tener presente la opción de uci de puertas abiertas lo que merece estudios observacionales más profundos porque como se mencionó depende de las necesidades particulares: patología, indicación de aislamiento estricto etc.
- Indagar sobre la importancia y satisfacción de las necesidades de visita de los familiares del paciente crítico a través de encuestas de satisfacción o incluso a través del diálogo mismo, tales como preguntas del estado de salud, posibilidades de integrar más personas a la familia, si pueden traer cosas de casa como música, fotos, cobijas etc, si pueden o no establecer contacto físico, hablarle etc.
- La familia del paciente crítico debe estar cerca de él y poder visitarlo es una prioridad. La flexibilidad ayuda a satisfacer la mayoría de las necesidades de la familia, reduce la ansiedad y aumenta la satisfacción.
- Tras flexibilizar la visita, se mejora la satisfacción familiar y la percepción de la calidad de la atención al paciente y la familia, la implicación familiar y la comunicación entre la familia y el personal.

El afrontamiento para los familiares es difícil de asumir por ello las mejores intervenciones son:

- Dialogar oportunamente y con la verdad a los familiares es una herramienta para lograr que la familia logre enfrentar su realidad y la de su ser querido, cuando

comprenden los procesos que vive éste en las unidades de cuidados intensivos, por lo que

- Favorecer el acompañamiento que reduce la ansiedad y genera seguridad. El profesional de enfermería es el puente entre el familiar y redes de apoyo social que puede ofrecer la institución hospitalaria que estén capacitados para dar intervención en crisis, como psicología, psiquiatría de enlace, trabajo social.
- Se debe comprender y respetar la espiritualidad de los familiares cuidadores de aquellos pacientes que están en la unidad de cuidados intensivos por esto debe favorecer dentro de la visita, por ejemplo, privacidad para la expresión de su culto o religión, permitir la entrada de una persona que autorice la familia y que consideren puede contribuir a determinada oración o rito; explicando previamente que no debe tocar o modificar tratamientos al sujeto de cuidado.
- El cuidado espiritual no solo se desarrolla en la dimensión de apoyo y cuidado del paciente. Existe un componente importante en la formación personal del profesional que lo lleva a cuestionar la relevancia de brindar orientación espiritual a los pacientes. Los profesionales de enfermería usualmente identifican esta dimensión como religiosidad y desde la formación en pregrado deben recibir formación que le posibilite identificar su propia espiritualidad para respetar la de los demás

CAPÍTULO 11. CONCLUSIONES

- Caracterizar los cuidados humanizados que reciben los familiares de pacientes que se hallan en cuidado intensivo fue posible a través de las necesidades de los mismos las cuales fueron discriminadas en las siguientes categorías: visitas, comunicación, afrontamiento y espiritualidad.
- De acuerdo a la revisión de la literatura se encontró que la mayoría de los artículos y tesis seleccionados eran predominantemente cualitativos descriptivos y que su país de origen es Colombia, seguido de España, México y Perú
- El cuidado humanizado se caracteriza por brindar una atención especial para cada uno de los pacientes y sus familias de acuerdo con sus necesidades porque los familiares también hacen parte del proceso.
- El rol de enfermería en un cuidado humanizado es fundamental ya que garantiza el proceso curativo. La atención integral de enfermería debe incluir la evaluación de las necesidades de la familia y el impacto de la enfermedad en la unidad familiar de manera que le posibilite trabajar para que todos en conjunto logren crecer derivado de la experiencia, entendiendo que el familiar está atravesando una crisis y desarrollando la capacidad de perseverancia a través de estrategias que favorezcan la adaptación a un escenario hostil como es la UCI y la aceptación de la situación. Para afrontar la experiencia, el familiar encontrará apoyo en la red primaria, en el equipo de salud formal e informal, en la percepción de seguridad en la UCI; es decir en enfermería

CAPÍTULO 12. RECOMENDACIONES

*Falta mucho por seguir investigando en relación con los cuidados humanizados que requieren los familiares de pacientes críticos, es posible, por ejemplo en primera instancia, poder hacer una revisión de la literatura que involucre a Norte América y Europa; a fin de determinar que otro tipo de necesidades expresan los familiares y cuáles son las intervenciones de cuidado que surgen alrededor de ellas para llegar a brindar un único y adecuado cuidado humanizado a los familiares de pacientes en UCI.

*Es esencial que se continúen elaborando protocolos de atención de enfermería dirigidos a la atención humanizada de los pacientes en UCI, y los diferentes cuidados que se les brinda a los familiares en los entornos hospitalarios, pero que estos sean discutidos desde los espacios académicos de pregrado. El estudiante debería llegar preparado en cierto modo, sobre cómo brindar cuidado humanizado.

*A fin de determinar si las visitas de puertas abiertas benefician no solo a los clientes externos (familias y pacientes críticos) sino también a los clientes internos (todo el personal de salud que asiste el cuidado), es necesario incentivar los estudios observacionales por parte de los estudiantes de enfermería o de los mismo enfermeros que trabajen en las UCI, es necesario determinar en qué momentos vale la pena o no hacer la apertura de las puertas 24 horas a las familias y escribir protocolos derivados de esos resultados.

*También se debe seguir fortaleciendo la esencia de la enfermería ya que ésta tiene un profundo poder e influencia en las familias. Cuando las relaciones con las enfermeras son buenas, las familias están más capacitadas para apoyar la experiencia.

14. BIBLIOGRAFÍA

1. Rodríguez Sarmiento L, Rodríguez Castro J. Concepto jurídico del núcleo familiar: un estudio sobre los “grupos familiares” – sub-judice.[Internet]. Repository. Universidad católica. [citado el 16 de abril de 2020] Disponible en:
<https://repository.ucatolica.edu.co/bitstream/10983/2105/1/Conceptojur%C3%ADdicodeln%C3%BAcleo-familiar.pdf>
2. Bautista Rodríguez L, Arias Velandia M, Carreño Leiva Z. Percepción de los familiares de pacientes críticos hospitalizados respecto a la comunicación y apoyo emocional. Scielo. [Internet]. [citado 25 de abril de 2020] Disponible en: <http://www.scielo.org.co/pdf/cuid/v7n2/v7n2a07.pdf>
3. Gómez Ortiz, V. Richard Stanley Lazarus (1922-2002). Revista Latinoamericana de Psicología, vol. 37, núm. 1, 2005, pp. 207-209. [Internet]. [citado el 16 de abril de 2020] Disponible en: <https://www.redalyc.org/pdf/805/80537112.pdf>
4. Contreras Moreno A, Palacios Espinosa X. Contribuciones de la Psicología al manejo interdisciplinario del paciente en Unidad de Cuidados Intensivos (UCI). Scielo. [Internet]. [citado 25 de abril de 2020] Disponible en: http://www.scielo.org.co/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S012108072014000100006
5. Tarquino Diaz L. La familia de paciente en unidad de cuidados intensivos (UCI). Repository. U Rosario 2014. [Internet]. [Citado 16 de abril del 2020]. Disponible en: <https://repository.urosario.edu.co/bitstream/handle/10336/9613/10207480172014.pdf?sequence=1>
6. Joven M, Guáqueta Parada S. Percepción del paciente crítico sobre los comportamientos de cuidado humanizado de enfermería. Scielo. [Internet]. [citado 25 de abril de 2020] Disponible en: <http://www.scielo.org.co/pdf/aven/v37n1/0121-4500-aven-37-01-65.pdf>
7. Galvis López M. Teorías y modelos de enfermería usados en la enfermería psiquiátrica. Revista cuidarte. Rev Cuid 2015; 6(2): 1108-20. [Internet]. [citado 25 de abril de 2020] Disponible en: <http://www.scielo.org.co/pdf/cuid/v6n2/v6n2a12.pdf>
8. Olarte Ariza C. Soluciones de humanización en salud en la práctica diaria. Enferm. univ vol.9 no.1 México ene./mar. 2012. Scielo. [Internet]. [citado 25 de abril de 2020] Disponible en: http://www.scielo.org.mx/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S166570632012000100006
9. República de Colombia. Ministerio de la Protección Social. Ejes de la acreditación: humanización de la atención.[Citado 25 de abril de 2020]

- Disponible en:
<http://www.acreditacionensalud.org.co/seguridad.php?IdSub=190&IdCat=84>
10. C. de la Fuente-Martos, M. Rojas-Amezcu, M.R. Gómez-Espejo, P. Lara-Aguayo, E. Morán Fernández, E. Aguilar-Alonso. Implantación de un proyecto de humanización en una Unidad de Cuidados Intensivos. Vol. 42. Núm. 2. páginas 99-109 (Marzo 2018). [Internet]. [Citado 16 de abril del 2020]. Disponible en:
<https://www.medintensiva.org/esimplantacionunproyectohumanizacionunarticulo-S0210569117302206>
 11. Machín EI. Enfermería: Teoría de Jean Watson y la inteligencia emocional, una visión humana. Rev Cubana Enferm [Internet]. 2015 [citado 6 de abril de 2021];31(3). Disponible en:
<http://www.revenfermeria.sld.cu/index.php/enf/article/view/686>
 12. Villota E. avances de la humanización en los servicios de salud en Colombia durante el periodo 2006-2016. [Internet]. Digitk areandina. [citado 6 de abril de 2021]. Disponible en:
<https://digitk.areandina.edu.co/bitstream/handle/areandina/689/humanizaci%C3%B3n%20en%20los%20servicios.pdf?sequence=1&isAllowed=y>
 13. Quiles Y, Quiles M, Hofstadt Román. Técnicas de comunicación para profesionales de enfermería [Internet]. Aeesme.org. [citado 6 de abril de 2021]. Disponible en: <http://www.aeesme.org/wp-content/uploads/2014/11/Tecnicas-de-comunicacion-en-Enfermeria.pdf>
 14. Real Academia Española [Internet]. Rae.es. [citado 6 de abril de 2021]. Disponible en: <http://www.rae.es>
 15. Berman A, Shirlee S, Kozier & Erb. (2013). Fundamentos de Enfermería, 9ed. Madrid: Pearson Educación, S.A.
 16. Martínez Arroyo M, Gómez González J. Formalización del concepto de afrontamiento: una aproximación en el cuidado de la Salud [Internet]. scielo.es. 2017 [citado 6 de abril de 2021]. Disponible en: <http://scielo.isciii.es/pdf/ene/v11n3/1988-348X-ene-11-03-744.pdf>
 17. Navas C Villegas H. Espiritualidad y salud. Revista ciencias de la educación :29.45.
 18. Hospital for special surgery. Información de visitas de pacientes hospitalizados [Internet]. hss.edu. [citado 6 de abril de 2021]. Disponible en: https://www.hss.edu/files/Visitation_Information_Spanish.pdf
 19. García CA, Torres CM. La realidad de la Unidad de Cuidados Intensivos [Internet]. Medigraphic.com. [citado 6 de abril de 2021]. Disponible en: <https://www.medigraphic.com/pdfs/medcri/ti-2017/ti173k.pdf>

20. Ochoa Parra M. Historia y evolución de la medicina crítica: de los cuidados intensivos a la terapia intensiva y cuidados críticos. *Acta Colomb Cuid Intensivo*. 2017;17(4):258–68.
21. Ristagno G, Weil MH. History of critical care medicine: The past, the present and the future. En: *Intensive and Critical Care Medicine*. Milano: Springer Milan; 2009. p. 3–17.
22. Barach P, Potter Forbes, M. Forbes I. *Intensive and Critical Care Medicine* [Internet]. World Federation of Societies of Intensive and Critical Care Medicine; 2009 [citado 6 de abril de 2021]. Disponible en: https://www.researchgate.net/publication/226697419_Designing_Safe_Intensive_Care_Units_of_the_Future
23. García CRA, Torres CM. La realidad de la Unidad de Cuidados Intensivos [Internet]. *Medigraphic.com*. [citado 6 de abril de 2021]. Disponible en: <https://www.medigraphic.com/pdfs/medcri/ti-2017/ti173k.pdf>
24. Asociación Colombiana de Medicina Crítica y Cuidado Intensivo. Historia de la medicina crítica en Colombia. [Internet]. *amci.org*. [citado 6 de abril de 2021]. Disponible en: <https://www.amci.org.co/20-institucional/151-historia-de-la-medicina-critica-en-colombia>
25. Consejo Superior de la Judicatura. Constitución política de Colombia 1991 [Internet]. Corte constitucional. 2016 [citado 6 de abril de 2021]. Disponible en: <https://www.corteconstitucional.gov.co/inicio/Constitucion%20politica%20de%20Colombia.pdf>
26. República de Colombia. Sentencia No. T-102/93 [Internet]. Corte Constitucional. [citado 6 de abril de 2021]. Disponible en: <https://www.corteconstitucional.gov.co/relatoria/1993/T-102-93.htm>
27. República de Colombia. Sentencia T-291/16 [Internet]. Corte Constitucional. 2016 [citado 6 de abril de 2021]. Disponible en: <https://www.corteconstitucional.gov.co/relatoria/2016/t-291-16.htm>
28. Nogueira Alcalá H. Los derechos económicos, sociales y culturales Como derechos fundamentales efectivos en El constitucionalismo democrático latinoamericano. *Estud const (Impresa)*. 2009; 7 (2): 143-205.
29. República de Colombia Artículo 42 [Internet]. *Constitucioncolombia.com*. [citado 6 de abril de 2021]. Disponible en: <https://www.constitucioncolombia.com/titulo-2/capitulo-2/articulo-42>
30. Oficina Asesora Jurídica. Ley 1857 de 2017 [Internet]. Mintrabajo. 2017 [citado 6 de abril de 2021]. Disponible en: <https://www.mintrabajo.gov.co/documents/20147/60092587/CONCEPTO+UNIFICADO+++Ley+1857+de+2017.pdf>

31. República de Colombia. Sentencia T-016/07 [Internet]. Corte Constitucional. 2007 [citado 6 de abril de 2021]. Disponible en: <https://www.corteconstitucional.gov.co/relatoria/2007/T-016-07.htm>
32. Echavarría JLG. De la naturaleza jurídica del derecho a la salud en Colombia [Internet]. Superintendencia Nacional de Salud Biblioteca Digital. 2013 [citado 6 de abril de 2021]. Disponible en: <https://www.minsalud.gov.co/sites/rid/Lists/BibliotecaDigital/RIDE/IA/SSA/naturaleza-juridica-derecho-salud-colombia.pdf>
33. Congreso de Colombia. Ley estatutaria 1751 de 2015 [Internet]. Minsalud. 2015 [citado 6 de abril de 2021]. Disponible en: https://www.minsalud.gov.co/Normatividad_Nuevo/Ley%201751%20de%202015.pdf
34. República de Colombia. Decreto número 1011 de 2006 [Internet]. Ministerio de Protección Social. 2006 [citado 6 de abril de 2021]. Disponible en: https://www.minsalud.gov.co/Normatividad_Nuevo/DECRETO%201011%20DE%202006.pdf
35. Ministerio de Salud y Protección Social de Colombia. Sistema Obligatorio de Garantía de Calidad en Salud (SOGCS) [Internet]. Minsalud. 2016 [citado 6 de abril de 2021]. Disponible en: <https://www.minsalud.gov.co/salud/PServicios/Paginas/sistema-obligatorio-garantia-calidad-SOGC.aspx>
36. Ministerio De salud y protección social. Resolución N° 00004343 de 2012 [Internet]. Minsalud. 2012 [citado 6 de abril de 2021]. Disponible en: https://www.minsalud.gov.co/Normatividad_Nuevo/Resoluci%C3%B3n%2004343%20de%202012.pdf
37. Redjurista SAS. Ley 911 de 2004 Congreso de la República - Colombia [Internet]. Redjurista.com. [citado 6 de abril de 2021]. Disponible en: https://www.redjurista.com/Documents/ley_911_de_2004_congreso_de_la_republica.aspx#/
38. Congreso de Colombia. Ley 266 de 1996 [Internet]. Mineducación. [citado 6 de abril de 2021]. Disponible en: https://www.mineducacion.gov.co/1759/articles-105002_archivo_pdf.pdf
39. “Entretejimos Esfuerzos en la Construcción de la Cultura de Humanización para el Goce Efectivo del Derecho a la Salud y la Dignidad Humana” 2021-2031. Propuesta de política nacional de humanización en salud. [Internet]. Gov.co. [citado el 21 de abril de 2021]. Disponible en: <https://www.minsalud.gov.co/sites/rid/Lists/BibliotecaDigital/RIDE/DE/CA/documento-propuesta-pnhs-politica-valor-humano.pdf>
40. Ministerio de Salud y Protección social. Calidad y humanización de la atención [Internet]. Gov.co. [citado el 21 de abril de 2021]. Disponible en:

<https://www.minsalud.gov.co/salud/publica/PI/Paginas/calidad-humanizacion-atencion.aspx>

41. Congreso de la República de Colombia. Ley 23 de 1982 [Internet]. Gov.co. 28 de enero de 1982 [citado el 16 de mayo de 2021]. Disponible en: <http://derechodeautor.gov.co:8080/documents/10181/182597/23.pdf/a97b8750-8451-4529-ab87-bb82160dd226>
42. Congreso de Colombia. Ley 44 de 1993 [Internet]. Gov.co. [citado el 16 de mayo de 2021]. Disponible en: <https://www.alcaldiabogota.gov.co/sisjur/normas/Normal.jsp?i=3429>
43. RESOLUCIÓN NÚMERO 8430 DE 1993 La cual se establecen las normas científicas P, la investigación en salud [Internet]. Gov.co. [citado 6 de abril de 2021]. Disponible en: <https://www.minsalud.gov.co/sites/rid/Lists/BibliotecaDigital/RIDE/DEDIJ/RESOLUCION-8430-DE-1993.pdf>
44. Charry R, Ordoñez L, Tiempos M, Cortes M. Interacción entre el profesional de enfermería y la familia del paciente hospitalizado en la unidad de cuidados intensivos de dos instituciones de salud en las ciudades de Pitalito y Neiva. [Tesis]. Bogotá: Universidad de La Sabana; 2012.
45. Errasti-Ibarrondo B, Tricas-Sauras S. La visita flexible en las unidades de cuidados intensivos: beneficios para los familiares del paciente crítico. *Enferm Intensiva*. 2012;23(4):179–88.
46. Colombia Ministerio de Salud y Protección Social. CORONAVIRUS (COVID-19) [Internet]. Gov.co. [citado el 22 de abril de 2021]. Disponible en: https://www.minsalud.gov.co/salud/publica/PET/Paginas/Covid-19_copia.aspx
47. Aguilar García CR, Martínez Torres C. La realidad de la Unidad de Cuidados Intensivos. *Medicina crítica (Col Mex Med Crít)*. 2017;31(3):171–3.
48. Escobar S. Así deben ser las visitas de familiares a pacientes de coronavirus en las UCI: guía y recomendaciones [Internet]. *El Confidencial*. 2020 [citado el 22 de abril de 2021]. Disponible en: https://www.elconfidencial.com/espana/coronavirus/2020-08-11/visitas-pacientes-coronavirus-uci_2710892/
49. Sonsoles Martín Pérez, Elena Rubio Marco, Mónica Vázquez-Calatayud, Cristina Labiano Pérez-Seoane, Yolanda Lizarraga Ursúa, Marijan Bazanovi, Idoya Andueza Alegría. Percepciones de los profesionales y familiares acerca de la política de visitas en una unidad de cuidados especiales. [Internet]. Pág.

- 38-46 Enfermería en Cardiología. 2015; Año XXII (65) [citado el 22 de abril de 2021]. Disponible en: https://www.enfermeriaencardiologia.com/wp-content/uploads/65_04.pdf
- 50.** Calle GHL, Martin MC, Nin N. Seeking to humanize intensive care. *Rev Bras Ter Intensiva*. 2017;29(1):9–13.
- 51.** Hernández NL, Universidad del Valle, Rubio Grillo MH, Lovera Montilla A. Strategies for neonatal developmental care and family-centered neonatal care. Universidad del Valle. *Invest Educ Enferm*. 2016;34(1):104–12.
- 52.** González-Gil MT, Alcolea-Cosín MT, Pérez-García S, Luna-Castaño P, Torrent-Vela S, Piqueras-Rodríguez P, et al. Children's visits to the paediatric intensive care unit from the nurses' experience. *Enfermería Intensiva* [Internet]. 2020 [citado el 22 de abril de 2021]; Disponible en: <https://www.elsevier.es/es-revista-enfermeria-intensiva-142-articulo-la-visita-infantil-unidad-cuidados-S1130239920300869>
- 53.** Saavedra B, Galiano Gálvez M. Percepción de enfermeras y familiares de pacientes sobre conductas de cuidado importantes. [Internet]. *Ciencia y enfermería XXIII* (1): 35-44, 2017 [citado el 22 de abril de 2021]. Disponible en: <https://scielo.conicyt.cl/pdf/cienf/v23n1/0717-9553-cienf-23-01-00035.pdf>
- 54.** Bernal-Ruiz D, Horta-Buitrago S. Cuidado de enfermería para la familia del paciente crítico desde la teoría de la comprensión facilitada. *Enferm univ*. 2014;11(4):154–63.
- 55.** Pardavila Belio MI, Vivar CG. Necesidades de la familia en las unidades de cuidados intensivos. Revisión de la literatura. *Enfermería Intensiva*. 2012;23(2):51–67.
- 56.** Marquez Herrera M, Carrillo González G. La experiencia del familiar de la unidad de cuidados intensivos en Bucaramanga (Colombia): un estudio fenomenológico. Volumen 15 No 1 - Enero-Junio de 2015 [citado el 21 de abril de 2021]; Disponible en: <https://www.redalyc.org/pdf/2738/273840435010.pdf>
- 57.** Tula EM, Janett PC, Madelaine AA, Jesús ZH. Afrontamiento familiar ante hospitalización de un pariente adulto en cuidados intensivos de una institución de salud. Lima-Perú 2017. En: XVI Coloquio Panamericano de Investigación en Enfermería. 2018.

- 58.** Robles VM. Sentimientos y necesidades espirituales de los familiares de pacientes de la Unidad de Cuidados Intensivos [Internet]. [Facultad de medicina E.A.P de enfermería]: Universidad nacional mayor de san marcos; 2017 [citado el 22 de abril de 2021]. Disponible en: https://cybertesis.unmsm.edu.pe/bitstream/handle/20.500.12672/6820/Matias_rv.pdf?sequence=1&isAllowed=y
- 59.** Izquierdo DL. La espiritualidad en la humanización de la asistencia sanitaria. *Rev iberoam bioét.* 2018;(8):7.
- 60.** Achury DM, Pinilla M. La comunicación con la familia del paciente que se encuentra al final de la vida. *Enferm univ.* 2016;13(1):55–60.
- 61.** Pinzón GAB. Comunicación entre la enfermera y el familiar de la persona hospitalizada en la unidad de cuidados intensivos [Internet]. Edu.co. [citado el 22 de abril de 2021]. Disponible en: <https://repositorio.unal.edu.co/bitstream/handle/unal/52712/91506989.2014.pdf?sequence=1&isAllowed=y>
- 62.** Suarez JT. Intervencion de enfermeria fundamentada en la comunicación sobre la incertidumbre de familiares de pacientes hospitalizados en la UCI adultos [Internet]. Universidad de la sabana facultad de enfermeria y rehabilitacion; 2019 [citado el 22 de abril de 2021]. Disponible en: <https://intellectum.unisabana.edu.co/bitstream/handle/10818/35589/incertidumbre%20y%20comunicacion%20jacquelineT.docx.pdf?sequence=1&isAllowed=y>
- 63.** Boada Quijano LC, Guáqueta Parada SR. Elementos para abordar la necesidad de información de las familias en una unidad de cuidados intensivos. *Investig Enferm Imagen Desarrollo* [Internet]. 2019 [citado el 22 de abril de 2021];21(2). Disponible en: <https://revistas.javeriana.edu.co/index.php/imagenydesarrollo/article/view/21474>
- 64.** Diaz Perez A, Barrios Puerta, Z Mendoza Cataño C. Cuidado y comunicación por parte de los enfermeros a familiares de pacientes hospitalizados en una unidad de cuidados intensivos [Internet]. *Revista Cultura del Cuidado*; [citado el 22 de abril de 2021]. Disponible en: <https://revistas.unilibre.edu.co/index.php/cultura/article/view/3816/3199>
- 65.** Ochoa K, López C, Guzmán S, González D, Hernández S. Estrategias de afrontamiento en familiares de pacientes críticos.

- Repertorio de medicina y cirugía [Internet]. 2019 [citado el 22 de abril de 2021]; Disponible en: <https://revistas.fucsalud.edu.co/index.php/repertorio/article/view/950/1340>
- 66.** Silvia MV, Aránzazu AR, Antonio SV, Josefa GL. Estilos de afrontamiento de los familiares de pacientes ingresados en una unidad de cuidados intensivos: una revisión sistemática Coping styles of relatives of patients admitted to an intensive care unit. *Tiempos de enfermería y salud* [citado el 22 de abril de 2021]; Disponible en: https://www.researchgate.net/publication/338685399_ESTILOS_DE_AFRONTAMIENTO_DE_LOS_FAMILIARES_DE_PACIENTES_INGRESADOS_EN_UNA_UNIDAD_DE_CUIDADOS_INTENSIVOS_UNA_REVISION_SISTEMATICA_COPING_STYLES_OF_RELATIVES_OF_PATIENTS_ADMITTED_TO_AN_INTENSIVE_CARE_UN/link/5e24885d92851caf3930e69/download
- 67.** Montoya Tamayo DP, Monsalve Ospina TP, Forero Pulido C. Significado del afrontamiento familiar para enfermeras de unidades de cuidados intensivos de adultos de Medellín. *Enferm Intensiva*. 2015;26(4):144–52.
- 68.** Eva. El significado de confort en la perspectiva de familiares de pacientes hospitalizados en UCI [Internet]. *Picuida.es*. 2019 [citado el 22 de abril de 2021]. Disponible en: <https://www.picuida.es/el-significado-de-confort-en-la-perspectiva-de-familiares-de-pacientes-hospitalizados-en-uci/>
- 69.** Smith VC, SteelFisher GK, Salhi C, Shen LY. Coping with the neonatal intensive care unit experience: Parents' strategies and views of staff support. *J Perinat Neonatal Nurs*. 2012;26(4):343–52.
- 70.** Jaimes S. La dimensión espiritual del cuidado en el quehacer del profesional de enfermería [Internet]. *Universidad de ciencias aplicadas y ambientales*; 2010 [citado el 22 de abril de 2021]. Disponible en: <https://repository.udca.edu.co/bitstream/11158/1146/1/DIMENSION%20DE%20L%20CUIDADO%20ESPIRITUAL.pdf>
- 71.** Lorenzo D. La espiritualidad en la humanización de la asistencia sanitaria. *Rev iberoam bioét*. 2018;(8):01–11.
- 72.** Afrontamiento [Internet]. *Cun.es*. [citado el 22 de abril de 2021]. Disponible en: <https://www.cun.es/diccionario-medico/terminos/afrontamiento>

