

Atenci3n humanizada en cuidado crĪtico

fundamentos tĒcnico-cientĪficos, de profesionalismo y bioĒticos

Humanized care in critical care: technical-scientific foundations, professionalism and bioethics



Mauren Daniela **JimĒnez RodrĪguez**
Valentina **Forero Sarmiento**
Luis Alberto **SĀnchez-Alfaro**

MCT Volumen 17 #1 enero - junio

Movimiento CientĪfico

ISSN-L: 2011-7191 | e-ISSN: 2463-2236

Publicaci3n Semestral

Title: Humanized care in critical care**Subtitle:** Technical-scientific foundations, professionalism and bioethics**Título:** Atención humanizada en cuidado crítico**Subtítulo:** Fundamentos técnico-científicos, de profesionalismo y bioéticos**Alt Title / Título alternativo:****[en]:** Humanized care in critical care: technical-scientific foundations, professionalism and bioethics**[es]:** Atención humanizada en cuidado crítico:**Author (s) / Autor (es):**

Jiménez Rodríguez, Forero Sarmiento & Sánchez-Alfaro

Keywords / Palabras Clave:**[en]:** Humanization; Professionalism; Bioethics; Intensive Care Unit; Ethical principles.**[es]:** Humanización; Profesionalismo; Bioética; Unidad de Cuidado Intensivo; Principios éticos.**Submitted:** 2023-06-29**Accepted:** 2023-08-02

Resumen

Objetivo: analizar los pilares técnico-científicos, de profesionalismo y bioéticos de la atención humanizada en cuidado crítico, a partir de la percepción de profesionales sanitarios de Unidades de Cuidado Intensivo de Adultos en Bogotá. Método: investigación cuantitativa exploratoria descriptiva con diseño transversal, utilizó un cuestionario a profesionales sanitarios que laboran en UCI de Bogotá. A partir del proyecto HUCI se diseñó un cuestionario, adaptando su lenguaje y realizando validación de fachada. Para el análisis se utilizó estadística descriptiva mediante el programa STATA. Resultados: al analizar el pilar técnico científico, el 25,68% de los participantes tuvieron una percepción de humanización con nivel bajo, el 51,35% un nivel medio y el 22,97% un nivel alto. Al relacionar el nivel de percepción de humanización con el género, se halló que el 20,27% (12 mujeres, 3 hombres) de los participantes tuvieron una percepción de humanización con nivel bajo, el 52,70% (30 mujeres, 9 hombres) un nivel medio y el 27,03% (16 mujeres, 4 hombres) un nivel alto. Conclusiones: el modelo HUCI está principalmente fundamentado en elementos de corte técnico-científico basados en procesos, protocolos o procedimientos empleados como métodos para orientar acciones terapéuticas o institucionales, siendo los cuidados alrededor del paciente en estadio de fin de vida el mejor cimentado. El Pilar Bioética, entendido como la praxis de principios y virtudes éticas en pro de trato justo y digno a los pacientes y sus familias, y para la resolución de conflictos éticos, no está claramente establecido; sin embargo, el modelo favorece la toma de decisiones bajo algunos parámetros éticos.

Abstract

Objective: to analyze the technical-scientific, professional and bioethical pillars of humanized care in critical care, based on the perception of health professionals in Adult Intensive Care Units in Bogota. Methods: A quantitative exploratory descriptive descriptive research with cross-sectional design, using a questionnaire to health professionals working in ICUs in Bogota. A questionnaire was designed based on the HUCI project, adapting its language and performing front-end validation. Descriptive statistics were used for the analysis by means of the STATA program. Results: when analyzing the technical-scientific pillar, 25.68% of the participants had a perception of humanization with a low level, 51.35% a medium level and 22.97% a high level. When relating the level of perception of humanization to gender, it was found that 20.27% (12 women, 3 men) of the participants had a perception of humanization with a low level, 52.70% (30 women, 9 men) a medium level and 27.03% (16 women, 4 men) a high level. Conclusions: The HUCI model is mainly based on technical-scientific elements based on processes, protocols or procedures used as methods to guide therapeutic or institutional actions, being the care around the patient at the end-of-life stage the best founded. The Bioethics Pillar, understood as the practice of ethical principles and virtues for the fair and dignified treatment of patients and their families, and for the resolution of ethical conflicts, is not clearly established; however, the model favors decision making under some ethical parameters

Citar como:

Jiménez Rodríguez, M. D., Forero Sarmiento, V., & Sánchez-Alfaro, L. A. (2023). Atención humanizada en cuidado crítico: Fundamentos técnico-científicos, de profesionalismo y bioéticos. *Movimiento Científico*, 17 (1), 55-65. Obtenido de: <https://revmovimientocientifico.iber.edu.co/article/view/2740>

Mauren Daniela **Jiménez Rodríguez**, EspFT
ORCID: [0000-0002-6188-5725](https://orcid.org/0000-0002-6188-5725)

Source | Filiación:
Fundación Hospital Pediátrico la Misericordia HOMI

City | Ciudad:
Colombia

e-mail:
Jimenez.mau.rod@gmail.com

Valentina **Forero Sarmiento**, EspFT
ORCID: [0000-0003-3360-7100](https://orcid.org/0000-0003-3360-7100)

Source | Filiación:
CAFAM – Clínica Santa Barbara

City | Ciudad:
Colombia

e-mail:
forerosarmientov@gmail.com

Dr Luis Alberto **Sánchez-Alfaro**, PhD, MSc Esp Od
ORCID: [0000-0001-5219-2639](https://orcid.org/0000-0001-5219-2639)

Source | Filiación:
Profesor Asociado, Facultad de Ciencias de la Salud, Corporación Universitaria Iberoamericana. Profesor Asociado, Departamento de Salud Colectiva, Facultad de Odontología, Universidad Nacional de Colombia. Miembro del Consejo Asesor de la RedBioética UNESCO para América Latina y El Caribe.

City | Ciudad:
Colombia

e-mail:
luis.sanchez@iber.edu.co

Atención humanizada en cuidado crítico

fundamentos técnico-científicos, de profesionalismo y bioéticos

Humanized care in critical care: technical-scientific foundations, professionalism and bioethics

Mauren Daniela **Jiménez Rodríguez**

Valentina **Forero Sarmiento**

Luis Alberto **Sánchez-Alfaro**

Introducción

Ha existido diferentes tipos de modelos relación terapeuta–paciente: el paternalismo, donde el paciente está sometido a cumplir a cabalidad las decisiones del personal médico sin dar su opinión; en 1987 se creó “The Picker-commonwealth program for patient centered care” en los Estados Unidos cuya propuesta planteaba que “la atención debe centrarse en el paciente”, generando una interacción médico-paciente un poco más horizontal (*Hobbs, 2009*). Sin embargo, existen escenarios donde esta interacción terapeuta–paciente se mantiene con estándares jerárquicos paternalistas o donde se privilegia la voz de los médicos tratantes, como es el caso de las Unidades de Cuidado Intensivo (UCI). Se ha planteado que la atención en las UCI tiende a ser despersonalizada y deshumanizada; por tanto, la humanización en las UCI se considera una necesidad; la humanización es un componente ético inherente a cada una de las conductas, tratamientos e intervenciones del personal de salud frente al manejo integral y multidisciplinar de pacientes en UCI (*Ávila-Morales, 2017; Bermejo & Villacieros Durban, 2018; Heras La Calle, Alonso-Oviés, et al., 2017*).

También se ha planteado que en las UCI el bienestar físico y mental del personal asistencial y de los pacientes se encuentra en permanente tensión; por un lado, los pacientes, al tener de forma prolongada ayudas externas para mantener funciones vitales, pueden experimentar ansiedad, depresión, trastorno de estrés postraumático, molestias por la luz “artificial” constante o por el sonido de los monitores, pérdida de la noción del tiempo, entre otras. De otra parte, el personal asistencial podría expresar falencias o pérdida de cualidades como empatía, compasión o comprensión de la situación del paciente, cansancio o desgaste laboral, ansiedad, depresión entre otras (*Ávila-Morales, 2017; Rojas, 2019; Wilson et al., 2019*).

Buscar la excelencia y practicar la humanización en UCI requiere un cambio de pensamiento, de actitud y compromiso por parte del personal asistencial, posicionando a la persona o al paciente como eje central de la atención médico-sanitaria. Se ha evidenciado la carencia de aspectos básicos en cuestiones de humanización de la atención en UCI, por factores que involucran desde la infraestructura hasta la interacción del profesional con el paciente (Heras La Calle, Martin, et al., 2017); ello condujo a plantear el Proyecto de Investigación Internacional “Humanizando los Cuidados Intensivos” (HUCI) con ocho componentes fundamentales: UCI de Puertas Abiertas y Participación de Familiares; Comunicación; Bienestar del paciente; Presencia y participación de familiares en UCI; Cuidados a los profesionales de la salud; Prevención, manejo y monitoreo síndrome post UCI; Arquitectura e infraestructura humanizada; Cuidado al final de la vida (Alonso-Ovies & Heras La Calle, 2020; Baeza Gómez & Quispe Hoxsas, 2020; Heras La Calle, Alonso-Oviés, et al., 2017; Heras La Calle, Martin, et al., 2017; Nin Vaeza et al., 2020)

En el contexto de implementación del proyecto HUCI, Rojas resalta la necesidad de tratar a cada individuo de manera personalizada, teniendo en cuenta que es única, preservando su dignidad y valores, utilizando los recursos brindados a nivel institucional de manera racional e incluyendo al grupo familiar en cada proceso y evolución concientizándolos que la salud es un derecho fundamental de todo ser humano (Rojas, 2019). Esto conduce a establecer que el proceso de humanización en las UCI debe dialogar con criterios o fundamentos técnico-científicos, de profesionalismo y bioéticos; es decir, con las herramientas propias del quehacer asistencial, con las actitudes del personal asistencial y con los derroteros éticos propios de las instituciones y el personal que atiende en UCI. Por lo anterior el objetivo de esta investigación fue, tomando como referente los componentes del proyecto HUCI, analizar los pilares técnico-científicos, de profesionalismo y bioéticos de la atención humanizada en cuidado crítico, a partir de la percepción de profesionales y auxiliares que laboran en Unidades de Cuidado Intensivo de Adultos de Bogotá.

Metodología

Esta investigación se estructuró desde un paradigma cuantitativo exploratorio de tipo descriptivo, con un diseño transversal. Participaron médicos (general e intensivistas), enfermera-os, fisioterapeutas, terapeutas respiratorios, auxiliares de enfermería, trabajador(a) social, psicólogo(a)s, terapeutas ocupacionales y fonoaudiólogo(a)s, con experiencia en UCI Adultos en Bogotá. Para la obtención de la muestra se realizó una difusión masiva de la encuesta hasta lograr el mayor número de participantes. Finalmente se configuró una muestra a conveniencia conformada por 74 participantes. Se incluyeron profesionales sanitarios y auxiliares con experiencia mínima de 6 meses en UCI. Se excluyó aquellos profesionales sanitarios o auxiliares que cumplieran con labor administrativa, que prestaran su servicio de forma esporádica sin una continuidad en terapéuticas o con experiencia inferior a seis meses en UCI.

Como técnica de instrumentos para recolección de información se utilizó un cuestionario online auto-administrado durante un periodo de dos meses. Para su diseño se tomó como referente el Manual de buenas prácticas de humanización en Unidades de Cuidados Intensivos del Proyecto HUCI (7 líneas estratégicas y 159 preguntas),

realizando la adecuada adaptación de lenguaje, se excluyeron las preguntas reiterativas. Luego se realizó un proceso de validación de fachada o de validez aparente (validez de contenido) mediante el modelo de Fehring (Carvajal et al., 2011; Urrutia Egaña et al., 2014), para esto se tuvo la participación de tres expertos (uno local, uno nacional y uno internacional, todos con conocimientos en investigación y el trabajo en UCI). El diseño final del cuestionario estuvo conformado por cinco preguntas sobre el perfil del participante (preguntas 2 – 6) y 82 preguntas distribuidas en las siguientes categorías:

1. UCI de puertas abiertas – Presencia y participación de los familiares: preguntas 7 – 21
2. Comunicación: preguntas 22 – 30
3. Bienestar del paciente: preguntas 31 – 42
4. Toma de decisiones: preguntas 43 – 45
5. Cuidados al personal: preguntas 46 – 50
6. Prevención síndrome post-cuidados intensivos: preguntas 51 – 59
7. Cuidados al final de la vida: preguntas 60 – 70
8. Infraestructura: preguntas 71 – 88

Para el análisis estadístico de tipo descriptivo (frecuencias, porcentajes, medias, desviaciones estándar), se utilizó el programa estadístico STATA versión 13.0 los datos recolectados fueron codificados y agrupados de la siguiente manera tomando como variables de desenlace: Rol en la UCI, género y tipo de UCI. Las preguntas correspondientes al constructo del cuestionario fueron de tipo dicotómicas (Si o No). Para el análisis se diseñó un modelo de acuerdo con las ocho categorías finales con contraste con las tres dimensiones de los objetivos específicos: pilares técnico-científicos, de profesionalismo y bioéticos (ver tabla 1).

De acuerdo con los elementos conceptuales en cada categoría, se establecieron preguntas con valor regular y preguntas con mayor peso o valor dentro de cada categoría, así: Preguntas con valor regular: Si = 1, No = 0; Preguntas con mayor valor: Si = 2, No = 0. Para homogenizar los valores de cada grupo de categoría se pasaron los valores de cada una de las variables a valores entre 0 y 10, de esta forma hacerlas comparables. Para el análisis de relaciones se calculó el nivel de significancia (valor de $p < 0,05$), ANOVAS para las variables categóricas y pruebas t de student para las variables dicotómicas. Finalmente, en aras de tener un indicador de percepción de humanización en las UCI se establecieron tres niveles a partir de los puntajes obtenidos entre 0 y 10: percepción baja entre 0 y 4, percepción media entre 5 y 7, percepción alta entre 8 y 10. Estos niveles se calcularon para las variables de desenlace.

Consideraciones Éticas

Esta investigación se clasificó como “Sin riesgo” (República de Colombia & Ministerio de Salud, 1993). Teniendo en cuenta la Declaración Universal sobre Bioética y Derechos Humanos se respetaron los principios de Autonomía y responsabilidad individual, y Privacidad y confidencialidad (UNESCO, 2005). El Consentimiento informado fue un paso previo para acceder al cuestionario electrónico. Guiados por la Declaración de Singapur, esta investigación mantuvo el compromiso con la integridad científica (2nd World Conference on Research Integrity, 2010). Se obtuvo aval ético del Comité Institucional de ética en investigación de la Corporación Universitaria Iberoamericana.

Tabla 1. Modelo para análisis sobre Humanización en UCI

	Técnico – científicos Procesos, protocolos o procedimientos empleados como métodos para orientar acciones terapéuticas o institucionales objetivas.	Profesionalismo Pautas para fortalecer la vocación de servicio o para ejecutar acciones y actividades que redunden en pro del bienestar e intereses de pacientes y familiares.	Bioética Praxis de principios y virtudes éticas en pro de trato justo y digno (buen vivir – buen morir) a los pacientes y sus familias, y para la resolución de conflictos éticos.	Puntaje total
Puertas abiertas y participación familiares (preguntas 7 – 21) Los horarios permiten el acercamiento e inclusión de los familiares en la atención y los cuidados básicos del paciente.	9, 10, 11, 12 13, 15, 17, 20. UCI_AB_TC	7, 8, 14, 16, 18, 19, 21. UCI_AB_PROF		21 UCI_AB
Comunicación (preguntas 22 – 30) Manejo de la información y la comunicación en la UCI; solución de conflictos, fortalecimiento del trabajo en equipo y la confianza.	22, 23, 27, 28. UCI_COM_TC	24, 25, 29, 30. UCI_COM_PROF	26. UCI_COM_BE	14 UCI_COM
Bienestar del paciente (preguntas 31 – 42) Medidas de confort, valoración biopsicosocial y solución las necesidades del paciente.	31, 32, 33, 34, 35, 37, 39, 41, 75. UCI_BIEN_TC	36, 38, 40, 42. UCI_BIEN_PROF		18 UCI_BIEN
Toma de decisiones (preguntas 43 – 45) Instauración o suspensión de terapéuticas en atención a los intereses del paciente, sus familiares o el mayor beneficio posible.		43, 44, 45. UCI_TDEC_BE		4 UCI_TDEC
Cuidados al personal asistencial (preguntas 46-50) Áreas de descanso, actividades que mejoren el ambiente laboral, atención al síndrome de burnout.	46, 47, 48, 49, 50. UCI_CPA_TC			7 UCI_CPA
Síndrome Post-UCI (preguntas 51-59) Seguimiento continuo e integral al paciente y su calidad de vida luego del ingreso de la UCI.	51, 52, 54, 56, 57, 59. UCI_POST_TC	53, 55, 58. UCI_POST_PROF		12 UCI_POST
Fin de vida (preguntas 60 – 70) Manejo y garantía de cubrimiento a las necesidades físicas, psicosociales y espirituales de los pacientes y sus familias en etapas de fin de vida.	60, 61, 62. UCI_FINV_TC	64, 65, 66, 67. UCI_FINV_PROF	63, 68, 69, 70. UCI_FINV_BE	14 UCI_FINV
Infraestructura (preguntas 71 – 88) Espacios que permitan un trabajo ágil y pertinente con tecnología para suplir necesidades de pacientes y familiares. Espacios para el personal y salas de descanso.	71, 72, 73, 74, 77, 78, 79, 82, 83, 84, 85, 86, 87, 88. UCI_INF_TC	76, 80, 81. UCI_INF_PROF		22 UCI_INF
Puntaje total	66 UCI_TC	35 UCI_PROF	11 UCI_BE	112 UCI_TOTAL

Color negro para preguntas con valor regular. **Color azul** para preguntas con mayor valor dentro de la categoría asignada.

Fuente: creación y elaboración propia.

Resultados

De acuerdo con los resultados obtenidos sobre la percepción general de la humanización en UCI según las líneas estratégicas (categorías del modelo HUCI), se puede resaltar que en cuanto a Puertas abiertas y participación familiares: el 68,92% de los participantes refiere que en la UCI cuenta con horarios flexibles y el 64,86% que la familia es participe de cuidados a su familiar. Comunicación: el 77,03% de participantes percibe que en las UCI hay mecanismos para la resolución de conflictos y los peores resultados se observan en la disponibilidad de sistemas de comunicación aumentativa/alternativa (44,59%) y el entrenamiento para su uso (37,84%). Bienestar del paciente: el 97,3% percibe que al interior de las UCI se manejan protocolos de movilización temprana y protocolos de higiene e hidratación del paciente; mientras que el 66,22% refiere que, al interior de las UCI, no se cuenta con intervenciones relacionadas con la música y el 45,95% indica la realización de mediciones del ruido ambiental. Toma de decisiones: el 97,3% de los participantes percibe que la toma de decisiones es realizada por el equipo de atención en el interior de las UCI, el 10,81% encuentra un déficit en el respeto de la manifestación previa del paciente. Cuidados al personal asistencial: el 66,22% plantea que en la UCI se realizan actividades para mitigar el desgaste profesional; sin embargo, el 67,57% refiere que no se realizan evaluaciones periódicas del desgaste profesional en el interior de las UCI y el 52,70% reporta contar con soporte para el equipo asistencial ante incidentes críticos, situaciones difíciles traumáticas de la UCI. Síndrome Post-UCI: el 81,08% reporta que se realizan pruebas de despertar y/o respiración espontánea, prevención en el tratamiento de enfermedades neuromusculares y una valoración funcional física al egreso de la UCI, pero el 50% refiere que no se realizan seguimientos a los pacientes que egresan de las UCI. Fin de vida: el 87,84% refieren que se realiza un registro en la decisión de instaurar sedación paliativa; sin embargo, el 31,08% refiere que no se realiza un acompañamiento y atención del duelo en el personal asistencial que labora en UCI. Infraestructura: el 94,59% reporta que se cuenta con los respectivos separadores entre cubículos; sin embargo, el 35,16% reporta que, en caso de pacientes en estadio final de vida, el cubículo no permite condiciones de intimidad y acompañamiento sin presiones de tiempo o espaciales; el 68,92% indicó que no se cuenta con ventanas virtuales (que proyecten una luz artificial ya que no se cuenta con luz natural), al interior de las UCI.

En la tabla 2 se muestran los resultados obtenidos en la relación entre categorías del modelo de análisis sobre Humanización en UCI (líneas estratégicas y los pilares técnico-científicos, de profesionalismo y bioéticos) y el género. Se puede observar: Pilar técnico-científico: el promedio más bajo en la línea estratégica de cuidados al personal asistencial dado por el género masculino con un 4,55 y con un promedio elevado de 8,06 dado por el género femenino en la línea estratégica Fin de vida. Pilar Profesionalismo: se obtuvo el mayor promedio (8,02) en el género masculino en la categoría bienestar del paciente, se observa un promedio bajo con el 5,78, que corresponde al género masculino en la categoría de síndrome post UCI. Pilar Bioético: se aprecia un promedio de 10,0 brindado por el género masculino en la categoría toma de decisiones, así mismo en la categoría Fin de vida se aprecia un promedio más bajo con un 7,13 brindado por el género masculino. Al observar los resultados totales de las categorías que conforman el modelo Humanización planteado en relación con el género, se observa un promedio bajo de 5,74 en el género masculino en la categoría UCI puertas abiertas y participación familiar; aunque se obtuvo el promedio más alto 10,0 en la categoría general de Toma de decisiones, también en el género masculino. En cuanto a los resultados totales de los pilares que conforman el modelo Humanización planteado en relación con el género, se evidencia el promedio más bajo en el género femenino con un 6,29 para el pilar técnico-científico, y el mayor promedio en el género masculino para el pilar bioético con un 8,47.

La tabla 3 muestra los resultados al relacionar las categorías del modelo de análisis con el rol en la UCI. Se puede observar: Pilar técnico-científico un 8,75 como el promedio más alto en los médicos para la categoría fin de vida y el promedio más bajo (4,35) en los fisioterapeutas para la categoría de cuidados al personal asistencial. Pilar profesionalismo: con un promedio de 5,14 en la categoría síndrome post UCI manifestado por otros profesionales y con un promedio de 8,00 en los médicos en la categoría de Fin de vida. Pilar Bioético: el promedio más alto (10) en los médicos en la categoría toma de decisiones y el promedio más bajo (6,11) en otros profesionales (terapeuta respiratorio, fonoaudiólogo-a, enfermeras/os) para la categoría comunicación.

Tabla 2. Relación entre categorías del modelo de análisis sobre Humanización en UCI y género

Categorías - Variables	Pilares técnico-científicos			Pilares - Profesionalismo			Pilares - Bioéticos			Total Categorías modelo HU-CI y género		
	Media	Intervalo de confianza [95%]	Valor de p (prueba t)	Media	Intervalo de confianza [95%]	Valor de p (prueba t)	Media	Intervalo de confianza [95%]	Valor de p (prueba t)	Media	Intervalo de confianza [95%]	Valor de p (prueba t)
UCI de puertas abiertas y participación familiares												
Femenino	5,47	4,96 - 5,98	0.6568	7,34	6,70 - 7,99	0.1456	-	-	-	6,36	5,87 - 6,86	0.2546
Masculino	5,23	4,31 - 6,14		6,31	5,02 - 7,61		-	-		5,74	4,77 - 6,72	
Comunicación												
Femenino	6,35	5,57 - 7,13	0.9966	6,29	5,57 - 7,01	0.3603	7,41	6,26 - 8,57	0.2668	6,48	5,80 - 7,16	4.922
Masculino	6,35	4,99 - 7,72		6,98	5,92 - 8,04		8,75	7,05 - 10,45		6,96	5,92 - 8,01	
Bienestar del paciente												
Femenino	7,21	6,65 - 7,77	0.6217	6,98	6,22 - 7,74	0.1957	-	-	-	7,14	6,59 - 7,68	0.3430
Masculino	7,50	6,67 - 8,33		8,02	6,80 - 9,24		-	-		7,67	6,90 - 8,44	

Categorías – Variables	Pilares técnico-científicos			Pilares – Profesionalismo			Pilares – Bioéticos			Total Categorías modelo HU-CI y género		
	Media	Intervalo de confianza [95%]	Valor de p (prueba t)	Media	Intervalo de confianza [95%]	Valor de p (prueba t)	Media	Intervalo de confianza [95%]	Valor de p (prueba t)	Media	Intervalo de confianza [95%]	Valor de p (prueba t)
Toma de decisiones												
Femenino	-	-	-	-	-	-	9,09	8,56 – 9,62	0.0794	9,09	8,56 – 9,62	0.0794
Masculino	-	-	-	-	-	-	10,00	-	-	10,00	-	-
Cuidados al personal asistencial												
Femenino	4,78	3,78 – 5,78	0.8344	-	-	-	-	-	-	4,78	3,78 – 5,78	0.8344
Masculino	4,55	2,71 – 6,40	-	-	-	-	-	-	-	4,55	2,71 – 6,40	-
Síndrome Post-UCI												
Femenino	6,29	5,49 – 7,09	0.3870	5,91	5,01 – 6,80	0.9025	-	-	-	6,16	5,39 – 6,94	0.5922
Masculino	7,03	5,63 – 8,43	-	5,78	3,76 – 7,80	-	-	-	-	6,61	5,15 – 8,08	-
Fin de vida												
Femenino	8,06	7,27 – 8,85	0.7770	7,21	6,24 – 8,17	0.6574	8,17	7,42 – 8,92	0.2182	7,80	7,11 – 8,48	0.3986
Masculino	7,81	6,18 – 9,44	-	6,75	5,05 – 8,45	-	7,13	5,42 – 8,83	-	7,19	6,11 – 8,26	-
Infraestructura												
Femenino	6,34	5,74 – 6,95	0.9404	6,38	5,32 – 7,43	0.8011	-	-	-	6,35	5,72 – 6,97	0.9848
Masculino	6,39	5,36 – 7,42	-	6,09	4,17 – 8,02	-	-	-	-	6,34	5,13 – 7,53	-
Total Pilares y género												
Femenino	6,29	5,79 – 6,78	0.8857	6,81	6,22 – 7,40	0.8613	8,37	7,80 – 8,94	0.8703	-	-	-
Masculino	6,36	5,51 – 7,21	-	6,70	5,57 – 7,83	-	8,47	7,63 – 9,30	-	-	-	-

Fuente: creación y elaboración propia.

Los resultados totales al relacionar las categorías modelo Humanización planteado y el rol ejercido en la UCI muestran el puntaje más alto (10) en los médicos para la categoría toma de decisiones, en contraste, se obtuvo el promedio más bajo con 4,35 en los fisioterapeutas para la categoría cuidado al personal asistencial. Los resultados totales al relacionar pilares y rol en la UCI, indican que en el pilar técnico-científico obtuvo un promedio bajo con 5,94 en otros profesionales y el pilar bioético obtuvo un promedio alto con 9,09 en los médicos participantes.

En la tabla 4 se muestran los resultados al relacionar las categorías del modelo de análisis sobre Humanización en UCI (líneas estratégicas y los pilares técnico-científicos, de profesionalismo y bioéticos) y tipo de UCI (pública o privada). En el pilar técnico-científico se evidencia un promedio alto (8,18) en lo que refiere a las entidades privadas en la categoría fin de vida, igualmente se observa un promedio bajo con 4,19 en lo referente a las entidades públicas en cuidados al personal. En el pilar profesionalismo se puede observar un promedio de 7,40 en respuesta a las instituciones privadas respecto a la categoría UCI puertas abiertas y participación de familiares, en contraste se observa un promedio bajo en la categoría de infraestructura por los participantes de entidades públicas con un 4,83. En el Pilar Bioético se aprecia un promedio alto con 9,50 en la categoría toma de decisiones según las entidades públicas, en tanto se aprecia un bajo promedio con 6,93 según las entidades públicas en la categoría fin de vida. Se observa un promedio alto con 9,50 en la toma de decisiones por parte de las entidades públicas, en estas

entidades igualmente se encuentra un promedio bajo de 4,19 en lo relacionado a los cuidados del personal asistencial. Se encontró que las entidades públicas mostraron el promedio más bajo en pilares técnico-científicos con un 5,95, respecto a las entidades privadas las cuales mostraron el promedio más alto en los pilares bioéticos con un 8,47.

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

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

La percepción total de la humanización y tipo de UCI muestra que las entidades privadas presentan un promedio superior (6,74) al de las entidades públicas (6,35). Al análisis del nivel de percepción de la muestra. En primera medida se identificó la relación entre el personal que labora en entidades públicas con las privadas, siendo 79,4% privada y 20,5% de entidades públicas, no obstante, el nivel de percepción respecto a la humanización fue medio para ambas.

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

Categorías – Variables	Pilares técnico-científicos			Profesionalismo			Pilares bioéticos			Total Categorías modelo Humanización y rol		
	Media	Intervalo de confianza [95%]	Valor de p (Anovas)	Media	Intervalo de confianza [95%]	Valor de p (Anovas)	Media	Intervalo de confianza [95%]	Valor de p (Anovas)	Media	Intervalo de confianza [95%]	Valor de p (Anovas)
UCI de puertas abiertas y participación familiares												
Auxiliares	6,06	5,51 – 6,61	0.0576	7,11	6,23 – 8,00	0.7535	-	-	-	6,56	5,94 – 7,18	0.3227
Fisioterapeutas	4,94	4,00 – 5,88		7,22	6,20 – 8,23		-	-		6,02	5,18 – 6,87	
Otros profesionales	4,80	3,87 – 5,72		6,72	5,43 – 8,02		-	-		5,71	4,73 – 6,70	
Médicos	6,21	5,03 – 7,40		8,00	5,43 – 10,57		-	-		7,06	5,45 – 8,68	
Comunicación												
Auxiliares	6,36	5,26 – 7,45	0.8961	7,10	6,07 – 8,13	0.2378	8,52	7,13 – 9,91	0.3002	6,98	6,05 – 7,92	0.4640
Fisioterapeutas	6,23	4,99 – 7,47		6,09	4,93 – 7,24		7,83	6,07 – 9,58		6,40	5,30 – 7,50	
Otros profesionales	6,20	4,79 – 7,62		5,65	4,57 – 6,73		6,11	3,75 – 8,47		5,95	4,80 – 7,10	
Médicos	7,22	4,56 – 9,89		7,22	5,18 – 9,26		8,33	5,01 – 11,66		7,38	5,52 – 9,24	
Bienestar del paciente												
Auxiliares	7,59	6,91 – 8,28	0.1168	6,98	5,91 – 8,04	0.9538	-	-	-	7,39	6,66 – 8,12	0.4304
Fisioterapeutas	7,46	6,61 – 8,32		7,39	6,02 – 8,76		-	-		7,44	6,52 – 8,35	
Otros profesionales	6,30	5,27 – 7,32		7,22	6,08 – 8,36		-	-		6,60	5,70 – 7,51	
Médicos	8,06	6,25 – 9,86		7,50	5,11 – 9,89		-	-		7,87	6,43 – 9,31	
Toma de decisiones												
Auxiliares	-	-	-	-	-	-	9,35	8,72 – 9,98	0.7315	9,35	8,72 – 9,98	0.7315
Fisioterapeutas	-	-		-	-		9,24	8,39 – 10,09		9,24	8,39 – 10,09	
Otros profesionales	-	-		-	-		9,03	8,03 – 10,03		9,03	8,03 – 10,03	
Médicos	-	-		-	-		10,00	-		10,00	-	
Cuidados al personal asistencial												
Auxiliares	4,97	3,38 – 6,57	0.9465	-	-	-	-	-	-	4,97	3,38 – 6,57	0.9465
Fisioterapeutas	4,35	2,92 – 5,77		-	-		-	-		4,35	2,92 – 5,77	
Otros profesionales	4,76	2,96 – 6,56		-	-		-	-		4,76	2,96 – 6,56	
Médicos	5,00	1,90 – 8,10		-	-		-	-		5,00	1,90 – 8,10	
Síndrome Post-UCI												
Auxiliares	6,71	5,46 – 7,97	0.7836	5,46	3,98 – 6,94	0.3728	-	-	-	6,30	5,04 – 7,55	0.6803
Fisioterapeutas	6,52	5,35 – 7,69		6,52	5,13 – 7,91		-	-		6,52	5,37 – 7,68	
Otros profesionales	5,83	4,37 – 7,30		5,14	3,55 – 6,72		-	-		5,60	4,16 – 7,04	
Médicos	6,88	4,97 – 8,78		7,50	4,93 – 10,07		-	-		7,08	5,68 – 8,49	
Fin de vida												
Auxiliares	7,96	6,87 – 9,06	0.8201	7,11	5,73 – 8,50	0.9187	8,00	6,83 – 9,17	0.6547	7,67	6,72 – 8,62	0.8532
Fisioterapeutas	7,61	6,12 – 9,09		7,13	5,61 – 8,65		8,26	7,10 – 9,42		7,67	6,59 – 8,75	
Otros profesionales	8,33	6,88 – 9,79		6,78	4,92 – 8,63		7,22	5,61 – 8,84		7,38	6,02 – 8,74	
Médicos	8,75	7,05 – 10,45		8,00	5,48 – 10,52		8,67	6,70 – 10,64		8,45	7,11 – 9,80	
Infraestructura												
Auxiliares	6,32	5,44 – 7,20	0.9973	6,20	4,84 – 7,57	0.8616	-	-	-	6,30	5,39 – 7,20	0.9890
Fisioterapeutas	6,40	5,45 – 7,35		5,98	4,00 – 7,95		-	-		6,32	5,30 – 7,35	
Otros profesionales	6,30	5,19 – 7,41		6,53	4,77 – 8,29		-	-		6,34	5,21 – 7,46	
Médicos	6,48	4,85 – 8,12		7,50	4,35 – 10,65		-	-		6,67	4,99 – 8,35	
Total Pilares y rol en la UCI												
Auxiliares	6,52	5,78 – 7,25	0.6745	6,79	5,92 – 7,67	0.7144	8,59	7,83 – 9,34	0.3658	-	-	-
Fisioterapeutas	6,21	5,48 – 6,93		6,82	5,81 – 7,83		8,54	7,66 – 9,42		-	-	-
Otros profesionales	5,94	5,00 – 6,88		6,43	5,49 – 7,37		7,68	6,62 – 8,74		-	-	-
Médicos	6,82	5,54 – 8,09		7,67	5,84 – 9,49		9,09	7,95 – 10,24		-	-	-

Fuente: creación y elaboración propia.

Tabla 4. Relación entre categorías del modelo de análisis sobre Humanización en UCI y tipo de UCI

Categorías – Variables	Pilares técnico-científicos			Profesionalismo			Pilares bioéticos			Total Categorías modelo Humanización y el tipo de UCI		
	Media	Intervalo de confianza [95%]	Valor de p (prueba t)	Media	Intervalo de confianza [95%]	Valor de p (prueba t)	Media	Intervalo de confianza [95%]	Valor de p (prueba t)	Media	Intervalo de confianza [95%]	Valor de p (prueba t)
UCI de puertas abiertas y participación familiares												
Publica	5,03	3,83 – 6,23	0.3846	7,40	6,22 – 8,58	0.6330	-	-	-	6,16	5,13 – 7,19	0.8745
Privada	5,52	5,05 – 5,99		7,05	6,38 – 7,72		-	-	-	6,25	5,75 – 6,74	
Comunicación												
Publica	6,44	5,11 – 7,78	0.8910	6,33	4,95 – 7,72	0.8603	8,00	5,87 – 10,13	0.7631	6,62	5,46 – 7,78	0.9504
Privada	6,33	5,55 – 7,11		6,47	5,78 – 7,16		7,63	6,51 – 8,74		6,57	5,91 – 7,24	
Bienestar del paciente												
Publica	6,94	5,79 – 8,10	0.4868	7,22	5,55 – 8,90	0.9818	-	-	-	7,04	5,91 – 8,17	0.6428
Privada	7,36	6,84 – 7,88		7,20	6,49 – 7,91		-	-	-	7,31	6,80 – 7,81	
Toma de decisiones												
Publica	-	-	-	-	-	-	9,50	8,78 – 10,22	0.6226	9,50	8,78 – 10,22	0.6226
Privada	-	-	-	-	-	-	9,24	8,74 – 9,74		9,24	8,74 – 9,74	
Cuidados al personal asistencial												
Publica	4,19	2,28 – 6,10	0.5384	-	-	-	-	-	-	4,19	2,28 – 6,10	0.5384
Privada	4,87	3,88 – 5,85		-	-	-	-	-	-	4,87	3,88 – 5,85	
Síndrome Post-UCI												
Publica	6,58	4,86 – 8,31	0.8516	5,50	3,26 – 7,74	0.6467	-	-	-	6,22	4,41 – 8,03	0.9547
Privada	6,42	5,66 – 7,18		5,97	5,11 – 6,84		-	-	-	6,27	5,54 – 7,00	
Fin de vida												
Publica	7,33	5,36 – 9,31	0.3446	6,53	4,53 – 8,53	0.4940	6,93	5,07 – 8,79	0.4940	6,90	5,39 – 8,42	0.1952
Privada	8,18	7,44 – 8,92		7,25	6,33 – 8,18		8,20	7,48 – 8,93		7,86	7,23 – 8,48	
Infraestructura												
Publica	5,78	4,55 – 7,01	0.2707	4,83	2,63 – 7,03	0.1057	-	-	-	5,61	4,26 – 6,95	0.1726
Privada	6,50	5,93 – 7,07		6,69	5,70 – 7,69		-	-	-	6,53	5,95 – 7,12	
Total Pilares y tipo de UCI												
Publica	5,95	4,85 – 7,05	0.4086	6,55	5,24 – 7,87	0.6565	8,06	7,02 – 9,10	0.4910	-	-	-
Privada	6,39	5,93 – 6,85		6,84	6,28 – 7,40		8,47	7,94 – 9,01		-	-	-

Fuente: creación y elaboración propia.

Discusión y conclusiones

Este estudio halló que el 52,5% del personal de salud que labora en entidades privadas y 53,4% que trabaja en entidades públicas tienen un nivel de percepción medio frente a la humanización en el servicio de UCI. Hombres y mujeres tuvieron un nivel medio frente a la percepción de humanización en las UCI donde trabajan. En cuanto a los diferentes roles que desempeñan los participantes, se destacaron los médicos al momento de responder en las líneas estratégicas de UCI puertas abiertas, bienestar, toma de decisiones, UCI final de vida e infraestructura obteniendo nivel de percepción alto. Por el contrario, el lineamiento del cuidado al personal asistencial el nivel de percepción para todos fue bajo.

Llama la atención que en este estudio un 68,92% considera que la UCI es de horarios flexibles y allí pueden participar los familiares en el cuidado (UCI de puertas abiertas); además, la relación entre los distintos roles, con el pilar técnico-científico y la categoría UCI de puertas abiertas, arrojó una significancia estadística ($p=0,0576$), que

podría explicarse dado que bajo el modelo HUCI, el pilar más robusto es el técnico-científico y una de sus principales elementos de fuerza para brindar humanización es lograr que las UCI sean de puertas abiertas, al parecer en esto se ha avanzado en algunas UCI de adultos en Bogotá, según la percepción de los participantes. Sin embargo, en algunos estudios, aunque los familiares desean participar en el cuidado y permanecer junto a sus seres queridos, la presencia y participación de familiares en la UCI es muy limitada, e incluso declaran que las UCI no son de puertas abiertas salvo decisiones personales de quien ejerza el proceso de atención y cuidado (Alonso-Rodríguez et al., 2021; Baeza Gómez & Quispe Hoxsas, 2020, 2020; Sánchez-Alfaro et al., 2022). Otros estudios afirman que efectivamente tener horarios flexibles y garantizar presencia y participación de la familia en el cuidado de los pacientes, trae consecuencias positivas (Baeza Gómez & Quispe Hoxsas, 2020; L. Correa-Pérez & Chavarro, 2021; Martínez Zubieta, 2021).

Entre los miembros de los equipos de UCI los conflictos son frecuentes y cuando no es efectiva o no se promueve el trabajo en equipo, se disminuye la confianza y aparecen conflictos causados en muchas ocasiones, y entre otros factores, por fallos en la comunicación (Baeza Gómez & Quispe Hoxsas, 2020; L. Correa-Pérez & Chavarro, 2021; Sánchez-Alfaro et al., 2022). En este estudio los mecanismos para resolución de conflictos están al alcance de los equipos de UCI.

Este estudio al igual que otros realizados recientemente, plantea que en las UCI se ejecutan acciones en pro del bienestar del paciente pensando en el confort y solución de necesidades biológicas y biomédicas, mediante la implementación de protocolos, por ejemplo de movilización temprana, higiene e hidratación, lo cual vinculan con la humanización (Franco Coffré et al., 2021; Sánchez-Alfaro et al., 2022; Wilson et al., 2019); sin embargo, aspectos biopsicosociales y emocionales son descuidados en el proceso de cuidado y atención.

El 10,81% de los participantes reportan déficit en el respeto de la manifestación previa del paciente (directrices anticipadas), esto llama la atención, pues las directrices médicas anticipadas cuentan con una fundamentación ética (autonomía pura del paciente) y jurídica (validez legal), por tanto debería estar incorporada en la toma de decisiones de todo profesional en UCI; sin embargo, dada la carga moral que conllevan estas directrices, quienes trabajan en UCI no están exentos de experimentar dilemas bioéticos durante la toma de decisiones al implementar lo deseado en el testamento vital (Gómez Henao & Sánchez-Alfaro, 2022; Ramos-Zúñiga, 2022).

En general, en este estudio los resultados muestran adecuada percepción frente a humanización en cuanto al final de vida, esto debido a que en las instituciones donde laboran cuentan con políticas o protocolos que otorgan sentido humanizado a la prestación de servicios para el manejo del paciente al final de la vida (Correa-Pérez, 2020), algunos elementos señalados por los participantes con dificultad se relacionan con la intimidad y acompañamiento sin presiones de tiempo de parte de los familiares, los cuales se relacionan con problemas en una infraestructura humanizada. Ahora bien, el 31,08% refiere ausencia de acompañamiento y atención del duelo en el personal asistencial que labora en UCI; al respecto vale la pena resaltar que los cuidados al personal que trabaja en UCI, tanto físicos como mentales, son de vital importancia para la humanización pero no son una política instaurada de manera universal en las UCI (Sánchez-Alfaro et al., 2022).

En cuanto a los tres pilares que planteó el estudio a partir del Modelo HUCI con relación con los roles en las UCI, respecto del pilar técnico científico se halló que el 25,68% de los participantes tuvieron una percepción de humanización con nivel bajo, el 51,35% un nivel medio y el 22,97% un nivel alto. En el pilar del profesionalismo, el 27,03% de los participantes tuvieron una percepción de humanización con nivel bajo, el 32,43% un nivel medio y el 40,54% un nivel alto. El pilar de bioética arrojó que el 11% de los participantes tuvieron una percepción de humanización con nivel bajo, el 21,62% un nivel medio y el 70,27% un nivel alto. Al relacionar el nivel de percepción de humanización del personal de salud con el género, se halló que el 20,27% (12 femeninas y 3 masculinos) de los participantes tuvieron una percepción de humanización con nivel bajo, el 52,70% (30 femeninas y 9 masculinos) un nivel medio y el 27,03% un nivel alto (16 femeninas y 4 masculinos). De esto se puede inferir que la percepción de humanización en UCI, en el grupo de participantes, es de nivel medio y se comporta de manera semejante entre hombres y mujeres y entre distintos roles en la UCI; sin embargo, no hay estudios que hayan realizado un análisis semejante para realizar contrastes e inferencias con mayor envergadura. Aunque de allí se puede plantear

que la humanización en las UCI siguen siendo una necesidad sentida, tanto para pacientes como para profesionales sanitarios, y al mismo tiempo se presenta como un reto o desafío que interpela el quehacer los profesionales que laboran en estos escenarios (Bohórquez-Rivero et al., 2022; Franco Coffré et al., 2021).

Como limitaciones de este estudio, vale la pena mencionar el no tener una muestra representativa, aunque la implementación del cuestionario fue virtual, la pandemia por COVID-19 representó una sobre carga laboral para los profesionales de UCI que no les permitió atender solicitudes como esta.

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

Referencias

- 2nd World Conference on Research Integrity. (2010). Declaración de Singapur sobre la Integridad en la Investigación. 2nd World Conference on Research Integrity. <http://eticayseguridad.uc.cl/documentos/cec-artes/legislacion-cecsociales/cec-sociales/223-decla-singap-cec-sociales/file.html>
- Alonso-Ovies, Á., & Heras La Calle, G. (2020). Humanizing care reduces mortality in critically ill patients. *Medicina Intensiva (English Edition)*, 44(2), 122-124. <https://doi.org/10.1016/j.medine.2019.03.016>
- Alonso-Rodríguez, A., Martínez-Villamea, S., Sánchez-Vallejo, A., Gallego-Lorenzo, J., & Fernández-Menéndez, M. (2021). Perspectives of intensive care nurses on open visits in an ICU. *Enfermería Intensiva (English Ed.)*, 32(2), 62-72. <https://doi.org/10.1016/j.enfie.2020.02.007>
- Ávila-Morales, J. (2017). La deshumanización en medicina. Desde la formación al ejercicio profesional. *IATREIA*, 30(2), 216-229. <https://doi.org/10.17533/udea.iatreia.v30n2a11>
- Baeza Gómez, I., & Quispe Hoxsas, L. C. (2020). Proyecto “Humanizando los Cuidados Intensivos”, nuevo paradigma de orientación de los

- Cuidados Intensivos. *Revista de Bioética y Derecho*, 48, 111-126. <https://doi.org/10.1344/rbd2020.48.29173>
- Bermejo, J. C., & Villaceros Durban, M. (2018). Humanización y acción. *Revista Iberoamericana de Bioética*, 8, 01-16. <https://doi.org/10.14422/rib.i08.y2018.005>
- Bohórquez-Rivero, J. de J., Montenegro-Gómez, A. P., Restom-Arrieta, J. G., Saenz López, J. D., & Abuabara-Franco, E. (2022). Proyecto HU-CI: Una necesidad en tiempos de la COVID-19. *Revista Colombiana de Nefrología*, 9(1), e509. <https://doi.org/10.22265/acnef.9.1.509>
- Carvajal, A., Centeno, C., Watson, R., Martínez, M., & Sanz Rubiales, Á. (2011). ¿Cómo validar un instrumento de medida de la salud? *Anales del Sistema Sanitario de Navarra*, 34(1). <https://doi.org/10.4321/S1137-66272011000100007>
- Correa-Pérez, L., & Chavarro, G. A. (2021). Integralidad en la atención del paciente crítico: Buscando un camino para humanizar la UCI. *Acta Colombiana de Cuidado Intensivo*, 21(1), 77-82. <https://doi.org/10.1016/j.acci.2020.04.004>
- Correa-Pérez, L. P. (2020). Aspectos bioéticos de la extubación paliativa dentro de los cuidados de fin de vida en el paciente no recuperable en la UCI. *Acta Colombiana de Cuidado Intensivo*, 22(1), 1-10. <https://doi.org/10.1016/j.acci.2020.11.003>
- Franco Coffré, J. A., Mariño Cano, H., Morán Asencio, R. P., & Yugcha Andino, G. E. (2021). El desafío de brindar un cuidado humanizado en las unidades de Cuidados intensivos, durante la pandemia por la COVID 19. *Polo del Conocimiento. Revista CientíficoAcadémica Multidisciplinaria*, 6(10), 13.
- Gómez Henao, J., & Sánchez-Alfaro, L. A. (2022). Principios bioéticos y virtudes éticas en la toma de decisiones fisioterapéuticas en una unidad de cuidado intensivo (UCI) de Bogotá. *Revista Latinoamericana de Bioética*, 22(2), 99-111. <https://doi.org/10.18359/rlbi.5920>
- Heras La Calle, G., Alonso-Oviés, Á., & Gómez Tello, V. (2017). A plan for improving the humanisation of intensive care units. *Intensive Care Medicine*, 43(4), 547-549. <https://doi.org/10.1007/s00134-017-4705-4>
- Heras La Calle, G., Martin, M. C., & Nin, N. (2017). Seeking to humanize intensive care. *Revista Brasileira de Terapia Intensiva*, 29(1), 9-13. <https://doi.org/10.5935/0103-507X.20170003>
- Hobbs, J. L. (2009). A Dimensional Analysis of Patient-Centered Care. *Nursing Research*, 58(1), 52-62.
- Martínez Zubieta, R. (2021). Humanización en la Unidad de Cuidados Intensivos. *Medicina Crítica*, 35(3), 144-147. <https://doi.org/10.35366/100003>
- Nin Vaeza, N., Martin Delgado, M. C., & Heras La Calle, G. (2020). Humanizing Intensive Care: Toward a Human-Centered Care ICU Model. *Critical Care Medicine*, 48(3), 385-390. <https://doi.org/10.1097/CCM.0000000000004191>
- Ramos-Zúñiga, R. (2022). Alcances de las voluntades anticipadas como directrices médicas. En *Voluntad anticipada. Una reflexión bioética en el contexto sociocultural* (1a ed., pp. 123-156).
- República de Colombia, & Ministerio de Salud. (1993). Resolución 008430 del 4 de 1993. Por la cual se establecen las normas científicas, técnicas y administrativas para la investigación en salud. Bogotá, Colombia. Ministerio de Salud. <https://www.minsalud.gov.co/sites/rid/Lists/BibliotecaDigital/RIDE/DE/DII/RESOLUCION-8430-DE-1993.PDF>
- Rojas, V. (2019). Humanización de los cuidados intensivos. *Revista Médica Clínica Las Condes*, 30(2), 120-125. <https://doi.org/10.1016/j.rmcl.2019.03.005>
- Sánchez-Alfaro, L. A., Carmona González, Y., Silva Pinilla, Y. V., Garzón Ortiz, L. F., & Medina Carrión, M. A. (2022). Significados de la humanización en cuidado crítico. Vivencias y acciones de profesionales sanitarios en Unidades de Cuidado Intensivo en Bogotá y Cartagena (Colombia). *Revista de Bioética y Derecho*, 56, 185-207.
- UNESCO. (2005). Declaración Universal sobre Bioética y Derechos Humanos (p. 12). UNESCO. http://portal.unesco.org/es/ev.php-URL_ID=31058&URL_DO=DO_TOPIC&URL_SECTION=201.html
- Urrutia Egaña, M. U., Barrios Araya, S., Gutiérrez Núñez, M., & Mayorga Camus, M. (2014). Métodos óptimos para determinar validez de contenido. *Educación Médica Superior*, 28(3), 547-558.
- Wilson, M. E., Beesley, S., Grow, A., Rubin, E., Hopkins, R. O., Hajizadeh, N., & Brown, S. M. (2019). Humanizing the intensive care unit. *Critical Care*, 23(1), 32, s13054-019-2327-7. <https://doi.org/10.1186/s13054-019-2327-7>