



VNiVERSiDAD D SALAMANCA

E. U. de Enfermería y Fisioterapia

Grado de Enfermería

TRABAJO FIN DE GRADO

Trabajo de revisión bibliográfica sistemática.

**Humanización del cuidado de enfermería en las
Unidades de Cuidados Intensivos.**

Sandra Montero Pérez

Tutor: Luis Alfonso Calama Rodríguez

Salamanca, mayo 2018.

Agradecimientos:

A mi pareja, por acompañarme siempre y descubrirme esta maravillosa ciudad.

A mi familia y, sobre todo a mis padres, por apoyarme y darme la oportunidad de vivir esta experiencia.

A mis amigos, compañeros de clase y futuros compañeros de trabajo, por convertiros en mi segunda familia, compartir conmigo estos cuatro años y hacerlos inolvidables.

A mis profesores y todos aquellos enfermeros que nos han acompañado durante este camino, por descubrirme la enfermería y hacer que me enamore de la que a partir de ahora es mi profesión.

Gracias por hacer de mí todo lo que soy hoy.

Índice:

Resumen:	3
1. Introducción.....	4
2. Objetivos.....	7
3. Estrategia de búsqueda y selección de estudios	8
4. Síntesis y análisis de los resultados:	9
4.1 Paciente crítico:	9
4.1.1 Vivencias, percepciones y sensaciones del paciente crítico.....	9
4.1.2 Necesidades del paciente crítico.....	12
4.1.3 Comunicación con el paciente crítico y relación enfermería-paciente.....	13
4.2 Familiares del paciente crítico:	14
4.2.1 Vivencias, percepciones y sensaciones de los familiares del paciente crítico.....	14
4.2.2 Necesidades de los familiares del paciente crítico.	16
4.2.3 Comunicación con los familiares del paciente crítico y relación entre los familiares y los profesionales de enfermería.	16
4.3 Profesionales de enfermería en la Unidad de Cuidados Intensivos.	18
4.4 Humanización de la Unidad de Cuidados Intensivos:.....	19
4.4.1 Bienestar ambiental.	20
4.4.2 UCI de puertas abiertas.	25
4.4.3 Visitas infantiles.	26
5. Conclusiones.....	27
6. Conflicto de intereses	28
7. Bibliografía.....	29

Resumen:

La deshumanización del cuidado en las Unidades de Cuidados Intensivos es una evidencia en la actualidad. Los avances científicos y tecnológicos en sanidad han conseguido que aumente la supervivencia en estas unidades, pero paralelamente a ello ha aumentado la deshumanización al anteponer el aspecto técnico al humano debido al estado de salud crítico que presentan los pacientes.

Puesto que enfermería es la profesión sanitaria encargada del cuidado y además la que más tiempo pasa con el paciente y su familia, tiene como reto lograr una atención más humanizada.

Los objetivos de este trabajo serían, a través de una revisión bibliográfica, conocer la percepción que tienen tanto los pacientes, como sus familiares y los profesionales de enfermería que trabajan en la unidad del grado de humanidad que existe actualmente en el cuidado y proponer una serie de cambios que podrían llevarse a cabo para que la humanización total de los cuidados en la UCI pase a ser una realidad.

Para lograr una atención sanitaria más humana, enfermería debe tener en cuenta que la familia también es sujeto de cuidados. Además debe conocer los beneficios que tendría incluir a los familiares en el cuidado del propio paciente así como flexibilizar la política de visitas restrictiva que existe en estas unidades.

Es necesario aumentar la formación del personal de enfermería en cuanto a habilidades sociales y de comunicación lo que favorecerá que la relación con los pacientes y sus familiares sea la adecuada y permita conocer las necesidades, percepciones y sentimientos de cada uno de ellos y así poder planificar los cuidados de manera personalizada para lograr su satisfacción y una percepción de calidad por parte de ellos.

Palabras clave: Unidad de Cuidados Intensivos, UCI, Deshumanización de los cuidados, Humanización de los cuidados, Cuidados Críticos, Enfermería.

1. Introducción:

Enfermería es la encargada de llevar a cabo el cuidado de la salud de los pacientes respetando siempre la dignidad humana.¹

Este trabajo se centrará en los cuidados de enfermería en las Unidades de Cuidados Intensivos (UCIs), la deshumanización existente en la actualidad y la necesidad de realizar cambios con el fin lograr una atención más humana del paciente y su familia.

Se entiende como ‘‘deshumanización de la atención sanitaria al proceso donde se priva al paciente de sus características humanas, centrando la atención en los procesos biológicos y fisiológicos del ser humano’’.²

‘‘Humanizar la asistencia significa hacerla digna del ser humano y coherente, por tanto, con los valores que él siente como peculiares e inalienables. Se debe llevar a cabo un abordaje integral de la persona, donde interactúan las dimensiones biológicas, psicológicas, sociales y conductuales’’.³

Para que los cuidados de enfermería se lleven a cabo de manera adecuada se debe establecer una relación de ayuda con el paciente. La relación de ayuda consiste en establecer un vínculo con el paciente que permitirá que éste afronte sus problemas de salud bien para lograr la curación de su patología, la rehabilitación de esta o hacer frente a la situación si se encuentra en una fase terminal de su enfermedad. Es frecuente encontrar pacientes en fase terminal en estas Unidades, pero por regla general, los cuidados intensivos se dan solo a aquellos pacientes en los que se prevé que su situación es potencialmente reversible y tienen probabilidad de sobrevivir, es decir, a aquellos pacientes que se cree que puedan superar su problema de salud.^{1,4}

Cuando un paciente ingresa en el hospital son ‘‘desvestidos física y metafóricamente’’. Aparece tanto en los pacientes como en sus familiares un cúmulo de sentimientos y emociones que además se ven intensificados cuando el ingreso se produce en una Unidad de Cuidados Intensivos donde la muerte se contempla como algo próximo además de probable. Tras el ingreso se tratan de prevenir y tratar aquellas posibles complicaciones que puedan aparecer, así como infecciones, heridas, complicaciones neurológicas, ... pero también se deben tener en cuenta las posibles complicaciones emocionales y afectivas.

La UCI es un lugar hostil donde los pacientes se ven expuestos a numerosos estímulos nocivos y, además, el hecho de estar separados de sus familiares debido a la política de visitas restrictiva que existe hace que la situación se vuelva aún más complicada. Por todo ello, aunque la humanización de los cuidados de enfermería sea necesaria en todos los servicios, esta necesidad aumenta cuando se trata de la UCI ^{5,6,7}.

Cuando un familiar ingresa en la UCI la propia familia también sufre esa enfermedad a nivel físico y emocional. ⁸ Además, según Moyra Allen “el individuo y la familia son sistemas abiertos que están en continua interacción el uno con el otro”. ⁹ Por ello, los profesionales deben tener en cuenta que la familia no solo es muy importante en el cuidado del paciente, sino que además es importante planificar cuidados dirigidos hacia ella. Desde siempre, la familia ha sido la encargada de llevar a cabo el cuidado de sus miembros cuando estos se han encontrado en situación de dependencia o enfermedad, pero actualmente cuando esto ocurre y se produce el ingreso en el hospital, el cuidado del paciente lo lleva a cabo enfermería relevando a los familiares a un segundo plano. Esta situación puede ser difícil de llevar por parte de la familia ya que el ingreso de su ser querido además de suponer una separación física también genera una serie de sentimientos, emociones y pensamientos que hacen que en muchas ocasiones “la experiencia del ingreso sea más estresante para la familia que para el propio paciente”. ¹⁰

Puesto que la ciencia y la tecnología avanza es importante que estos avances lleguen también al ámbito sanitario. Estos avances han permitido que la supervivencia de los pacientes en la UCI sea mayor. Sin embargo, aparte de conseguir una mejora evidente del estado de salud, se debe lograr la satisfacción del paciente y que la calidad percibida por el mismo sea la adecuada. La satisfacción y la calidad percibida por el paciente y sus familiares no sólo van a depender de las técnicas que se realicen y el éxito de estas, sino también de la manera que se realicen y el trato que los pacientes reciban de la persona que las lleven a cabo. A pesar de los numerosos beneficios que aporta el uso de los diferentes avances científicos y tecnológicos en sanidad existen también aspectos negativos que unidos al estado de salud crítico que presentan los pacientes producirían una “cosificación” donde se trataría al paciente como una patología, un procedimiento a llevar a cabo o simplemente un número de habitación o cama.

Esto ocurre como consecuencia anteponer las técnicas al aspecto humano y por dejar de ver al paciente como un conjunto para dividirse en partes lo cual se cree que favorece el diagnóstico y tratamiento de la enfermedad ya que cada profesional podría especializarse en una parte concreta y conseguir así un mayor y mejor conocimiento de esta, pero daría también lugar a una deshumanización de la asistencia sanitaria. En conclusión, las nuevas técnicas y tecnologías han aumentado la supervivencia y de manera paralela ha aumentado la deshumanización del cuidado.^{3,6.}

Además, es frecuente que se produzca una despersonalización al separar la vivencia de cada persona de la propia patología: Por ejemplo, cuando dos pacientes tienen una misma enfermedad es frecuente que los signos y síntomas de ambos sean parecidos, pero no por ello la atención de ambos debe ser igual porque la manera de vivir esa enfermedad puede ser muy diferente en cada uno. Para evitar que esto ocurra es necesario llevar a cabo una atención personalizada de los pacientes.⁶

La escasa de formación ética de los profesionales, la organización, la estructura de la unidad, la carga de trabajo de los profesionales, la dificultad de comunicación con el propio paciente debido a la gravedad del proceso y las técnicas llevadas a cabo para mejorar su estado de salud (intubación, sedación, traqueostomía, ...), contribuyen a la deshumanización del cuidado y a que la relación establecida por parte del profesional con el paciente y familiares no sea la adecuada.^{3,6,8.}

El objetivo es lograr un cuidado humanizado sin dejar de lado la correcta realización de las técnicas, así como los avances científicos y tecnológicos respetando siempre la vida y la dignidad humana.^{3,7.}

Es un reto en la actualidad lograr una atención más humana en las UCIs. Para llevar a cabo este cambio es necesario concienciar a los profesionales sobre su necesidad y establecer guías y protocolos de actuación para lograr cuidados de calidad hacia el paciente y su familia.⁶

2. Objetivos:

1. Poner de manifiesto la deshumanización que existe en la actualidad en las Unidades de Cuidados Intensivos y como consecuencia, la necesidad de conseguir unos cuidados de enfermería más humanizados.
2. Conocer las necesidades de los pacientes ingresados en la UCI y sus familiares con el fin de planificar unos cuidados totalmente personalizados. Conocer además la percepción y grado de satisfacción que tienen respecto a los cuidados recibidos, la comunicación, la relación con los profesionales de enfermería y el proceso de toma de decisiones en la Unidad.
3. Resaltar la importancia y beneficios de planificar cuidados dirigidos a la unidad familiar y no sólo al paciente, así como incluir a los familiares en el cuidado de sus seres queridos y lograr una política de visitas más flexible en estas unidades.
4. Conocer la percepción de los profesionales de enfermería sobre el grado de humanización que existe actualmente en estas unidades en cuanto al cuidado del paciente y su familia, y la opinión que tienen respecto a los cambios que podrían llevarse a cabo para conseguir una UCI más humana.
5. Proponer medidas para lograr la humanización de la actividad asistencial y concienciar a los profesionales de enfermería de la necesidad de realizar estos cambios con el objetivo de conseguir un trato más humano de los pacientes y su familia en las Unidades de Cuidados Intensivos.

3. Estrategia de búsqueda y selección de estudios:

Se realizó una revisión bibliográfica en fuentes de información primarias y secundarias sobre la humanización/ deshumanización de los cuidados en las Unidades de Cuidados Intensivos.

Para realizar la búsqueda se recurrió a los siguientes buscadores y bases de datos: Google Académico, Dialnet, Medline Plus, Biblioteca Cochrane Plus, Intramed, EBSCOHost, Scielo, Fundación Index y PubMed.

Además de los siguientes libros y revistas: Metas de Enfermería, Index de Enfermería, Portales Médicos, Paraninfo Digital, Elsevier y Medicina Intensiva.

Para llevar a cabo la búsqueda se recurrió principalmente a los siguientes Descriptores en Ciencias de la Salud (DeCS): Unidad de Cuidados Intensivos, UCI, Deshumanización de la atención, Humanización de la atención, Cuidados Críticos, Enfermería, Cuidados de Enfermería.

Se intentó limitar la búsqueda a artículos de los últimos 6 años, aunque se incluyeron algunos artículos de los últimos 10 años debido al interés de su contenido para realizar el trabajo.

Tras la búsqueda se llevó a cabo una lectura crítica de los artículos encontrados y se descartaron aquellos que no resultaban útiles para lograr los objetivos establecidos. Considerando más de 50 artículos finalmente se seleccionaron 19 que son los que forman parte de la bibliografía y que conforman el cuerpo de este TFG.

4. Síntesis y análisis de los resultados:

Para abordar el tema de humanización en la Unidad de Cuidados Intensivos es necesario tener en cuenta tres elementos: el paciente crítico, los familiares del paciente crítico y, en este caso, los profesionales de enfermería.

4.1 Paciente crítico:

Cuando un paciente se encuentra ingresado en la UCI prácticamente se encuentra aislado. Esto es debido a que el paciente es sometido a una serie de procedimientos invasivos o no invasivos pero que pueden favorecer la aparición de enfermedades nosocomiales y por tanto se restringe el aflujo de gente y entre ellos, sus familiares. La Unidad supone para ellos un lugar extraño lo cual les trasmite una sensación de inseguridad y miedo a lo que se suma el hecho de que no puedan acompañarlos sus familiares en todo momento.

Hay que tener presente también que, aunque en la UCI muchos de los pacientes se encuentran sedo-analgesados con disminución del nivel de consciencia también son muchos los que están conscientes y son capaces de darse cuenta de todo lo que sucede a su alrededor por ello, el personal sanitario no debe olvidar que en esta unidad se encuentran ingresados pacientes en estado crítico y en aquellos pacientes en los que la mejoría es evidente ver a otros pacientes graves puede suponer un gran impacto y afectar significativamente a su estado. ^{1,11}.

Por ello es muy importante que se establezca una adecuada relación profesional entre la enfermera y el paciente que ayude al mismo a sentirse a gusto, acompañado, comprendido y apoyado.

4.1.1 Vivencias, percepciones y sensaciones del paciente crítico.

Cada paciente debe tratarse de forma totalmente personalizada porque cada caso es único y diferente al resto al igual que las vivencias, percepciones y sensaciones que éste pueda experimentar a lo largo de su estancia en la Unidad: ¹¹

Miedo: Cuando un paciente ingresa en UCI surge en él un miedo por una muerte que siente muy cercana o puede aparecer miedo debido al desconocimiento acerca de su enfermedad y de lo que pueda ocurrir en un futuro, así como quedar inválido y suponer una carga para su familia.

Preocupación: Aparece también en estos pacientes un sentimiento de preocupación por el bienestar de su familia y la forma en la que están viviendo este proceso actual.

Desamparo físico y mental/ Aislamiento: En el momento del ingreso se produce una ‘ruptura’ en la vida del paciente ya que éste es separado de su hogar, sus seres queridos y su vida en general. Supone para él una sensación de desamparo físico y mental, así como de aislamiento.

Desorientación temporo-espacial: Durante la estancia en la UCI son muchos los pacientes que sufren una desorientación temporo-espacial influida en muchos casos por la falta de luz en la Unidad, la falta o lejanía de ventanas, ausencia de relojes, separación de la familia durante prácticamente todo el día lo cual dificulta la orientación del paciente o simplemente el hecho de no llevar a cabo una alimentación vía oral que ayude al paciente a orientarse en el momento del día que se encuentra.

Otras sensaciones: Sensación de no ser plenamente consciente de la situación que está viviendo, sensación de tener el cuerpo paralizado, pueden sentir dolor, ansiedad, nerviosismo, culpabilidad, envejecimiento, desconfianza... o por el contrario pueden llegar a tener sensaciones placenteras o alucinaciones que confunden con la realidad fruto de la medicación o incluso relajación y serenidad.

Falta de control y de independencia: Es frecuente que cuando un paciente ingresa en la UCI experimente una sensación de falta de control en su proceso el cual se cede a los profesionales de la salud y una falta de independencia, como consecuencia de esto y del resto de sensaciones negativas que percibe, la autoestima del paciente disminuye.

Estrés:

Es muy frecuente que el paciente crítico sufra estrés tras su ingreso en la Unidad.

“Según Martínez Qués et al en su trabajo realizado sobre la Percepción de las estrategias de afrontamiento ante el estrés en pacientes ingresados en una unidad de coronarias, identifican tres elementos fundamentales como condicionantes del estrés del paciente dentro de la UCI: la vivencia de la enfermedad (explicada en el apartado anterior), la percepción del dolor y la información recibida. ‘ 11,12.

- Según estos autores “la percepción del dolor se caracteriza por su intensidad, localización y la sensación de amenaza vital”.
- En cuanto a la información recibida, en muchos casos el paciente quiere estar informado sobre su situación, pero no encuentra ni el momento ni la persona adecuada para que le informe. Es muy frecuente además que el médico informe a los familiares y sean éstos los que informen al propio paciente. Además, muchos son los pacientes que se quejan de que la información que reciben es escasa y además difícil de comprender en muchos casos.

Cuando esto ocurre y el paciente no está correctamente informado de su situación hace que aumente la preocupación y el estrés lo que repercute de manera negativa en su estado.

En cuanto al afrontamiento de una situación de estrés es fundamental que desde enfermería se lleve a cabo un adecuado control del dolor, así como mantener informado al paciente siempre que sea posible de su estado de salud y de todas las técnicas y procedimientos que se van a llevar a cabo. ¹¹

Cuando el estado del paciente mejora y se decide dar el alta a una planta de hospitalización pueden aparecer dos situaciones totalmente diferentes. Es frecuente que el paciente tenga miedo a abandonar la UCI porque cree que en planta no va a recibir los mismos cuidados ni va a estar tan vigilado, pero en otros casos la noticia del alta a planta se vive como algo muy positivo. ¹¹

Un aspecto importante que considerar sería la percepción de la intimidad que tienen los pacientes ingresados en la UCI. La percepción de los pacientes y las enfermeras respecto a un mismo tema en muchas ocasiones es diferente, por ello, resulta muy importante conocer la manera en la que los pacientes viven una determinada situación para adaptar los cuidados a sus necesidades en la medida que sea posible. La normativa de las UCIs y la manera en la que se encuentran estructuradas hacen que, en la mayoría de los casos, no se respete de manera adecuada la intimidad de los pacientes. Actualmente existen pocos estudios que traten de la percepción de la intimidad por parte del paciente. ¹³

A continuación, se expondrán las conclusiones que se obtuvieron de uno de ellos. Se trata de un estudio realizado por Amorós Cerdá et al en la UCI del Hospital Universitario de Son Dureta (Palma de Mallorca) en el que participaron únicamente 6 pacientes. El motivo de incluir este estudio en mi trabajo es que tras las practicas que he realizado en la UCI del Hospital Clínico Universitario de Salamanca considero que los resultados obtenidos podrían extrapolarse a otras unidades. Estos resultados fueron los siguientes: ¹³

- Estas personas relacionan la falta de intimidad con la desnudez. En las UCIs la falta de ropa se encuentra justificada porque de esta manera se facilita llevar a cabo técnicas, la monitorización del paciente y la actuación en una situación de urgencia.

- En muchas ocasiones no se sienten valorados por el personal sanitario creyendo que su opinión o sus comentarios no resultan de interés para los profesionales.
- Los pacientes hacen referencia a la necesidad de estar solos en algunos momentos, siendo beneficioso para ellos.
- Los pacientes solicitan disponer de habitaciones individuales que les proporcione una mayor intimidad y así no tengan que compartir con personas ajenas a ellos su dolencia física y psíquica.
- Los pacientes agradecen las medidas que se utilizan para salvaguardar su intimidad, tales como biombos, cortinas, etc.
- La autonomía del paciente y la intimidad están relacionadas. Estos pacientes consideran necesario que se aumente siempre que sea posible su grado de independencia y se les permite participar en sus propios cuidados para así preservar su intimidad. Reclaman independencia al menos para cubrir sus necesidades básicas, tales como higiene y eliminación. Los pacientes se sienten vulnerables y débiles, por ejemplo, durante la higiene cuando su estado de salud es mejor y nos les dejan colaborar en su autocuidado. Consiguiendo que el paciente se implique en su cuidado mejoraremos el aspecto fisiológico y emocional reduciendo así la estancia en la unidad y mejorará la calidad asistencial.

4.1.2 Necesidades del paciente crítico. ¹¹

En primer lugar, los pacientes tienen una necesidad de comunicación. Los pacientes necesitan estar todo el tiempo posible con sus seres queridos o simplemente acompañados para combatir el sentimiento de soledad sobre todo cuando la mejoría es notable y la necesidad de distraerse es mayor. Los pacientes critican el aislamiento al que se ven sometidos durante su estancia en la UCI debido a la restricción de las visitas en la unidad.

En segundo lugar, los pacientes tienen una necesidad de personalización. Los pacientes demandan que el trato sea más humanizado y personalizado. Según diferentes autores, se cree que para cubrir esta necesidad sería útil poder incorporar en la habitación elementos que puedan resultar familiares para el paciente y que ayuden a su recuperación como por ejemplo fotos, música, etc.

En tercer lugar, los pacientes tienen una necesidad de seguridad. Para poder hacer frente a su situación los pacientes necesitan poder confiar en el personal sanitario. La confianza y seguridad aumenta cuando los pacientes son atendidos por los mismos profesionales ‘a los que va conociendo y en los que van depositando su confianza’.

En cuarto lugar, los pacientes tienen una necesidad espiritual-religiosa independientemente de que la persona sea religiosa o no, como ayuda para superar este proceso.

4.1.3 Comunicación con el paciente crítico y relación enfermería-paciente:

En la relación enfermería-paciente, la enfermera debe tener siempre presente que cada individuo es único y diferente al resto, por tanto, el cuidado debe ser siempre personalizado y exclusivo. Una buena forma de lograr una relación adecuada con el paciente es hablarle por su nombre, siempre dirigirnos a él con respeto, nunca referirnos al paciente como si se tratase de una ‘cosa’ o un objeto, dar mensajes que le puedan hacer sentir bien, comunicarles que su familia está informada de su estado de salud y se encuentra cerca, etc. Todo ello favorecerá la recuperación del paciente de manera general. ¹

En la UCI una de las causas de que se lleve a cabo un cuidado deshumanizado es el hecho de que la mayoría de los pacientes se encuentran sedados o con técnicas invasivas que dificultan la comunicación con él, sin embargo, no todos los pacientes se encuentran en la misma situación, siendo muchos los que no tienen ningún impedimento para comunicarse. Por ello, el problema muchas veces reside en que como la mayoría de los pacientes sí tienen dificultades para la comunicación o directamente no pueden comunicarse de forma verbal, los profesionales de enfermería se acostumbran a trabajar con ese tipo de pacientes y después llevan a cabo los cuidados de la misma manera a otros pacientes que no se encuentran en esa situación de manera rutinaria.

Comunicación con el paciente intubado o con traqueostomía:

Muchos pacientes hacen referencia a que uno de los peores momentos durante su ingreso en la UCI sería cuando se encuentran intubados, debido a la molestia propia del tubo y a la impotencia secundaria a la dificultad para comunicarse y transmitir sus necesidades. ¹⁴

La dificultad de comunicación con estos pacientes no sólo genera impotencia en ellos sino también en el personal sanitario que muchas veces no consigue comprender lo que el paciente trata de decir. Para que la comunicación con estos pacientes sea eficaz es necesario esfuerzo, tiempo e interés por parte del profesional y que éste otorgue la importancia que tiene al hecho de que el paciente sea correctamente comprendido.

Por ello es muy importante que se siga trabajando para encontrar nuevos sistemas que permitan la comunicación no verbal entre el paciente y los profesionales que mejoren los actuales.⁵

4.2 Familiares del paciente crítico:

4.2.1 Vivencias, percepciones y sensaciones de los familiares del paciente crítico.

11

“Para los familiares el ingreso de su ser querido supone una situación de crisis vital. La intensidad de esta situación depende de su duración, de su forma de aparición, de su intensidad y gravedad y de la etapa del proceso de la enfermedad”. Los familiares pueden percibir la UCI como una unidad en la que se le van a aplicar una serie de cuidados avanzados a su familiar y una vigilancia intensiva necesaria para su situación o como un lugar donde van a fallecer las personas que se encuentran en estado crítico, por ello, son muchos los familiares que tienen la sensación de que se va a producir la muerte de su ser querido de manera próxima.

Cuando una familiar ingresa se altera el sistema familiar, se produce un cambio de roles y se modifica su funcionamiento. Entre los sentimientos y sensaciones más frecuentes que aparecen en la familia se encontrarían el dolor, rabia, tristeza, impotencia, esperanza, etc. Algo que complica aún más la situación es la incertidumbre de las esperas, por ejemplo, cuando esperan fuera de la Unidad hasta que llega la hora de las visitas, cuando esperan a ser informados por los médicos de la situación de su familiar o cuando su familiar debe ser sometido a una intervención quirúrgica o algún procedimiento invasivo, entre otras.

Al igual que los pacientes, los familiares también critican las políticas de visitas tan restrictivas y el aislamiento al que está sometido su familiar al no poder acompañarlo tanto como les gustaría.

Del mismo modo, al igual que los pacientes, cuando se recibe la noticia del alta a la planta de hospitalización esta noticia puede ser recibida de manera positiva o sentir miedo por qué ocurrirá con su familiar cuando sea dado de alta y si los cuidados se seguirán realizando adecuadamente.

Es muy frecuente que se creen vínculos entre los familiares de diferentes pacientes que están ingresados en la unidad ya que al estar pasando por la misma situación se comprenden y se apoyan entre sí. Esto pone de manifiesto la necesidad de apoyo y comunicación que sienten los familiares y la importancia de que enfermería intervenga en este aspecto.

Los sentimientos de los familiares que experimentan los familiares serían los siguientes: ¹⁵

Angustia y sufrimiento: Estos sentimientos van a depender del vínculo que existe entre el familiar y el paciente y del rol que desempeñaba el paciente en el sistema familiar antes de su ingreso. Una de las causas de estos sentimientos, además del delicado estado de salud del paciente, es el entorno de la unidad (monitores, cables, alarmas, catéteres, etc.). Además, el hecho de estar separados de sus seres queridos y no enterarse en cada momento de lo que ocurre genera mayor ansiedad en los familiares.

Miedo: los familiares sienten miedo a que el estado de salud empeore o a la muerte de su ser querido. Además, ese miedo se incrementa debido a la separación del paciente de su familia durante el ingreso.

Tristeza: es frecuente sentir tristeza por la alteración del funcionamiento del sistema familiar y la pérdida de salud de un ser querido. Se expresa mediante el llanto, agotamiento, falta de apetito, etc.

Ira: los familiares no entienden por qué a sus seres querido les está ocurriendo eso y sienten rabia e ira que puede repercutir a todos los que les rodean.

Aceptación y fortaleza: los familiares buscan sentirse apoyados y poder aliviar sus penas. Es necesaria la unión, la fe y la búsqueda de nuevas aspiraciones y esperanzas.

4.2.2 Necesidades de los familiares del paciente crítico. ¹¹

Las necesidades de los familiares son similares a las del paciente.

Necesidad de comunicación: tanto con el propio paciente como con los profesionales sanitarios. Los familiares necesitan saber el todo momento como esta su ser querido y cómo se siente. Necesitan tener contacto de manera frecuente con los profesionales que cuidan a su familiar y critican que muchas veces la información la reciben de manera rápida, fría y es difícil de comprender.

Necesidad de personalización: demandan un trato personalizado tanto para su familiar como para ellos mismos, así como que el trato sea totalmente humano. Además de recibir un trato humanizado sienten la necesidad de que los espacios que están destinados a los familiares se humanicen, es decir, que sean más cómodos, se respete más la intimidad y se den más facilidades sobre todo aquellos familiares cuyo lugar de residencia se encuentra alejado del hospital, por ejemplo, que se habiliten alojamientos cerca o los horarios de visita sean más flexibles.

Necesidad de seguridad: Buscan establecer una relación de confianza con los profesionales sanitarios que les aporte seguridad y, además, al igual que los pacientes, también se sienten más seguros cuando su familiar está atendido siempre por las mismas personas.

4.2.3 Comunicación con los familiares del paciente crítico y relación entre los familiares y los profesionales de enfermería.

Son muchas las veces en las que los familiares no se atreven a expresar sus dudas, necesidades y miedos al personal sanitario, esto hace referencia a la falta de ‘‘feedback’’ que existe entre enfermería y la familia. Los familiares son capaces de detectar a través de la observación del lenguaje verbal y no verbal de las enfermeras el grado de accesibilidad y de empatía de éstas. ¹¹

Además, enfermería siempre espera que los familiares ‘‘sean buenos familiares, dispuestos a colaborar, poco exigentes e independiente’’ sin tener en cuenta que no siempre puede ser así y que ellos también necesitan nuestra ayuda.

En estas unidades encontramos dos tipos de profesionales, unos serían aquellos que consideran que la familia es algo externo a la unidad, no les hacen partícipes del cuidado de su propio familiar y están a favor de las políticas de visita restrictivas, mientras que otros profesionales son partidarios de que haya una mayor flexibilidad en cuanto a las visitas en la unidad, consideran a la familia como un elemento positivo en la recuperación del paciente y les hace partícipes del cuidado.

Algo en lo que coincide tanto enfermería como los familiares es que se utilizan demasiados tecnicismos a la hora de informar sobre el estado del paciente lo que podría traducirse en un intento de ‘mantener el estatus dominante del sanitario’, mientras que en otros casos ocurre todo lo contrario y se utiliza un lenguaje muy infantil ya que se considera que es la única forma de que los familiares comprendan dicha información.

La información por parte de los profesionales se centra generalmente en el estado de salud de la personal sin tener en cuenta la esfera psicológica, social y cultural, una muestra más de la falta de humanización en el cuidado. ¹¹

Es frecuente que la familia establezca una relación más cercana con enfermería y les sea más fácil expresarles sus sentimientos y transmitir sus dudas. Por ello, parece necesario a la hora de informar que se divida la información de manera que enfermería se centre en informar acerca de los cuidados que se han llevado a cabo, del funcionamiento de los aparatos, de cómo ha pasado el día el paciente, etc. Mientras que el médico informe sobre el diagnóstico, pronóstico y tratamiento. ⁵

La manera en la que los familiares reciben las malas noticias influye notablemente en su estado de ánimo y en su capacidad de afrontamiento del duelo. Cuando las malas noticias no se reciben de una manera adecuada puede generar trastornos emocionales. Se debe tener en cuenta que cada persona reacciona de una manera diferente y por tanto la comunicación de esas malas noticias debe realizarse de manera personalizada teniendo en cuenta la personalidad, creencias, valores y experiencias de cada persona.

15

En algunas ocasiones cuando los familiares entran en la unidad durante el horario de visitas se quedan paralizados ante la situación en la que se encuentra su ser querido (tubo endotraqueal, sedación, sondajes, catéteres, cables, monitores, ...) y no saben muy bien cómo actuar.

Por ello, enfermería debe orientar a los familiares para quitarles ese miedo que tienen ante la fragilidad aparente de todos los elementos que rodean al paciente e informarles de aquello que pueden hacer, de cómo lo pueden hacer y proporcionar siempre confort e intimidad durante la visita.

4.3 Profesionales de enfermería en la Unidad de Cuidados Intensivos.

Se ha observado que existe una relación directa entre la sobrecarga de trabajo y la disminución de la calidad del cuidado en enfermería. Es frecuente que los profesionales de enfermería adopten una serie de rutinas en su ejercicio profesional dejando de lado el trato humano hacia el paciente.

La formación de los profesionales de enfermería no debería centrarse exclusivamente en los conocimientos y adquisición de habilidades y hábitos a nivel académico sino debería tener en cuenta también la capacidad de los profesionales de brindar una atención de calidad, calidez y sensibilidad humana que permita un crecimiento como persona del profesional de la salud. Es por ello, que las nuevas generaciones de enfermería tienen el reto de lograr un cambio en la atención de los pacientes en estado crítico teniendo siempre presente que los cuidados de enfermería siempre tienen que ver con el ser humano y deben brindarse en consecuencia a ello. ¹

Características que deben reunir los profesionales enfermeros para llevar a cabo unos cuidados humanizados del paciente: ⁷

- Empatía.
- Autenticidad y congruencia.
- Respeto de la dignidad humana de cada persona, tolerancia y ausencia de discriminación o marginación.
- Comprensión de la situación de la otra persona y sus sentimientos.
- Solidaridad.
- Altruismo.
- Moderación.
- Equidad.
- No violencia.

En ocasiones muchos de estos requisitos se encuentran ausentes debido a la frecuencia con la que los profesionales de enfermería padecen el síndrome de Burnout o síndrome de desgaste profesional debido a la gran demanda sanitaria y la carga de trabajo.

Según los profesionales de enfermería los factores que influyen en la deshumanización del cuidado serían el trabajo excesivo, sueldos bajos, falta de recursos humanos y materiales y falta de formación continuada contribuyendo todo a una desmotivación del personal.

Además, desde el sistema sanitario se priorizan las técnicas que se realizan y se registran y no se concede la importancia que tiene a establecer una buena relación y comunicación tanto con el paciente como con la familia. Como se vio anteriormente, para conseguir un cuidado humanizado son necesarias una serie de características de cada individuo, pero éstas también se ven influenciadas por la gestión sanitaria que dificulta en muchos casos la correcta atención sanitaria. Por ello, lograr una atención humanizada compete tanto al paciente, los profesionales de la salud y los gestores.^{7,11.}

4.4 Humanización de la Unidad de Cuidados Intensivos.

A pesar de que existen numerosos estudios sobre la humanización de los cuidados intensivos y de los beneficios que tendría flexibilizar los horarios de visitar, aumentar la implicación de los familiares en los cuidados y llevar a cabo cuidados específicos a los familiares, existen una serie de factores que dificultan ese cambio:⁶

- Organización y estructura de la unidad: Los pacientes que se encuentran ingresados en las UCIs presentan un cuadro grave por lo que resulta una prioridad la atención técnica del paciente para lograr su recuperación pasando a un segundo plano el aspecto emocional del propio paciente y el cuidado de la familia. Además, la forma en la que se encuentran estructuradas las UCIs con el fin de facilitar el trabajo de los profesionales no permite garantizar el respeto de la intimidad del resto de pacientes si se dejase entrar durante más tiempo a los familiares.
- Elevada tecnificación: Como bien hemos dicho, el estado crítico de salud que tienen estos pacientes hace que en muchas ocasiones sea necesario un cuidado más técnico dejando de lado necesidades más humanas con el fin de preservar la vida del paciente.
- Comunicación y relaciones profesionales: Es frecuente que en estas unidades no exista siempre acuerdo entre el personal médico y de enfermería para llevar a cabo actuaciones que favorezcan al paciente y la familia.

Para conseguir una mejor atención del paciente y los familiares es importante que exista una buena comunicación entre los profesionales de la UCI. Se recomienda, por tanto, llevar a cabo por las mañanas sesiones con el personal médico y enfermero donde se dé a conocer el estado de cada paciente, sus necesidades, los procedimientos que se van a llevar a cabo y se establezca un acuerdo sobre la información que se le va a dar al paciente y su familia para que no exista contradicción entre el personal.

En caso de que el médico y la enfermera informen por separado, es importante que la enfermera conozca la información que ha dado el médico porque es muy frecuente que los familiares o el propio paciente después se dirija a la enfermera con la intención de resolver dudas o reforzar la información ya que el trato con enfermería suele ser siempre más cercano y la confianza suele ser mayor.

- Formación de enfermería: La comunicación con el paciente es fundamental, sin embargo, hoy en día hay enfermeras/os que consideran que dar información es función del personal médico o simplemente no se sienten seguras a la hora de informar al paciente o su familia porque consideran que no están preparadas para hablar de muerte, sufrimiento o comunicar malas noticias. En el grado de Enfermería la formación psicológica y humanista aún es insuficiente por lo que resulta necesario reformar esa formación y además llevar a cabo una formación postgrado que ‘‘forme a los profesionales en valores humanos, habilidades de comunicación y estrategias para gestionar el estrés.’’⁶

4.4.1 Bienestar ambiental.

Durante el ingreso en la UCI la mayor parte del malestar que padece el paciente es debido a la propia enfermedad, aunque en gran medida influye también el entorno de la unidad, así como su organización. Para conseguir una mayor humanización en la unidad se debe modificar su organización y estructura.⁸

El hecho de que en la UCI en la mayoría de los casos no haya relojes, la luz natural sea escasa y la luz artificial excesiva, hace que se altere el ritmo circadiano del paciente generando en él una desorientación en el tiempo y dificultando así su descanso nocturno.¹⁶ Cabe destacar la importancia que tiene un adecuado descanso en la recuperación del paciente y además existe una relación directa entre la falta de sueño y el delirium.^{5,17}

Son muy frecuentes las quejas por parte de los pacientes del ruido y luz artificial excesivos en estas unidades. Con el fin de mejorar estos aspectos se podrían llevar a cabo una serie de medidas, por ejemplo: ¹⁷

- En cuanto a la luz: “apagar las luces, bajar la intensidad de la luz, uso de antifaces”.
- En cuanto al ruido: “Disminuir el nivel de ruido, buena gestión de alarmas, tapones para los oídos”.

A continuación, se analizará un estudio que se realizó en 2015 por parte de Escudero, D. et al en el servicio de Medicina Intensiva del Hospital Universitario Central de Asturias en el que participaron a través de una encuesta los socios de la Sociedad Española de Medicina Intensiva, Crítica y Unidades Coronarias (SEMICYUC). En el estudio participaron 131 hospitales españoles de 18 CC.AA. diferentes, de ellos 120 públicos y 10 privados y en todo momento se hace referencia a UCI de adultos. En este estudio se analizaron los siguientes elementos de los cuales se obtuvieron una serie de conclusiones: ⁸

- Política de visitas en la unidad: En la mayoría de los casos son UCIs de puertas cerradas sin acceso disponible las 24 horas, se realizan dos visitas al día, son visitas cortas (aproximadamente 30 minutos-1 hora) y se producen dentro de la Unidad (en pocos casos a través de ventanas) y los familiares permitidos suelen ser 2 por paciente. En conclusión, “la política de visitas es restrictiva, predominando una cultura de UCI cerrada”. (*Tabla 1*).
- Información recibida por los pacientes y familiares: en la mayoría de los casos informa el médico, normalmente una vez al día, en la mayoría de las UCIs los médicos informan también los fines de semana y en muchas de ellas también se informa por vía telefónica. (*Tabla 1*).

	N.º UCI	%
<i>Número de visitas/día</i>		
2	90	67,7
3	32	24,1
> 3	11	8,3
<i>Duración de las visitas</i>		
30 min	54	40,6
1 h	60	45,1
2 h	10	7,5
3 h	1	0,8
> 3 h	3	2,3
Otra duración	5	3,8
<i>Horario abierto</i>		
No	120	90,2
Sí	13	9,8
<i>Horario abierto 24 h</i>		
No	128	96
Sí	5	4
<i>Número de familiares permitidos simultáneamente</i>		
1	3	2,3
2	121	91
3	3	2,3
> 3	6	4,5
<i>¿Dónde se realiza la visita?</i>		
Dentro de la UCI	131	98,5
A través de ventana	2	1,5
<i>¿Quién informa?</i>		
Médico	100	75,2
Médico y enfermera juntos	6	4,5
Médico y enfermera por separado	27	20,3
<i>Número de informaciones</i>		
1 vez/día	106	79,7
2 veces/día	11	8,3
Siempre que se solicita	5	3,8
En situaciones especiales siempre que se solicita	11	8,3
<i>Información los fines de semana</i>		
No	6	4,5
Sí	127	95,5
<i>Información telefónica</i>		
No	34	25,6
Sí	99	74,4

Tabla 1. Características de las visitas familiares y la información. ⁸

- Participación familiar en los cuidados del paciente: la participación en la higiene y fisioterapia del paciente es mínima, mientras que en la mayoría de las UCIs los familiares participan en la alimentación del paciente. En conclusión, “hay poca incorporación de la familia en los cuidados del paciente”. (Figura 1).

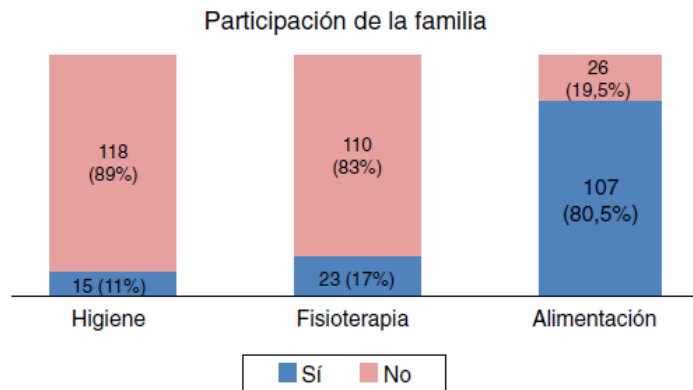


Figura 1. Participación de la familia en los cuidados del paciente. ⁸

- Objetos personales que se permiten en la Unidad: en general los objetos personales están poco permitidos en estas unidades. Los más frecuentes serían objetos de aseo personal, equipos de música, ordenadores y móviles. En conclusión, “generalmente no se admiten medios de comunicación tecnológicos”. (Figura 2).

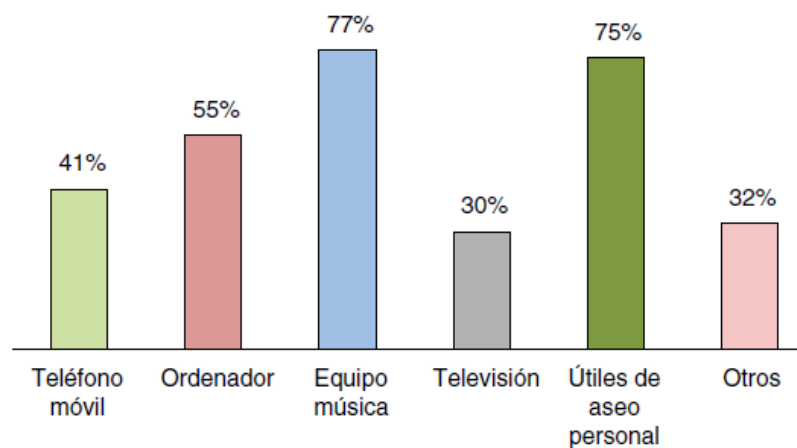


Figura 2. Objetos personales permitidos en la UCI. ⁸

- Arquitectura y confortabilidad de la Unidad: En conclusión, “El diseño de la UCI no garantiza la privacidad ni proporciona la confortabilidad deseable”. (Tabla 2).

	N.º UCI	%
<i>Boxes individuales</i>		
No	13	9,8
Sí, < 25%	17	12,8
Sí, 25-50%	23	17,3
Sí, todos	80	60,2
<i>Luz natural en los boxes</i>		
No	14	10,5
Sí, < 25%	15	11
Sí, 25-50%	31	23,3
Sí, todos	73	54,9
<i>Televisión en los boxes</i>		
No	107	80,5
Sí, < 25%	6	4,5
Sí, 25-50%	10	7,5
Sí, todos	10	7,5
<i>Música ambiental</i>		
No	111	83,5
Sí, < 25%	5	3,8
Sí, 25-50%	1	0,8
Sí, todos	16	12
<i>Reloj en el box</i>		
No	94	70,7
Sí, < 25%	8	6
Sí, 25-50%	10	7,5
Sí, todos	21	15,8
<i>Medidor de ruido en la UCI</i>		
No	128	96,2
Sí	5	3,8
<i>Sala de espera UCI</i>		
Cerca UCI	91	68,4
Lejos UCI	15	11,3
Compartida con otros servicios	27	20,3
<i>Máquina expendedora bebidas/ comida</i>		
No	66	49,6
Sí	67	50,4

Tabla 2. Características arquitectónicas y equipamiento de la UCI. ⁸

4.4.2 UCI de puertas abiertas.

A pesar de que numerosos estudios han demostrado el beneficio que tendría ampliar el horario de las visitas o conseguir una UCI de puertas abiertas en España el régimen de visitas continúa siendo muy estricto. Con esto se facilitaría a los familiares compaginar su vida laboral y personal con el cuidado del paciente ingresado y además contribuiría a la humanización del cuidado en la Unidad. ⁵

Cuando el paciente se encuentra en una situación crítica o la muerte se va a producir de manera inminente, la presencia de la familia en esos momentos será muy necesaria para el paciente y la familia y además facilitará el proceso de duelo. Cuando el paciente ingresado es joven, sufre alguna enfermedad mental o cualquier otra situación excepcional, la presencia de la familia será aún más necesaria por ambas partes.

Además, si el estado del paciente lo permite, conviene favorecer la participación de la familia en el cuidado del paciente, por ejemplo, durante la higiene, la realización de alguna técnica o a la hora de la comida. Involucrar a los familiares resulta beneficioso tanto para ellos como para el paciente y los profesionales sanitarios ya que mejora la relación de enfermería con el paciente y sus familiares.

Los pacientes que han estado ingresados en la UCI hacen referencia a que echaban en falta la presencia de un ser querido a su lado en muchos momentos durante su ingreso que generaban estrés en ellos. Además, los familiares reclaman la necesidad de que todos los principales integrantes de la familia puedan entrar a la unidad y no se restrinja el acceso a sólo 1 o 2 personas, considerándolo beneficioso tanto para ellos como para el paciente y cumpliendo siempre con las medidas necesarias para evitar la transmisión cruzada de infecciones. Por ello, surge la necesidad de adaptar los horarios de visita a las necesidades del paciente y de la familia, pero se debe tener en cuenta también la opinión de los profesionales. ^{15, 18}

A continuación, se analizará el estudio realizado en la UCI del Hospital Universitario de Álava por parte de Ayllón Garrido et al en el cual participaron 64 profesionales con el fin de conocer la perspectiva de los trabajadores de la Unidad frente a una UCI de puertas abiertas. ¹⁸

La mayoría de los profesionales están de acuerdo con que una UCI de puertas abiertas sería beneficioso tanto para el paciente como para la familia, pero sin embargo no quieren que eso se lleve a cabo, lo que resulta bastante contradictorio. Según los profesionales, una UCI de puertas abiertas podría afectar al funcionamiento de la unidad, vulnerar la intimidad de otros pacientes y además suponer un gran impacto para la familia el hecho de presenciar determinadas situaciones.

No obstante, la mayoría de los profesionales consideran que el horario de visitas debería ser individualizado y personalizado al igual que el resto de los cuidados en la unidad y adaptarlo al estado del propio paciente, de manera que, en algunos casos particulares el horario de visita pueda ampliarse. ‘‘ Esto pone en evidencia que la actitud de los profesionales ante la presencia familiar se está haciendo más flexible siendo esto un punto de partida hacia la visita abierta en las UCI’’.¹⁸

4.4.3 Visitas infantiles.

Las visitas infantiles en la UCI están generalmente restringidas por el riesgo de infección y aparición de traumas psicológicos, pero se ha visto que la presencia infantil en la unidad no se relaciona con un mayor número de infecciones. Permitir las visitas infantiles podría resultar beneficioso tanto para la recuperación de los pacientes como para los propios niños lo cual les ayudaría a comprender mejor la situación, siempre y cuando ambas partes estén de acuerdo con ello.^{5, 19.}

5. Conclusiones:

1. La deshumanización del cuidado en la UCI actualmente es algo evidente. Debido a los sentimientos y percepciones que aparecen en los pacientes y sus familiares en relación con la organización y estructura de la unidad, se considera necesario realizar cambios para lograr una atención sanitaria totalmente humanizada.
2. Enfermería se diferencia del resto de profesiones sanitarias por llevar a cabo el cuidado de los pacientes, además es la que más tiempo pasa con ellos y sus familiares. Por ello, recae sobre ella la mayor parte de la responsabilidad para lograr una atención sanitaria humanizada.
3. El estado de salud crítico que sufren los pacientes ingresados en la UCI hace que se dé prioridad a la correcta realización de las técnicas dejando de lado el aspecto humano del cuidado cuando lo que hay que intentar lograr es un equilibrio entre satisfacer las necesidades del paciente y llevar a cabo correctamente las técnicas.
4. Los pacientes depositan su confianza en la tecnología, pero la consideran insuficiente si ésta no va acompañada del factor humano. Por ello, tanto para el paciente como para los familiares, la enfermera ideal sería aquella que goce de profesionalidad y habilidad técnica pero además sepa dar respuesta a las emociones del paciente y la familia.
5. Los pacientes y su familia consideran que la información recibida es escasa, sigue horarios estrictos y fundamentalmente es recibida por parte del personal médico echando en falta una mayor participación por parte de enfermería lo cual la haga más flexible y completa. Además, desde enfermería también se considera necesario aumentar su participación en el proceso de información tanto al paciente como a la familia con el fin de mejorar la relación con los mismos.

6. La demanda que se produce con mayor frecuencia por parte de familiares y pacientes es la de un trato personalizado y totalmente humanizado de manera que cada paciente sea considerado como una persona evitando la despersonalización y cosificación. Además, hacen referencia a la importancia que tiene para ellos poder pasar la mayor parte del tiempo juntos y critican las políticas tan restrictivas que existen en cuanto al régimen de visitas en la unidad.
7. Numerosos estudios demuestran que la participación de los familiares en el cuidado de los pacientes críticos proporciona notables beneficios en su recuperación. Además, es necesario tener en cuenta que la familia también es sujeto de cuidados y, por tanto, se deben planificar cuidados dirigidos hacia ellos, así como proporcionarles una serie de recursos.
8. Las visitas infantiles en la Unidad de Cuidados Intensivos resultan beneficiosas tanto para el paciente como para el propio niño cuando ambas partes están de acuerdo y además no se relacionan con un mayor número de transmisión de infecciones.
9. El objetivo en la actualidad es lograr una atención en la UCI más confortable y humana. Por ello se debe aumentar la formación del personal sanitario en cuanto a las habilidades sociales y de comunicación para mejorar la satisfacción de familiares y pacientes disminuyendo a la vez la preocupación de los profesionales a la hora de afrontar situaciones delicadas en la Unidad.

6. Conflicto de intereses:

No existe conflicto de intereses entre los autores de los artículos que conforman este trabajo.

7. Bibliografía:

1. Ramírez Pérez, P.M.; Conde Corona, G; Manrique Nava, C; Ramírez Alanís O.J.; Acosta Becerril, E; Ramos Flores J.C. Trato del personal de enfermería al paciente en estado crítico desde un enfoque humanista. *Índex Enfermería* [Internet]. 2012 [consultado febrero 2018]; (16). Disponible en: <http://www.index-f.com/para/n16/066d.php>
2. Valenzuela Anguita, M. ¿Es posible humanizar los cuidados de enfermería en los servicios de urgencias? [Tesis doctoral en Internet]. [Alicante]: Departamento de Enfermería. Universidad de Alicante. 2015 [consultado febrero 2018]. Disponible en: <http://rua.ua.es/dspace/handle/10045/50212>
3. García Cabeza, M.E. Humanizar la asistencia en los grandes hospitales: un reto para el profesional sanitario. *Metas Enfermería* [Internet]. 2014 [consultado febrero 2018]; 17 (1): 70-74. Disponible en: <http://www.enfermeria21.com/revistas/metas/articulo/80549/>
4. Quero García, M; Delgado Arcas, S. Humanización en los cuidados y la relación de ayuda. *Enfermería Docente* [Internet]. 2013 [consultado febrero 2018]; 99: 32-34. Disponible en: <http://www.index-f.com/edocente/99/r99-032.php>
5. Escudero, D; Viña, L; Calleja C. Por una UCI de puertas abiertas, más confortable y humana. Es tiempo de cambio. *Medicina Intensiva* [Internet]. 2014 [consultado febrero 2018]; 38 (6): 371-5. Disponible en: <http://www.medintensiva.org/es/por-una-uci-puertas-abiertas/articulo/S0210569114000370/>
6. Valvidares Mayor, M. Humanización de los cuidados de enfermería en las unidades de Cuidados Intensivos. *Enfermería integral* [Internet]. 2017 [consultado febrero 2018]; (116): 51-57. Disponible en: <https://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=6126514>

7. Oliva Mederos, J.R. La humanización de los cuidados de enfermería intensiva: La posición de las enfermeras de UCI frente al aspecto humano del cuidado intensivo. [Trabajo Fin de Grado en Internet]. [Tenerife]: Facultad de Ciencias de la Salud: Sección de Medicina, Enfermería y Fisioterapia. Sede de la Laguna. Universidad de La Laguna. 2017 [consultado febrero 2018]. Disponible en: <https://riull.ull.es/xmlui/bitstream/handle/915/5357/La%20humanizacion%20de%20los%20cuidados%20de%20enfermeria%20intensiva%20la%20posicion%20de%20las%20enfermeras%20de%20UCI%20frente%20al%20aspecto%20humano%20del%20cuidado%20intensivo.pdf?sequence=1&isAllowed=y>
8. Escudero, D; Martín, L; Viña, L; Quindós, B; Espina, M.J; Forcelledo, L; López-Amor, L; García-Arias, B; Del Busto, C; De Cima, S; Fernández-Rey, E. Política de visitas, diseño y confortabilidad en las unidades de cuidados intensivos españolas. Revista de Calidad Asistencial [Internet]. 2015 [consultado febrero 2018]; 30 (5): 243-250. Disponible en: <http://www.elsevier.es/es-revista-revista-calidad-asistencial-256-articulo-politica-visitas-diseno-confortabilidad-las-S1134282X15001013>
9. Pérez, E. Satisfacción familiar con el cuidado, la información recibida y el proceso de toma de decisiones en la Unidad de Cuidados Intensivos del HUNSC. [Trabajo Fin de Grado en Internet]. [Tenerife]: Escuela Universitaria de Enfermería y Fisioterapia. Universidad de La Laguna. 2014-2015 [consultado febrero 2018]. Disponible en: <https://riull.ull.es/xmlui/bitstream/handle/915/2209/SATISFACCION%20FAMILIAR%20CON%20EL%20CUIDADO%2C%20LA%20INFORMACION%20RECIBIDA%20Y%20EL%20PROCESO%20DE%20TOMA%20DE%20DECISIONES%20EN%20LA%20UNIDAD%20DE%20CUIDADOS%20INTENSIVOS%20DEL%20HUNSC.pdf?sequence=1&isAllowed=y>

10. Gómez Martínez, S; Ballester Arnal, R; Gil Juliá, B. El cuestionario de necesidades de los familiares de pacientes en Cuidados Intensivos (CCFNI) versión breve: adaptación y validación en población española. Anales del Sistema Sanitario de Navarra [Internet]. 2011 [consultado marzo 2018]; 34 (3): 349-361. Disponible en: http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1137-66272011000300002
11. Blanca Gutiérrez, J.J.; Blanco Alvariño, A.M.; Luque Pérez, M; Ramírez Pérez, M.A. Experiencias, percepciones y necesidades en la UCI: Revisión sistemática de estudios cualitativos. Enfermería Global [Internet], 2008 [consultado febrero 2018]; 7 (12). Disponible en: <http://revistas.um.es/eglobal/article/view/822/842>
12. Martínez Qués, A.A.; Rodríguez, A; Rodríguez Fernández, C; Rodríguez Fernández A. Percepción de las estrategias de afrontamiento ante el estrés en pacientes ingresados en una unidad de coronarias. Revista Enfermería en Cardiología [Internet]. 2005 [consultado marzo 2018]; (34): 15-21. Disponible en: <https://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=2331645>
13. Amorós Cerdá, S.M.; Arévalo Rubert, M.J.; Maqueda Palau, M; Pérez Juan, E. Percepción de la intimidad en pacientes hospitalizados en una Unidad de Cuidados Intensivos. Enfermería Intensiva [Internet]. 2008 [consultado febrero 2018]; 19 (4): 193-203. Disponible en: <http://www.elsevier.es/es-revista-enfermeria-intensiva-142-articulo-percepcion-intimidad-pacientes-hospitalizados-una-S1130239908758346>
14. Ricart, A. La comunicación en Medicina Intensiva. REMI Libro Electrónico de Medicina Intensiva [Internet]. 2011 [consultado abril 2018]. Disponible en: <http://www.medicina-intensiva-libro.com/2011/05/306-la-comunicacion-en-medicina.html>

15. Ángeles Suárez, K.A.; Villela Rodríguez, E; Almeida Páez, A.A.; Hernández López, J.J. Vivencias de familiares de pacientes ingresados en la Unidad de Cuidados Intensivos. Revista Paraninfo Digital [Internet]. 2011 [consultado febrero 2018]; (14). Disponible en: <http://www.index-f.com/para/n14/012o.php>
16. Lombardo, V; Vinatier, I; Baillot, M.L.; Franja, V; Bourgeon-Ghittori, I; Dray, S et al. How caregivers view patient comfort and what they do to improve it: a French survey. Annals of Intensive Care [Internet]. 2013 [consultado abril 2018]; 3 (1): 19-26. Disponible en: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/23815804>
17. Weinhouse, G.L.; Schwab, R.J.; Watson, P.L.; Patil, N; Vaccaro, B; Pandharipande, P et al. Bench-to-bedside review: Delirium in ICU patients - importance of sleep deprivation. Crit Care [Internet]. 2009 [consultado marzo 2018]; 13 (6): 234. Disponible en: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC2811939/>
18. Ayllón Garrido, N; Montero Rus, P; Acebes Fernández, M.I.; Sánchez Zugazua, J. Unidad de cuidados intensivos de puertas abiertas: perspectiva de los profesionales. Enfermería intensiva [Internet]. 2014 [consultado febrero 2018]; 25 (2): 72-77. Disponible en: <http://www.elsevier.es/es-revista-enfermeria-intensiva-142-articulo-unidad-cuidados-intensivos-puertas-abiertas-S1130239913000941>
19. Clarke, C; Harrison, D. The needs of children visiting on adult intensive care units: a review of the literature and recommendations for practice. Journal of Advanced Nursing [Internet]. 2001 [consultado febrero 2018]; 34 (1): 61-68. Disponible en: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/11430607>