

43. PROPUESTAS PARA EL MEJORAMIENTO DE LA ATENCIÓN DE FORMA HUMANIZADA A PACIENTES CON COVID-19 EN UNIDADES DE CUIDADO INTENSIVO

PROPOSALS FOR IMPROVING HUMANIZED CARE FOR PATIENTS WITH COVID-19 IN INTENSIVE CARE UNITS

Juan Sebastian Hernández García⁹⁴, Aura Lucía Durán Marín⁹⁵, Pedro Enrique Castro Perdomo⁹⁶, Tania Lizveth Orjuela Lara⁹⁷

Fecha recibido: 05/09/2021

Fecha aprobado: 23/11/2021

IV CONGRESO INTERNACIONAL DE INVESTIGACIÓN EN EDUCACIÓN, EMPRESA Y SOCIEDAD – CIDIEES

Derivado del proyecto: *Estrategias para el Mejoramiento de Estándares de Atención Humanizada a Pacientes en Unidades de Cuidados Intensivos por Covid-19” COHORTE XLIII, Trabajo de Grado Universidad Sergio Arboleda -Escuela de Postgrados-Especialización en Gerencia de Servicios de Salud-Bogotá*

Pares evaluadores: *Red de Investigación en Educación, Empresa y Sociedad – REDIEES.*

⁹⁴ Médico cirujano, Universidad Nacional de Colombia, Gerencia en servicios de salud, Universidad Sergio Arboleda, correo electrónico: juansebastianhernandezgarcia@gmail.com.

⁹⁵ Enfermera, Fundación Universitaria de Ciencias de la Salud, Gerencia en servicios de salud, Universidad Sergio Arboleda, correo electrónico: luciaduran5826@gmail.com

⁹⁶ Médico cirujano, Universidad Militar, Gerencia en servicios de salud, Universidad Sergio Arboleda, correo electrónico: kikec2@yahoo.com

⁹⁷ Odontología, Universidad el Bosque, Esp. Gerencia en Salud, Escuela de Medicina Juan N Corpas, Esp. Auditoria en Salud, Universidad Santo Tomas, MSc. Gestión y metodología de la Calidad Asistencia, Universidad Autónoma de Barcelona/Institut Universitari Avedis Donabedia. MSc. Economía de la Salud y del medicamento, Universitat Pompeu Fabra- School of management. PhD SALUD PÚBLICA con énfasis en Calidad y Seguridad del Paciente y Doctoranda Ciencias de la Educación, Universidad del Magdalena. Ocupación (docente), Universidad Sergio Arboleda, correo electrónico: taniaorjuela.L@gmail.com.

RESUMEN

A causa de la pandemia por COVID-19, se evidenciaron situaciones durante los procesos de atención asociados al trato. El objetivo del trabajo es buscar estrategias que mejoren todo lo relacionado con la prestación de servicios de salud con un enfoque humanizado, también identificar estrategias de impacto en los procesos de satisfacción de los pacientes y familiares que se vea reflejado de forma significativa en la atención brindada con calidad en los servicios de UCI.

Se realizó un estudio observacional, descriptivo y de corte transversal, una revisión bibliográfica nacional e internacional y la aplicación de una encuesta, que permitió determinar las principales condiciones que impactan el proceso de humanización en UCI, lo que facilitó entender las estrategias utilizadas y los contextos. Por lo anterior se propone la aplicación de estrategias para mejorar la relación médico-paciente-familia en el ejercicio sanitario actual, contextualizándolas de forma local.

Los resultados indican grandes vacíos: en las técnicas de información, comunicación y su efectividad, así como la incertidumbre e insatisfacción asociados al escaso contacto, secundario al aislamiento; en consecuencia, nacen estrategias de humanización diversas que permiten concluir la relevancia de los valores individuales y tener un eje del manejo integral en la prestación del servicio y la atención de calidad centrada en el paciente y su familia.

PALABRAS CLAVE: *Humanización, Pandemia, COVID-19, UCI (Unidad de cuidados intensivos).*

ABSTRACT

Due to the COVID-19 pandemic, situations were evident during the care processes associated with the treatment. The objective of the work is to seek strategies that improve everything related to the provision of health services with a humanized approach, also to identify impact strategies on the satisfaction processes of patients and families that are significantly reflected in the care provided with quality in ICU services.

An observational, descriptive and cross-sectional study, a national and international bibliographic review and the application of a survey were carried out, which allowed determining the main conditions that impact the process of humanization in ICU, which facilitated the understanding of the strategies used and the contexts. Therefore, the application of strategies to improve the doctor-patient-family relationship in current health practice is proposed, contextualizing them locally.

The results indicate large gaps: in information and communication techniques and their effectiveness, as well as the uncertainty and dissatisfaction associated with the scarce contact, secondary to isolation; Consequently, diverse humanization strategies are born that allow to conclude the relevance of individual values and to have an integral management axis in the provision of service and quality care focused on the patient and his family.

KEYWORDS: Humanization, *Pandemic, COVID-19, ICU (intensive care unit)*

INTRODUCCIÓN

El 31 de diciembre de 2019, oficiales sanitarios chinos reportaron a la Organización Mundial de la Salud la ocurrencia de un grupo de casos desde inicios de diciembre de una enfermedad respiratoria aguda asociado a un mercado de animales y comida de mar en la ciudad de Wuhan, en la provincia de Hubei, China. El 7 de enero del 2020, las autoridades de salud chinas confirmaron que estos casos estaban asociados a una nueva cepa de coronavirus (originalmente llamado por la OMS como 2019-nCoV) y posteriormente rebautizado SARS-CoV-2. Ya para el 4 de febrero de 2020, se habían confirmado 20.471 casos, 2.788 de ellos (13.6%) con una presentación severa de la enfermedad y 425 muertes (2.1%) registradas por la *Comisión Nacional de Salud de China*. Asimismo, se habían confirmado también casos en 26 poblaciones por fuera de la China continental y se había demostrado la transmisión persona a persona. (Patel, 2020).

El 30 de enero de 2021 la Organización Mundial para la Salud declaró la enfermedad por este nuevo coronavirus como una patología de impacto mundial, con un riesgo en la salud pública internacional, y dada la rápida expansión y gran cantidad de contagios en todo el orbe, hacia el 11 de marzo de esta vigencia se consideró que esta enfermedad era ya posible denominar como una pandemia.

Según datos del Ministerio de Salud (2021) de nuestro país, en Colombia el primer caso se registró el 6 de marzo de 2021. Del mismo modo, el primer fallecimiento asociado con estas condiciones de la COVID-19 en territorio nacional se notificó el 23 de marzo, tan solo 17 días después del caso uno. A partir de ese momento se ha presentado un crecimiento exponencial en la cantidad de casos notificados como positivos en nuestro país, teniendo para principios del mes de septiembre tres grandes picos de contagio, cerca de 5 millones de pacientes contagiados y más de 125 mil muertes asociadas. Esos datos epidemiológicos colocan a Colombia en una no muy alentadora condición a nivel mundial, pues permanentemente está entre los 10 países con más casos en todo el mundo de positivos y de fallecimientos por este virus.

Dado el contexto actual de la pandemia por el virus SARS-COV-2, muchos elementos asociados con la prestación de los servicios de salud han tenido que replantearse ante las dificultades propias que trajo consigo el cuidado de esta enfermedad. La humanización de

los servicios sanitarios, entendida como uno de los ejes transversales de la prestación asistencial, ha sufrido un impacto negativo significativo al momento de brindar cuidados con los estándares óptimos de calidad requeridos, particularmente en las unidades de cuidado intensivo (UCI), convertidos en la punta de lanza de la estrategia para enfrentar los casos más complejos de la enfermedad.

Es así como se han descrito múltiples factores contribuyentes en dicho deterioro de la calidad, tales como la restricción al acceso de responsables y acompañantes para visitar pacientes en servicios destinados a manejo de infectados por SARS-COV-2, la mayor dificultad técnica para una comunicación efectiva entre el equipo asistencial con el paciente y su familia; las limitaciones de espacio físico, la sobrecarga laboral por el aumento desbordado de casos y los ausentismos del personal (incapacidades, aislamientos, etc.), la inflexibilidad de las políticas gubernamentales e institucionales para limitar contagios nosocomiales, entre otros.

En este contexto, atributos de la calidad asistencial tales como la accesibilidad, la integralidad e incluso la continuidad se han visto afectados generando un deterioro en las condiciones propias de la humanización de la prestación de los servicios durante la pandemia, que en los últimos años venía recibiendo un impulso significativo, particularmente en las UCI. Cada vez es más notoria la sobrecarga asistencial, la poca disponibilidad de tiempo, el exceso de la demanda propia de los picos epidemiológicos que generan situaciones de afectación al personal asistencial.

De acuerdo con lo anteriormente expuesto, se formularán una serie de propuestas para el mejoramiento de la atención humanizada que estén alineadas con las estrategias de la “Política Nacional de Humanización de la Salud” (Colombia, Ministerio de Salud 2020) que actualmente el Ministerio de Salud desarrolla y busca implementar con el objetivo de optimizar e impactar favorablemente los procesos de humanización en la atención de los pacientes en tratamiento para COVID-19.

También se tendrá como referente para el diseño del documento final las recomendaciones incluidas en el Proyecto Internacional de Investigación para la Humanización de los Cuidados Intensivos “Proyecto HU-CI”, un esfuerzo colaborativo

establecido desde 2014, que busca cambiar el paradigma actual hacia una modelo de atención centrado en el paciente y su familia (Velasco Bueno & Heras la Calle, 2020).

MATERIAL Y MÉTODOS

El presente trabajo se planteó como un estudio observacional, descriptivo de corte transversal en el cual basamos la búsqueda de estrategias que pudiesen ser propuestas para el mejoramiento de la atención humanizada en las unidades de cuidado intensivo a través de la investigación en material bibliográfico de referencia (textos, artículos científicos en revistas indexadas). Aquí se lograron identificar los conceptos teóricos que sustentan las prácticas y estándares de alta calidad en humanización de la atención en salud; haciendo un abordaje integral que incluya al paciente, su entorno y el talento humano en salud.

Posteriormente, se desarrolló una estrategia de medición de la percepción de los componentes identificados en la literatura, a través de encuestas a través de la plataforma de Formularios de Google aplicadas a pacientes en fases de post-hospitalización y su entorno, que buscaban evaluar el estado actual de las condiciones que afectan el proceso de humanización del servicio en UCI de nuestro medio, previa realización de una prueba piloto para verificar la idoneidad de las preguntas formuladas. Se realizó posteriormente una tabulación de los resultados obtenidos por el instrumento aplicado, generando así una matriz con los puntos susceptibles de mejoramiento. De manera siguiente, se indagó acerca de las prácticas y metodologías más actualizadas descritas en la literatura consultada y que pudiesen ser adaptadas a nuestra realidad local.

Finalmente, se consideraron diversas estrategias que sean aplicables en nuestro contexto local, presentadas de acuerdo con las características que definen un proceso de humanización con altos niveles de calidad definidas previamente en nuestro trabajo de investigación.

RESULTADOS

Los avances científicos y tecnológicos han contribuido a mejorar las prácticas médicas, sin embargo, aunque se ha avanzado en estos aspectos y los resultados son positivos para los usuarios, en los últimos años se ha venido estudiando cómo estos avances contribuyen a dejar de lado los aspectos humanos; los usuarios de las UCI son atendidos con respecto a sus necesidades médicas y fisiológicas, pero se ha desdibujado su identidad como ser humano, dejando de lado sus necesidades emocionales y espirituales, sin tener en cuenta que en la UCI, estas emociones se incrementan por situaciones extremas en el límite vida-muerte, además con frecuencia sufren incomodidades derivadas de las características propia de la unidad como son el ruido, la luz, la infraestructura, el monitoreo constante y la separación física y emocional de su familia. Esta situación por la que atraviesa el paciente requiere que la atención recibida sea de mayor cuidado que en otros espacios, por tanto, surge la necesidad de brindar unos cuidados especialmente cálidos y confortables. (Escudero et al., 2014).

Es así como las instituciones prestadoras de servicios de salud (IPS) deben desarrollar una política de atención humanizada que incluya criterios para el paciente, su familia y el personal de salud. En cuanto a los aspectos que deben considerarse para el paciente y la familia, se deben tener presentes: las condiciones de privacidad y confidencialidad durante la atención, el manejo de la información entregada, la flexibilización de horarios de visita, condiciones de silencio, hotelería y confort de la infraestructura física que promuevan atención oportuna y la reducción de esperas.

En cuanto al personal de salud se deben fortalecer: la atención cortés y respetuosa a pacientes y familiares, estrategias de cuidado con orientación lúdica (técnicas integrativas), el respeto por el cuerpo del paciente fallecido y el apoyo emocional a familiares, así como el entrenamiento de habilidades en comunicación (ICONTEC, s. f.).

Bermejo (citado por Oliva, 2017) hace referencia a los valores que el personal de salud debe tener con el fin de realizar una buena atención en contexto hospitalario y crear una relación de ayuda profesional-paciente, a continuación, se describen:

- Empatía: hace referencia a la capacidad de adoptar el punto de vista del paciente para entender cómo se siente con su enfermedad.

- Autenticidad y congruencia: señala la relación de la escala individual de valores y su coherencia con la práctica profesional
- Respeto: indica la consideración por la dignidad del paciente y el manejo para no afectarla.
- Comprensión: se refiere a la percepción del contexto del paciente y otorgar valor a su perspectiva.
- Solidaridad: es el apoyo que se brinda al paciente.
- Tolerancia: es brindar la atención al paciente sin criterios selectivos ni de marginación ante cualquier aspecto de los pacientes.
- Altruismo: actuar en beneficio del paciente de forma desinteresada.
- Moderación: es la capacidad de medir el grado de intensidad de las intervenciones aplicadas y cuando posponerlas.
- Equidad: no tener preferencias al brindar la atención a los pacientes aceptando la importancia de todos por igual, a no de ser de que su estado lo amerite.
- No violencia: no ejercer conductas de maltrato o agresión ante ninguna circunstancia.

Es importante para los profesionales de la salud identificar, comprender y aplicar en su vida profesional que los pacientes y sus familias son seres integrales, que deben valorarse de manera multidimensional (características biológicas, sociales, psicológicas y espirituales), donde los valores individuales del personal asistencial se reflejan al desempeñar su vocación por cuidar, para esto es preciso reflexionar sobre la dignidad humana y el trabajo interdisciplinario.

De igual manera, los resultados de la investigación nos permitieron generar a partir de los diferentes documentos una propia definición de la humanización. Extractando apartes de las definiciones consideradas, consideramos la humanización de la salud como la realización consciente de conductas propias del ser humano orientadas a aliviar, reducir o eliminar el dolor físico o emocional en el paciente, su familia y el equipo de salud, fundamentados desde la compasión; que es un sentimiento donde se puede expresar la comprensión por el sufrimiento del otro (Castro, Durán, Hernández, 2021).

Dentro del desarrollo de lo proyectado en nuestro trabajo, encontramos una gran barrera al momento de acceder a la información que requeríamos para verificar las brechas

generadas en los procesos de humanización en las unidades de cuidado intensivo que manejan pacientes con coronavirus. La reserva de las diferentes instituciones frente a la investigación y la búsqueda de datos generó una dificultad que en el contexto del trabajo nos obligó a replantear la manera en que se aplicaría la encuesta propuesta.

Bajo esa condición, ampliamos el radio de búsqueda en el entendido de la gran cantidad de personas afectadas por la pandemia y que cada vez se acercaba más a los círculos cercanos de las diferentes personas. Es así como decidimos implementar la encuesta a distintos individuos que de una u otra forma habían tenido contacto con alguna condición que los vincula con la atención de los pacientes críticamente enfermos por COVID-19.

De esta forma, se le realizó la encuesta a personas que estuvieron como pacientes con infección por coronavirus en una UCI y que luego de recibir tratamiento, evolucionaron favorablemente y pudieron tener egreso luego de la condición crítica en la cual estuvieron. Igualmente, aquellos sujetos que tuvieron familiares que en algún momento estuvieron hospitalizados en estas condiciones fueron incluidos dentro de los encuestados. Esto nos permitió tener un número de encuestas que dieron lugar a los resultados que se expondrán más adelante y que nos llevan a las conclusiones que determinan las mejores estrategias para sugerir en los procesos de humanización en las diferentes unidades de cuidado crítico.

De igual manera, consideramos que el nuevo enfoque que tiene la implementación de encuestas en este perfil de usuarios tiene toda la validez dado el alcance que tuvieron los encuestados (como se mencionó fueron pacientes o acudientes) y nos dan una visión integral y holística de las diferentes organizaciones en salud que atienden pacientes de alta complejidad. Vale mencionar que incluso hay algunos encuestados que están fuera de Bogotá pero que tuvieron atención en UCI en servicios de alta complejidad de ciudades como Bucaramanga y Medellín.

En cuanto a los resultados más relevantes se refiere, se solicitó una calificación global del nivel de satisfacción con la experiencia personal vivida durante la estancia en la UCI, encontrando la siguiente distribución:

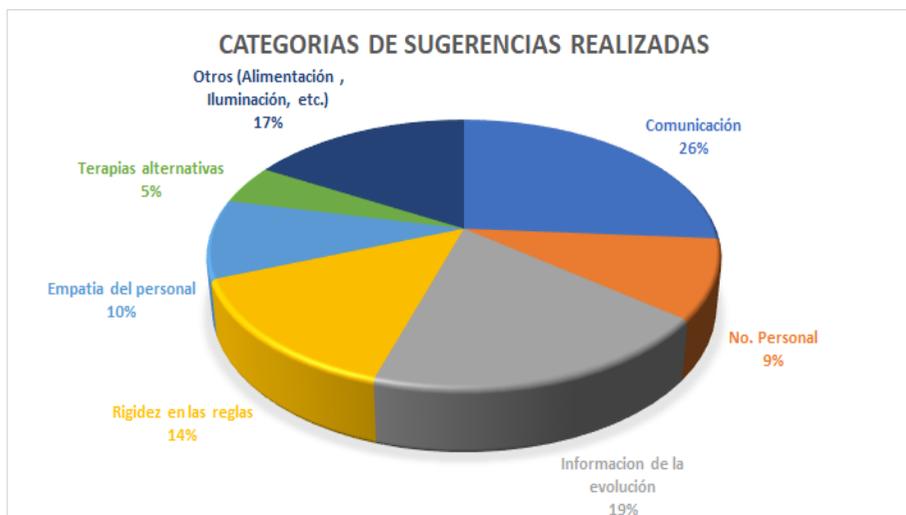
Figura 1. Distribución de la experiencia global de la estancia



Es evidente que en la muestra evaluada el nivel de satisfacción global es favorable, considerando que más del 71% de los encuestados dio una calificación positiva (*Muy buena o Buena*). Aproximadamente el 5% de la muestra consideró que la experiencia fue de mala calidad.

Se les solicitó a los encuestados considerar sugerencias que permitieran mejorar los procesos durante el proceso de atención, las cuales podían ser manifestadas de forma abierta de acuerdo a sus experiencias vividas. Una pre-codificación inicial permitió clasificar las sugerencias en las siguientes categorías:

Figura 2. Categorización de las sugerencias realizadas



La evaluación de las sugerencias recogidas muestra que la mayoría de las opiniones están asociadas al ámbito de la comunicación entre el equipo asistencial y la familia del paciente, mostrando las brechas que las familias están experimentando en su interacción con el personal médico bajo las condiciones suscitadas durante la pandemia actual. Se insistió repetitivamente en la necesidad de la asertividad al brindar la información, en especial en el momento de dar malas noticias, en lo que insisten es fundamental mostrar una “*faceta más humana y cercana al familiar*” y “*con menos lenguaje técnico que en ocasiones confunde*”. Esta clara referencia hacia un trato más humanizado es un indicador significativo en la forma en que los usuarios se están llevando una percepción global de la experiencia, notada incluso en pacientes en los cuales la satisfacción global fue positiva.

Considerando las experiencias exitosas registradas en diferentes localidades a nivel global, presentamos a continuación las principales estrategias que por sus particularidades pueden ser utilizadas y aplicadas en el contexto local.

1. Comunicación por videoconferencias

El uso de dispositivos electrónicos como tablets, computadores personales o teléfonos celulares inteligentes ha supuesto una herramienta muy significativa para facilitar la comunicación a distancia de los pacientes ingresados en las UCI y sus familias (*Imagen 1*). Su fácil utilización y su amplia masificación han constituido una forma muy eficaz de lograr una forma de aliviar el estrés emocional causado por el aislamiento y las restricciones de visitas en los pacientes aislados en estos pabellones. Múltiples alternativas han mostrado ser útiles en estas circunstancias, adicionando a las tecnologías digitales antes mencionadas, técnicas como mensajes de audio pregrabados, mensajes de texto vía SMS, llamadas telefónicas, mostrando variables grados de satisfacción y efectividad en diferentes contextos geográficos y clínicos (Ostherr et al., 2016).

Figura 3. Paciente durante videoconferencia en la Unidad de Cuidado Intensivo del Centro Médico de la Universidad Johns Hopkins en Baltimore, MA (Estados Unidos)



Fuente: Tomado de hopkinsmedicine.org

Desde décadas pasadas han existido crecientes preocupaciones sobre la posible interferencia de los equipos de comunicación personal (teléfonos inteligentes, tablets) con el adecuado desempeño de los dispositivos médicos, en especial, en áreas hospitalarias críticas como los pabellones de cuidados intensivos, dada la fuerte energía electromagnética que podría afectar el uso de equipos como ventiladores mecánicos, monitores cardíacos o desfibriladores. Sin embargo, en los últimos años la evolución de las redes 3G, 4G y 5G han disminuido la interferencia hasta niveles casi inexistentes, con lo cual se desvirtúa la necesidad de la restricción de dichos equipos de comunicación en el ambiente hospitalario (Mariappan et al., 2016).

2. Mensajes de apoyo (tarjetas) personalizados

A pesar de las limitaciones en el acceso de uso de tecnologías digitales en algunos centros de salud, esto no ha impedido la interacción con los pacientes hospitalizados en las

UCI a través de otros medios, manifestado por múltiples ejemplos recogidos mostrando experiencias satisfactorias en este sentido. De hecho, han sido registradas diversas iniciativas comunitarias en las que se envían mensajes de apoyo y ánimo a los pacientes hospitalizados, mostrando empatía y compasión por la situación por la que atraviesan.

Un ejemplo de esto se registró en una nota de prensa de abril de 2020, la Administración para la Seguridad del Transporte de Estados Unidos (*TSA*, por sus siglas originales) ejecutó una campaña entre sus colaboradores para la confección de tarjetas personalizadas con destino a los pacientes hospitalizados de un centro médico local, siguiendo una sugerencia de un familiar de uno de los agentes, que se desempeña como enfermera en la unidad de cuidado intensivo. Según lo informó posteriormente, dado el aislamiento de los pacientes “se percibía un ambiente de depresión por la ausencia de sus allegados, pero las tarjetas les brindaban un poco de consuelo y alegría para sobrellevar la jornada” (Transportation Security Administration, 2020).

Figura 4. Algunas de las tarjetas enviadas a pacientes hospitalizados por la Iniciativa “Project Smile”, en Arizona (Estados Unidos).



Fuente: Tomado de www.projectsmileaz.org

Las respuestas de los pacientes han sido muy satisfactorias en todos los casos. Según una nota de prensa publicada en una emisora radial en el mes de noviembre de 2020, una iniciativa impulsada por una pareja de hermanos de 12 y 15 años en el estado de Arizona (Estados Unidos) había logrado recolectar y enviar más de 2.300 tarjetas para pacientes hospitalizados en unidades de cuidados intensivos en todo el estado. La iniciativa, denominada “*Proyecto Sonrisa*” (*Imagen 2*), ha recibido un amplio apoyo en redes sociales de su comunidad, así como notas de agradecimiento de los dirigentes del sistema de salud local, resaltando el “muy positivo impacto en la atmósfera de su hospital” (Dowd, 2020).

3. Mensajes de agradecimiento al equipo asistencial

Como hemos resaltado previamente en apartes de este documento, la humanización en el contexto hospitalario también involucra el bienestar y la satisfacción para el personal asistencial, para minimizar el desgaste emocional y psicológico de la rutina diaria. A lo largo de la pandemia suscitada en la actualidad, ha sido ampliamente reconocido el trabajo de los diversos miembros del sistema asistencial incluyendo a los equipos paramédicos de atención pre-hospitalaria, servicios de urgencias y en especial a los que hacen parte de las unidades de cuidado intensivo.

Desde convocatorias diarias a ovaciones con aplausos desde terrazas y balcones (Kashinsky, 2020) hasta entrega de raciones de comida por parte de cadenas de restaurantes y supermercados (Chen, 2020), las muestras de agradecimiento y aprecio por los equipos sanitarios han sido constantes.

Figura 5. Médico en Houston (Estados Unidos) recibiendo una tarjeta de agradecimiento enviada desde la comunidad



Fuente: Tomada de Twitter @KHOUmelissa

También se describen múltiples reportes de involucramiento de la comunidad con envío de tarjetas de ánimo y agradecimiento hacia el personal asistencial, lo cual favorece el clima laboral, renueva energías y proporciona satisfacción personal (*Imagen 3*).

4. Identificación del personal sanitario

En las encuestas ejecutadas en el desarrollo de esta investigación, se identificó la dificultad que tenían los pacientes en individualizar a los miembros del personal que los asistía durante su estancia en la UCI, generando esto altos niveles de incertidumbre y deshumanización en medio de un entorno desconocido.

Las recomendaciones de las autoridades de salud han impuesto desde el inicio de la pandemia el uso sistemático de elementos de protección personal para el personal sanitario (mascarillas FPP2, batas antifluidos, guantes, gafas protectoras, pantallas faciales y gorros). El uso de esta equipación tiene como finalidad reducir de manera significativa el contacto directo con los pacientes durante toda su atención y así mitigar la propagación de la enfermedad.

Los cuidados a un paciente hospitalizado, y más en estas condiciones descritas, incorporan una atención integral que contempla las necesidades físicas, emocionales, sociales y espirituales. Estas intervenciones van encaminadas a mejorar la calidad de vida, proporcionar algún grado de comodidad y bienestar físico, pero también espiritual. El abordaje en este contexto es complejo debido al uso de los elementos de protección personal (EPP) que junto con la distancia requerida para evitar el contacto limitan la comunicación con el paciente, dificultando su percepción de la presencia del equipo y de alguna forma deshumanizando el proceso de acompañamiento (Allande et al., 2020).

Considerando lo anterior, otra iniciativa utilizada tempranamente y de amplia difusión en las UCI a nivel mundial fue la incorporación de estrategias que permitieran la identificación personal de cada uno de los miembros del equipo asistencial y de servicios complementarios, los cuales permiten a los pacientes hospitalizados individualizar a cada miembro conociendo su nombre, su profesión y en ocasiones hasta una fotografía. Un ejemplo de esta metodología fue recopilado en la página web del Hospital Cedars-Sinai de la ciudad de Los Ángeles (Estados Unidos), en la cual se estableció un programa para incorporar una fotografía personal con una sonrisa, logrando una respuesta muy positiva entre los pacientes ingresados en la unidad (*Figura 6*).

Figura 6. Miembros del personal del Centro Médico Cedars-Sinai en Los Ángeles (Estados Unidos) con sus fotografías adheridas a sus elementos de protección personal



Fuente: Tomado de www.cedars-sinai.org

Una de las participantes de la iniciativa, la enfermera Ashley Samaniego, destaca que es una idea simple, pero con gran significado. Destaca también que los pacientes le han agradecido este tipo de estrategias, “ya que les permite sentirse más calmados, haciendo la atención menos impersonal” (Smieciuszewski, 2020).

La iniciativa de incluir fotografías en los uniformes de aislamiento está documentada desde hace algunos años, cuando se desencadenó un brote de grandes magnitudes de ébola en algunos países africanos. Una profesora de arte del Occidental College en Los Ángeles viajó a Liberia en 2014 para implementar una estrategia de humanización en la que buscaba incorporar imágenes en los uniformes para mejorar la empatía con los pacientes y optimizar el alcance de los objetivos del tratamiento médico proporcionado. últimos (Bryan-Wilson & Heffernan, 2020).

Figura 7. Pantalla de protección facial con identificación personal



Fuente: Tomado de www.clinicabupasantiago.cl

A partir de las experiencias recopiladas con esta iniciativa y con el apoyo de la Organización Mundial de la Salud, se estableció el proyecto *PPE Portrait*, y con el paso de los años se han logrado perfeccionar las técnicas utilizadas, desarrollando láminas autoadhesivas desechables con terminados de impresión en tonalidades mate, en vez de las iniciales imágenes laminadas que podrían representar riesgos de contaminación cruzada. Esta iniciativa ha sido adaptada para su implementación en diversos hospitales a nivel nacional, como el centro médico de la Universidad de Stanford y el Hospital General de Massachusetts (Tranquada, 2020).

5. Estimulación táctil

El efecto de la estimulación táctil en los pacientes ingresados en unidades de cuidados intensivos ha sido estudiado en los últimos años, especialmente en pacientes con lesiones cerebrales de origen traumático. Los resultados han mostrado un efecto positivo en el nivel de conciencia, niveles de agitación y descensos en cifras tensionales y en la frecuencia respiratoria (YekeFallah et al., 2018) aunque no se tienen hasta el momento estudios que confirmen efectos positivos en pacientes hospitalizados por COVID-19, el potencial puede ser prometedor.

Inspirada en una técnica diseñada hace varios años, personal de enfermería de una unidad asistencial de emergencias en la ciudad de San Carlos (Brasil), ideó un mecanismo compuesto por dos guantes de látex que en su interior se llenaban con agua tibia, uniendolos por las puntas de los dedos y deslizando en el interior la mano del paciente (*Imagen 6*).

Figura 8. Dispositivo adaptado en un hospital de San Carlos (Brasil) para simular el contacto físico en un paciente con COVID-19



Según algunos de los auxiliares de enfermería que implementaron la idea en la unidad local, los guantes con agua tibia son una forma de brindar afecto y humanización al paciente, como si alguien le estuviera sosteniendo la mano, y también es útil para proporcionar una sensación de calor a unas extremidades usualmente frías en el ambiente de la UCI (Brogle, 2021).

6. Estimulación acústica y olfativa

Otros aspectos considerados en la estimulación sensorial en pacientes hospitalizados en UCI incluyen las intervenciones a través de musicoterapia (estimulación acústica) y aromaterapia (estimulación olfativa). Estas dos aproximaciones utilizadas en la medicina integrativa han sido ampliamente estudiadas en el manejo de ansiedad, estrés y restablecimiento de patrones de sueño en diferentes contextos clínicos.

La música como intervención terapéutica ha sido utilizada desde la Antigua Grecia, pasando por los romanos y también por la medicina tradicional china. Con la llegada del siglo XX, la música comenzó a aplicarse como alternativa para disminuir la ansiedad en los pacientes en etapas prequirúrgicas a nivel médico y odontológico, así como en pabellones de medicina crítica. Resultados de múltiples estudios apoyan el uso de la musicoterapia en

pacientes con ventilación mecánica en diversos escenarios de cuidado agudo, reduciendo síntomas fisiológicos, así como niveles de estrés y delirios (Browning et al., 2020), en especial cuando se encarga de la selección de la música a los pacientes o sus familias de acuerdo a sus preferencias personales (Chlan et al., 2011). Estos estímulos acústicos funcionan como un distractor, desviando la atención como un catalizador negativo y enfocando la conciencia del individuo en un estímulo calmante (Bradt et al., 2013).

Figura 9. La música como herramienta terapéutica en UCI ha disminuido el uso de analgésicos y sedantes mejorando la ansiedad y patrones de sueño.



Fuente: Tomada de www.surgicalserenitysolutions.com

A su vez, la aromaterapia se basa en el uso de aceites de plantas que producen aromas relajantes y placenteros, generando efectos positivos en cuadros de ansiedad, estrés y depresión. Estos aromas pueden ser administrados por vía inhalatoria y por vía tópica a través de masajes. Algunas de los más utilizados en el ámbito clínico incluyen lavanda (*Lavandula angustifolia*), rosa (*Rosa damascena*), naranja (*Citrus sinensis*), bergamota (*Citrus aurantium*), limón (*Citrus limon*), sándalo (*Santalum album*), salvia (*Salvia sclarea*) y manzanilla romana (*Anthemis nobilis*). (Setzer, 2009).

Los beneficios de la musicoterapia y la aromaterapia en el contexto clínico han sido ampliamente estudiados, además que constituyen técnicas de bajo costo y con efectos adversos potenciales apenas triviales (Lee et al., 2017).

En un estudio revisado en esta investigación se buscaba comparar estas dos intervenciones en la reducción de niveles de ansiedad en pacientes asistidos por ventilación mecánica. Para ello consideraron indicadores fisiológicos, así como los reportes ofrecidos por los pacientes. En general, considerando los efectos inmediatos post-tratamiento, ambas técnicas obtuvieron una reducción en niveles de ansiedad, pero en diferentes niveles, sugiriendo que las intervenciones con musicoterapia impactaron en mayor medida que la aromaterapia, lo cual es consistente con lo hallado en otros estudios (Lee et al., 2017).

7. Salidas al aire libre

Un papel determinante en la sensación de soledad y aislamiento percibida por los pacientes internados en las unidades de cuidado intensivo lo constituye el permanente confinamiento al que se ven sometidos por un periodo variable de días, que puede extenderse por varios meses según la evolución en cada caso particular. El alto riesgo de propagación del virus limita las posibilidades de caminatas asistidas alrededor de la unidad, etc.

En la literatura se ha descrito el impacto de pequeñas caminatas al aire libre en la salud física y mental, con resultados positivos en especial en las realizadas en sitios con presencia de espejos de agua. Las respuestas en las variables cardiovasculares mostraron un aumento de la actividad del sistema nervioso simpático tanto durante como posterior a la realización de la caminata al aire libre (Vert et al., 2020).

Sin embargo, algunas experiencias se han descrito con resultados satisfactorios en relación a este tópico. Según reseña Marín-Corral et al. (2020), con la instauración del programa “HUCIMAR” en 2018 en el Hospital del Mar de Barcelona (España), se venían realizando intervenciones multidisciplinarias en los pacientes de UCI, una de ellas llamada “Paseos sanadores frente al mar”.

Describen el caso de un paciente ingresado en dicha unidad por un cuadro severo de COVID-19 que requirió manejo agresivo con altos niveles de oxígeno, ventilación mecánica,

soporte cardiovascular y nutricional. Con el paso de las semanas, la condición clínica del paciente fue mejorando progresivamente, el retiro de la sedación y la ventilación mecánica fue coincidiendo con el desescalamiento del confinamiento en la región de Cataluña y la mejoría en el plano meteorológico local. Después de haber resultado negativo para COVID-19, el equipo tratante decidió llevar al paciente a un paseo frente a la playa.

Figura 10. Paciente cruzando la avenida que separa la playa del hospital donde permanece internado en Barcelona (España).



Fuente: Foto de David Ramos, Getty Images

El Hospital del Mar se encuentra ubicado en la zona costera de Barcelona, y el mar se encuentra a solo unos metros de la entrada del centro médico. La oportunidad de salir al aire libre para un paciente con una estancia hospitalaria prolongada se convierte un punto de inflexión desde el punto de vista emocional y psicológico, como lo representaba este paciente, que llevaba aproximadamente 50 días dentro de la UCI. Se realizó una cuidadosa preparación de los equipos y el personal acompañante, y se concretó el encuentro con los familiares en el vestíbulo del hospital. Los sentimientos y emociones del reencuentro del paciente con su familia, la inmensa satisfacción del equipo tratante, y la incrédula mirada de

los peatones que transitaban a esa hora por la avenida quedaron registrados en fotografías (Imágenes 8 y 9).

Figura 11. Paciente contemplando el paisaje marítimo durante una corta salida del centro médico donde permanece hospitalizado en Barcelona (España).



Fuente: Foto de David Ramos, Getty Images

8. Acompañamiento espiritual

El concepto de espiritualidad no tiene un consenso generalizado, si bien es considerada como una “dimensión dinámica de la vida humana que se relaciona con la forma en la que las personas experimentan, expresan y dan significado, propósito y trascendencia a sus acciones, así como la forma en la que se interconectan con el momento, consigo mismos, con los demás, con la naturaleza y con lo sagrado” (Nolan et al., 2011). Esta visión constituye una concepción distinta y más amplia que el mero concepto de “*religión*”, que involucra a “las creencias, prácticas y rituales vinculadas a lo trascendente” (Koenig, 2012).

En las últimas décadas se ha profundizado en el concepto del cuidado espiritual y la evidencia actual muestra que el bienestar espiritual juega un papel fundamental en la salud física y mental, proporcionando una sensación de paz y armonía que lleva a estilos de vida más saludables. Asimismo, este bienestar parece tener una influencia significativa en la toma

de decisiones de los pacientes y sus familias. En este contexto, el cuidado espiritual se ha convertido en una herramienta fundamental en las UCI y en los servicios de emergencias, donde la complejidad y severidad de las enfermedades de los pacientes agudos crean un ambiente de incertidumbre que causan pérdida de esperanza, ansiedad, miedo y soledad (Diego-Cordero et al., 2021).

Es importante reconocer que el cuidado espiritual no solo debe ser proporcionado por miembros de las diferentes comunidades religiosas, sino que también hace parte del manejo integral que debe proporcionar el equipo sanitario, en especial el personal de enfermería. Sin embargo, es una realidad que los profesionales de la salud no suelen incorporar el cuidado espiritual en su rutina clínica diaria. Varias hipótesis han sido postuladas como barreras como la falta de entendimiento del concepto de espiritualidad, el temor a imponer sus propias creencias, incluso ofender a los pacientes. Estas barreras generan un suministro tardío de este soporte, el cual comúnmente solo se limita a las últimas 24 o 48 horas de la vida del paciente (Choi et al., 2019). Toda esta problemática es más evidente en momentos de crisis, cuando la falta de recursos y de tiempo son los factores predominantes, como se ha observado durante la pandemia actual.

Como lo mencionamos anteriormente el concepto del cuidado espiritual es multidimensional, incluyendo el ámbito religioso (alabanzas y oraciones con los pacientes, conversaciones sobre un ser superior) y el cuidado no religioso que incluye respeto por sus ideas, apoyo, protección de la privacidad del paciente, estimulación táctil, escucha atenta a sus temores y la ayuda en la comprensión de su situación clínica (Bahramnezhad & Asgari, 2021).

Figura 12. Un sacerdote administrando el sacramento de los últimos ritos a un paciente con COVID-19 en Minnesota (Estados Unidos).



Fuente: Foto de Elizabeth Flores, tomada de www.startribune.com

El ejercicio ministerial de los capellanes de diversos credos durante la crisis actual se ha visto afectado por las ya mencionadas restricciones de aislamiento ante el temor de la propagación del virus, por lo cual han recurrido también al uso de tecnologías digitales para continuar de alguna forma con su labor. Sin embargo, con el conocimiento creciente de la transmisibilidad del patógeno y el incremento en los esquemas de vacunación, ha logrado un acompañamiento más presencial en los pabellones con mayores necesidades. (Figura 12). También se han recogido experiencias en las que se realizan eucaristías en el interior de las UCI proporcionando confort tanto a pacientes como al personal asistencial (Figura 13).

Figura 13. Servicio religioso en el interior de un pabellón con pacientes con COVID-19 en Francia



Fuente: Foto de AFP, tomada de www.la-croix.com

9. Uso de animales de asistencia y mascotas

La terapia asistida por animales en centros médicos ha experimentado varias barreras y dificultades durante la pandemia por el COVID-19. Estas intervenciones, específicamente la realizada por perros expresamente entrenados, constituyen una fuente valiosa para servir de apoyo a individuos, comunidades en ambientes hospitalarios y sitios de desastres durante crisis de salud pública (*Imagen 12*). Estos perros, han demostrado beneficios en la reducción de niveles de estrés y ansiedad, reducción en la duración de estancias hospitalarias, mejores resultados en manejo del dolor por causas no farmacológicas y en general con el manejo del estrés inducido por el contexto hospitalario (McCullough et al., 2016).

Algunos hospitales en Estados Unidos han reportado la cancelación o la limitación al acceso a los programas con perros de asistencia terapéutica, principalmente debidos a preocupaciones de índole epidemiológica con el comportamiento del virus SARS-Cov2. Sin embargo, el Centro para el Control de Enfermedades de Estados Unidos (2020) reporta que

“no se tiene evidencia que los animales de compañía, incluyendo las mascotas, puedan diseminar el virus que causa el COVID-19 a los humanos o que puedan ser una fuente de infección en los Estados Unidos”

La pandemia actual es indiscutiblemente un momento de alta carga de estrés que toda la humanidad está experimentando, en diferentes grados, a nivel personal. Ya que los perros de asistencia terapéutica han sido útiles en el manejo de ansiedad, parece un momento muy oportuno para aprovechar los beneficios que pueden proporcionar.

Figura 14. Un perro de asistencia utilizado en el centro médico de la Universidad de Maryland en Baltimore (Estados Unidos) durante la pandemia por COVID-19



Fuente: Fotos de Caroline Benzel, tomado de www.wjla.com

En la medida en que la medicina crítica viene siendo cada vez más efectiva en la prevención de la muerte, este campo está enfocándose actualmente en optimizar la experiencia de supervivencia del paciente. A través de la creación de ambientes humanizados en la UCI y la implementación de intervenciones no farmacológicas (que disminuyan las tasas de delirio), los pacientes no tienen que esperar hasta su egreso para retomar su vida. Las intervenciones no farmacológicas, como el uso de los perros de asistencia terapéutica, pueden reducir el sufrimiento y ayudar a los pacientes a tomar un papel más activo en su recuperación (Hosey et al., 2018).

Figura 15. Los perros de asistencia también son utilizados para generar alivio de estrés y sobrecarga laboral en el personal médico



Fuente: Foto de Susan Ryan, tomado de www.cnn.com

En una investigación realizada por Cesare (2020), cerca del 80% de los manejadores de perros de asistencia a quienes se les permitió continuar con su trabajo en entornos hospitalarios durante la pandemia actual se les solicitó aumentar las medidas de prevención de infecciones, incluyendo mayor frecuencia en lavado de manos, uso de sustancias desinfectantes y aumento en rutinas de baño y cortes de pelo. Se aumentaron los cuidados de lavado y mantenimiento de los chalecos de trabajo, collares, arneses y correas. De esta forma, concluye que los procedimientos pueden ser implementados como precauciones con la intención de superar los obstáculos impuestos por las administraciones hospitalarias para continuar con la asistencia proporcionada por animales.

10. Despedidas humanizadas

En épocas pre-pandémicas, la decisión de limitar el tratamiento médico en el contexto del cuidado crítico era realizado con anticipación para muchos pacientes en UCI. De esta forma, la muerte se convertía en un proceso relativamente predecible donde los síntomas de sufrimiento como la disnea y la ansiedad eran aliviados, sus familiares participaban del proceso y los servicios de apoyo emocional y espiritual acompañaban los sucesos (Jeitziner et al., 2021).

Ya en las etapas iniciales de la pandemia, cuando las restricciones adoptadas por las administraciones hospitalarias eran más rígidas dado el escaso conocimiento que se tenía de la enfermedad, las familias eran alejadas de sus seres queridos y no lograban tener cercanía con ellos en sus últimos momentos de vida por el temor a no generar contagios adicionales. Las comunicaciones por vía digital constituían el único mecanismo útil para tener algún tipo de visualización del familiar hospitalizado. Sin embargo, esto requería de un acercamiento previo con la familia en la que se explicaba la condición del paciente y cómo sería su apariencia actual, lo cual buscaba minimizar la posibilidad de aparición de episodios de choque emocional al ver la figura deteriorada de su familiar (Wang et al., 2020).

Como lo asegura García-Sánchez (2020) un gran número de familias han quedado rotas al no poder dar el último adiós a sus familiares, tal y como se merecían y a lo que tenían derecho. Dada la situación de emergencia, de facto se ha operado una privación de este derecho recogido en diferentes regulaciones sobre derechos de los pacientes.

Figura 16. A medida que las medidas de restricción han ido desescalando, se les ha permitido cortas despedidas a los pacientes junto a sus familias.



Fuente: Foto de Jae C. Hong, tomado de www.statnews.com

Durante la pandemia, los profesionales de la salud de la UCI deben proporcionar cuidados a los pacientes antes, durante y después de la muerte. Sin la posibilidad de formar vínculos individuales con los pacientes, estos profesionales deben hacer un esfuerzo por comprender el contexto familiar en el que se desarrolla una situación tan devastadora como lo es tener un familiar hospitalizado por una enfermedad potencialmente letal. Crear estas relaciones entre profesionales y pacientes es importante, ya que el compromiso emocional es un elemento crucial del apoyo del paciente y su familia. Otro factor relevante en este sentido es evaluar el grado en que la familia entiende y acepta el proceso agónico y la muerte, más aún, algunos de ellos pueden experimentar sentimientos de culpa si ellos también resultaron positivos para la enfermedad (Jeitziner et al., 2021).

Suministrar a los pacientes un poco más de tiempo para compartir con sus familiares y permitirles una despedida, ya sea por vía videollamada o con el uso de prendas de aislamiento, pueden hacer una gran diferencia en apoyar el proceso de duelo. Algo tan sencillo como permitir unos minutos de privacidad con su paciente puede ser extremadamente importante para los familiares, así como el confort y la dignidad de sus momentos finales (Scheunemann et al.,2019).

DISCUSIÓN Y CONCLUSIONES

A lo largo del desarrollo de este estudio, se logró evidenciar que los procesos de humanización estaban siendo sumamente impactados en los servicios de atención a los pacientes con diagnóstico de coronavirus, principalmente los que estaban en servicios de alta complejidad como la UCI, por lo tanto, nos permitimos a partir de todo lo mencionado relacionar las siguientes conclusiones.

En primera medida, es importante para los profesionales de la salud identificar, comprender y aplicar en su vida profesional que los pacientes y sus familias son seres integrales, que deben valorarse de manera multidimensional (características biológicas, sociales, psicológicas y espirituales) en todo el ejercicio transversal de la atención en salud.

De igual manera, los valores individuales del personal asistencial se reflejan al desempeñar su disposición por cuidar y atender pacientes. De esa forma, ese comportamiento altruista y de vocación desinteresada debe ser eje para que sea preciso reflexionar sobre la dignidad humana y el trabajo interdisciplinario en cada momento de la prestación del servicio.

En todo ese contexto, una conclusión determinante parte de mejorar y optimizar en todo momento los canales de comunicación, ya que esto dará lugar a un mayor empoderamiento de los profesionales de la salud y permitirá cerrar las brechas generadas por la pandemia en el contexto de los pacientes críticamente enfermos y sus familias frente a la información que se suministra.

Esta estrategia permite tener los mecanismos que acerquen al enfermo con su entorno, de esa forma se devolverá la confianza y se cerrará el círculo de la atención de calidad centrada en el paciente y su familia.

Vale mencionar y destacar que todas las estrategias descritas a través del trabajo son susceptibles de implementarse en nuestro medio dado el fácil alcance y que no requieren grandes inversiones financieras. Todas se decantaron en mejores procesos de atención, óptimos y con altos estándares de calidad, ya que tienen a la humanización como fundamento para la prestación del servicio.

Garantizar que se desarrollen todos los escenarios favorables para la humanización en todos los actores de la atención de pacientes críticamente enfermos (pacientes, familias, talento humano en salud, servicios generales, seguridad, etc.) depende del liderazgo organizacional de las instituciones que brindan servicios de salud de alta complejidad y que puede tener como sustento lo plasmado en este trabajo como fórmula para cerrar la brecha existente en la tarea de humanizar los servicios en momentos de pandemia y que con seguridad serán estrategias y herramientas que pueden aplicarse en otros contextos fuera de las unidades de cuidado intensivo y perdurar en el tiempo.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

Allande Cusso, R., Navarro Navarro, C., & Porcel Gálvez, A. M. (2020). El cuidado humanizado en la muerte por COVID-19: A propósito de un caso. *Enferm. clín.* <https://doi.org/10.1016/j.enfcli.2020.05.018>

Alligood, M. R., & Tomey, A. M. (2018). Modelos y teorías en enfermería (9na edición). Elsevier.

Andino Acosta, C. A. A. (2018). La Humanización, un asunto ético en la acreditación en salud. *Revista Colombiana de Bioética*, 13(2). <https://doi.org/10.18270/rcb.v13i2.1945>

Bahramnezhad, F., & Asgari, P. (2021). Spiritual Care for COVID-19 Patients: A Neglected Necessity. *Infectious Diseases in Clinical Practice*, 29(1), e63. <https://doi.org/10.1097/IPC.0000000000000955>

Ballesteros Pinzón, G. A. (2014). Comunicación entre la enfermera y el familiar de la persona hospitalizada en la unidad de cuidados intensivos (Universidad Nacional de Colombia). Recuperado de <https://repositorio.unal.edu.co/handle/unal/52712>

Bambi, S., Iozzo, P., Rasero, L., & Lucchini, A. (2020). COVID-19 in Critical Care Units: Rethinking the Humanization of Nursing Care. *Dimensions of Critical Care Nursing*, 39(5), 239-241. <https://doi.org/10.1097/DCC.0000000000000438>

Bermejo, J. C. (2014). *Humanizar la asistencia sanitaria* (2da Edición). Desclée De Brouwer. Recuperado de <https://www.edesclée.com/tematicas/bioetica/humanizar-la-asistencia-sanitaria-aproximacion-al-concepto-detail>

Bradt, J., Dileo, C., & Shim, M. (2013). Music interventions for preoperative anxiety. *Cochrane Database of Systematic Reviews*. <https://doi.org/10.1002/14651858.CD006908.pub2>

Brogle, C. (2021). *Heartbreaking photo shows «hand» COVID nurse created for lonely patients*. Newsweek. Recuperado de <https://www.newsweek.com/heartbreaking-photo-shows-hand-covid-nurse-created-lonely-patients-1582524>

Browning, S., Watters, R., & Thomson-Smith, C. (2020). Impact of Therapeutic Music Listening on Intensive Care Unit Patients. *Nurs Clin N Am*, 55, 557-569. <https://doi.org/10.1016/j.cnur.2020.06.016>

Bryan-Wilson, J., & Heffernan, M. B. (2020). Facing Social Practice: Mary Beth Heffernan in conversation with Julia Bryan-Wilson. *Art Journal Open*. Recuperado de <http://artjournal.collegeart.org/?p=13808>

Centro para el Control de Enfermedades de Estados Unidos. (2020). COVID-19 and animals. Recuperado de <https://www.cdc.gov/coronavirus/2019-ncov/daily-life-coping/animals.html>

Cesare, A. (2020). *The Use of Animal-Assisted Therapeutic Interventions in the Hospital Setting during the COVID-19 Pandemic* [Missouri State University Graduate Theses.3551]. Recuperado de <https://bearworks.missouristate.edu/theses/3551>

Chen, C. (2020). *Food Companies and Restaurants Donating to Healthcare Workers*. Recuperado de <https://www.businessinsider.com/food-donations-healthcare-workers>

Chlan, L., Weinert, C., Heiderscheit, A., Skaar, D., Fran Tracy, M., & Savik, K. (2011). Effects of patient-initiated music listening on anxiety in mechanically ventilated patients. *Critical Care Medicine*, 39(12), 13. <https://doi.org/10.1097/01.ccm.0000408627.24229.88>

Choi, P. J., Curlin, F. A., & Cox, C. E. (2019). Addressing religion and spirituality in the intensive care unit: A survey of clinicians. *Palliative & Supportive Care*, 17(2), 159-164. <https://doi.org/10.1017/S147895151800010X>

Colombia. Ministerio de Salud y Protección Social. (2015). Política de Atención Integral en Salud “Un sistema de salud al servicio de la gente”. Recuperado de <https://www.minsalud.gov.co/sites/rid/Lists/BibliotecaDigital/RIDE/DE/modelo-pais-2016.pdf>

Colombia, Ministerio de Salud y Protección Social. (2020). *Propuesta de la Política Nacional de Humanización de la Salud—“Entretejemos Esfuerzos en la Construcción de la*

Cultura de Humanización para el Goce Efectivo del Derecho a la Salud y la Dignidad Humana". Recuperado de

<https://www.minsalud.gov.co/sites/rid/Lists/BibliotecaDigital/RIDE/DE/CA/documento-propuesta-pnhs-politica-valor-humano.pdf>

Díaz Amado, E. (2017). *La humanización de la salud: Conceptos, críticas y perspectivas* Editorial Pontificia Universidad Javeriana.

Diego-Cordero, R., López-Gómez, L., Lucchetti, G., & Badanta, B. (2021). Spiritual care in critically ill patients during COVID-19 pandemic. *Nursing Outlook*. <https://doi.org/10.1016/j.outlook.2021.06.017>

Dowd, B. (2020). *Project Smile sends more than 2,300 uplifting cards to Phoenix-area hospitals*. KJZZ. Recuperado de <https://kjzz.org/content/1633701/project-smile-sends-more-2300-uplifting-cards-phoenix-area-hospitals>

D'Acquisto, F. (2017). Affective immunology: Where emotions and the immune response converge. *Dialogues in Clinical Neuroscience*, 19(1), 9-19. <https://doi.org/10.31887/DCNS.2017.19.1/fdacquisto>

Escudero, D., Viña, L., & Calleja, C. (2014). Por una UCI de puertas abiertas, más confortable y humana. Es tiempo de cambio. *Medicina Intensiva*, 38(6), 371-375. <https://doi.org/10.1016/j.medin.2014.01.005>

Fernández-Ortega, M. Á. (2004). El impacto de la enfermedad en la familia. *Rev Fac Med UNAM*, 47(6), 251-254.

García-Sánchez, E. (2020). Humanizar la Muerte en Tiempos de Crisis Sanitaria: Morir Acompañado, Despedirse y Recibir Atención Espiritual. *Cuad Bioet*, 31(102), 203-222. <https://doi.org/10.30444/CB.62>

GestarSalud. (2020). Icontec busca la humanización de la salud en Colombia con Acreditación en Salud. Recuperado de <https://gestarsalud.com/2020/02/07/icontec-busca-la-humanizacion-de-la-salud-en-colombia-con-acreditacion-en-salud/>

Gutiérrez, R. (2017). La humanización de (en) la Atención Primaria. *Revista Clínica de Medicina de Familia*, 10(1), 29-38.

Heras la Calle, G. (2017). *Humanizando los cuidados intensivos. Presente y futuro centrado en las personas*. Ed. Médica Distribuna.

Hosey, M. M., Jaskulski, J., Wegener, S. T., Chlan, L. L., & Needham, D. M. (2018). Animal-assisted intervention in the ICU: A tool for humanization. *Critical Care*, 22(1), 22. <https://doi.org/10.1186/s13054-018-1946-8>

Instituto Colombiano de Normas Técnicas ICONTEC. (s. f.). *Humanización de la Atención. Acreditación en Salud*. Recuperado de <https://acreditacionensalud.org.co/humanizacion-de-la-atencion/>

Imbriaco, G., & Monesi, A. (2020). Names and numbers: How COVID-19 impacted on de-humanization of ICU patients. *Journal of the Intensive Care Society*. <https://doi.org/10.1177/1751143720925976>

Jeitziner, M.-M., Camenisch, S. A., Jenni-Moser, B., Schefold, J. C., & Zante, B. (2021). End-of-life care during the COVID-19 pandemic—What makes the difference? *Nursing in Critical Care*, 26(3), 212-214. <https://doi.org/10.1111/nicc.12593>

Kashinsky, L. (2020). *Claps for Massachusetts medical workers, first responders battling coronavirus*. Recuperado de <https://www.bostonherald.com/2020/04/03/clap-for-massachusetts-medical-workers-first-responders-battling-coronavirus-at-7-p-m-tonight/>

Koenig, H. G. (2012). Religion, Spirituality, and Health: The Research and Clinical Implications. *ISRN Psychiatry*, 2012, 1-33. <https://doi.org/10.5402/2012/278730>

Lee, C.-H., Lee, C.-Y., Hsu, M.-Y., Lai, C.-L., Sung, Y.-H., Lin, C.-Y., & Lin, L.-Y. (2017). Effects of Music Intervention on State Anxiety and Physiological Indices in Patients Undergoing Mechanical Ventilation in the Intensive Care Unit: A Randomized Controlled Trial. *Biological Research For Nursing*, 19(2), 137-144. <https://doi.org/10.1177/1099800416669601>

Lee, C.-H., Lai, C.-L., Sung, Y.-H., Lai, M. Y., Lin, C.-Y., & Lin, L.-Y. (2017). Comparing effects between music intervention and aromatherapy on anxiety of patients undergoing mechanical ventilation in the intensive care unit: A randomized controlled trial. *Quality of Life Research*, 26(7), 1819-1829. <https://doi.org/10.1007/s11136-017-1525-5>

Leone, S. (2018). Humanization of Medicine. Historical Development. *Revista Iberoamericana de Bioética*, 8, 1-14. <https://doi.org/10.14422/rib.i08.y2018.001>

March, J. C. (2017). Humanizar la sanidad para mejorar la calidad de sus servicios. *Revista de Calidad Asistencial*, 32(5), 245-247. <https://doi.org/10.1016/j.cali.2017.10.001>

Mariappan, P. M., Raghavan, D. R., Abdel Aleem, S. H. E., & Zobaa, A. F. (2016). Effects of electromagnetic interference on the functional usage of medical equipment by 2G/3G/4G cellular phones: A review. *Journal of Advanced Research*, 7(5), 727-738. <https://doi.org/10.1016/j.jare.2016.04.004>

Marin-Corral, J., Garcia-Sanz, À., & Masclans, J. R. (2020). Humanizing ICU Coronavirus Disease 2019 Care. *Chest*. <https://doi.org/10.1016/j.chest.2020.10.024>

Marshall, J. C., Bosco, L., Adhikari, N. K., Connolly, B., Diaz, J. V., Dorman, T., Fowler, R. A., Meyfroidt, G., Nakagawa, S., Pelosi, P., Vincent, J.-L., Vollman, K., & Zimmerman, J. (2017). What is an intensive care unit? A report of the task force of the World Federation of Societies of Intensive and Critical Care Medicine. *Journal of Critical Care*, 37, 270-276. <https://doi.org/10.1016/j.jcrc.2016.07.015>

McCullough, A., Ruehrdanz, A., & Jenkins, M. (2016). The Use of Dogs in Hospital Settings. *HabriCentral: Resources for the Study of the Human-Animal Bond*. Recuperado de <https://www.habri.org/>

Melegari, G., Rivi, V., Barbieri, L., Bertellini, E., & Blom, J. (2020). Strategies to humanize the medical treatments and mourning in COVID-19 Intensive Care Units [Preprint]. Preprints. <https://doi.org/10.22541/au.159534706.61141856>

Nolan, S., Saltmarsh, P., & Leget, C. J. W. (2011). Spiritual care in palliative care: Working towards an EAPC task force. *European Journal of Palliative Care*, 86-89.

Ostherr, K., Killoran, P., Shegog, R., & Bruera, E. (2015). Death in the Digital Age: A Systematic Review of Information and Communication Technologies in End-of-Life Care. *Journal of palliative medicine*, 19. <https://doi.org/10.1089/jpm.2015.0341>

Patel, A. (2020). Initial Public Health Response and Interim Clinical Guidance for the 2019 Novel Coronavirus Outbreak—United States, December 31, 2019–February 4, 2020. *MMWR. Morbidity and Mortality Weekly Report*, 69. <https://doi.org/10.15585/mmwr.mm6905e1>

Patiño, J. F. (2004). “En busca del Hipócrates moderno”. *Persona y Bioética*, 22-23. Recuperado de <https://personaybioetica.unisabana.edu.co/index.php/personaybioetica/article/view/895>

Rojas, V. (2019). Humanización de los Cuidados Intensivos. *Revista Médica Clínica Las Condes*, 30(2), 120-125. <https://doi.org/10.1016/j.rmclc.2019.03.005>

Santacruz-Bravo, J. D. (2016). Humanización de la calidad en la atención clínica en salud desde la perspectiva centrada en el paciente a partir de la Resolución 13437 de 1991. *Universidad y Salud*, 18(2), 373. <https://doi.org/10.22267/rus.161802.47>

Scheunemann LP, Ernecoff NC, Buddadhumaruk P, et al. (2019). Clinician-Family Communication About Patients’ Values and Preferences in Intensive Care Units. *JAMA Intern Med*. 179(5):676–684. doi:10.1001/jamainternmed.2019.0027

Setzer, W. N. (2009). Essential oils and anxiolytic aromatherapy. *Natural Product Communications*, 4(9). <https://doi.org/10.1177/1934578X09000400928>

Śmieciuszewski, A. (2020). *Cedars-Sinai Nurses Find a Way to Share Their Smiles*. Cedars-Sinai. Recuperado de <https://www.cedars-sinai.org/blog/covid-19-id-project-at-cedars-sinai.html>

Tranquada, J. (2020). *Photo Project Builds Connections Between Patients, Doctors in Pandemic*. Occidental College. Recuperado de <https://www.oxy.edu/news/photo-project-builds-connections-between-patients-doctors-pandemic>

Transportation Security Administration. (2020). TSA officers at Newark Airport crafted get well cards for COVID-19 patients in isolation at a local New Jersey hospital. Recuperado de <https://www.tsa.gov/news/press/releases/2020/04/14/tsa-officers-newark-airport-crafted-get-well-cards-covid-19-patients>

Velasco Bueno, J. M., & Heras la Calle, G. (2020). Humanizing Intensive Care: From Theory to Practice. *Critical Care Nursing Clinics of North America*, 32(2), 135-147. <https://doi.org/10.1016/j.cnc.2020.02.001>

Vert, C., Gascon, M., Ranzani, O., Márquez, S., Triguero-Mas, M., Carrasco-Turigas, G., Arjona, L., Koch, S., Llopis, M., Donaire-Gonzalez, D., Elliott, L. R., & Nieuwenhuijsen, M. (2020). Physical and mental health effects of repeated short walks in a blue space environment: A randomised crossover study. *Environmental Research*, 188. <https://doi.org/10.1016/j.envres.2020.109812>

Wang, S. S. Y., Teo, W. Z. Y., Yee, C. W., & Chai, Y. W. (2020). Pursuing a Good Death in the Time of COVID-19. *Journal of Palliative Medicine*, 23(6), 754-755. <https://doi.org/10.1089/jpm.2020.0198>

Wiersinga, W. J., Rhodes, A., Cheng, A. C., Peacock, S. J., & Prescott, H. C. (2020). Pathophysiology, Transmission, Diagnosis, and Treatment of Coronavirus Disease 2019 (COVID-19): A Review. *JAMA*, 324(8), 782-793. <https://doi.org/10.1001/jama.2020.12839>

YekeFallah, L., Aghae, F., Azimian, J., Heidari, M. A., & Hasandoost, F. (2018). Tactile stimulation improves consciousness and vital signs in patients with traumatic brain injury. *Nursing2020 Critical Care*, 13(6), 18-22. <https://doi.org/10.1097/01.CCN.0000546310.00168.30>