



Universidad de Valladolid



Universidad de Valladolid

Facultad de
Ciencias de la Salud
de Soria

GRADO EN ENFERMERÍA

Trabajo Fin de Grado

**Humanización de los cuidados en Unidades de
Cuidados Intensivos**

Ángela Marina Iglesias

Tutelado por: Yolanda Raquel Lapeña Moñux

Soria, Curso Académico 2023/24

22/05/2024

“Una profesión que pierde sus valores es una profesión sin corazón, una profesión sin corazón es una profesión sin alma y una profesión sin alma ni corazón, es una profesión innecesaria”

Jean Watson

RESUMEN:

Introducción: el avance tecnológico ha mejorado la supervivencia en UCI, sin embargo, a menudo deshumaniza la práctica de los profesionales hacia pacientes y familiares. Enfermería, como la principal proveedora de cuidados, debe realizarlo de forma holística integrando a los familiares.

Teorías como la de Jean Watson y corrientes filosóficas subrayan la importancia de integrar valores éticos y de empatía en la práctica enfermera. Para ello, los profesionales deben contar con una formación académica más completa.

Objetivos: explorar la relevancia de humanizar los cuidados en UCI y analizar la importancia de la relación enfermera – paciente – familia, mediante las propuestas del proyecto HUCI.

Material y métodos: revisión narrativa de la literatura ya existente acerca de la humanización de los cuidados en UCI. La búsqueda bibliográfica se realizó entre los meses de marzo y abril de 2024, utilizando las bases de datos de SciELO, Scopus, Elsevier, Google Académico y Pubmed.

Resultados: las líneas estratégicas del Proyecto HUCI, pretenden mejorar la experiencia de los pacientes, fomentar una comunicación efectiva, promocionar la participación del paciente y familiares, ofrecer apoyo emocional y psicosocial, respetar la dignidad y autonomía del paciente, además de formar adecuadamente al personal. Con un objetivo, mejorar la calidad de vida de pacientes y familiares en UCI.

Discusión: la revisión destaca la necesidad de humanizar los cuidados en las UCI, priorizando el aspecto humano sobre las técnicas. Se propone implementar medidas que fomenten la formación del personal y la integración de pacientes y familiares, considerando las estrategias del Proyecto HU-CI las más adecuadas para ello.

Conclusiones: la presencia y rol de enfermería en UCI es crucial para la humanización de cuidados. Equilibrar atención técnica y humanitaria es clave para la recuperación. Este cuidado debe integrar pacientes, familiares y profesionales.

Palabras clave: humanización de la atención, cuidado, Unidad de Cuidados Intensivos (UCI), enfermería.

ABSTRACT:

Introduction: Technological advancements have improved survival rates in ICUs; however, they often lead to a dehumanized approach by professionals towards patients and their families. Nursing, as the primary care provider, should deliver holistic care by integrating families into the process. Theories such as Jean Watson's and various philosophical currents highlight the importance of incorporating ethical values and empathy into nursing practice. To achieve this, professionals need more comprehensive academic training.

Objectives: To explore the relevance of humanizing care in ICUs and to analyze the importance of the nurse-patient-family relationship through the proposals of the HUCI project.

Materials and Methods: A narrative review of existing literature on the humanization of care in ICUs. The bibliographic search was conducted between March and April 2024, using databases such as SciELO, Scopus, Elsevier, Google Scholar, and PubMed.

Results: The strategic lines of the HUCI Project aim to improve patient experience, promote effective communication, encourage patient and family participation, provide emotional and psychosocial support, respect patient dignity and autonomy, and adequately train staff. The ultimate goal is to improve the quality of life for patients and their families in ICUs.

Discussion: The review highlights the need to humanize care in ICUs, prioritizing the human aspect over technical procedures. It is proposed to implement measures that promote staff training and the integration of patients and families, with the strategies of the HU-CI Project being considered the most suitable for this purpose.

Conclusions: The presence and role of nursing in ICUs are crucial for the humanization of care. Balancing technical and humanitarian care is key to recovery. This care should integrate patients, families, and professionals

Keywords: humanization of care, care, Intensive Care Unit (ICU), nursing.

INDICE DE ABREVIATURAS:

UCI: Unidad de Cuidados Intensivos

TFG: Trabajo de Fin de Grado

HUMV: Hospital Universitario Marqués de Valdecilla

DeCS: Descriptores de Ciencias de la Salud

MeSH: Medical Subject Headings

HU-CI: Humanizando los Cuidados Intensivos

PICS: Post Intensive Care Syndrome

LTSV: Limitación total del Soporte Vital

BOS: Bournout Syndrome

TEPT: Trastorno de Estrés Postraumático

INDICE DE CONTENIDOS

1. INTRODUCCIÓN:.....	1
1.1. Justificación:	5
2. OBJETIVOS:	6
3. MATERIAL Y MÉTODOS:.....	7
3.1. RESULTADOS DE LA BÚSQUEDA:.....	8
4. RESULTADOS:	9
4.1. UCI de puertas abiertas:	10
4.2. La comunicación:	11
4.3. Bienestar del paciente:.....	11
4.4. Participación de los familiares en los cuidados:	12
4.5. Síndrome Post-UCI:	13
4.6. Cuidados al final de la vida:	14
4.7. Infraestructura humanizada:	16
4.8. Cuidados al profesional:	17
5. DISCUSIÓN:	19
6. CONCLUSIONES:.....	20
7. IMPLICACIONES PARA LA PRÁCTICA CLÍNICA:	20
8. FUTURAS LÍNEAS DE INVESTIGACIÓN:.....	20
9. BIBLIOGRAFÍA:.....	21
10. ANEXOS:	23

INDICE DE TABLAS Y GRÁFICOS:

Tabla 1: Esquema PCIO

Tabla 2. DeCs y MeHs utilizados

Figura 1. Factores de la deshumanización de los pacientes en UCI.

Figura 2. Líneas estratégicas del proyecto HU-CI

ANEXOS:

Anexo I: diagrama de flujo de la primera búsqueda bibliográfica.

Anexo II: diagrama de flujo de la segunda búsqueda bibliográfica.

Anexo III: diagrama de flujo de los resultados de las dos búsquedas bibliográficas.

1. INTRODUCCIÓN:

Se denomina Unidad de Cuidados Intensivos (UCI) a la unidad hospitalaria donde se tratan los pacientes críticos de cualquier origen. Bajo la dirección de estas unidades se encuentran los médicos especialistas de Medicina Intensiva, denominados intensivistas (1).

En estas unidades se atiende a pacientes graves, que presenten cualquier patología, de tipo médica o quirúrgica, pudiendo ser: sepsis, politraumatismos, grandes quemados, donación y trasplante, coma, ictus, pacientes neurocríticos, que presenten daño renal o hepático agudo grave, shock, hemorragias, pacientes con patologías cardíacas etc (1). Suele dividirse en diferentes subunidades, dependiendo del tipo de afección del paciente: UCI polivalente, UCI politrauma, UCI neurocríticos, UCI coronaria, UCI neonatos...

El trabajo de las UCI desde que se crearon ha sido excepcional, aportando esperanza y oportunidades a aquellos enfermos que morían a causa de la parálisis respiratoria durante la epidemia de poliomielitis. A partir de entonces, se comenzó a atender a pacientes graves en unidades especializadas, lo que permitió abordar una variedad de enfermedades (2).

Gracias a la especialización de los profesionales de cuidados intensivos, se ha conseguido mejorar las técnicas de atención a los pacientes críticos, implementando los protocolos de tratamiento específicos para cada enfermedad o lesión (2,3).

Los avances tecnológicos y el trabajo de equipos multidisciplinares altamente cualificados y formados, han logrado mantener, sustituir y soportar sistemas en fallo orgánico (ventiladores con modalidades de adaptación neuromuscular, terapias de reemplazo renal con software adaptados a diferentes escenarios clínicos, sistemas de oxigenación extracorpórea ECMO, sistemas de soporte ventricular externos/internos, avances en radio intervencionismo en neurocríticos, cardiología, hemorragias, etc) (5).

Es fundamental tener en cuenta el bienestar emocional de los pacientes y sus seres queridos durante su estancia, para ellos, el ingreso en estas unidades supone encontrarse en un ambiente nuevo, hostil, con aparatos, cables, ruidos desconocidos, etc, que genera situaciones de estrés y ansiedad (5,6).

Una comunicación abierta, completa y honesta con la familia, prestar apoyo psicológico tanto al paciente como a sus allegados, además de la implicación de un equipo multidisciplinar, son factores clave para poder garantizar una atención íntegra y de calidad (5,6).

Por ello, hay que tener en cuenta, que la recuperación de los pacientes va más allá de la enfermedad física, y que la salud mental y emocional de los pacientes y sus familias es un pilar fundamental en el proceso de su recuperación (5,6).

Es imprescindible que los profesionales no solo presten atención a la enfermedad como tal, sino que también tengan en cuenta el bienestar emocional de todos los involucrados en este proceso, creando un entorno adecuado, de apoyo y comprensión, que contribuya a conseguir una recuperación de forma satisfactoria para todos ellos ^(5,6).

Durante mucho tiempo, la formación académica de los profesionales ha estado enfocada en el modelo biomédico, centralizada en aspectos de diagnóstico y tratamiento, poco centrada en temáticas de bienestar, empatía, compasión, fin de vida, comunicación, justicia etc. Es por ello, que la educación de los profesionales de la salud debe adaptarse a estas nuevas demandas, incluyendo en los planes de estudio materias que traten temas como la ética, la comunicación efectiva, la humanización de la atención, la diversidad cultural, entre otras cosas. Además, es fundamental promover en los estudiantes, actitudes de respeto, empatía, compasión, trabajo en equipo, pudiendo llegar a conseguir una atención de calidad, centrada en la persona ⁽²⁾.

HUMANIZACIÓN/HUMANIZAR:

Es importante destacar que el cuidado ha existido desde siempre. Desde épocas primitivas, el cuidado ha estado vinculado a la supervivencia del individuo, con el objetivo de perpetuar la especie humana ⁽⁷⁾.

La figura encargada de proporcionar los cuidados desde tiempos inmemorables ha sido la mujer, permaneciendo en los hogares, siendo la encargada de la maternidad, los cuidados neonatales y de proporcionar cuidados a las personas más vulnerables. Valores como la vocación, amor al prójimo y salvación del alma, empleados en el cuidado a las personas desvalidas, aparecieron tras la llegada del cristianismo, siendo los enfermos y más necesitados los principales benefactores de cuidados ⁽⁷⁾.

Florence Nightingale, primera teorista precursora de la Enfermería moderna, define la profesión de enfermería, como “La responsabilidad de velar por la salud de los otros. Acciones de cuidado de la persona y su entorno, a partir del desarrollo de habilidades tales como las observaciones inteligentes, la perseverancia y el ingenio” ⁽⁹⁾. Su mayor aporte fue la dignificación de enfermería y la profesionalización de este personal. Aportó la primera referencia de la relación entre enfermería y el cuidar ⁽⁷⁾.

El concepto cuidado emerge durante la década de 1950, a finales de los años setenta este concepto es modificado a consecuencia de los diferentes estudios sobre el desarrollo moral de las mujeres, centrados en la responsabilidad de las relaciones y los vínculos entre individuos ⁽⁷⁾.

La forma en la que los enfermeros/as han obtenido, procesado y aplicado el conocimiento, así como las diferentes teorías y métodos utilizados en la historia de la profesión de enfermería, ha estado condicionado por varias corrientes filosóficas a lo largo de los años ^(7,8,9).

La sugerencia fenomenológica de Merleau Ponty invita a los profesionales de enfermería a reflexionar acerca de la importancia de estar presentes en el momento de cuidar, conectar con la vivencia del paciente en ese momento concreto de su vida y ser capaces de percibir lo que les está ocurriendo desde la perspectiva de los pacientes. Para el personal de enfermería, esta perspectiva es la vía hacia la humanización del cuidado ⁽⁸⁾.

Martin Heidegger consideró que el preocuparse (cuidar) revela la característica más profunda del ser humano, por tanto, las diferentes formas del “estar” en el mundo son todas las manifestaciones del preocuparse. El filósofo alemán consideraba que la autenticidad del ser humano radica en su capacidad de preocuparse por los demás, de cuidar de ellos y de establecer relaciones auténticas y significativas ⁽⁷⁾. Heidegger visualiza dos maneras de cuidar ⁽⁸⁾:

1-Cuidar de: prevalece el modelo biomédico, basado en la idea de que el enfermero/a posee un conjunto de habilidades, conocimientos y técnicas específicas para tratar las enfermedades y lesiones de los pacientes ⁽⁸⁾.

2-Cuidar con: brindar la posibilidad de que el sujeto asuma sus propios caminos, crezca, madure y se encuentre consigo mismo ⁽⁸⁾.

Es por ello, que la práctica enfermera cuyo fundamento es el cuidar, toma como sustento fundamental el holismo: las vivencias personales del padecimiento y la forma en la que el enfermero/a apoye en la comprensión y en cómo vivir dicho proceso, constituye el enfoque fundamental del cuidado humanizado. Incluyendo también conceptos relacionados con el buen trato, la empatía y el control de las emociones ⁽⁸⁾.

Una de las teorías más importantes planteadas sobre el cuidado humano es la teoría del cuidado de Jean Watson. Según esta teoría, el acto de cuidar es fundamental en la profesión de enfermería, ya que implica el mantenimiento o recuperación de la salud, además de proporcionar el apoyo necesario en todas las etapas de la vida, incluyendo el momento de la muerte ^(7,10).

La calidad de las intervenciones realizadas por el equipo de enfermería está basada en la participación del enfermero/a como persona y no solo como profesional y el paciente, como persona y no solo como enfermo ⁽⁷⁾. Surgiendo, por tanto, una interacción en doble sentido: el deseo del enfermero/a de establecer una relación terapéutica con el paciente, siendo este el receptor de la atención de forma activa ⁽⁸⁾.

Humanizar es definido por la Real Academia Española como hacer a alguien o algo humano, familiar, afable ⁽⁴⁾.

Actualmente la humanización constituye un componente elemental de la labor de enfermería, pero, en la práctica, ocupa un segundo lugar ya sea por factores personales o administrativos, dejando a un lado las exigencias y condiciones físicas, psicológicas y espirituales del individuo que recibe el cuidado ^(8,9).

Algunos de los aspectos deshumanizantes del cuidado son: la pérdida de la individualidad, carencia de privacidad, intimidad e información, aglomeración, falta de ética profesional y la evolución de este mundo en el que vivimos por el desarrollo de las tecnologías ⁽⁸⁾.

Para ofrecer un cuidado de calidad, los profesionales de enfermería deben de poseer las siguientes características: ser críticos, reflexivos, éticos, comprometidos con su labor, además de estar en constante crecimiento y actualización profesional. También deben de ser capaces de trabajar en equipo, colaborando unos con otros, formando un equipo multidisciplinar, siempre con actitud de respeto y empatía hacia los pacientes y sus familiares ⁽⁸⁾.

Estas acciones no solo serán beneficiosas para los pacientes que atienden, sino que serán una manera de transformar los sistemas de salud hacia un enfoque centrado en la persona, es decir hacia un cuidado más humano ⁽⁷⁾.

1.1. Justificación:

Se sabe que las Unidades de Cuidados Intensivos son lugares agresivos, hostiles y que causan estrés tanto para el paciente que se encuentra ingresado como para sus familiares. Los pacientes se encuentran en situaciones de gran vulnerabilidad, dependientes de tratamientos invasivos y con un alto nivel de estrés y ansiedad.

La humanización de los cuidados en UCI es un tema cada vez más importante en la práctica enfermera actual. Se está demostrando que proporcionar un ambiente más humano en este tipo de unidades, puede mejorar significativamente la experiencia de los pacientes y de sus familiares. Algunas de las medidas que se están utilizando para implementar este tipo de cuidados en UCI se recogen en el proyecto HU-CI (humanizando las unidades de cuidados intensivos), en el que podemos diferenciar siete líneas estratégicas diferentes, cuyo objetivo es común, conseguir un ambiente más humano en estas unidades.

En este Trabajo de Fin de grado, se pretende analizar la importancia de la humanización de los cuidados en la UCI, así como conocer las diferentes estrategias y prácticas que pueden implementarse en estas unidades para mejorar la calidad de la atención y el trato que se ofrece a los pacientes y a sus familiares.

Es importante recordar que detrás de cada número de box hay una persona, con una historia, familia, sentimientos y emociones, y no simplemente un número de historia clínica. Considero que es de vital importancia recuperar la empatía, la compasión y el trato humano en el cuidado de los pacientes en estado crítico, escuchar sus necesidades, respetar su dignidad e intimidad, tratarlos con cariño, a ellos y a sus familiares, además de ofrecerles apoyo emocional.

Mi experiencia como estudiante de enfermería en la UCI del HUMV, ha inspirado la elaboración de este TFG, habiendo sido un punto de inflexión en mi percepción de los cuidados realizados por parte del equipo de enfermería. El tiempo que estuve en UCI, me permitió comprender la importancia de este tipo de unidades en el sistema de salud, siendo esta, una experiencia enriquecedora que ha provocado en mi una profunda admiración por todos aquellos profesionales que se dedican a cuidar de los pacientes más vulnerables, pero en la que he echado en falta mayor cercanía y humanidad en los cuidados prestados a pacientes y familiares.

Humanizar los cuidados supone una necesidad en todos los niveles. En nuestra profesión como sanitarios, debemos asumir la responsabilidad y ofrecer unos cuidados centrados en lo más importante, que es la parte humana de las personas.

2. OBJETIVOS:

Objetivo general:

-Aportar información sobre la importancia de humanizar los cuidados en la UCI, así como ofrecer recomendaciones concretas y prácticas para mejorar la calidad de la atención y el trato hacia los pacientes y sus familiares en este tipo de unidades.

Objetivos específicos:

-Identificar la importancia que tienen la relación que se establece entre el paciente – familia – equipo de salud, en el momento de humanizar los cuidados en pacientes críticos.

-Conocer las estrategias planteadas en el proyecto HU-CI para la humanización de los cuidados en estas unidades.

3. MATERIAL Y MÉTODOS:

El presente trabajo es una revisión narrativa cuya búsqueda se ha realizado entre los meses de marzo - abril de 2024.

Tabla 1. Esquema PICO:

PREGUNTA DE INVESTIGACIÓN PLANTEADA: ¿De qué manera la intervención del personal de enfermería puede conseguir la humanización de los cuidados en los pacientes ingresados en Unidades de Cuidados Intensivos y sus familiares?	
Paciente/Population (P)	Los pacientes ingresados en las Unidades de Cuidados Intensivos y sus familiares.
Intervención/Intervention (I)	Estrategias de humanización de los cuidados basados en evidencia científica, prestadas en estas unidades.
Comparador/Comparison (C)	No procede.
Resultados/Outcomes (O)	Resultados en salud de los pacientes ingresados en UCIs y sus familiares tras intervenciones humanizadas de enfermería.

Para llevar a cabo la búsqueda se recurrió a las siguientes bases de datos: ELSEVIER, SciELO, SCOPUS, PUBMED y GOOGLE ACADÉMICO. También se consultaron recursos como el Proyecto HUCI y la Revista de Medicina Intensiva, accediendo desde el buscador “Google”.

Se han utilizado una serie de descriptores en las búsquedas bibliográficas, para conseguir adecuar la búsqueda al tema de estudio:

Tabla 2. DeCS y MeHS utilizados

DeCs	MeHS
Humanización de la atención	Humanization of assistance
Cuidado	Care
Unidad de Cuidados Intensivos	Intensive Care Unit
Enfermería	Nursing

Se empleó el operador booleano AND como modo de unión entre los descriptores que encontramos en la tabla anterior, obteniendo las fórmulas de búsqueda utilizadas en los diferentes buscadores bibliográficos: “Humanización” AND “de” AND “cuidados” AND “en” AND “UCI”; “Cuidado” AND “humanizado” AND “en” AND “enfermería”.

A la hora de seleccionar los diferentes artículos utilizados finalmente, se han seguido los diferentes criterios de inclusión y exclusión:

Criterios de inclusión:

- Artículos con texto completo y acceso abierto y gratuito.
- Artículos escritos en español y/o inglés.
- Artículos publicados entre 2019 y 2024. Se incluyen otros fuera de rango debido a su relevancia en el tema.
- Estudios o revisiones sobre la humanización de los cuidados en los pacientes ingresados en UCI y sus familiares.

Criterios de exclusión:

- Artículos no disponibles en texto completo, ni acceso abierto ni gratuito.
- Aquellos artículos que no se centran en el tema de investigación.
- Artículos relacionados con la UCI pediátrica o centrados en una enfermedad concreta como es el COVID.
- Artículos escritos en idioma diferente al español o inglés.
- Artículos publicados en un rango de fecha anterior al 2019 – 2024.

3.1. RESULTADOS DE LA BÚSQUEDA:

Se realizaron dos búsquedas diferentes, la primera de ellas se centró en la “Humanización de los cuidados enfermeros en Unidad de Cuidados Intensivos”. La segunda se centró en el “Cuidado humanizado en enfermería”

Tras una lectura crítica del título y resumen de los artículos, se seleccionaron 434 artículos, de los cuales únicamente 15 fueron los definitivos, ya que cumplían todos los criterios de inclusión.

En los diagramas de flujo se observa el proceso de selección seguido para obtener los diferentes artículos empleados en esta revisión narrativa (*Anexo I,II,III*).

4. RESULTADOS:

En el momento en el que un paciente ingresa en una UCI, tanto él como sus familiares, ceden el control sobre sus vidas, (incluyendo su identidad, privacidad y autonomía) al equipo de salud que trabaja incansablemente para garantizar su supervivencia. Es por ello que, la despersonalización conduce a la deshumanización ⁽⁵⁾.

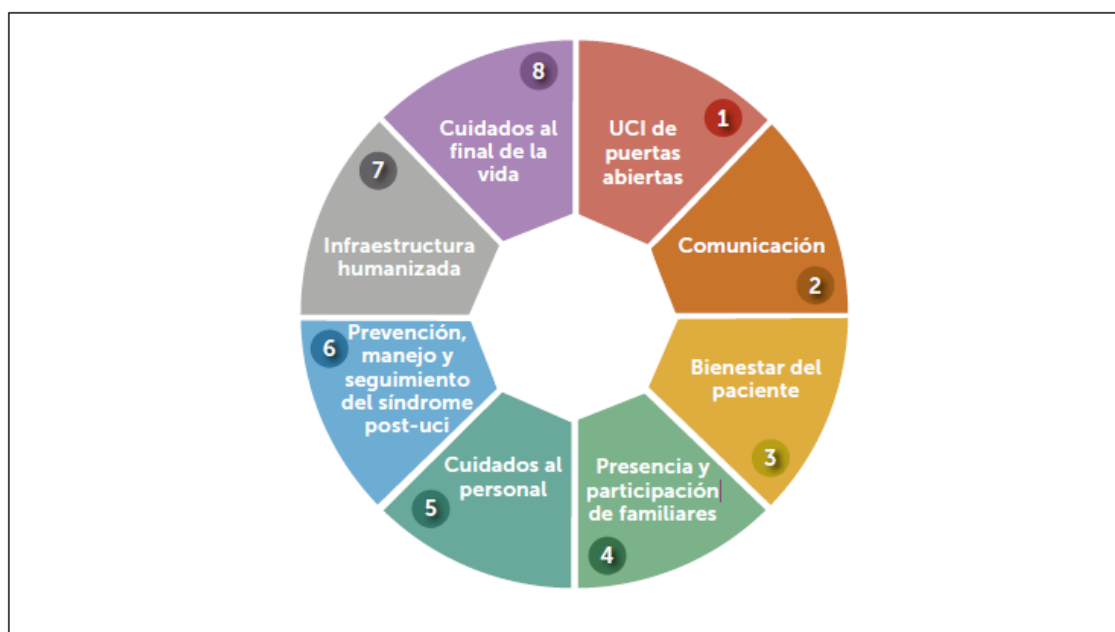
Figura 1. Factores de la deshumanización de los pacientes en UCI ⁽⁵⁾.

Deshumanización de los pacientes en UCI
1. Pérdida de identidad y apariencia
2. Pérdida de habilidad de comunicación
3. Pérdida de habilidad para auto-representación
4. Pérdida de soporte familiar
5. Pérdida de control
6. Pérdida de respeto
7. Pérdida de privacidad

El proyecto HU-CI es una iniciativa con un objetivo claro: ofrecer la mejor experiencia a pacientes y familiares en las unidades de cuidados intensivos, todo ello mediante la humanización de los cuidados.

A continuación, se exponen las 8 líneas estratégicas que conforman este proyecto.

Figura 2. Líneas estratégicas del Proyecto HU-CI ⁽²⁾.



4.1. UCI de puertas abiertas:

Durante mucho tiempo se ha creído que las visitas en la UCI suponían una amenaza directa para los pacientes ingresados. Se pensaba que aumentaban el riesgo de infecciones, provocaban mayor estrés, y se consideraban un estorbo en el momento de realizar los cuidados. Sin embargo, se ha demostrado que una mayor presencia de familiares puede servir de ayuda en los cuidados ^(11,12).

Los familiares solicitan una mayor flexibilidad de los horarios de visita, pudiendo compaginarlas con sus responsabilidades laborales y personales ⁽⁵⁾.

A continuación, se exponen los efectos beneficiosos de esta apertura de puertas:

Para los enfermos: reducción del estrés y aumento de su satisfacción. Manejo del dolor, que puede ser mejor percibido gracias a la presencia constante de los acompañantes ⁽¹¹⁾.

Para familiares: trabajo cooperativo con el equipo. Se sienten más tranquilos y seguros comprobando que su familiar está siendo atendido correctamente. Mayor comunicación con el equipo de salud ⁽¹¹⁾.

Para los profesionales: mayor reconocimiento del trabajo y mejores relaciones humanas con el equipo de salud ⁽¹¹⁾.

ESTRATEGIAS PLANTEADAS ⁽¹²⁾:

1-Sensibilización y formación del equipo asistencial:

Actividades sobre los beneficios de la implantación de este modelo de UCI de puertas abiertas.

2-Accesibilidad:

-Horario de acceso flexible, reconociendo la figura del cuidador principal.

-Se permite la visita de menores.

-Acceso de mascotas.

-Guía informativa de bienvenida para familiares y pacientes.

3-Contacto:

Eliminar barreras innecesarias como calzas, batas, guantes y mascarillas, salvo en los casos indicados.

4-Presencia y participación en procedimientos y cuidados:

Permitir a la familia su participación en el cuidado del paciente y en ciertos procedimientos como la alimentación, higiene y movilización. Acompañar al paciente durante procedimientos específicos e involucrar a los familiares de pacientes incapacitados en la toma de decisiones acerca del tratamiento y cuidados.

4.2. La comunicación:

En este tipo de unidades es muy frecuente que la información transmitida a los familiares sea limitada, sin adaptarse a las necesidades de cada paciente y familiares y no suele realizarse de forma conjunta medicina – enfermería ⁽⁵⁾.

Una adecuada comunicación en situaciones de alta carga emocional es fundamental y requiere de unas habilidades comunicativas específicas, que no siempre presentan todos los profesionales ^(5, 12). Una comunicación efectiva (completa, clara, oportuna y concisa) fomenta un ambiente de confianza y respeto y facilita el momento de la toma de decisiones ⁽⁵⁾.

ESTRATEGIAS PLANTEADAS ⁽¹²⁾:

1-Comunicación en el equipo:

-Asegurar el traspaso correcto de la información entre todo el equipo, tanto en los cambios de turno como en el momento del alta a planta. Realizar sesiones conjuntas en las que participen todo el equipo asistencial.

-Formación para los profesionales sobre trabajo en equipo y comunicación efectiva.

2-Comunicación e información a la familia:

-Espacios físicos adecuados para informar a familiares.

-Informar de manera conjunta médico – enfermera a pacientes y familiares de forma habitual.

-Formación para el equipo sobre habilidades no técnicas y de relación de ayuda (comunicación de malas noticias).

-Flexibilización de los horarios de visita y de información.

-En pacientes competentes se decide con el propio paciente quién quiere que sea informado.

3-Comunicación con el paciente:

-Facilitar la información a los pacientes, además de potenciar el uso de sistemas aumentativos y/o alternativas de comunicación en los casos que lo precisen (incluir en el equipo otorrinolaringólogos-as, logopedas).

-Existe un sistema (timbre) para que los pacientes puedan llamar a los profesionales sanitarios cuando lo necesiten.

4.3. Bienestar del paciente:

Conseguir el bienestar del paciente es un objetivo igual de importante que conseguir su curación. Los pacientes experimentan dolor, sed, cambios de temperatura, ruido, luz excesiva, lo que origina un mal descanso. A menudo presentan dificultades para moverse, ya sea por el uso innecesario de sujeciones o por problemas de comunicación ^(5,12).

Es por ello muy importante realizar una evaluación constante y un control adecuado del dolor y la sedación ^(5,12).

Debemos tener en cuenta también el sufrimiento psicológico y emocional, pueden llegar a sentir soledad, incertidumbre, aislamiento, miedo, pérdida de identidad, de intimidad, de dignidad y de independencia. Valorar estos aspectos es un elemento clave en la calidad asistencial ⁽⁵⁾.

ESTRATEGIAS PLANTEADAS ⁽¹²⁾:

1-Bienestar físico:

-Protocolos actualizados de: analgesia y sedación; prevención y manejo del delirium; sujeciones físicas; fisioterapia respiratoria temprana; movilización temprana y de higiene e hidratación del paciente encamado.

-Monitorización de los niveles de analgesia y sedación a través de escalas validadas.

-Fisioterapeuta integrado en el equipo asistencial.

2-Bienestar psicológico:

-Facilitar uso de medios de entretenimiento (lectura, juegos, dispositivos multimedia, radio, TV...).

-Soporte espiritual del paciente.

-Psicólogos integrados en el equipo.

-Protocolo de paseos fuera de UCI para pacientes seleccionados.

-Cuidados corporales como peluquería, maquillaje, depilación, favoreciendo así la autopercepción del paciente.

3-Promoción de la autonomía del paciente:

-Promover la deambulación controlada.

-Facilitar la utilización del aseo/baños en casos seleccionados.

-Facilitar el uso del móvil y otras tecnologías.

-Contar con una guía sobre el autocuidado, dirigida a pacientes o al cuidador principal.

-Terapia ocupacional como prevención y/o tratamiento del delirium. Realización de actividades lúdicas.

4.4. Participación de los familiares en los cuidados:

Los familiares de los pacientes en UCI suelen experimentar angustia, ocasionada por la gravedad de la situación de su ser querido, que se ve agravada por las restricciones en las visitas, la falta de consideración hacia la familia en el momento de planificar los cuidados y muchas veces, una relación enfermera – familia inadecuada ⁽¹³⁾.

Los familiares pueden llegar a sufrir el denominado “síndrome postcuidados intensivos del familiar”. La prevención favorece su reintegración en las actividades sociales, el restablecimiento de las dinámicas familiares y la prevención de las alteraciones de la salud mental ⁽¹⁴⁾.

Para los familiares, la enfermera representa la principal fuente de apoyo y orientación en estos momentos tan complicados ⁽¹³⁾.

Las necesidades que presentan los familiares en estos momentos pueden clasificarse en cuatro tipos ⁽³⁾:

1-Necesidades cognitivas: la información es la mayor necesidad que tiene la familia, que suele ser poco clara, infrecuente y sin consistencia.

2-Necesidades emocionales: proximidad con el paciente y querer participar más en los cuidados.

3-Necesidades sociales: el ya comentado horario flexible, adaptado a las necesidades y responsabilidades de los familiares.

4-Necesidades prácticas: relacionada con la infraestructura y el ambiente de la unidad.

ESTRATEGIAS PLANTEADAS ⁽⁶⁾:

-Mejora de la comunicación de los profesionales con familiares y pacientes.

-Mejora de las infraestructuras (tanto de UCI como de salas de espera).

-Mejora en la implicación de familiares y pacientes en la toma de decisiones y en el proceso asistencial.

-Ampliar los cuidados espirituales y culturales en la familia.

-Visitas flexibles.

-Asignación estable del profesional a cada paciente.

-Apoyo familiar por parte de un equipo multidisciplinar.

-Seguimiento al alta por vía telefónica.

4.5. Síndrome Post-UCI:

El trastorno de estrés postraumático (TEPT) se reconoce como un trastorno de estrés resultante de la exposición de una persona a una experiencia traumática o de múltiples experiencias de pacientes y sus familiares relacionadas con enfermedades agudas y crónicas. La aparición repentina e inesperada de enfermedades, las terapias médicas invasivas y la adversidad acumulada son factores potenciales para el desarrollo del trastorno de estrés postraumático ⁽¹⁵⁾.

Considerado como una patología emergente en la sociedad moderna, suponiendo un gran coste a los equipos de salud, gran esfuerzo del personal, y repercutiendo en la vida del individuo y su familia ⁽¹⁶⁾.

Dolor, alteraciones del sueño y en reposo, la gravedad de la enfermedad y la percepción del paciente de proximidad a la muerte, son factores estresantes que pueden desencadenar el síndrome de estrés postraumático ⁽¹⁶⁾.

Los síntomas que aparecen de forma más habitual son ansiedad y depresión, combinado con vivencias retrospectivas, pesadillas, adormecimiento emocional e hiper excitación ⁽¹⁶⁾.

Los profesionales de enfermería tienen un gran papel en la detección precoz y la prevención de alteraciones psicoemocionales, además del seguimiento de los pacientes tras el alta ⁽¹⁶⁾.

ESTRATEGIAS PLANTEADAS ⁽¹²⁾:

1-Prevención y manejo:

-Existe un protocolo interprofesional sobre la prevención y el manejo en pacientes y familiares. También de analgesia, sedación con motorización continua, desconexión de la ventilación mecánica, prevención y manejo del delirium, fisioterapia y movilización temprana.

-Medidas de prevención y tratamiento de la enfermedad neuromuscular (adecuación de medicación miorrelajante, uso de prótesis anti equino).

-Paseos fuera de la UCI para pacientes seleccionados.

-Diarios de UCI.

-Terapia ocupacional como medida de prevención y tratamiento.

2-Seguimiento:

-Valoración funcional física, psicológica y cognitiva que conste en el informe de alta del paciente.

-Seguimiento intrahospitalario de pacientes y familiares al alta de UCI. Además de contar con una consulta específica de seguimiento de estos pacientes tras el alta del hospital.

-Instrumentos validados para valorar calidad de vida del paciente antes y después del ingreso en UCI.

-Grupos de apoyo para expacientes de UCI y sus familiares.

4.6. Cuidados al final de la vida:

Los cuidado paliativos e intensivos no son opciones excluyentes, deberían coexistir durante todo el proceso de atención al paciente crítico ⁽¹²⁾.

Se definen como una asistencia integral y activa destinados a pacientes cuyas enfermedades no responden a tratamientos curativos, centrándose en aliviar el dolor y los síntomas físicos, psicológicos, sociales y espirituales, con un objetivo: mejorar la calidad de vida en su final ⁽¹⁷⁾.

Para proporcionar una muerte digna, es esencial proporcionar una atención centrada en el paciente y su familia, realizar la toma de decisiones de forma compartida, alivio del sufrimiento, comunicación clara, ambiente acogedor y conocimientos especializados sobre cuidados paliativos ⁽¹⁷⁾.

ESTRATEGIAS PLANTEADAS ⁽¹²⁾:

1-Protocolización de cuidados al final de la vida:

-Existe un protocolo interprofesional de Cuidados al final de la vida en paciente crítico, adaptado a las recomendaciones de las Sociedades Científicas

-Utilizar una señalización apropiada para que los profesionales identifiquen las habitaciones de los pacientes que se encuentran en una situación de final de vida/limitación total del soporte vital (LTSV).

2-Soporte de síntomas físicos:

-Instaurar sedación paliativa adecuada a los pacientes en situación al final de la vida según el protocolo establecido, registrándolo adecuadamente.

3-Acompañamiento en situaciones al final de la vida:

-Facilitar el acompañamiento continuo de los familiares, además de formación a los profesionales sobre este tipo de acompañamiento.

4-Soporte a las necesidades y preferencias emocionales y espirituales:

-Aplicar estrategias de apoyo emocional para los pacientes y familiares.

-Consultar el registro de voluntades anticipadas en los pacientes que ingresan en UCI. Tener en cuenta estas voluntades en la toma de decisiones. En caso de no existir voluntades previas, planificar la decisión con el paciente y la familia.

-Ofrecer apoyo emocional y de soporte a los profesionales que participan en los cuidados al final de la vida con el objetivo de reducir la aparición de síndromes como el sufrimiento moral, la percepción de cuidados inapropiados y fatiga por compasión.

-Identificar la figura del representante para la toma de decisiones en pacientes incompetentes.

-Posibilidad de interconsulta con un servicio de cuidados paliativos.

5-Protocolo de limitación de tratamiento de soporte vital (LTSV):

-Existe un protocolo LTSV, utilizando un registro específico.

-Existen procedimientos para la resolución de conflictos relacionados con los tratamientos considerados potencialmente inapropiados.

-Incorporar la donación de órganos y tejidos en los cuidados al final de la vida en los casos en que esté indicado.

-Formación específica de los profesionales en aspectos bioéticos y legales relacionados con la toma de decisiones y los cuidados al final de la vida

-Medir la satisfacción de los familiares de los pacientes fallecidos en la UCI sobre los cuidados al final de la vida.

4.7. Infraestructura humanizada:

Se considera que una UCI presenta una infraestructura humanizada cuando proporciona bienestar físico y ambiental para las tres partes implicadas: pacientes (experimentarán menos estrés y ansiedad, acelerando su recuperación); profesionales (trabajarán en un entorno más acogedor, permitiendo realizar su trabajo con menos estrés, menor fatiga profesional y mayor seguridad) y familias (sintiéndose más cómodas y tranquilas, promoviendo su bienestar e intimidad) ⁽¹⁸⁾.

Para ello, es necesario contar con espacios funcionales, eficientes, ergonómicos, confortables, cálidos y amables ⁽¹⁸⁾.

ESTRATEGIAS PLANTEADAS ^(12,18):

1-Asegurar la privacidad del paciente:

Boxes individuales para que cada paciente pueda tener su espacio y privacidad. En caso de no ser posible, pueden utilizarse elementos separadores móviles como cortinas o biombos.

2-Asegurar el bienestar ambiental del paciente:

Contando con un diseño y unas instalaciones que aseguren bienestar lumínico, térmico y acústico. Instalando mobiliario ergonómico y funcional, además de personalizar el box mediante corchos o paneles pudiendo colocar imágenes motivadoras.

3-Fomentar la orientación del paciente:

-Proporcionando luz natural, muy necesaria para mantener el ritmo circadiano.

-Los relojes y calendarios ayudan a orientarse, siendo así el paciente consciente del tiempo.

3-Fomentar la comunicación del paciente:

Mediante aplicaciones específicas para los pacientes que no puedan hablar o con el uso de pizarras y tabloneros. Facilitar el contacto a distancia con las enfermeras mediante intercomunicadores.

4-Fomentar la distracción del paciente:

Instalación de televisores, hilo musical o permitir dispositivos de audio que pueden llevar los familiares del paciente. Proporcionar luz de lectura para poder leer, red inalámbrica para estar conectado con los seres queridos y con la actualidad.

5-Habilitar espacios en jardines o patios:

Pacientes competentes que puedan disfrutar del aire libre, para desconectar, evadirse y relajarse.

6-Asegurar el bienestar y la funcionalidad en el área de cuidados, administrativa y de los profesionales:

-Adecuados niveles de iluminación, temperatura y sonido. Para ello, se debe ajustar la iluminación al ritmo circadiano, mantener una temperatura constante entre 21 – 24 °C y unos niveles de humedad entre el 45 – 55%.

-Controlar el nivel de ruido con medidores de ruido (40 dB durante el día y 20 dB durante la noche).

-Contar con un sistema de monitorización central que permita una visualización completa de todos los pacientes.

-En cuanto a la zona del personal, es necesario que cuenten con espacios adecuados para el trabajo, descanso e higiene.

7-Asegurar el bienestar en el área de familiares:

Conseguir que las familias se sientan en un espacio más cálido y amable, manteniendo las condiciones de bienestar ambientales.

4.8. Cuidados al profesional:

La entrega diaria hacia la unidad y la ayuda al paciente crítico exige un gran compromiso e implicación. Sin embargo, hay situaciones que provocan desgaste emocional en los profesionales o Burnout Syndrome (BOS). Las tasas de burnout, depresión, ansiedad, trastornos del sueño, fatiga, incluido el riesgo de suicidio, aparecen tras un estrés continuo entre los profesionales sanitarios, quienes experimentan un agotamiento, con un mayor riesgo en la toma de decisiones, un aumento de errores y un deterioro de las relaciones interprofesionales ⁽⁵⁾.

ESTRATEGIAS PLANTEADAS ⁽¹²⁾:

1-Sensibilización sobre el síndrome de desgaste profesional y factores asociados:

Visibilizar este síndrome y evaluar periódicamente el proceso de desgaste profesional.

2-Prevención del síndrome de desgaste profesional y promoción del bienestar:

-Contar con una dotación de plantilla adecuada.

-Programa de acogida para el personal de nueva incorporación.

-Para el personal mayor de 55 años se ofrece la posibilidad de reducción/exención de guardias.

-Facilitar cambios de turnos de trabajo, adaptando el horario a las necesidades particulares de los profesionales.

- Realizar reuniones preestablecidas y periódicas del equipo de UCI para establecer pautas participativas de actuación y organización de trabajo.
- Facilitar la actividad docente, formativa e investigadora.
- Disponer de estrategias de prevención ante problemas emocionales y soporte del profesional, incluyendo la disponibilidad de un psicólogo.
- Disponer de una zona adecuada de descanso para los profesionales
- Contar con material/dispositivos de trabajo para movilizar a los pacientes minimizando el riesgo de lesiones de los profesionales
- Promover actividades grupales para facilitar las relaciones positivas entre miembros del equipo

5. DISCUSIÓN:

El estado crítico en el que se encuentran los pacientes en UCI enfatiza la ejecución precisa de las diferentes técnicas, dejando en un segundo lugar el aspecto humano de los cuidados. Esta percepción es común entre pacientes y familiares, lo que destaca la necesidad de humanizar la atención.

Esta revisión ha puesto de manifiesto la importancia de seguir avanzando en la humanización de los cuidados en estas unidades, siendo un proceso continuo, que necesita del compromiso de todo el personal para poder alcanzarlo.

Es fundamental la implementación de políticas, programas y protocolos que apoyen la humanización, fomentando la formación del personal e integrando a pacientes y familiares, comprobando que estas medidas realmente son eficaces y se ajustan a sus necesidades. En la realización del trabajo se ha tenido en cuenta las estrategias expuestas en el Proyecto HU-CI, considerando estas medidas las más adecuadas y viables para ser implementadas progresivamente.

Considero que, si hasta ahora no se han implementado estas medidas se debe a una serie de limitaciones:

- Recursos limitados: recursos adicionales (personal, tiempo y financiación).
- Espacio físico: dificultando la creación de entornos más acogedores y confortables para pacientes y familiares.
- Carga de trabajo del personal: dificulta una mayor dedicación de tiempo a proporcionar cuidados más humanos.
- Formación del personal: formar a todo el personal sobre la humanización de cuidados requiere de tiempo y recursos.

6. CONCLUSIONES:

- La presencia y el papel de enfermería en las unidades de cuidados intensivos es fundamental para conseguir la humanización de los cuidados.
- La unión entre proporcionar cuidados técnicos y humanos es esencial para conseguir la recuperación de los pacientes.
- Las medidas planteadas para fomentar la humanización de los cuidados deben tener en cuenta tanto a los pacientes como a sus familiares y los profesionales sanitarios que integran el equipo de salud.
- Es esencial que los familiares estén presentes y se involucren en el cuidado, consiguiendo crear un ambiente de confianza, cuyo impacto es muy beneficioso para el paciente, siendo fundamental en su proceso de recuperación.
- Humanizar los cuidados no solo se refiere al aspecto físico de los pacientes, es muy importante tener en cuenta también el sufrimiento psicológico y emocional.
- La formación continuada y el apoyo institucional son dos aspectos fundamentales para conseguir esta humanización, contando con los recursos económicos y materiales necesarios para poder implementar las diferentes estrategias.

7. IMPLICACIONES PARA LA PRÁCTICA CLÍNICA:

Integrar estas estrategias en la atención clínica diaria puede mejorar la experiencia del paciente y de sus familiares, promoviendo un entorno más humano, compasivo y centrado en sus necesidades individuales.

8. FUTURAS LÍNEAS DE INVESTIGACIÓN:

Una futura línea de investigación sería realizar estudios de calidad para evaluar la efectividad de estas medidas, cuantificando la satisfacción de pacientes, familiares y profesionales en cada una de las líneas estratégicas del proyecto HUCI.

9. BIBLIOGRAFÍA:

1. Sociedad Española de Medicina Intensiva, Crítica y Unidades Coronarias (SEMICYUC). [Internet]. España: Pacientes. Consultado el 19 de marzo de 2024. Disponible en: <https://semicyuc.org/>
2. Rojas V. Humanización de los cuidados intensivos. Rev Med Clin Condes. [Internet]. 2019 [consultado el día 12 de marzo de 2024]; 30(2): 120-125. Disponible en: <https://www.elsevier.es/index.php?p=revista&pRevista=pdf-simple&pii=S0716864019300240&r=202>
3. Kvande ME, Ángel S, Nielsen AH. Humanizing intensive care: A scoping review (HumanIC). Nurs Ethics [Internet]. 2021 [consultado el día 12 de marzo de 2024]; 29(2). Disponible en: <https://doi.org/10.1177/09697330211050998>
4. Real Academia Española. Diario de la lengua española [Internet]. 2024. [Fecha de acceso: 24 de marzo de 2024]. Disponible en: <https://www.rae.es/inicio>
5. Baeza Gómez I, Quispe Hoxsas LC. Proyecto “Humanizando los Cuidados Intensivos”, nuevo paradigma de orientación de los Cuidados Intensivos. Rev Bio y Der [Internet]. 2020 [consultado el día 12 de marzo de 2024]; 48: 111-126. Disponible en: http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1886-58872020000100008
6. Guerra-Martín MD, González-Fernández P. Satisfacción de pacientes y cuidadores familiares en unidades de cuidados intensivos en adultos: revisión de la literatura. Enferm Intensiva [Internet]. 2021 [consultado el día 15 de marzo de 2024]; 32: 207-219. Disponible en: <https://doi.org/10.1016/j.enfi.2020.07.002>
7. Gutiérrez Berríos ZD, Gallardo Muñoz IE. El cuidado Humano y el aporte de las Teorías de Enfermería a la Práctica Enfermera. Conecta Libertad [Internet]. 2020 [consultado el día 16 de marzo de 2024]; 4(2): 127-135. Disponible en: <https://revistaitsl.itslibertad.edu.ec/index.php/ITSL/article/view/110>
8. Santos Holguín SA, Lascano Espinoza CO. El cuidado humanizado de enfermería, una necesidad de la praxis profesional. Rev VIVE [Internet]. 2023 [consultado el día 12 de marzo de 2024]; 6(16): 93-103. Disponible en: <https://doi.org/10.33996/revstavive.v6i16.209>
9. Cruz Riveros C. La naturaleza del cuidado humanizado. Enfermería: (Montev.) [Internet]. 2020 [consultado el día 16 de marzo de 2024]; 9(1): 21-32. Disponible en: <https://doi.org/10.22235/ech.v9i1.2146>
10. Valencia Contrera MA, Rodríguez AM. Reflexión de la humanización de la atención: teoría de Jean Watson y propuesta de su aplicación. Rev Enfermería [Internet]. 2021 [consultado el día 17 de marzo de 2024]; 6(1). Disponible en: [10.22370/bre.61.2021.3037](https://doi.org/10.22370/bre.61.2021.3037).
11. Martínez ZR. Humanización en la Unidad de Cuidados Intensivos. Med Crit [Internet]. 2021 [consultado el día 12 de marzo de 2024]; 35(3): 144-147. Disponible en: <https://doi.org/10.35366/100003>.
12. Grupo de trabajo de certificación de Proyecto HU-CI. Manual de buenas prácticas de humanización en Unidades de Cuidados Intensivos [Internet]. Madrid: Proyecto HU-CI; 2019 [consultado el día 12 de marzo de 2024]. Disponible en: <https://proyctohuci.com/es/buenas-practicas/>
13. Duque Ortiz C, Arias-Valencia MM. Relación enfermera-familia en la unidad de cuidados intensivos. Hacia una comprensión empática. Rev Cienc Salud. [Internet]. 2021 [consultado el día 18 de marzo de 2024]; 19(1): 1-20. Disponible en: <https://doi.org/10.12804/revistas.urosario.edu.co/revsalud/a.10059>
14. Duque Ortiz C, Arias-Valencia MM. Relación enfermera-familia. Más allá de la apertura de puertas y horarios. Enferm Intensiva [Internet]. 2020 [consultado el día 18 de marzo de 2024]; 31(4): 192-202. Disponible en: <https://doi.org/10.1016/j.enfi.2019.09.003>

15. Duque Ortiz C, Arias-Valencia MM. The family in the intensive care unit in the fase of a situational crisis. *Enferm Intensiva* [Internet]. 2022 [consultado el día 18 de marzo de 2024]; 33(4-19). Disponible en: <https://doi.org/10.1016/j.enfi.2021.02.003>
16. Moreno-Montenegro NV, Lema Caisaguano JM, Granda-Cueva DC, Acosta-Romo MFC. Cuidado humanizado de enfermería para reducir el síndrome de estrés postraumático en pacientes hospitalizados en la unidad de cuidados intensivos. *Rev Criterios* [Internet]. 2023 [consultado el día 16 de marzo de 2024]; 30(2): 175-190. Disponible en: <https://doi.org/10.31948/rev.criterios/30.2-art12>
17. Pegoraro MMO, Paganini MC. Cuidados paliativos y limitación del soporte de vida en cuidados paliativos. *Rev Bioet* [Internet]. 2019 [consultado el día 16 de marzo de 2024]; 27(4): 699-710. Disponible en: <https://doi.org/10.1590/1983-80422019274353>
18. Gómez-Tello V, Ferrero M. Infraestructura humanizada en las UCI. Un reto a nuestro alcance. *Enferm Intensiva* [Internet]. 2016 [consultado el día 18 de marzo de 2024]; 27(4): 135-137. Disponible en: <https://doi.org/10.1016/j.enfi.2016.10.002>.

10. ANEXOS:

Anexo I: diagrama de flujo de la primera búsqueda bibliográfica:

Artículos **localizados** en cada base de datos:

(N° total = 4540)

ELSEVIER = 13

SciELO = 4

SCOPUS = 43

GOOGLE ACADÉMICO = 4480

Artículos **excluidos** por no cumplir criterios de inclusión:

(N° total = 4480)

ELSEVIER = 11

SciELO = 3

SCOPUS = 38

GOOGLE ACADÉMICO = 4380

Artículos **seleccionados**:

(N° total = 11)

ELSEVIER = 2

SciELO = 1

SCOPUS = 5

GOOGLE ACADÉMICO = 3

Anexo II: diagrama de flujo de la segunda búsqueda bibliográfica:

Artículos **localizados** en cada base de datos:

(N° total = 15964)

ELSEVIER = 112

SciELO = 45

SCOPUS = 7

GOOGLE ACADÉMICO = 15800

Artículos **excluidos** por no cumplir criterios de inclusión:

(N° total = 15852)

ELSEVIER = 112

SciELO = 43

SCOPUS = 7

GOOGLE ACADÉMICO = 15690

Artículos **seleccionados**:

(N° total = 4)

ELSEVIER = 0

SciELO = 2

SCOPUS = 0

GOOGLE ACADÉMICO = 2

Anexo III: diagrama de flujo de los resultados de las dos búsquedas bibliográficas:

Resultado de las dos búsquedas:

(N° total = 15)

ELSEVIER = 2 + 0 = 2

SciELO = 1 + 2 = 3

SCOPUS = 5 + 0 = 5

GOOGLE ACADÉMICO = 3 + 2 = 5