

Revisión narrativa

HUMANIZACIÓN EN LOS SERVICIOS DE URGENCIA: REVISIÓN NARRATIVA

HUMANIZATION IN EMERGENCY SERVICES: NARRATIVE REVIEW

Luis Alfonso Sierra Leguia

Enfermero

Especialista en Cuidado al adulto y niño en estado crítico de salud

Mg. en Enfermería con énfasis en cuidado a las personas, cuidado a los colectivos

Facultad de Enfermería, Universidad de Cartagena, Cartagena de Indias DTyC, Colombia

lsierral@unicartagena.edu.co

<https://orcid.org/0000-0001-9215-9171>

Silvana Salazar Trujillo

Administradora de Servicios de Salud

Facultad de Enfermería, Universidad de Cartagena, Cartagena de Indias DTyC, Colombia

silvanita1901@hotmail.com

<https://orcid.org/0000-0002-7465-8265>

Einelsa Suarez García

Administradora de Servicios de Salud

Facultad de Enfermería, Universidad de Cartagena, Cartagena de Indias DTyC, Colombia

inelsa.suarez.garcia@gmail.com

<https://orcid.org/0000-0002-8606-056X>

Rubiela Suarez Romero

Administradora de Servicios de Salud

Facultad de Enfermería, Universidad de Cartagena, Cartagena de Indias DTyC, Colombia

rukasuro30@gmail.com

<https://orcid.org/0000-0003-4829-774X>

Viceni Valdez Cerda

Administradora de Servicios de Salud

Facultad de Enfermería, Universidad de Cartagena, Cartagena de Indias DTyC, Colombia

vicenivaldes@hotmail.com

<https://orcid.org/0000-0002-0839-9904>

Clarena Villadiego Ospino

Administradora de Servicios de Salud

Facultad de Enfermería, Universidad de Cartagena, Cartagena de Indias DTyC, Colombia

cvilladiego@unicartagena.edu.co

<https://orcid.org/0000-0001-9564-3364>

Artículo recibido el 29 de agosto de 2021. Aceptado en versión corregida el 26 de diciembre de 2021.

RESUMEN

INTRODUCCIÓN: En Colombia, el tema de la humanización de los servicios de salud se encuentra estrechamente ligado a los aspectos normativos, los cuales datan de la conceptualización de la Constitución Política del país y otras normas anteriores que reglamentan la conducta médica y del personal que presta servicios de salud. **OBJETIVO:** Describir los aspectos relacionados con la humanización en los servicios de urgencia, en publicaciones científicas, mediante una revisión narrativa. **MÉTODO:** Se realizó una búsqueda bibliográfica, de artículos originales de acceso abierto publicados entre 2010 y 2020 en inglés, español y portugués. La búsqueda se concentró en los meses de marzo a julio de 2020 en cinco bases de datos disponibles en el servicio de biblioteca de la Universidad de Cartagena. **RESULTADOS:** Se recuperaron 17 artículos que aportaron significativamente al análisis y comprensión de la situación; el 100% en idioma inglés, de estudios desarrollados en cuatro continentes (América, Europa, Asia y Oceanía); los profesionales de enfermería cuentan con mayor número de publicaciones orientadas al conocimiento de la humanización de los servicios de salud. **CONCLUSIÓN:** Los resultados demuestran un necesario cambio de actitudes frente a la humanización, capacitación y reconocimiento del otro como ser humano. Es frecuente que se normalice la violencia en los servicios de urgencia, situación que es contraria a los criterios de humanización de los servicios de salud.

Palabras clave: Humanización de la asistencia, Humanización de los servicios, Servicios médicos de emergencia, Emergencias, Socorro de emergencia.

ABSTRACT

INTRODUCTION: In Colombia, the issue of the humanization of health services is closely linked to the normative aspects, which date from the conceptualization of the Political Constitution of the country and other previous norms that regulate the medical conduct and of the personnel who provide health services. **OBJECTIVE:** To describe the aspects related to humanization in emergency services, in scientific publications, through a narrative review. **METHOD:** A bibliographic search was carried out for original open access articles published between 2010 and 2020 in English, Spanish and Portuguese. The search was concentrated in the months of March to July 2020 in five databases available in the library service of the University of Cartagena. **RESULTS:** 17 articles were retrieved that contributed significantly to the analysis and understanding of the situation; 100% in English, from studies carried out on four continents (America, Europe, Asia and Oceania); Nursing professionals have a greater number of publications aimed at understanding the humanization of health services. **CONCLUSION:** The results show a necessary change in attitudes towards the humanization, training and recognition of the other as a human being. Violence in emergency services is often normalized, a situation that is contrary to the criteria of humanization of health services.

Keywords: Humanization of Assistance, Humanization of Services, Emergency Medical Services, Emergencies, Emergency Relief.

http://dx.doi.org/10.7764/Horiz_Enferm.33.1.83-95

INTRODUCCIÓN

Una de las mayores críticas al sector salud en la actualidad es la relacionada con el abordaje integral del ser humano⁽¹⁾. Los avances tecnológicos, la apertura económica y en general las condiciones socioeconómicas de la sociedad, da fe de los cambios que el ser humano ha venido desarrollando en su condición de ser social, tal como lo afirma Plumed⁽²⁾ en su reflexión, donde asevera que la deshumanización se puede definir como la polución del hombre, en un momento de la historia del ser humano donde en relación con los servicios de salud se anteponen aspectos administrativos, financieros y procedimentales a la prestación de un servicio de salud orientado al ser humano⁽³⁾.

Los esfuerzos por identificar servicios de salud humanizados no son recientes, por ejemplo, en los años 80, la Subdirección General de Atención Hospitalaria de España contemplaba la humanización de la asistencia como uno de los pilares en la reforma hospitalaria de la época en el denominado “Nuevo modelo de gestión”. Luego en los años 90, el Hastings Center, en los Estados Unidos, llevó a cabo una investigación ambiciosa bajo la hipótesis de que el progreso de las ciencias biomédicas, de la biotecnología y el aumento de las necesidades humanas, unido a la escasez de recursos para

satisfacerlas, habían producido una serie de cambios radicales⁽⁴⁾.

En Colombia, desde la expedición de la Constitución Política en el año 1991, se ha venido realizando esfuerzos por establecer planes, políticas y programas que aseguren y tracen el camino de la humanización en los servicios de salud⁽⁵⁾. A pesar de ello, es lamentable que en la cotidianidad de la práctica, y mayor aún en los servicios de urgencia, pareciera evidenciarse lo opuesto a los ideales morales y normativos, puesto que los servicios de salud se han convertido de manera general en una mercancía, donde se observa indolencia por el sufrimiento de la persona y el centralismo por la enfermedad, una pérdida de vista de las relaciones humanas, el trato y la comunicación, perdiendo la confianza y oportunidad de ayuda al paciente para que exprese sus necesidades, favorecer la negociación y permitir espacios de sensibilización ante la comunicación de malas noticias⁽⁶⁾.

Por otro lado, no es desconocido que el talento humano en salud reporta mayores presiones laborales, dificultades salariales y dificultades para mantener su estatus, lo que ocasiona que se agrave la situación⁽¹⁾. La atención a la persona enferma es un fenómeno social universal y los factores intrínsecos en la interacción

persona a persona representan los valores que tienen que ver con el profesional de la salud, el paciente y la familia e incluye aquello que siente, experimenta, comunica y se promueve en la relación interpersonal⁽⁷⁾. Por ello, los profesionales que laboran en el sector salud, están llamados a estimar la totalidad del ser humano, sin importar el área o la complejidad del servicio en el que se encuentre⁽⁸⁾.

En virtud de lo anterior, se requiere que la práctica en salud de los servicios de urgencias de hoy y del futuro tome un enfoque humano, la calidad de la atención en salud, hoy en día, exige un respeto humanista por la unidad funcional del ser humano⁽⁹⁾. Las organizaciones hospitalarias, desde cada uno de sus servicios, tienen la tarea adaptar y reintegrar a las personas al sistema social y se espera de ellas que sean un núcleo de cuidado para los usuarios^(10,11) como lo afirma Rodríguez⁽¹²⁾. El profesional de la salud además del dominio técnico-científico debe estar presto a comprender al otro en el entorno en el que se desenvuelve⁽¹³⁾, manteniendo una actitud crítica y reflexiva frente a la realidad social del ser humano⁽¹⁴⁾, siendo capaz de conocer a la persona, identificar sus pensamientos, sentimientos, dudas, expectativas, dolores y molestias⁽¹⁵⁾ enfocándose no sólo en la enfermedad sino en la persona que está recibiendo los cuidados y permitir que los sentimientos hacia los demás se vean reflejados en la atención a los pacientes⁽¹⁶⁾, permitiendo que el paciente organice de forma significativa su experiencia⁽¹⁷⁾.

Para el desarrollo de esta revisión, se siguieron las cinco etapas propuestas por Arksey y O'Malley⁽¹⁸⁾, que incluyen: I) identificación de la pregunta de

investigación, II) identificación de estudios relevantes, III) selección de estudios apropiados, IV) graficación y registro de datos y V) resumen y presentación de resultados; en este sentido, inicialmente el grupo investigador se preguntó ¿Cuáles son los aspectos relacionados con la humanización en los servicios de urgencias que se pueden identificar en estudios científicos publicados entre 2010 y 2020?

METODOLOGÍA

Se realizó una revisión de literatura de publicaciones originales realizadas entre los años 2010 y 2020 en idiomas español, inglés y portugués de acceso completo a través de las bases de datos Medline, Scopus, Science Direct, Academic Search Complete y Sage Journal, en el servicio de biblioteca de la Universidad de Cartagena. Para la búsqueda se utilizó la ecuación compuesta por las palabras claves y operadores booleanos: ("Humanization of Assistance" OR "Humanization of Services") AND ("Emergency Medical Services" OR "Emergencies" OR "Emergency Relief"). El proceso de selección se llevó a cabo mediante la aplicación de limitadores en las bases de datos relacionados con los criterios de inclusión definidos por los autores (fecha de publicación, tipo de estudio, idioma, acceso abierto), posteriormente se realizó un proceso de descarte mediante análisis de títulos y resúmenes de los artículos recuperados, para posteriormente realizar lectura a texto completo de los artículos seleccionados (Figura 1).

Se realizó un análisis cuantitativo y cualitativo crítico, para ello se elaboró una matriz en Excel donde se ingresó la

información general y de contenido de los textos seleccionados. En esta matriz se diligenció el título, autor, año de

publicación, idioma de publicación, resumen, metodología del trabajo y los principales resultados.

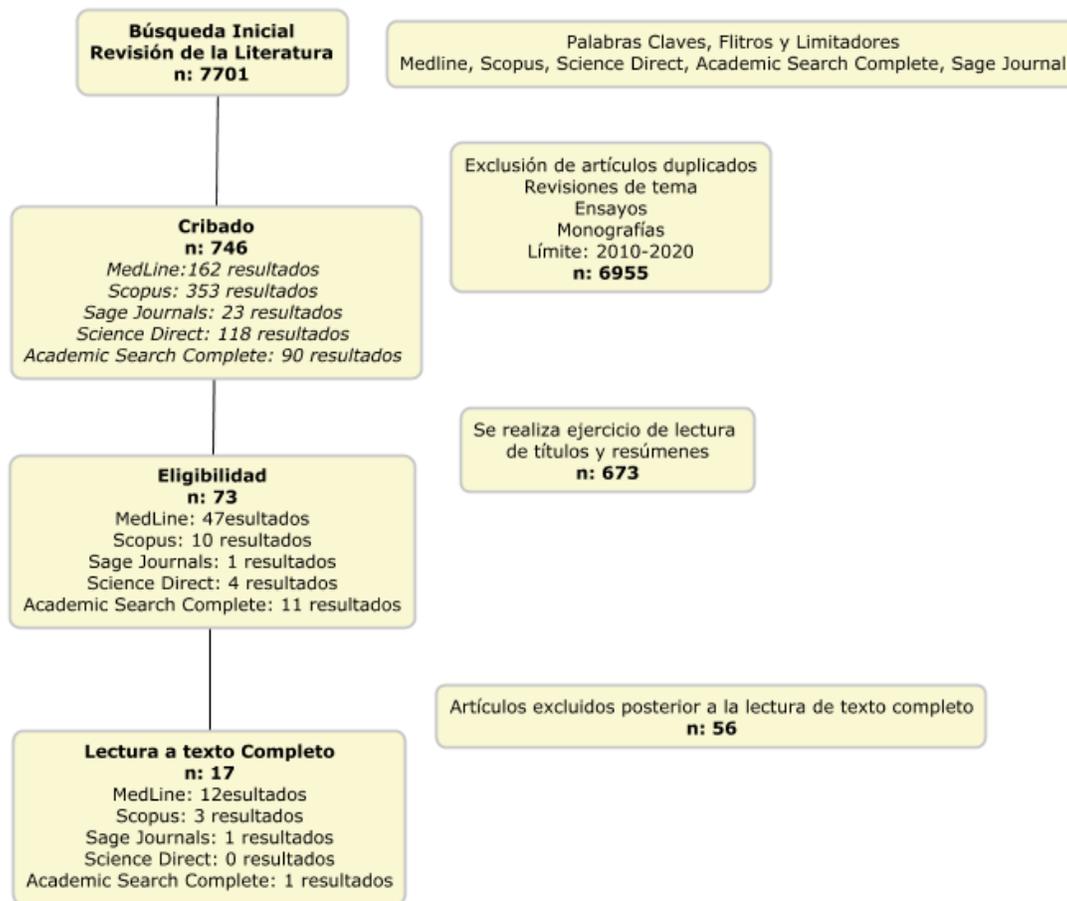


Figura 1. Diagrama de flujo de selección de artículos. Fuente: Elaboración Propia.

RESULTADOS

Se recuperaron inicialmente un total de 7.701 artículos en las diferentes bases de datos. Al aplicar los filtros de criterios de inclusión del estudio, quedaron un total de 746 artículos, los cuales fueron revisados en su título y resumen para determinar elegibilidad, resultando 73 artículos para lectura a texto completo. Al realizar el análisis de contenido de los artículos en la lectura a texto completo, se seleccionaron 17 artículos que aportaron significativamente a la comprensión y

análisis de la temática abordada por los autores. El 100% de los artículos seleccionados finalmente se encuentran publicados en idioma inglés, 7 estudios fueron realizados en América de los cuales 5 en los Estados Unidos y 2 en Brasil, otros 6 estudios se realizaron en Europa, 3 en Asia y 1 en Oceanía. El periodo de tiempo con mayor número de publicaciones es el comprendido entre 2015 y 2017 con 13 artículos publicados. Al revisar el número de citas que reportan los artículos seleccionados a través del gestor bibliográfico Mendeley, se encontró que el

promedio de citas es de 7 citas desde su publicación a agosto de 2020.

Doce de los estudios se realizaron con metodología cualitativa, mientras que 5 usaron metodología cuantitativa. Se realizó una nube de palabras utilizando las palabras clave con las que se identifican los artículos recuperados para lectura a texto completo, se resaltan las palabras Enfermería, como la de mayor trascendencia, seguida de otras como médicos, violencia, emergencia, departamento, actitudes, familia, atención, cuidado, empatía, entre otras que hacen relación a los procesos en entornos de urgencias.

Kietzmann, Hannig y Schmidt⁽¹⁹⁾, resaltan que los pacientes dan prioridad a las competencias básicas de los profesionales relacionados con los servicios de emergencias tales como como la cortesía y apoyo emocional o mental, y habilidades de comunicación, llama la atención el tema de las barreras lingüísticas y la necesidad de disminuir esta barrera mediante el habla pausado e implementación adicional del lenguaje corporal y apoyo de intérpretes; mientras que por el lado de los profesionales se considera necesario el conocimiento cultural, como básico para la comprensión de la persona atendida, sus creencias y necesidades a fin de mejorar la atención, mediante un cambio de actitud.

Por su parte, Waldrop et al.⁽²⁰⁾ pudieron determinar cómo necesaria e importante una evaluación multifocal en relación con la interacción entre el profesional y la familia, al momento de la llegada al lugar teniendo en cuenta las respuestas familiares, en relación al estrés por la posible muerte de un ser querido y el manejo de conflictos, los cuales se pueden presentar entre las decisiones

tomadas en vida y consciente por el familiar y las órdenes o decisiones que cree tener el familiar frente a su familiar enfermo.

Por otra parte, un estudio realizado en Carolina del Norte⁽²¹⁾, respecto al reporte por sospechas de maltrato, encontraron que el 38% de los profesionales encuestados no conocía los protocolos escritos de su agencia sobre la denuncia de maltrato infantil. Además, el 25% de los profesionales que conocían el protocolo de su agencia creían incorrectamente que no deberían ser ellos los responsables de presentar el informe del presunto maltrato. Se identificaron como barreras para la notificación el creer que otra autoridad presentaría el informe, incluido el hospital (52,3%) o la policía (27,7%); no estar seguros de haber presenciado abusos (47,7%); y no estar seguros de lo que se debe informar (41,4%).

En este sentido, en otro estudio⁽²²⁾ se encontró que el 81,6% de las enfermeras participantes contaban con más de un año de experiencia en el servicio de urgencias y tenían un alto grado de experiencia en denunciar incidentes a la policía causados por “disturbios de pacientes” en un 51,9% y otras denuncias como “Muerto a la llegada” y “víctima de violación” cada uno con el 13%, sin embargo se dio razones para no denunciar el abuso y la violencia con expresiones como “no era grave y no tenía pruebas suficientes”, influenciado por la falta de información para denunciar o el exceso de carga de trabajo.

Sumado a lo anterior, Donnelly, Oehme y Melvin⁽²³⁾ afirman que muchas víctimas de violencia doméstica pueden rechazar el transporte al hospital, lo que

hace que el personal de campo pre hospitalario de los servicios de emergencias médicas sea su único contacto con los proveedores de atención médica, a pesar de ello, en este estudio los encuestados identificaron la violencia doméstica como una reacción normal al estrés cotidiano y frustración, causada por el consumo de alcohol y drogas; así mismo que la persona abusada sería la responsable de salir de esa situación, excluyendo su participación o ayuda en el proceso. Así mismo, en un estudio de metodología cualitativa⁽²⁴⁾ se pudo determinar que los incidentes violentos en el departamento de emergencias no fueron reportados, teniendo en cuenta que las enfermeras aceptaban como normal la violencia como parte de su jornada laboral mientras no se produzca una lesión física a causa de un incidente violento. En este orden de ideas, en un estudio⁽²⁵⁾ se informa de la disposición de las enfermeras israelíes a trabajar en condiciones amenazantes, hallando que el nivel más alto de amenaza percibida fue un desastre natural, por su parte, el terrorismo y la guerra recibieron las puntuaciones medias más bajas de amenazas percibidas.

En un estudio desarrollado mediante grupos focales con personal de urgencias⁽²⁶⁾ identificaron situaciones que provoca sentimientos de insuficiencia y generan un impacto negativo en las relaciones entre el personal y el paciente, como por ejemplo cuando se generan falsas esperanzas en el manejo de la atención al momento de derivar a una persona con una afección crónica al servicio de urgencias a través de los servicios de atención primaria. Puri Singh et al.⁽²⁷⁾ mostró un video a los participantes

de su estudio, en donde se ilustraba los desafíos en el manejo del dolor de células falciformes, las perspectivas de los pacientes y los profesionales, así como conceptos erróneos y estereotipos de cuidado. La escala para la medición de las actitudes, mejoraron significativamente en comparación a las puntuaciones iniciales inmediatamente después de la intervención, sin embargo, las puntuaciones de actitud a los tres meses de seguimiento no fueron estadísticamente diferentes de las puntuaciones inmediatamente posteriores a la intervención, lo que sugiere cierta atenuación del efecto de la intervención inicial.

El estudio de Grahn, Olsson y Mansson⁽²⁸⁾ contó con la participación de siete enfermeras pediátricas logrando identificar tres temas relacionados que tienen que ver con la profesionalidad de las enfermeras, los conocimientos y experiencias de las enfermeras en coordinación con el rol de los padres; las adaptaciones de la enfermera al encontrarse con niños y las limitaciones asociadas con la prestación de atención centrada en el niño y la familia en el servicio de urgencias pediátricas. Del mismo modo, en su estudio, Kiani et al.⁽²⁹⁾ respecto al desempeño ético, identificaron la juventud como una barrera para comprender realmente los problemas y establecer una balanza entre lo ético o no, sin embargo, los valores personales como las creencias y convicciones vistas como un campo más amplio que involucraba no solo a la religión y los mandamientos divinos se consideraron como aspectos influyentes. Asimismo en un estudio desarrollado con estudiantes de odontología⁽³⁰⁾ se encontró que la evaluación de la ansiedad durante las emergencias

dentales y antes del tratamiento fue escasa, en consecuencia el dolor preoperatorio, intraoperatorio y posoperatorio parecía ser manejado de manera desigual por los estudiantes y específicamente los estudiantes varones fueron significativamente menos propensos a informar a los pacientes sobre el dolor posoperatorio ($P = 0,014$).

En el estudio de Vedana et al.⁽³¹⁾ resalta que las enfermeras que participaron del estudio no se sintieron preparadas ni apoyadas e identificaron lagunas y problemas recurrentes en la atención a las personas con comportamiento suicida, resaltando la necesidad de intervenciones e investigaciones sobre apoyo, capacitación y supervisión de enfermería, como la asistencia en situaciones críticas, desafiantes y complejas, preparación psicológica, conocimientos y formación profesional para el cuidado de los pacientes que quieren morir, disminución de las barreras de la relación terapéutica en la que destacan el contacto breve, falta de tiempo, desacuerdo, sobrecarga de actividades y limitaciones en la autonomía del paciente.

De acuerdo a los autores de este estudio⁽³²⁾, resaltan el impacto que genera la presencia de familiares que se atreven a exigir comportamientos en igualdad de condiciones, por ejemplo, el cambio en el comportamiento de los profesionales de la salud como consecuencia de la presencia de familiares respecto al lavado de manos redujo las infecciones secundarias, puesto que, como las familias tenían que lavarse las manos con regularidad, también comenzaron a exigir que los profesionales hicieran lo mismo.

Por otra parte, algunos autores informan que las personas transgénero⁽³³⁾,

con variantes de género e intersexuales (trans) tienen un menor acceso a la atención y peores resultados de salud en comparación con la población general. En un estudio realizado con esta población, casi la mitad (43,8%) informó haber evitado el servicio de urgencias cuando necesitaban atención aguda por miedo a la discriminación, la duración de la espera y las experiencias negativas previas. Las experiencias de acoso y agresión eran comunes, la mayoría de los pacientes (84,4%) reportó que había sufrido acoso verbal, el 43,8% había sido agredido físicamente y el 31,3% había sido agredido sexualmente. La mayoría de los participantes tenían un proveedor de atención primaria (96,9%) y estaban asegurados (96,9%), pero solo el 21,9% tenía planes de seguro que cubrían servicios de salud de reafirmación o reasignación de sexo.

En contraste con lo anterior, en otra investigación⁽³⁴⁾ sobre las experiencias de los pacientes de emergencia y de los miembros de la familia de encontrarse con proveedores de atención médica, se informó que todos los familiares y casi todos los pacientes (92%) manifestaron haber sido tratados de forma amistosa. La mayoría de los pacientes (87%) y familiares (91%) estuvieron de acuerdo en que los proveedores de atención habían tenido en cuenta las necesidades individuales del paciente. Casi todos los participantes (96%-97%) estuvieron de acuerdo en que el comportamiento de los proveedores de atención había sido apropiado. En pacientes mujeres, el resultado fue del 100%.

Anguita et al.⁽³⁵⁾ afirman que las condiciones de trabajo de los profesionales del servicio de urgencias y la tecnificación

de la atención sanitaria han tenido un impacto negativo en la relación profesional-paciente de la salud, en consecuencia deshumanizándola. En su estudio entrevistó 11 enfermeros que trabajan en el servicio de urgencias, encontrando que el concepto de humanización para los profesionales entrevistados es multidimensional. Se basa en la relación que se establece con el paciente y su familia, en la que el profesional sanitario es capaz de combinar las intervenciones técnicas con las tareas asistenciales personalizadas, intentando establecer una relación empática, amable y respetuosa. Sin embargo, para ello se hace necesario la adquisición de habilidades psicosociales. Las enfermeras juegan un papel fundamental en el proceso de humanización y su compromiso, sentido del deber y conciencia son necesarios en este proceso de “humanizarse para humanizar”.

DISCUSIÓN

El tema de la humanización en los servicios de urgencias ha tenido desarrollos incipientes en los últimos años, lo cual queda demostrado en las publicaciones realizadas. Para los autores queda demostrado que el profesional de enfermería es un equipo de trabajo básico para emprender el camino hacia la implementación de programas de humanización de la atención en los servicios de urgencias^(32,35,36). La revisión de literatura da cuenta de la necesidad de cambios actitudinales necesarios en los profesionales del área de la salud que le permitan realizar un mejoramiento continuo de las experiencias tanto de las personas atendidas como del personal mismo, es vital que los profesionales de la salud, en

especial los encargados de situaciones de emergencia, además de las calidades profesionales, técnicas y científicas, deben propender por cualidades sociales, de comunicación, tolerancia y respeto por las diferencias^(19,33). Así mismo, se hace necesario evidenciar las barreras a nivel organizacional que impiden un direccionamiento hacia servicios más humanos, las directivas hospitalarias son las llamadas a involucrase en los procesos de calidad de la institución, reconocer el talento humano con el que cuentan y promover acciones en pro de las buenas relaciones humanas tanto entre el personal como entre pacientes y profesionales de la salud^(21,27,33,37,38).

De acuerdo con los resultados obtenidos en los artículos revisados, una parte importante para el cambio de actitudes y el mejoramiento de la atención con características humanizadoras de los servicios de urgencias tiene que ver con la capacitación. Las jornadas continuas de intervención para el cambio de pensamientos y actitudes frente a las realidades sociales en las que desenvuelven las personas, permite afianzar y mejorar los estándares de calidad de la atención⁽²³⁾.

Las enfermeras son los profesionales de la salud involucrados directamente en la atención de los pacientes con mayor interacción, es quizá por esta situación que la normalización de la violencia contra este profesional se ha convertido en una fuente de discriminación; el profesional de enfermería constituido mayoritariamente por mujeres se ve expuesto a actitudes ofensivas y discriminantes, aun cuando es el personal que ha demostrado interés por el mejoramiento de la atención en salud, como se evidencia en la presente revisión,

aportan significado a la atención de urgencia mediante sus intervenciones y cualidades sociales y humanas^(28,31,39-42).

De acuerdo a los resultados obtenidos en dos estudios revisados, se encuentran indicios de la influencia que generan factores personales y organizacionales sobre la práctica ética de la atención^(29,30); sin embargo, se considera que las características territoriales y sociales en el que se desarrollan los servicios de salud, también condicionan la respuesta de los profesionales de la salud⁽⁴²⁾.

CONCLUSIONES

La percepción que tiene el personal de salud acerca de lo que hace más humana la atención depende en mayor medida de un mejor trabajo en equipo, reconocimiento profesional y una infraestructura física adecuada con buen ambiente laboral y siempre con dirección al mejoramiento continuo. Se hace necesario contar con un equipo interdisciplinario y transdisciplinario capaz de analizar, apoyar e intervenir en cada campo de atención de forma integral a la persona o su familiar en situación de salud que requiera manejo de urgencia.

Los equipos deben ser conscientes en todo momento de la persona que atiende, pero también de la familia que le rodea para poder generar una atención en salud con calidad y calidez.

La violencia en los servicios de urgencia tiende a normalizarse como situación, ya sea hacia el profesional de la salud o hacia la persona enferma, esta situación atenta contra los principios de humanización e infunde discriminación hacia la persona, por lo que se hace

necesario realizar intervenciones que propendan por eliminar esas actitudes.

Humanizar los servicios de urgencias, requiere del trabajo conjunto de las disciplinas y profesiones que confluyen en la atención, por tal motivo se hace necesario un mayor abordaje de este tema por parte de otros involucrados en el asunto.

El presente estudio de revisión se rige por el respeto de los derechos de todos los autores, está libre de sesgo real o aparente en su interpretación que pudiera resultar del interés efectivo o en especie de los investigadores.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICA

1. Carlos R. Enfoque de humanización de la atención desde la Acreditación en Salud. Normas y Calidad [Internet]. :8–14. Available from: http://www.acreditacionensalud.org.co/catalogo/docs/Rev-95-Articulo_Acreditacion.pdf
2. Plumed Moreno C. Una aportación para la humanización. Arch Hosp. 2013;3(11):261–352.
3. Correa Zambrano ML. La humanización de la atención en los servicios de salud: un asunto de cuidado. Rev Cuid. 2016;7(1):1227.
4. Fernández RG. La humanización de (en) la Atención Primaria. Rev Clínica Med Fam. 2017;10(1):29–38.
5. Ministerio de Salud y Protección Social; Instituto Nacional de Cancerología. Plan de humanización. 2016. 1–43 p.
6. Ramírez P, Mügggenburg C. Relaciones personales entre la enfermera y el paciente. Enfermería Univ. 2015;12(3):134–43.

7. Quintero B. Etica del cuidado humano bajo los enfoques de Milton Mayeroff y Jean Watson. *Cienc Soc.* 2001;26(1):16–22.
8. Jesse E. Watson's Philosophy and science of caring in nursing practice. In: *Nursing Theory: utilization & application.* 2012. p. 111–36.
9. Watson J. Human Caring in nursing. In: *Human Caring Science: A theory of nursing.* 2012. p. 35–9.
10. Hernández OJG. Validez Y Confiabilidad Del Instrumento "Percepción De Comportamientos De Cuidado Humanizado De Enfermería Pche Clinicountry 3ª Versión". *Aquichan* [Internet]. 2014;123. Available from: <http://aquichan.unisabana.edu.co/index.php/aquichan/article/view/4806/pdf>
11. Debate S. SAÚDE : A CARTOGRAFIA DO TRABALHO VIVO . *Saúde em debate.* 2002;24(8):1953–5.
12. Rodriguez C. Humanización de la Atención en Salud y Acreditación. *Rev Normas y Calid.* 2011;(87).
13. Borges Damas L, Sixto Pérez A, Sánchez Machado R. Concepción integral del cuidado humanizado a la mujer durante el trabajo de parto y parto. *Rev Cubana Enferm.* 2018;34(3):1–14.
14. Nelly Rivera Álvarez L, Triana Á. Perception of behaviors of humanized nursing care at Clínica del Country. *Av Enferm* [Internet]. 2007;25(October 2005):56–68. Available from: <http://www.bdigital.unal.edu.co/35538/1/35901-145249-1-PB.pdf>
15. Quintero A, Maldonado M, Guevara B, Delgado C. Cuidado humanizado como esencia en el profesional de Enfermería. *Rev Médica Electrónica* [Internet]. 2015; Available from: <https://www.revista-portalesmedicos.com/revista-medica/cuidado-humanizado-enfermeria/>
16. Muñoz Hernández Y, Coral Ibarra R, Moreno Prieto D, Pinilla Pinto D, Suárez Rodríguez Y. Significado de cuidado humanizado en egresadas de la facultad de enfermería. *Rev Repert Med y Cirugía* [Internet]. 2009 Dec 1;18(4 SE-Artículos de reflexión):246–50. Available from: <https://revistas.fucsalud.edu.co/index.php/repertorio/article/view/561>
17. Borré Ortiz YM, Vega Vega Y. Perceived Quality of Nursing Care for Hospitalized Patients. *Calid Percibida La Atención Enfermería Por Pacientes Hosp.* 2014;20(3):81–94.
18. Arksey H, O'malley L. Scoping studies: towards a methodological framework. *Int J Soc Res Methodol* [Internet]. 2005;8(1):19–32. Available from: <https://www.tandfonline.com/action/journalInformation?journalCode=tsrm20>
19. Kietzmann D, Hannig C, Schmidt S. Migrants' and professionals' views on culturally sensitive pre-hospital emergency care. *Soc Sci Med.* 2015;138:234–40.
20. Waldrop DP, Clemency B, Lindstrom HA, Cordes CC. "we are strangers walking into their life-changing event": How prehospital providers manage emergency calls at the end of life. *J Pain Symptom Manage.* 2015;50(3):328–34.
21. Lynne EG, Gifford EJ, Evans KE, Rosch JB. Barriers to Reporting Child

- Maltreatment: Do Emergency Medical Services Professionals Fully Understand Their Role as Mandatory Reporters? *N C Med J*. 2015;76(1):13–8.
22. Cho OH, Cha KS, Yoo YS. Awareness and attitudes towards violence and abuse among emergency nurses. *Asian Nurs Res (Korean Soc Nurs Sci)*. 2015;9(3):213–8.
 23. Donnelly EA, Oehme K, Melvin R. What do EMS personnel think about domestic violence? An exploration of attitudes and experiences after participation in training. *J Forensic Leg Med* [Internet]. 2016;38:64–9. Available from: <http://dx.doi.org/10.1016/j.jflm.2015.11.020>
 24. Hogarth KM, Beattie J, Morphet J. Nurses' attitudes towards the reporting of violence in the emergency department. *Australas Emerg Nurs J*. 2016;19(2):75–81.
 25. Ganz FD, Margalith I, Benbenishty J, Hirschfeld M, Wagner N, Toren O. A Conflict of Values: Nurses' Willingness to Work Under Threatening Conditions. *J Nurs Scholarsh*. 2019;51(3):281–8.
 26. Gauntlett-Gilbert J, Rodham K, Jordan A, Brook P. Emergency Department Staff Attitudes Toward People Presenting in Chronic Pain: A Qualitative Study. *Pain Med*. 2015;16(11):2065–74.
 27. Puri Singh A, Haywood C, Beach MC, Guidera M, Lanzkron S, Valenzuela-Araujo D, et al. Improving Emergency Providers' Attitudes Toward Sickle Cell Patients in Pain. *J Pain Symptom Manage* [Internet]. 2016 Mar;51(3):628-632.e3. Available from: <https://linkinghub.elsevier.com/retrieve/pii/S0885392415006120>
 28. Grahn M, Olsson E, Mansson ME. Interactions Between Children and Pediatric Nurses at the Emergency Department: A Swedish Interview Study. *J Pediatr Nurs*. 2016;31:284–92.
 29. Kiani M, Fadavi M, Khankeh H, Borhani F. Personal factors affecting ethical performance in healthcare workers during disasters and mass casualty incidents in Iran: a qualitative study. *Med Heal Care Philos*. 2017;20(3):343–51.
 30. Guivarc'h M, Saliba-Serre B, Jacquot B, Le Coz P, Bukiet F. Dental students' attitudes towards management of pain and anxiety during a dental emergency: educational issues. *Int Dent J*. 2017;67(6):384–90.
 31. Vedana KGG, Magrini DF, Miaso AI, Zanetti ACG, de Souza J, Borges TL. Emergency Nursing Experiences in Assisting People With Suicidal Behavior: A Grounded Theory Study. *Arch Psychiatr Nurs*. 2017;31(4):345–51.
 32. Pascuci L, Meyer V, Nogueira EE, Forte LT. Humanization in a Hospital: A Change Process Integrating Individual, Organizational and Social Dimensions. *J Health Manag*. 2017;19(2):224–43.
 33. Samuels EA, Tape C, Garber N, Bowman S, Choo EK. “Sometimes You Feel Like the Freak Show”: A Qualitative Assessment of Emergency Care Experiences Among Transgender and Gender-Nonconforming Patients. *Ann Emerg Med*. 2018;71(2):170-182.e1.

Sierra Leguia LA, Salazar Trujillo S, Suarez García E, Suarez Romero R, Valdez Cerda V, Villadiego Ospino C

34. Salminen-Tuomaala M, Mikkola R, Paavilainen E, Leikkola P. Emergency patients' and family members' experiences of encountering care providers and receiving care in nonconveyance situations. *Scand J Caring Sci.* 2018;32(4):1371–8.
35. Anguita MV, Sanjuan-Quiles Á, Ríos-Risquez MI, Valenzuela-Anguita MC, Juliá-Sanchis R, Montejano-Lozoya R. Humanization of healthcare at the emergency department: A qualitative analysis based on nurses' experiences. *Rev Enferm Ref.* 2019;2019(23):59–68.
36. Sousa KHJF, Damasceno CKCS, Almeida CAPL, Magalhães JM, Ferreira M de A. Humanization in urgent and emergency services: contributions to nursing care. *Rev Gauch Enferm.* 2019;40:e20180263.
37. Morgan MC, Dyer J, Abril A, Christmas A, Mahapatra T, Das A, et al. Barriers and facilitators to the provision of optimal obstetric and neonatal emergency care and to the implementation of simulation-enhanced mentorship in primary care facilities in Bihar, India: A qualitative study. *BMC Pregnancy Childbirth.* 2018;18(1):1–14.
38. Drewniak D, Kronen T, Wild V. Do attitudes and behavior of health care professionals exacerbate health care disparities among immigrant and ethnic minority groups? An integrative literature review. *Int J Nurs Stud* [Internet]. 2017;70:89–98. Available from: <http://dx.doi.org/10.1016/j.ijnurstu.2017.02.015>
39. Sheikhbardsiri H, Khademipour G, Nekoei-Moghadam M, Aminizadeh M. Motivation of the nurses in pre-hospital emergency and educational hospitals emergency in the southeast of Iran. *Int J Health Plann Manage.* 2018;33(1):255–64.
40. Ghasemi E, Negarandeh R, Janani L. Moral distress in Iranian pediatric nurses. *Nurs Ethics.* 2019;26(3):663–73.
41. Vargas I, Concha C. Moral Distress, Sign of Ethical Issues in the Practice of Oncology Nursing: Literature Review. *Aquichan.* 2019;19(1):1–16.
42. Ganz FDK, Margalith I, Benbenishty J, Hirschfeld M, Wagner N, Toren O. A Conflict of Values: Nurses' Willingness to Work Under Threatening Conditions. *J Nurs Scholarsh.* 2019;51(3):281–8.