



Fundación
Humanizando
la Sanidad

IV Congreso Internacional de Humanización de la Asistencia Sanitaria

La voz de las personas

Libro de ponencias

#4CIHAS

Zaragoza, España

Organizado por:



Fundación
Humanizando
la Sanidad

HUCI Humanizando
los Cuidados
Intensivos



IV CONGRESO INTERNACIONAL DE
HUMANIZACIÓN
DE LA ASISTENCIA SANITARIA
La voz de las personas



Del 2 al 4 de Abril de 2025

Sede del evento:

Facultad de Medicina · Zaragoza
Calle Domingo Miral, s/n · 50009 Zaragoza

Info e inscripciones:

info@hsanidad.org · www.hsanidad.org

#4CIHAS



2-4 de abril de 2025

El presente documento recoge las comunicaciones presentadas en el Cuarto Congreso Internacional de Humanización de la Asistencia Sanitaria, celebrado en la Facultad de Medicina de Zaragoza, entre los días 2 y 4 de abril de 2025.

ISBN: 978-84-09-72163-4.

Edita: Fundación Humanizando la Sanidad

Madrid, 4 de abril de 2025



Este libro recoge íntegra y fielmente los trabajos enviados por los autores. La organización no se hace responsable de las opiniones expresadas en ellos, ni de su contenido, formato, ortografía o gramática.

This book contains entirely and exactly the texts sent by authors. The organisation is not responsible for the opinions expressed, nor the content or grammar.

Comunicaciones orales



Nº	COMUNICACIONES ORALES	Pag.
16	¡CAMPEONES EN SALUD MENTAL! MAREA ROJIBLANCA COMO RESULTADO DE CUIDADOS HUMANIZADOS	5
18	VALIDACIÓN DE LA ESCALA CIBISA-F: EVALUACIÓN DEL APRENDIZAJE EN CUIDADOS HUMANIZADOS EN EL ALUMNADO DE FISIOTERAPIA	6
22	DISTRÉS EMOCIONAL EN PACIENTES DIAGNOSTICADAS DE CÁNCER DE MAMA	7
28	CPH21: DISEÑO Y VALIDACIÓN DE UNA ESCALA PARA MEDIR LA COMPETENCIA PROFESIONAL HUMANIZADORA	9
38	PRESENCIA FAMILIAR DURANTE PROCEDIMIENTOS INVASIVOS EN ENFERMERÍA	10
48	EXPERIENCIAS, PERCEPCIONES Y EMOCIONES DE PACIENTES CRÓNICOS HOSPITALIZADOS TRAS UN PROGRAMA DE INTERVENCIÓN MUSICAL	13
61	EFFECTIVIDAD DE LOS MENSAJES MOTIVACIONALES EN LOS PROFESIONALES DE ENFERMERÍA SOBRE EL CUIDADO HUMANIZADO.	14
63	VIVENCIAS DE LOS PACIENTES DURANTE LA TRANSICIÓN DE LA UNIDAD DE CUIDADOS INTENSIVOS A LA PLANTA DE HOSPITALIZACIÓN	17
72	PREVALENCIA DE ESTEREOTIPOS EDADISTAS EN LOS FUTUROS PROFESIONALES SANITARIOS DE UNIVERSIDADES ESPAÑOLAS *	18
73	OCHO AÑOS DE BUEN ROYO. PROYECTO DE HUMANIZACIÓN DE LA UCI DEL HOSPITAL ROYO VILLANOVA	19
74	ESTRATEGIAS DE HUMANIZACIÓN EN LA EXPERIENCIA DEL PACIENTE EN UN CENTRO DE HEMODIÁLISIS	20

* [Premiada como Mejor Comunicación Oral](#)

¡CAMPEONES EN SALUD MENTAL! MAREA ROJIBLANCA COMO RESULTADO DE CUIDADOS HUMANIZADOS

Oña García, Aurora; Berasaluce Martínez, Ainara; Fernández Gayoso, Nuria; Díaz Sánchez, M^a Begoña; Rodríguez Rodríguez, Laura

Red de Salud Mental de Bizkaia

AURORA.ONAGARCIA@OSAKIDETZA.EUS

1. INTRODUCCIÓN Las enfermedades mentales, principalmente el trastorno mental grave produce un elevado grado de discapacidad. Dicha discapacidad se manifiesta, entre otras muchas áreas, en una disrupción grave de las relaciones interpersonales y el ocio. Hay evidencias de que la actividad física tiene efectos beneficiosos en la salud mental mejorando el estado de ánimo (Mikkelsen et al. 2017). Asimismo, aumenta el número de interacciones sociales y por tanto podría estar asociado con una mejora en la salud psicosocial, principalmente en el caso de los deportes de equipo (Eime et al. 2013).

Los y las profesionales de salud mental realizamos un abordaje integral de la persona, combinando la atención especializada individualizada basada en evidencia científica, recogiendo las demandas, necesidades y expectativas psicosociales, para acompañar a las personas en su proyecto vital.

Fruto del análisis conjunto de estas necesidades, la evidencia científica, la perspectiva de género y las posibilidades que ofrece la comunidad, surge esta experiencia de humanización basada en el ejercicio como herramienta terapéutica que se fundamenta en la “atención centrada en la persona” y la “humanización continua de la atención”, y es fruto de la colaboración con una entidad deportiva de primera división, la Fundación Athletic Club.

2. OBJETIVOS (General y Específicos) General:

- Describir una experiencia de humanización basada en el ejercicio como herramienta terapéutica.

Específicos:

- Cubrir las demandas, necesidades y expectativas psicosociales.
- Consecución de objetivos terapéuticos.
- Promocionar la salud física y psíquica.
- Combatir la soledad e inclusión social.
- Proporcionar una identidad de grupo y pertenencia al mismo.
- Modificar la percepción que la sociedad tiene de la enfermedad mental, avanzando en la lucha contra el estigma.

3. METODOLOGÍA Sistemática de gestión del programa para la planificación, desarrollo y evaluación. Cerca de 100 profesionales implicados liderados por una responsable y cuatro colíderes comarcales, todo ello enmarcado en una Comisión para la gestión donde las personas usuarias participan activamente.

Organización y desarrollo de actividades deportivas grupales: “Liga Geurea” (Liga de fútbol Intercentros de Salud Mental de Euskadi) y Multideporte. Lideradas por técnicos deportivos junto con profesionales de la RSMB, utilizando recursos comunitarios. Formato grupal, adaptando el ejercicio físico a las necesidades de las personas.

Se recogieron y analizaron resultados derivados de la participación y de las escalas PSP y WHOQOL.

4. RESULTADOS El resultado más destacado es el alcance logrado. Participan 22 dispositivos de la RSMB y 6 de otras organizaciones públicas y privadas de Euskadi, con una participación total de más de 500 personas usuarias (población adulta e infanto-juvenil) y cerca de 100 profesionales con un grado de satisfacción en usuarios de 4,93 y 4,97 sobre 5 en profesionales.

Amplios beneficios: consecución de objetivos terapéuticos, promoción de la salud, combatir la soledad, aumentar la autoestima, identidad de grupo, inclusión social y lucha contra el estigma.

Se ha llevado a cabo un estudio exploratorio con medidas previas y posteriores a la realización de las actividades con el objetivo de evaluar los efectos de la actividad deportiva en 178 personas con enfermedad mental.

Se ha evaluado la calidad de vida a través de la escala (WHOQOL) y el funcionamiento personal y social con la escala (PSP)



Dentro de los grupos de diagnóstico se observaron mejorías estadísticamente significativas en relación a los ítems de sociabilidad y de relaciones interpersonales de la PSP en el grupo de la Esquizofrenia y del Trastorno Bipolar

Respecto a la calidad de vida mediante la escala WHOQOL se observó una mejora considerable en el grupo de Abuso Sustancias.

5. CONCLUSIONES Destacar que se trata de una experiencia única a nivel estatal entre una entidad deportiva de primera división en colaboración con salud mental. Esta experiencia ha servido para potenciar la accesibilidad, reducir las desigualdades en salud, incluir la perspectiva de género y mejorar coordinación con recursos del tercer sector.

La implementación de programas de actividad física en un contexto grupal produce efectos positivos a nivel clínico, de relación interpersonal y bienestar general, además de la reducción del estigma asociado a la enfermedad mental, suponiendo un apoyo en su recuperación y ayuda en su proyecto vital en la comunidad

6. BIBLIOGRAFÍA

- Aleman A, 1, Kahn S, Seltén J. Meta-Analysis Arch Gen Psychiatry. Sex differences in the risk of schizophrenia. 2003 Jun; 60(6):565-71. PMID: 12796219 DOI: 10.1001/archpsyc.60.6.565
- Eime RM, Young JA, Harvey JT, Charity MJ, Payne WR. A systematic review of the psychological and social benefits of participation in sport for children and adolescents: informing development of a conceptual model of health through sport. . Int J Behav Nutr Phys Act 2013 Aug 15;10:98
- Mikkelsen K, Stojanovska L, Polenakovic M, Bosevski M, Apostolopoulos V. Exercise and mental health. Maturitas. 2017 Dec;106:48-56. doi: 10.1016/j.maturitas.2017.09.003. Epub 2017 Sep 7.
- Rosenbaum S, Tiedemann A, Sherrington C, Curtis J, Ward PB. Physical activity interventions for people with mental illness: a systematic review and meta-analysis. J Clin Psychiatry. 2014 Sep;75(9):964-74.
- Strassnig M, Signorile J, Gonzalez C, Harvey PD. Physical performance and disability in schizophrenia. Schizophr Res Cogn. 2014 Jun;1(2):112-121.

18

VALIDACIÓN DE LA ESCALA CIBISA-F: EVALUACIÓN DEL APRENDIZAJE EN CUIDADOS HUMANIZADOS EN EL ALUMNADO DE FISIOTERAPIA

Rita María Galán Díaz ; Manuel Gómez Barrera; Raquel Lafuente Ureta; Jose Manuel Burgos Bragado; Natalia Brandín de la Cruz; Carolina Jiménez Sánchez

Universidad San Jorge

rmgalan@usj.es

1. INTRODUCCIÓN Las profesiones sanitarias deben ser humanizadas, valorando aptitudes como la escucha activa, la empatía, el respeto, la sensibilidad y la tolerancia (1). La Universidad tiene el compromiso de proporcionar una formación integral que permita el desarrollo profesional y ciudadano del alumnado (2). Sin embargo, los planes de estudio no siempre incluyen contenidos que favorezcan explícitamente la educación humana y el aprendizaje reflexivo (3).

En los últimos años, especialmente en enfermería, se ha investigado cómo reforzar cualidades humanas más allá de los aspectos técnico-profesionales. Se han desarrollado herramientas para que el alumnado de ciencias de la salud evalúe su aprendizaje durante las prácticas clínicas, visibilizando tanto los cuidados humanizados o invisibles (relacionados con la parte humana y el cuidado del paciente) como los cuidados técnicos. Un ejemplo es la escala "Cuidado Invisible, Bienestar, Seguridad y Autonomía" (CIBISA), que evalúa el aprendizaje de los estudiantes de enfermería durante sus prácticas clínicas, integrando tanto cuidados técnicos como cuidados invisibles (4,5).

Por otro lado, la fisioterapia es una profesión relativamente joven en comparación con otras profesiones sanitarias, cuyos primeros pasos en España fueron más tardíos y donde los cuidados humanizados aún no han sido suficiente explorados mediante herramientas validadas (6).

2. OBJETIVOS (General y Específicos) El objetivo del presente proyecto es el de adaptar y validar la escala "Cuidado Invisible, Bienestar, Seguridad y Autonomía" (CIBISA) de la enfermería a la fisioterapia donde se autoevalúa el aprendizaje de los cuidados visibles e invisibles durante las prácticas clínicas a través de un panel de expertos mediante el método Delphi y un estudio piloto de validación en el alumnado del Grado de Fisioterapia de la Universidad San Jorge.



3. METODOLOGÍA Para la fase de adaptación se empleó el método Delphi con un panel nacional de expertos de dos rondas y un grupo focal para obtener consenso sobre la adaptación de la escala CIBISA de la enfermería a la fisioterapia (CIBISA-F). De forma previa a la validación final, se diseñó un estudio piloto longitudinal prospectivo con el alumnado de la Universidad San Jorge. Para la validación psicométrica se eligieron la escala de habilidades de comunicación de profesionales de la salud y la escala de habilidades sociales de Goldstein. Se realizaron grupos focales al finalizar con el alumnado y el profesorado.

4. RESULTADOS El panel de expertos estuvo formado por 14 fisioterapeutas seleccionados por el grupo coordinador garantizándose la representación de diferentes perfiles de ámbito nacional tanto a nivel docente-investigador como del clínico-asistencial. Tras el grupo focal y la segunda ronda se obtuvieron 30 ítems, existiendo un consenso total por parte de todos los expertos.

En el estudio para la validación de la escala CIBISA-F se evaluó la fiabilidad mediante el análisis de consistencia interna con el estadístico alfa de Cronbach y mediante el análisis de reproducibilidad, evaluado con el coeficiente de correlación intraclass (CCI), obteniéndose valores significativos ($p < 0,05$) de alta fiabilidad.

La validez de constructo se comprobó mediante análisis de correlación y regresión con todas las escalas, obteniéndose correlaciones significativas ($p < 0,05$) antes de las prácticas clínicas y la escala CIBISA-F y escala de habilidades sociales de Goldstein mejoraron ($p < 0,05$) cuando se comparó antes y después de las prácticas clínicas.

En los grupos focales se reveló la importancia de dar visibilidad a los aspectos humanos del cuidado.

5. CONCLUSIONES La escala CIBISA-F se presenta como una herramienta válida y fiable para evaluar el aprendizaje de los cuidados humanizados en el alumnado de fisioterapia. Para asegurar que los futuros profesionales sanitarios ofrezcan una atención de salud humanizada, es esencial que tanto el alumnado como el profesorado evalúen su aprendizaje utilizando herramientas válidas que tengan en cuenta tanto los aspectos técnicos como los humanos.

6. BIBLIOGRAFÍA

1. Martín Urrialde JA. Fisioterapia y humanización: no es una moda sino una necesidad. Fisioterapia. 1 de noviembre de 2021;43(6):309-10.
2. BOE-A-2003-10715 Ley 16/2003, de 28 de mayo, de cohesión y calidad del Sistema Nacional de Salud. [Internet]. [citado 2 de febrero de 2025]. Disponible en: <https://www.boe.es/buscar/act.php?id=BOE-A-2003-10715>
3. Fernández JT, Bueno CR. Evaluación De Competencias Profesionales En Educación Superior: Retos E Implicaciones. Educ XX1. 2016;19(1):17-37.
4. Urcola-Pardo F, Ruiz de Viñaspre R, Orkaizagirre-Gomara A, Jiménez-Navascués L, Anguas-Gracia A, Germán-Bes C. La escala CIBISA: herramienta para la autoevaluación del aprendizaje práctico de estudiantes de enfermería. Index Enferm. septiembre de 2017;26(3):226-30.
5. Teresa M. Escala CIBISA y eventos notables: instrumentos de autoevaluación para el aprendizaje de cuidados. 2018;
6. Chillón-Martínez R, Rebollo-Roldán J, Meroño Gallut AJ. Aproximación a la Historia de la Fisioterapia Española desde las fuentes documentales. Cuest Fisioter Rev Univ Inf E Investig En Fisioter. 2008;37(3):150-3.

DISTRÉS EMOCIONAL EN PACIENTES DIAGNOSTICADAS DE CÁNCER DE MAMA

June Izagirre Santana; Leyre Serrablo Casaña; Olga Dobato Portoles; Reyes Ibáñez Carreras; Laura Lamata De La Orden; Carmen Casamayor Franco

Hospital Universitario Miguel Servet, Zaragoza

junedeba@gmail.com

1. INTRODUCCIÓN El cáncer de mama es el tumor más común en mujeres con 35.312 casos diagnosticados en España en 2023, según el Observatorio de la Asociación Española Contra el Cáncer (AECC), y representa la principal causa de muerte en el sexo femenino (1).

Aunque los avances en detección y tratamiento han reducido la mortalidad, el diagnóstico genera un gran impacto emocional, reflejado en sentimientos de miedo, tristeza y en casos graves, ansiedad o depresión (2, 3, 4). Este malestar o distrés emocional (DE), se define como una experiencia multifactorial que puede afectar a la



capacidad de afrontar eficazmente el diagnóstico, los síntomas, su tratamiento e incluso la supervivencia (5).

Se estima que entre el 26% y 37% de pacientes oncológicos en España presentan algún grado de DE (6), llegando al 85% según la AECC (7). Centrados en diagnóstico de cáncer de mama, un estudio del grupo EpiGEICAM objetivó cifras del 54,4% (8).

En el año 2023, la evaluación de tecnologías Sanitarias del Ministerio destacó el Termómetro de Distrés (TD) y la Escala de Ansiedad y Depresión Hospitalaria (HADS) como herramientas de uso combinado para detectar este DE en el Sistema Nacional de Salud (SNS) (5).

2. OBJETIVOS (General y Específicos) Conocer el grado de malestar emocional en pacientes con diagnóstico de cáncer de mama tratadas en la consulta de Proceso de Mama en la Unidad de Cirugía Endocrina-Bariátrica-Mama del Servicio Cirugía General y del Aparato Digestivo en el Hospital Universitario Miguel Servet a lo largo de diferentes etapas del proceso diagnóstico-terapéutico. Esbozar posibles estrategias de mejora, proponiendo planes de derivación en casos de malestar significativo, con el fin de mejorar de manera integral la calidad asistencial.

3. METODOLOGÍA Se realizó un estudio descriptivo prospectivo longitudinal en pacientes diagnosticadas de cáncer de mama en la consulta de Proceso de Mama en la Unidad de CEBM del HUMS entre abril y agosto de 2024. Se utilizan las dos encuestas mencionadas en cuatro etapas del proceso oncológico; día 0: Consulta donde se comunica el diagnóstico, día 15: Consulta pre-cirugía, día 21: Ingreso hospitalario para la cirugía, y día 35: Consulta postquirúrgica tras el Comité de tumores para comunicar el resultado anatomopatológico. La muestra incluyó a 51 pacientes, de las cuales 50 completaron al menos una encuesta.

4. RESULTADOS Los resultados del estudio mostraron un DE entre el 72,72% y el 84,84%, cifras similares a las reportadas por la AECC, pero superiores a otros estudios previos. Se observó que el mayor número de encuestas respondidas se recogió durante el ingreso hospitalario (76,4%), lo que sugiere una mayor implicación del personal de salud y un ambiente más propicio para la reflexión.

Las pacientes con antecedentes de salud mental presentaron niveles de DE más elevados y fluctuantes a lo largo del proceso, mientras que aquellas sin antecedentes mostraron una disminución progresiva del malestar después de la segunda consulta. La maternidad también influyó en el DE, siendo mayor en pacientes con hijos, especialmente antes de la cirugía, debido a la preocupación por el impacto en su familia. Las pacientes sometidas a tratamiento neoadyuvante, en particular aquellas que recibieron quimioterapia, reportaron niveles altos de malestar. En cuanto a las pacientes que recibieron radioterapia intraoperatoria, el malestar se mantuvo estable hasta la cirugía y disminuyó posteriormente.

A pesar de que un adecuado soporte especializado contribuye a afrontar un diagnóstico de cáncer, solo el 16% de las pacientes aceptó la derivación a psicooncología.

5. CONCLUSIONES El estudio revela niveles elevados de DE en las pacientes durante todo el proceso oncológico. El personal sanitario requiere una mayor sensibilización del problema así como el aprendizaje en “habilidades blandas” para transmitir la información de forma empática y eficaz

z. Es importante insistir en la aceptación de apoyo psicológico pero son necesarios protocolos de derivación o apoyo extrahospitalario a través de asociaciones de pacientes para disminuir el tiempo de atención y mejorar el acceso.

6. BIBLIOGRAFÍA

1. Asociación Española contra el Cáncer. 2023
2. Font A, Cardoso A. Afrontamiento en cáncer de mama: pensamientos, conductas y reacciones emocionales. *Psicooncología*. 2009;6(1).
3. Pulido G, Fuentes M. Aspectos emocionales y su importancia en la adherencia en el tratamiento de pacientes oncológicos en las distintas fases del cáncer. Universidad Cooperativa de Colombia Bogotá. 2019.
4. González CM, Calva EA, Zambrano L, Medina SM, López J. Ansiedad y calidad de vida en mujeres con cáncer de mama: una revisión teórica. *Psicol Salud*. 2018;28(2):155-65.
5. Herramientas para la detección precoz del malestar emocional en personas adultas con cáncer /Patricia Gómez Salgado. En: Ministerio de Sanidad; Santiago de Compostela: Agencia Gallega para la Gestión del Conocimiento en Salud, ACIS, Unidad de Asesoramiento Científico-Técnico. 2023.
6. Gercovich D, López PL, Bortolato D, Margiolakis P, Morgenfeld M, Rosell L, et al. Rol del distrés psicológico en la relación entre percepción de enfermedad y calidad de vida en pacientes con cáncer de mama. *Psicooncología (Pozuelo De Alarcon)*. 2013;9(2-3):3.
7. Fernández Sánchez B, Yélamos Agua C. Eficacia y utilidad clínica de la atención psicológica especializada en la Asociación Española Contra el Cáncer. *Observatorio del Cáncer*. 2019.
8. Fernández de Larrea-Baz, N., Pérez-Gómez, B., Guerrero-Zotano, Á., Casas, A. M., Bermejo, B., Baena-Cañada, J. M., Antolin, S., Sánchez-Rovira, P., Ramos Vázquez, M., García-Sáenz, J. Á., Antón, A., Muñoz, M., de Juan, A., Jara, C., Chacón, J. I., Arcusa, A., Gil-Gil, M., Adrover, E., Oltra, A., ... Pollán, M. (2020). Primary



CPH21: DISEÑO Y VALIDACIÓN DE UNA ESCALA PARA MEDIR LA COMPETENCIA PROFESIONAL HUMANIZADORA

Rosa Ruiz-Aragoneses; Cristina Muñoz Alustiza; José Carlos Bermejo Higuera

Centro de Humanización de la Salud San Camilo, Tres Cantos, Madrid

investigacion@humanizar.es

1. INTRODUCCIÓN La humanización de la salud cada vez está más presente como criterio de calidad y buena praxis. Tal desempeño profesional humanizado requiere tanto de habilidades técnicas (duras) como de otras más relacionales y transversales, ligadas a estilos de personalidad (blandas). Integrar ambos tipos de competencias en la formación y la práctica clínica de los profesionales sociosanitarios es esencial. De hecho, cada vez se valoran más a los profesionales que integran unas y otras en su labor, ya sea en la selección inicial como en la formación continua.

Escalas validadas como HUMAS (Pérez-Fuentes 2019), se centran solo en el personal de enfermería o medicina y focalizan su valoración en el modo de llevar a cabo prácticas de cuidados, más que en el modo de ser el profesional en ellas.

Según el estudio Delphi realizado por Bermejo et al. (2021), la CPH puede comprenderse a partir de 7 subcompetencias clave y sus respectivos indicadores, más ligados al desarrollo personal del profesional: Científico-Técnica, Relacional, Emocional, Ética, Espiritual, Cultural y de Gestión.

Podría ser de gran utilidad contar con una escala que permitiera medir la competencia profesional humanizadora (CPH) a partir de cada una de estas 7 subcompetencias descritas por los expertos.

2. OBJETIVOS (General y Específicos) Diseñar y validar un instrumento de medida de la competencia profesional humanizadora (CPH) partiendo de subcompetencias definidas previamente por un panel de expertos.

- Contar con esta herramienta puede facilitar la autoevaluación del profesional en las diversas dimensiones o la evolución externa del desempeño personal o grupal, de manera que se pueda aquilatar mejor la formación requerida en cada momento y lugar.
- Al tratarse de un desempeño competencial centrado en la persona, es aplicable a todos los profesionales que intervienen en el proceso de atención y cuidado.

3. METODOLOGÍA Se elaboró una escala de 21 ítems (CPH21) a partir de los indicadores descritos por los expertos del Delphi previo, aplicándose una valoración de la “frecuencia real que tienen en su práctica laboral cada una de estas afirmaciones” en escala Likert de 1 a 5. Se añadieron preguntas sociodemográficas y se distribuyó entre profesionales del Instituto Salvadoreño del Seguro Social (ISSS).

Para la validez del contenido se siguió la metodología de fiabilidad interjueces, se hizo análisis factorial confirmatorio (AFC) con sus indicadores de bondad y para la consistencia interna se hallaron los coeficientes de Alpha de Cronbach y Omega.

4. RESULTADOS Se obtuvieron 1458 respuestas válidas, 25,4% mujeres y 74,6% varones, con edades comprendidas entre los 18 y los 74 años, con experiencia laboral entre el primer año y más de 20, y variedad de roles profesionales que intervienen en el proceso de atención y cuidado, siendo el 66,7% propiamente sanitarios y el 33,3% no sanitarios (Tabla 1).

CPH21 alcanzó altos niveles de fiabilidad para la escala global ($\alpha=0,92$; $\omega=0,93$) y para las subescalas (Tabla 2). El AFC confirmó el modelo teórico arrojando un modelo de siete factores con un factor de segundo orden (7 subcompetencias y CPH general) (Figura 2), con correlaciones muy elevadas y adecuados niveles de bondad de ajuste: $\chi^2=224,3$, $p<0,001$; $\chi^2/gf=1,2$; CFI=0,99; TLI=0,99; RMSEA=0,013, IC95% (0,006;0,018); SRMR=0,045.

Diferencias significativas en:

- género: los varones puntúan más alto en la científico-técnica (M=13,5 frente 13,2) mientras que las mujeres se perciben superiores en la espiritual (M=13,4 frente 13,2).
- edad: correlaciones inversas y significativas. A menor edad, mayor puntuación en todas excepto en gestión.



- lugar de trabajo: en todas excepto en la emocional, Occidente tiene puntuaciones más bajas, y es la zona donde menos tiempo se lleva impartiendo formación en humanización de la salud.

5. **CONCLUSIONES** La escala CPH21 presenta buenas cualidades psicométricas, alta fiabilidad y validez interna. La carencia de cualquiera de las 7 subcompetencias descritas limita la capacidad humanizadora global del profesional y, por tanto, la calidad de los cuidados. Especial atención merecen la cultural, ética y espiritual, menos representadas en la literatura actual y significativas en los resultados.

CPH21 puede ser una herramienta útil, tanto en la autoevaluación como la valoración por pares en los equipos multidisciplinares o la gestión del talento por parte de los responsables. De hecho, las puntuaciones mejoran en las zonas donde más formación sobre humanización se ha impartido.

6. BIBLIOGRAFÍA

1. Andreucci-Annunziata P, Mellado A, Vega-Muñoz A, León-Correa F. Revisando conceptualmente la humanización y el trato digno en salud desde una perspectiva ética: una revisión sistemática de la literatura. *Acta bioeth.* 2024; 30(2):177-192.
2. Bentler PM, Bonnet DG. Significance tests and goodness-of-fit in the analysis of covariance structures. *Psychol Bull.* 1980; 88(3):588-606.
3. Bermejo JC, Martínez MP, Villaceros M. Humanizar. Humanismo en la asistencia sanitaria. Bilbao: Descleé de Brouwer; 2021.
4. Bermejo JC, Muñoz C, Villaceros M. Conceptualización de la competencia profesional en el ámbito de la humanización de la salud. *Estudio Delphi. Ética de los Cuidados.* 2021; 14:e13869.
5. Brown TA. Confirmatory factor analysis for applied research. 2nd. ed. The Guilford Press; 2015.
6. Busch IM, Moretti F, Travaini G, Wu AW, Rimondini M. Humanization of Care: Key Elements Identified by Patients, Caregivers, and Healthcare Providers. *A Systematic Review. Patient.* 2019;12(5):461-474.
7. Caruana CJ, Damilakis J. Being an excellent scientist is not enough to succeed! Soft skills for medical physicists. *Eur J Radiol.* 2022; 155:110108.
8. Casate JC, Corrêa AK. The humanization of care in the education of health professionals in undergraduate courses. *Rev Esc Enferm USP.* 2012; 46(1):219-226.
9. Cortina JM. What is coefficient alpha? An examination of theory and applications. *J Appl Psychol.* 1993; 78(1):98-104.
10. Cukier W, Hodson J, Omar A. «Soft» Skills are hard: A review of the literature. Ryerson University; 2015.
11. Espinoza Mina MA, Gallegos Barzola D. Habilidades blandas en la educación y la empresa: Mapeo Sistemático. *RCUISRAEL.* 2020; 7(2):39-56.
12. Gareau S, de Oliveira ÉM, Gallani MC. Humanization of care for adult ICU patients: a scoping review protocol. *JBIM Evid Synth.* 2022; 20(2):647-657.
13. Goldman J, Wong BM. Nothing soft about 'soft skills': core competencies in quality improvement and patient safety education and practice. *BMJ Qual Saf.* 2020; 29(8):619-622.
14. Guerra-Báez SP. Una revisión panorámica al entrenamiento de las habilidades blandas en estudiantes universitarios. *Psicol Esc Educ.* 2019; 23:e186464.
15. Hair JF, Black WC, Babin BJ, Anderson RE. Multivariate Data Analysis. 7th ed. New York: Pearson; 2010.
16. Henao-Castaño AM, Vergara-Escobar OJ, Gómez-Ramírez OJ. Humanización de la atención en salud: análisis del concepto. *Rev. cienc. cuidad.* 2021; 18(3):84-95.
17. Hu LT, Bentler PM. Cutoff criteria for fit indexes in covariance structure analysis: Conventional criteria versus new alternatives. *Struct Equ Modeling.* 1999; 6(1):1-55.
18. Iorio S, Cilione M, Martini M, Tofani M, Gazzaniga V. Soft Skills Are Hard Skills-A Historical Perspective. 2022; 58(8):1044.
19. March JC. Humanizar la sanidad para mejorar la calidad de los servicios. *Rev Calid Asist.* 2017; 32(5):245-247.
20. Martin MP, Harrell S, Lutgen C, Manson L, Tshuma L, Wade A. Essential integrated behavioral health care skills for primary care providers: A Delphi study. *Fam Syst Health.* 2022; 40(4):441-448.
21. Mejías Sánchez Y, Borges Oquendo L. Consideraciones para la definición de desempeño profesional en el proceso de calidad en salud. *Rev Hum Med.* 2021; 21(1):224-238.
22. Nunnally JC, Bernstein I H. Psychometric Theory. New York: McGraw-Hill; 1994.
23. Pérez Acuña CV, Medina JL. Formación de profesionales de la salud que incorpora la competencia intercultural: una necesidad actual. *REMS.* 2023; 37(4).
24. Pérez-Fuentes MDC, Herera-Peco I, Molero Jurado MDM, Oropesa Ruiz NF, Ayuso-Murillo D, Gázquez Linares JJ. The Development and Validation of the Healthcare Professional Humanization Scale (HUMAS) for Nursing. *Int J Environ Res Public Health.* 2019; 16(20):3999.
25. Rodríguez Siu JL, Rodríguez Salazar RE, Fuerte Montano L. Habilidades blandas y el desempeño docente en el nivel superior de la educación. *Propós. represent.* 2021; 9(1):e1038.
26. Sancho-Cantús D, Cubero-Plazas L, Botella Navas M, Castellano-Rioja E, Cañabate Ros M. Importance of Soft Skills in Health Sciences Students and Their Repercussion after the COVID-19 Epidemic: Scoping Review. *Int J Environ Res Public Health.* 2023; 20(6):4901.
27. Shields GS, Fisher M, Vega MO. Teaching power skills to improve physician self-efficacy, reduce burnout, and improve patient outcomes. *Future Healthc J.* 2023; 10(2):119-123.
28. Torres-Contreras CC, Vargas-Escobar LM, Triana-Rodríguez JY, Cañon-Montañez W. Competencia en cuidado espiritual en enfermería: Revisión integrativa de literatura. *Rev. Cuid.* 2023; 14(2):e2635.
29. Urbina-Soto M. Habilidades blandas en Ciencias de la salud. *Rev Hisp Cienc Salud.* 2019; 5(4): 125-126.
30. Zarco Rodríguez J, Martín Urrialde JA. Situación de la humanización de la atención sanitaria en España. Revisión 2023-2024. Fundación Humans; 2024.
31. Zumba SN, Quinde JL, Lata SC, Espinoza CA. La importancia del fomento de las habilidades blandas en la educación. *Illari.* 2020; (9): 34-38.



PRESENCIA FAMILIAR DURANTE PROCEDIMIENTOS INVASIVOS EN ENFERMERÍA

Eva María de Mingo Fernández; Belzunegui Eraso, Angel; Gómez de Quero, Marina; Gómez, Esther; Bazo, Leticia; Medina Martín, Guillermina

España

evamariade.mingo@urv.cat

1. INTRODUCCIÓN La Presencia Familiar Durante Procedimientos Invasivos (PFDI) permite que los familiares acompañen al paciente en procedimientos programados o de emergencia. A pesar de sus beneficios, como la mejora en la experiencia del paciente y la comprensión del procedimiento, su implementación sigue siendo limitada debido a barreras como el impacto en la dinámica del equipo sanitario, el aumento del estrés en los profesionales y la falta de protocolos claros.

En España, la evidencia científica sobre la PFDI es escasa y su aplicación varía según el entorno. Este estudio pionero analiza la percepción del personal de enfermería sobre la PFDI, identificando beneficios y barreras para su implementación. Con ello, se busca desarrollar una guía que facilite su aplicación en la práctica clínica.

Financiado por la Cátedra de Humanización de la Asistencia Sanitaria, este estudio contribuirá al desarrollo de estrategias y protocolos que promuevan una atención más humanizada en procedimientos invasivos.

2. OBJETIVOS (General y Específicos) Analizar los factores sociodemográficos que influyen en la percepción de la PFDI, así como las barreras y beneficios asociados. Este estudio forma parte de un proyecto más amplio cuyo objetivo es desarrollar una guía para la implementación de la PFDI en España. En esta fase, el estudio se centra en conocer las opiniones y experiencias del personal de enfermería sobre la PFDI.

3. METODOLOGÍA Estudio descriptivo transversal mediante cuestionario validado y autoadministrado en Microsoft Forms, dirigido a enfermería colegiada en España (N=345.969). La encuesta se difundió a través de organismos oficiales y redes sociales. La muestra se calculó con un 95% de confianza y 2% de margen de error, aplicando $p=0,84$ (enfermeras) y $q=0,16$ (enfermeros). Se emplearon tablas de contingencia para variables cualitativas y ANOVA para cuantitativas. Se creó un índice estandarizado (1 = Muy favorable, 0 = Nada favorable). Los análisis se realizaron en SPSS 23.0. Aprobado por comité ético (CEIPSA-2023-PR-0018).

4. RESULTADOS Se obtuvieron 2.045 respuestas, de las cuales 1.883 fueron válidas según los criterios de inclusión. Los resultados muestran diferencias significativas en la percepción de la PFDI en función del género, la experiencia profesional y el nivel educativo del personal de enfermería. Los enfermeros varones ($M=0.516$, $SD=0.205$) manifestaron una mayor disposición a permitir la PFDI en comparación con las enfermeras ($M=0.486$, $SD=0.198$). Asimismo, los profesionales con mayor experiencia ($M=0.553$, $SD=0.207$) se mostraron más favorables que aquellos con menos años de ejercicio ($M=0.478$, $SD=0.189$). En cuanto a la formación, quienes contaban con estudios avanzados ($M=0.591$, $SD=0.199$) expresaron una mayor aceptación de la PFDI en comparación con aquellos que solo tenían el grado universitario ($M=0.455$, $SD=0.185$).

Además, se observó que los profesionales que trabajan en Pediatría, Geriatría y Atención Primaria son los más favorables a la implementación de la PFDI. Entre los principales beneficios percibidos destacan el mayor confort emocional del paciente, el fortalecimiento del vínculo con la familia y una mejor comprensión de los procedimientos. No obstante, persisten barreras como el temor a interferencias durante los procedimientos, el posible aumento del estrés en el equipo sanitario y la falta de formación específica sobre la gestión de la presencia familiar en estos contextos.

5. CONCLUSIONES La percepción de la PFDI varía según género, experiencia y nivel educativo. En general, los profesionales con mayor experiencia y formación muestran una actitud más favorable.

Sin embargo, persisten barreras como la falta de formación y el temor a interferencias, lo que subraya la necesidad de desarrollar una guía específica y programas de capacitación para facilitar su implementación en la práctica clínica.

6. BIBLIOGRAFÍA

1. Pla de salut. Departament de Salut [Internet]. [cited 2023 Sep 29]. Available from: https://salutweb.gencat.cat/ca/el_departament/pla-salut/index.html
2. Meyers TA, Guzzetta CE, Clark AP, Klein JD, Taliaferro E, Meyers T. and Resuscitation : Corresponding author : 2001;101(5).



3. Twibell R, Debra Siela, Cheryl Riwwitis, Tina Riegle, Denise Bousman, Sandra Cable, Pam Caudill, Sherry Harrigan, Rick Hollars, Doreen Johnson AN. Nurses' Perceptions of their Self-Confidence and the Benefits and Risks of Family Presence During Resuscitation. *Am J Crit Care*. 2008;17(2):646-53.
4. Jabre P, Belpomme V, Azoulay E, Jacob L, Bertrand L, Lapostolle F, et al. Family Presence during Cardiopulmonary Resuscitation. *N Engl J Med* [Internet]. 2013;368(11):1008-18. Available from: <http://www.nejm.org/doi/10.1056/NEJMoal203366>
5. Snoby P. Practice alert: Family presence during CPR and invasive procedures. *J Radiol Nurs*. 2005;24(3):49-51.
6. Bossaert LL, Perkins GD, Askitopoulou H, Raffay VI, Greif R, Haywood KL, et al. European Resuscitation Council Guidelines for Resuscitation 2015. Section 11. The ethics of resuscitation and end-of-life decisions. *Resuscitation*. 2015;95:302-11.
7. Morrison LJ, Kierzek G, Diekema DS, Sayre MR, Silvers SM, Idris AH, et al. Part 3: Ethics: 2010 American Heart Association Guidelines for Cardiopulmonary Resuscitation and Emergency Cardiovascular Care. Vol. 122, *Circulation*. 2010.
8. Alert. AP. Facilitating Family Presence During Resuscitation and Invasive Procedures. Throughout the Life Span. *Crit Care Nurse*. 2024;44(2):1-13.
9. Bradford JY, Camarda A, Gilmore L, Horigan AE, Kaiser J, MacPherson-Dias R, et al. ENA Clinical Practice Guideline Synopsis: Family Presence During Resuscitation and Invasive Procedures. *J Emerg Nurs*. 2024;50(3):463-8.
10. Twibell R, Siela D, Riwwitis C, Neal A, Waters N. A qualitative study of factors in nurses' and physicians' decision-making related to family presence during resuscitation. *J Clin Nurs*. 2018;27(1-2):e320-34.
11. Twibell RS, Craig S, Siela D, Simmonds S, Thomas C. Being There: Inpatients' Perceptions of Family Presence During Resuscitation and Invasive Cardiac Procedures. *Am J Crit Care* [Internet]. 2015 Nov 1;24(6):e108-15. Available from: <http://ajcc.aacnjournals.org/cgi/doi/10.4037/ajcc2015470>
12. Artazcoz L, Oliva J, Escribà-Agüir V, Zurriaga Ó. La salud en todas las políticas, un reto para la salud pública en España. *Informe SESPAS 2010. Gac Sanit*. 2010;24(SUPPL. 1):1-6.
13. Fullbrook, Paul. Latour, Jos. Albarran, John. de Graaf, Wouter. Lynch, Fiona. Devictor, Denis. Norekval T. The Presence of Family Members During Cardiopulmonary Resuscitation: the European federation of Critical Care Nursing associations, the European Society of Paediatric and Neonatal Intensive Care, the Council on Cardiovascular Nursing and Allied Professions. *Connect World Crit Care Nurs*. 2007;5(4):86-8.
14. Schmidt B. Review of three qualitative studies of family presence during resuscitation. *Qual Rep*. 2010;15(3):731-6.
15. Sak-Dankosky N, Andruszkiewicz P, Sherwood PR, Kvist T. Integrative review: nurses' and physicians' experiences and attitudes towards inpatient-witnessed resuscitation of an adult patient. Vol. 70, *Journal of advanced nursing*. 2014. p. 957-74.
16. Bremer A, Sandman L. Futile cardiopulmonary resuscitation for the benefit of others: An ethical analysis. *Nurs Ethics* [Internet]. 2011;18(4):495-504. Available from: <http://nej.sagepub.com/content/18/4/495.abstract%5Cnhttps://web-a-ebshost-com.ezproxy2.acu.edu.au/ehost/pdfviewer/pdfviewer?sid=d811bcf1-805d-44c2-98d5-a591e18ddd53%40sessionmgr4004&vid=1&hid=4112>
17. Monzón JL, Saralegui I, Molina R, Abizanda R, Cruz Martín M, Cabré L, et al. Ética De Las Decisiones En Resucitación Cardiopulmonar. *Med Intensiva*. 2010;34(8):534-49.
18. Riginales O, Izquierdo DL, Pueyo GC, Monteagudo CV. La transmisión de valores bioéticos en la formación académica en Enfermería. 2019;1-6.
19. Boudreaux ED, Francis JL, Loyacano T. Family presence during invasive procedures and resuscitations in the emergency department: A critical review and suggestions for future research. *Ann Emerg Med*. 2002;40(2):193-205.
20. Robinson SM, Mackenzie-Ross S, Campbell Hewson GL, Egleston C V., Prevost AT. Psychological effect of witnessed resuscitation on bereaved relatives. *Lancet*. 1998;352(9128):614-7.
21. Lederman Z. La presencia familiar durante la resucitación médica tal como aparece en las series televisivas de gran audiencia: House, Grey's Anatomy, Medic. *Ética y Cine Journal*. 2008;2(17):39-46.
22. Ellison S. Nurses' attitudes toward family presence during resuscitative efforts and invasive procedures. *J Emerg Nurs*. 2003;29(6):515-21.
23. Holzhauser K, Finucane J. Staff attitudes to family presence during resuscitation. Part A: An interventional study. *Australas Emerg Nurs J*. 2007;10(3):124-33.
24. Holzhauser K, Finucane J. Part B: A survey of staff attitudes immediately post-resuscitation to Family Presence during resuscitation. *Australas Emerg Nurs J*. 2008;11(3):114-22.
25. Bremer A, Dahlberg K, Sandman L. To Survive Out-of-Hospital Cardiac Arrest: A Search for Meaning and Coherence. *Qual Health Res* [Internet]. 2009;19(3):323-38. Available from: http://resolver.scholarsportal.info/resolve/10497323/v19i0003/323_tsocaasfmac%5Cnhttp://qhr.sagepub.com/content/19/3/323.full.pdf
26. Dall 'orso S, Jara Concha P. PRESENCIA FAMILIAR DURANTE LA REANIMACIÓN CARDIOPULMONAR: LA MIRADA DE ENFERMEROS Y FAMILIARES FAMILY PRESENCE DURING CARDIOPULMONARY RESUSCITATION: THE LOOK OF NURSES AND FAMILY. *Cienc y enfermería XVIII*. 2012;(3):83-99.
27. Porter JE, Cooper SJ, Sellick K. Family presence during resuscitation (FPDR): Perceived benefits, barriers and enablers to implementation and practice. *Int Emerg Nurs* [Internet]. 2014 Apr;22(2):69-74. Available from: <http://linkinghub.elsevier.com/retrieve/pii/S1755599X13000657>
28. Feagan LM, Fisher NJ. The Impact of Education on Provider Attitudes Toward Family-Witnessed Resuscitation. *J Emerg Nurs* [Internet]. 2011;37(3):231-9. Available from: <http://dx.doi.org/10.1016/j.jen.2010.02.023>
29. Doolin CT, Quinn LD, Bryant LG, Lyons AA, Kleinpell RM. Family presence during cardiopulmonary resuscitation: Using evidence-based knowledge to guide the advanced practice nurse in developing formal policy and practice guidelines. *J Am Acad Nurse Pract*. 2011;23(1):8-14.
30. Shaw K, Ritchie D, Adams G. Does witnessing resuscitation help parents come to terms with the death of their child? A review of the literature. Vol. 27, *Intensive and Critical Care Nursing*. 2011. p. 253-62.
31. Dingeman RS, Mitchell E a, Meyer EC, Curley M a Q. Parent presence during complex invasive procedures and cardiopulmonary resuscitation: a systematic review of the literature. *Pediatrics*. 2007;120(4):842-54.
32. Porter J, Cooper SJ, Sellick K. Attitudes, implementation and practice of family presence during resuscitation (FPDR): A quantitative literature review. *Int Emerg Nurs*. 2013;21(1):26-34.



33. Porter J, Cooper SJ, Sellick K. Attitudes, implementation and practice of family presence during resuscitation (FPDR): A quantitative literature review. *Int Emerg Nurs* [Internet]. 2013;21(1):26–34. Available from: <http://dx.doi.org/10.1016/j.ienj.2012.04.002>
34. Cox B, APD. E. Patient Care Page. Family presence during cardiopulmonary resuscitation and invasive procedures. *American Journal of critical care: an official publication. Am J Crit Care*. 2007;16(3):283.
35. Moons P, Norekvål TM. European nursing organizations stand up for family presence during cardiopulmonary resuscitation: A joint position statement. *Prog Cardiovasc Nurs*. 2008;23(3):136–9.
36. Maurice H. Family presence in emergency department resuscitations: A proposed guideline for an Australian hospital. *Aust Emerg Nurs J* [Internet]. 2002;5(3):21–7. Available from: <http://linkinghub.elsevier.com/retrieve/pii/S1328274302800050>
37. Masa'Deh R, Saifan A, Timmons S, Nairn S. Families' Stressors and Needs at Time of Cardio-Pulmonary Resuscitation: A Jordanian Perspective. *Glob J Health Sci* [Internet]. 2013;6(2):72–85. Available from: <http://www.ccsenet.org/journal/index.php/gjhs/article/view/28909>
38. Vavarouta A, Xanthos T, Papadimitriou L, Kouskouni E, Iacovidou N. Family presence during resuscitation and invasive procedures: Physicians' and nurses' attitudes working in pediatric departments in Greece. *Resuscitation*. 2011;82(6):713–6.
39. Kingsnorth J, O'Connell K, Guzzetta CE, Edens JC, Atabaki S, Mecherikunnel A, et al. Family Presence During Trauma Activations and Medical Resuscitations in a Pediatric Emergency Department: An Evidence-based Practice Project. *J Emerg Nurs* [Internet]. 2010 Mar [cited 2018 Jan 2];36(2):115–21. Available from: <http://linkinghub.elsevier.com/retrieve/pii/S009917670900614X>
40. Santos González G, Sánchez Etxaniz J, Jiménez Tomás R. Presencia de familiares en los procedimientos realizados en urgencias de pediatría: opinión de la familia y de los profesionales. *Emergencias (St Vicenç dels Horts)* [Internet]. 2010;22(3):175–80. Available from: <http://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=3224172&info=resumen&idioma=SPA>
41. Magdaleno BDF, Tarrío IC, Vivanco IA, Corres NP, Martín FJG, Goitia AA, et al. Presencia familiar durante maniobras de reanimación: Estudio en el ámbito extrahospitalario en la Comunidad Autónoma Vasca. *Emergencias* [Internet]. 2006;18:135–40. Available from: http://www.semes.org/revista/vol18_3/2.pdf
42. López P, Rodríguez MJ, González Fernández E, Vitorero RP, Lombera Á, Histórica TR, et al. Actuaciones del profesional de Enfermería de urgencias ante la RCP: ética, legislación y vivencias. Revisión. 2012; Available from: <http://www.enfermeriacantabria.com/enfermeriacantabria/web/articulos/7/43>
43. de Mingo-Fernández EM. Presencia familiar durante procedimientos invasivos y reanimación cardiopulmonar. Opinión de pacientes, familiares y personal sanitario. *Universitat Rovira i Virgili*; 2021.
44. Instituto Nacional de Estadística (España). Nota de Prensa: Estadística de Profesionales Sanitarios Colegiados. Año 2023. [Internet]. Nota de prensa 20 de mayo de 2024. 2024 [cited 2024 Oct 31]. Available from: <https://www.ine.es/dyngs/Prensa/es/EPSC2023.htm>
45. Mingo-fernández E De, Belzunegui-eraso Á, Jiménez-herrera M. Family presence during resuscitation: adaptation and validation into Spanish of the Family Presence Risk-Benefit scale and the Self-Confidence scale instrument. 2021;2:1–12.
46. Taylor S.J BR. Introducción a los métodos cualitativos de investigación. 1987. 344 p.

48

EXPERIENCIAS, PERCEPCIONES Y EMOCIONES DE PACIENTES CRÓNICOS HOSPITALIZADOS TRAS UN PROGRAMA DE INTERVENCIÓN MUSICAL

Madalen Díaz Miranda; Sendoa Ballesteros Peña; Idoia Ispizua Barayazarra; Iñigo Adan Berreteaga; David Barrena Luque

Hospital Santa Marina Bilbao

MADALEN.DIAZMIRANDA@osakidetza.eus

1. INTRODUCCIÓN Las enfermedades crónicas y las condiciones que requieren cuidados paliativos representan un verdadero reto para los sistemas de salud, especialmente en términos de atención integral, manejo del dolor y apoyo emocional. Estas situaciones suelen implicar un deterioro físico progresivo y un impacto psicológico profundo en pacientes y sus familias. En el cuidado paliativo, las prioridades incluyen no solo el control de síntomas físicos, sino también la mejora del bienestar emocional y la calidad de vida en las etapas finales de la enfermedad.

Las terapias no farmacológicas, como la música, han emergido como herramientas complementarias valiosas en este contexto. Varios estudios han demostrado que la música puede reducir la ansiedad, mejorar el estado de ánimo y aliviar el dolor percibido, además de humanizar el cuidado y fortalecer la conexión emocional entre pacientes y profesionales de la salud. En cuidados paliativos, la música ha mostrado ser efectiva para abordar el sufrimiento emocional y promover experiencias de confort.

Sin embargo, el impacto de las intervenciones musicales en estos pacientes ha sido poco explorado desde una perspectiva cualitativa.

2. OBJETIVOS (General y Específicos) Este estudio busca investigar las experiencias y percepciones de pacientes con enfermedades crónicas que participaron en una intervención musical durante su estancia hospitalaria, contribuyendo así al conocimiento sobre el papel de la música en la mejora del bienestar emocional y la humanización de la atención.



3. METODOLOGÍA Se realizó un estudio cualitativo para explorar las experiencias de pacientes crónicos y en cuidados paliativos que recibieron intervenciones musicales durante su hospitalización. Utilizando entrevistas semiestructuradas, se recolectaron datos de 20 pacientes, logrando saturación teórica. Las intervenciones consistieron en microconciertos de 20 minutos, adaptados a las preferencias musicales de los pacientes, y se realizaron tres veces por semana. Las entrevistas fueron privadas y se grabaron para su análisis, con un enfoque inductivo y análisis de contenido, garantizando rigor y validez mediante triangulación de investigadores y auditoría externa. El estudio cumplió con principios éticos, asegurando confidencialidad y consentimiento de los participantes.

4. RESULTADOS Del análisis temático surgieron cuatro categorías: bienestar emocional y cognitivo, aspectos operativos de la intervención, evaluación personal y propuestas de mejora.

Bienestar emocional y cognitivo: La intervención musical impactó positivamente en el estado emocional de los pacientes, quienes reportaron mejoras en su ánimo y un ambiente más relajado. La música evocó recuerdos significativos, permitiendo a los pacientes revivir momentos felices de sus vidas.

Aspectos operativos de la intervención: Los pacientes valoraron la frecuencia de tres días a la semana, aunque algunos desearon sesiones diarias. La duración de 20 minutos fue generalmente adecuada, pero algunos sugirieron extenderla. El repertorio, que incluía canciones nostálgicas, fue bien recibido, y el formato individual se destacó por su intimidad, aunque algunos pidieron opciones grupales.

Evaluación personal: La intérprete fue elogiada por su profesionalidad y empatía, creando un ambiente cálido y humano. Los pacientes la consideraron accesible y confiable, lo que facilitó la apertura emocional durante las sesiones.

Propuestas de mejora: Los pacientes sugirieron aumentar la frecuencia de las sesiones, incorporar actividades complementarias como talleres de manualidades y ofrecer más opciones grupales. También se propuso extender la intervención a otras áreas del hospital y diversificar el repertorio musical, incluyendo canciones en euskera y otros géneros.

5. CONCLUSIONES Este estudio cualitativo pone de manifiesto que las intervenciones musicales personalizadas son una herramienta valiosa para mejorar el bienestar de los pacientes crónicos y en cuidados paliativos, al mismo tiempo que fomentan la humanización de la atención hospitalaria. Los hallazgos subrayan la necesidad de diseñar intervenciones flexibles y adaptadas a las necesidades individuales de los pacientes, integrándolas en un modelo de atención más amplio y holístico. Esta aproximación enriquece la experiencia del paciente a la vez que también contribuye a un entorno de cuidado más empático y centrado en la persona.

6. BIBLIOGRAFÍA

- World Health Organization. Noncommunicable diseases: Key facts. WHO; 2023.
- Worldwide Palliative Care Alliance, World Health Organization. Global atlas of palliative care at the end of life. Geneva: World Health Organization; 2014.
- Ferrell BR, Twaddle ML, Melnick A, Meier DE. National consensus project clinical practice guidelines for quality palliative care guidelines. J Palliat Med. 2018;21(12):1684-9.
- Bratt J, Dileo C. Music interventions for mechanically ventilated patients. Cochrane Database Syst Rev. 2014;2014(12):CD006902.
- Hole J, Hirsch M, Ball E, Meads C. Music as an aid for postoperative recovery in adults: A systematic review and meta-analysis. Lancet. 2015;386(10004):1659-71.

EFFECTIVIDAD DE LOS MENSAJES MOTIVACIONALES EN LOS PROFESIONALES DE ENFERMERÍA SOBRE EL CUIDADO HUMANIZADO.

Moisés Juan Arencibia Sánchez; Juan Carlos Falcón González; Silvia Andrea Borkoski Barreiro

Vithas Las Palmas, Las Palmas de Gran Canaria

humanizo@outlook.com

1. INTRODUCCIÓN En el entorno sanitario la humanización se dirige a un comportamiento más humano con el paciente, tratándose de un proceso complejo que abarca todas las dimensiones de la persona, que va desde la política, la cultura, la organización sanitaria, la formación de los profesionales, hasta el desarrollo de planes de cuidados. No existe una definición concreta sobre los cuidados humanizados.



La relación profesional de enfermería-paciente es considerada como una de las más importantes en el proceso de otorgar unos cuidados humanizados. Donde este intercambio requiere calidad humana y capacidad de relación entre las personas que interactúan, y constituye un lugar crítico, y privilegiado para el crecimiento o el deterioro, siendo más destacable esto último en lo que se ha venido a denominar deshumanización del sistema sanitario y por ende de los profesionales sanitarios.

Durante la exposición a mensajes persuasivos la actividad en la zona de la corteza prefrontal medial puede predecir un cambio de comportamiento posterior, consistente con la idea de que el contenido persuasivo puede afectar el comportamiento de manera diferente en función del contexto sociocultural y de cómo se interpreta y recibe ese mensaje, destacando que la motivación es un factor importante que impulsa el cambio de comportamientos.

2. OBJETIVOS (General y Específicos) El objetivo de este estudio es evaluar la efectividad de los mensajes motivacionales en los profesionales de enfermería como mejora en la sensibilización del cuidado humanizado.

3. METODOLOGÍA Se realizó un estudio analítico, longitudinal y prospectivo, con una metodología mixta de encuesta y exposición a mensajes, desde 2022 a 2023. El estudio obtuvo la aprobación del Comité de ética de la investigación. Los 119 participantes firmaron el consentimiento informado antes del inicio del estudio.

La escala utilizada valoraba las competencias personales en los cuidados humanizados de los profesionales de enfermería (HUMAS), se aplicó en tres ocasiones: una semana antes de la exposición a los mensajes, una semana posterior, y a los seis meses. Habiendo recibido 19 mensajes personalizados en el periodo de exposición.

4. RESULTADOS Se observa una mejora en la puntuación de la escala utilizada post exposición a los mensajes personalizados en todas las competencias personales que se valoran en comparación con los valores iniciales pre exposición. Sin embargo, los resultados a los seis meses disminuyen la puntuación en la mayoría de las competencias comparada con la escala inicial empeorando los resultados a largo plazo.

Los hallazgos en nuestro estudio mostraron un aumento a corto plazo de la puntuación en aspectos de sensibilización, en todas las dimensiones de la escala utilizada en ambas profesiones de manera individual. Si bien, es necesario destacar que en la dimensión sociabilidad en lo que se refiere al colectivo de TCAE no se refleja un aumento destacable a corto plazo, pudiendo basarse esta diferencia con respecto a las enfermeras en los dos tipos de perfiles que se engloban en esta dimensión: aquellos que muestran rasgos de sociabilidad de manera innata, y aquellos que adoptan habilidades sociales con el tiempo.

5. CONCLUSIONES La exposición a mensajes persuasivos de índole motivacional en los profesionales de enfermería resulta efectiva con aumento de la puntuación en aspectos de sensibilización en todas las dimensiones de la escala: disposición al optimismo, sociabilidad, comprensión emocional, autoeficacia, afectación y humanización. Aunque, esta efectividad se demuestra a corto plazo, disminuyendo en el largo plazo, donde no cambia los aspectos disposicionales de los profesionales de enfermería.

La falta de formación unida a la mayor implicación y niveles de exigencia asistencial de los usuarios, hacen ver la necesidad de implementar herramientas que mejoren sustancialmente el cuidado humanizado en los profesionales de enfermería

6. BIBLIOGRAFÍA

- Alonazi, W.B. (2020) 'The Impact of Emotional Intelligence on Job Performance During COVID-19 Crisis: A Cross-Sectional Analysis', *Psychology Research and Behavior Management*, 13, pp. 749-757. Available at: <https://doi.org/10.2147/PRBM.S263656>.
- Arredondo-González, C.P. and Siles-González, J. (2009) 'Tecnología y Humanización de los Cuidados: Una mirada desde la Teoría de las Relaciones Interpersonales', *Index de Enfermería*, 18(1), p.
- Bermejo Higuera, J.C. (2014) *Humanizar la asistencia sanitaria: aproximación al concepto*. Desclee de Brouwer (Serendipity maior: 47).
- Bermejo, J.C. et al. (2020) 'Virtudes para alcanzar la excelencia en las profesiones sanitarias. Comparación entre las perspectivas ética y asistencial', *EIDON. Revista española de bioética*, (54), pp. 49-65. Available at: <https://doi.org/10.13184/revistaeidon.v0i54.132>.
- Calvo Francés, F. (2013) *Psicología básica para ciencias de la salud*. [sn].
- Carey, K.B. et al. (2020) 'Correcting Exaggerated Drinking Norms with a Mobile Message Delivery System: Selective Prevention with Heavy Drinking First-Year College Students', *Psychology of addictive behaviors: journal of the Society of Psychologists in Addictive Behaviors*, 34(3), pp. 454-464. Available at: <https://doi.org/10.1037/adb0000566>.
- Chiang et al (2022) 'Immersive virtual reality (VR) training increases the self-efficacy of in-hospital healthcare providers and patient families regarding tracheostomy-related knowledge and care skills', *Medicine*, 101(2), p. e28570. Available at: <https://doi.org/10.1097/MD.00000000000028570>.
- Cho, E. et al. (2023) 'The effectiveness of non-pharmacological interventions using information and



- communication technologies for behavioral and psychological symptoms of dementia: A systematic review and meta-analysis', *International Journal of Nursing Studies*, 138, p. 104392. Available at: <https://doi.org/10.1016/j.ijnurstu.2022.104392>.
- Correa Zambrano, M.L. (2016) 'Humanization of attention in health services: a matter of care', *Revista Cuidarte*, 7(1), pp. 1210-1218.
 - Devitt, A. and Hara, M.O. (2021) 'Perceptions of nurses caring for children with life-limiting conditions in an acute setting in the Republic of Ireland', *International Journal of Palliative Nursing*, 27(6), pp. 281-291. Available at: <https://doi.org/10.12968/ijpn.2021.27.6.281>.
 - dos Santos et al (2024) 'Randomized crossover clinical trial of a Mindfulness-based intervention for nurse leaders: A pilot study', *Revista Latino-Americana de Enfermagem*, 32, p. e4101. Available at: <https://doi.org/10.1590/1518-8345.6548.4101>.
 - Favero, L. et al. (2009) 'Aplicação da Teoria do Cuidado Transpessoal de Jean Watson: uma década de produção brasileira', *Acta Paulista de Enfermagem*, 22(2), pp. 213-218. Available at: <https://doi.org/10.1590/S0103-21002009000200016>.
 - Gainsbury, S.M. et al. (2018) 'Strategies to customize responsible gambling messages: a review and focus group study', *BMC Public Health*, 18, p. 1381. Available at: <https://doi.org/10.1186/s12889-018-6281-0>.
 - Goktas et al (2022) 'The Effects of Motivational Messages Sent to Emergency Nurses During the COVID-19 Pandemic on Job Satisfaction, Compassion Fatigue, and Communication Skills: A Randomized Controlled Trial', *Journal of Emergency Nursing*, 48(5), pp. 547-558. Available at: <https://doi.org/10.1016/j.jen.2022.06.001>.
 - Goleman, D. (2016) *Inteligencia emocional*. Centésima cuarta de octubre de 2020. Barcelona: Kairós.
 - Gong, Y. et al. (2020) 'Psychological Empowerment and Work Engagement as Mediating Roles Between Trait Emotional Intelligence and Job Satisfaction', *Frontiers in Psychology*, 11, p. 232. Available at: <https://doi.org/10.3389/fpsyg.2020.00232>.
 - Hernandez et al (2020) 'La excelencia profesional vista desde la ética y desde la asis-tencia sanitaria. Similitudes y diferencias', *Ética de los Cuidados*, pp. e13029-e13029.
 - Hersch et al (2016) 'Reducing Nurses' Stress: A Randomized Controlled Trial of a Web-Based Stress Management Program for Nurses', *Applied nursing research: ANR*, 32, pp. 18-25. Available at: <https://doi.org/10.1016/j.apnr.2016.04.003>.
 - Higuera, J.C.B. (2014) *Humanizar la asistencia sanitaria*. Desclee De Brouwer.
 - Hu, D. et al. (2020) 'Frontline nurses' burnout, anxiety, depression, and fear statuses and their associated factors during the COVID-19 outbreak in Wuhan, China: A large-scale cross-sectional study', *EclinicalMedicine*, 24, p. 100424. Available at: <https://doi.org/10.1016/j.eclinm.2020.100424>.
 - Huskey, R. et al. (2017) 'The persuasion network is modulated by drug-use risk and predicts anti-drug message effectiveness', *Social Cognitive and Affective Neuroscience*, 12(12), pp. 1902-1915. Available at: <https://doi.org/10.1093/scan/nsx126>.
 - Iyengar, M.S., Oinas-Kukkonen, H. and Win, K.T. (2018) 'Persuasive technology in biomedical informatics', *Journal of Biomedical Informatics*, 85, pp. 136-137. Available at: <https://doi.org/10.1016/j.jbi.2018.07.020>.
 - Kool, L.E. et al. (2020) 'The initiation of Dutch newly qualified hospital-based midwives in practice, a qualitative study', *Midwifery*, 83, p. 102648. Available at: <https://doi.org/10.1016/j.midw.2020.102648>.
 - Köse, S. et al. (2022) 'The effectiveness of motivational messages to intensive care unit nurses during the COVID-19 pandemic', *Intensive & Critical Care Nursing*, 69, p. 103161. Available at: <https://doi.org/10.1016/j.iccn.2021.103161>.
 - Kou, H. et al. (2022) 'The impact of mindfulness training on supportive communication, emotional intelligence, and human caring among nursing students', *Perspectives in Psychiatric Care*, 58(4), pp. 2552-2561. Available at: <https://doi.org/10.1111/ppc.13093>.
 - Li, J. et al. (2018) 'Team emotion diversity and performance: The moderating role of social class homogeneity', *Group Dynamics: Theory, Research, and Practice*, 22(2), pp. 76-92. Available at: <https://doi.org/10.1037/gdn0000083>.
 - Low, L.-F. et al. (2023) 'Forward with Dementia: process evaluation of an Australian campaign to improve post-diagnostic support', *BMC Health Services Research*, 23, p. 1369. Available at: <https://doi.org/10.1186/s12913-023-10347-4>.
 - Madani, S.M.S. et al. (2024) 'The effect of psychological first-aid virtual education on the communication skills of nurses in disasters: a randomized controlled trial', *BMC Psychology*, 12, p. 194. Available at: <https://doi.org/10.1186/s40359-024-01682-0>.
 - Malagón-Aguilera, M.C. et al. (2020) 'Dispositional Optimism, Burnout and Their Relationship with Self-Reported Health Status among Nurses Working in Long-Term Healthcare Centers', *International Journal of Environmental Research and Public Health*, 17(14), p. 4918. Available at: <https://doi.org/10.3390/ijerph17144918>.
 - Modica, E. et al. (2018) 'Neurophysiological Profile of Antismoking Campaigns', *Computational Intelligence and Neuroscience*, 2018, p. 9721561. Available at: <https://doi.org/10.1155/2018/9721561>.
 - Molero Jurado, M. del M. et al. (2019) 'Self-Efficacy and Emotional Intelligence as Predictors of Perceived Stress in Nursing Professionals', *Medicina*, 55(6), p. 237. Available at: <https://doi.org/10.3390/medicina55060237>.
 - Molero Jurado, M. del M. et al. (2021) 'Communication and humanization of care: Effects over burnout on nurses', *PLoS ONE*, 16(6), p. e0251936. Available at: <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0251936>.
 - Morales-García, W.C. et al. (2024) 'Depression, professional self-efficacy, and job performance as predictors of life satisfaction: the mediating role of work engagement in nurses', *Frontiers in Public Health*, 12, p. 1268336. Available at: <https://doi.org/10.3389/fpubh.2024.1268336>.
 - Pegors, T.K. et al. (2017) 'Predicting Behavior Change From Persuasive Messages Using Neural Representational Similarity and Social Network Analyses', *NeuroImage*, 157, pp. 118-128. Available at: <https://doi.org/10.1016/j.neuroimage.2017.05.063>.
 - Pérez-Fuentes, M. et al. (2019) 'Propuesta de un Modelo de Humanización basado en las Competencias Personales: Modelo HUMAS', *European Journal of Health Research*, 5. Available at:



- <https://doi.org/10.30552/ejhr.v5i1.173>.
- Plumed, C. (2014) Una aportación para la humanización. Archivo-Museo S.Juan de Dios. Available at: https://books.google.es/books?id=K0pqBAAQBAJ&pg=PA404&hl=es&source=gbs_selected_pages&cad=1#v=onepage&q&f=false.
 - RAE (2020) humanizar | Diccionario de la lengua española (2001), «Diccionario esencial de la lengua española». Available at: <https://www.rae.es/drae2001/humanizar> (Accessed: 1 December 2023).

63

VIVENCIAS DE LOS PACIENTES DURANTE LA TRANSICIÓN DE LA UNIDAD DE CUIDADOS INTENSIVOS A LA PLANTA DE HOSPITALIZACIÓN

Cecilia Cuzco Cabellos; María Carmen Moreno Arroyo; Laura de la Cueva Ariza; María Antonia Martínez Momblán; Marta Romero García; Pilar Delgado-Hito

Hospital Clínic, Hospital Bellvitge, Hospital Valle Hebrón. Barcelona

ccuzco@ub.edu

1. INTRODUCCIÓN La incidencia de trastornos psicológicos en pacientes adultos a los tres meses del alta de la Unidad de Cuidados Intensivos (UCI) es considerable, pudiendo persistir durante el primer año y está fuertemente asociada con una reducción de la calidad de vida.

Aunque se han realizado grandes esfuerzos para reducir las complicaciones después del alta de la UCI mediante intervenciones durante la estancia en la UCI y tras el alta hospitalaria, se ha prestado poca atención al proceso de transición y a la comprensión de las experiencias y expectativas de los pacientes de la UCI durante su traslado a otro nivel de cuidados.

La transición de la UCI es compleja y puede producir en el paciente inestabilidad y vulnerabilidad, provocando diversos patrones de respuesta en el paciente mediante comportamientos observables o no observables.

2. OBJETIVOS (General y Específicos) El objetivo de este estudio fue describir las vivencias de los pacientes que han sido trasladados de la unidad de cuidados intensivos a una planta de hospitalización.

3. METODOLOGÍA Estudio cualitativo descriptivo y multicéntrico. La población fueron pacientes que habían estado ingresados en la UCI. Características de la muestra: ser mayor de 18 años, haber permanecido en la UCI más de 48 horas, haber sido trasladado a una sala de hospitalización, poder comunicarse en una de las dos lenguas oficiales, estar en condiciones de realizar una entrevista personal y firmar el consentimiento informado. Se empleó un muestreo intencional. El tamaño final de la muestra se determinó siguiendo el principio de saturación teórica de los datos. Se realizaron entrevistas individuales en profundidad. Se realizó un análisis de contenido cualitativo.

4. RESULTADOS Se realizaron cuarenta y ocho entrevistas. El impacto en el bienestar emocional surgió como un tema principal, compuesto por cuatro categorías: necesidad de información, sentimientos contradictorios, expectativas durante la transición y factores condicionantes y seis subcategorías: falta de información de la transición de la UCI, falta de información del estado de salud actual, experiencia de emociones negativas, preocupación por la autonomía, expectativas durante la transición de la UCI, esperanza de futuro, barreras y facilitadores durante la transición de la UCI. Los participantes reflejaron sus experiencias describiendo sentimientos de miedo, nerviosismo, ira, angustia y decepción. Asimismo, humillación, sentirse como una carga, nostalgia, soledad, tristeza, indiferencia y resignación. Preocupación por recuperar su autonomía. Estar con la familia fue factor facilitador de la transición de la UCI así como recibir un trato humanizado por parte de los profesionales. Contrariamente manifestaron como barreras a una falta de apoyo emocional, ambiente cerrado con mucho ruido, luz, espacio limitado y horarios estrictos y que la organización de la atención al paciente en la UCI no se realiza de acuerdo con las necesidades del paciente sino que respeta las necesidades de organización de la unidad. También esperan una continuidad de los cuidados después del alta.

5. CONCLUSIONES La transición desde la UCI puede ser impactante para el paciente, lo que genera la necesidad de información y un impacto en su bienestar emocional que debe ser cuidadosamente planificado y abordado antes, durante y después de la transición de la UCI.



6. BIBLIOGRAFÍA

1. Burnard P. A method of analysing interview transcripts in qualitative research. *Nurse Educ Today*. 1991;11(6):461-466.
2. Chick N, Meleis A. Transitions: A Nursing Concern. Peggy Chinn. *Nursing Research Methodology - Issues and implementation*. New York: Aspen Publication. *Nurs Res Methodol* [Internet]. 1986;237-57. Available from: <http://repository.upenn.edu/nrs/9%0ACopyright>
3. Ludin SM, Arbon P, Parker S. Patients' transition in the Intensive Care Units: Concept analysis. *Intensive Crit Care Nurs* [Internet]. 2013;29(4):187-92. Available from: <http://dx.doi.org/10.1016/j.iccn.2013.02.001>
4. Cline DD. A Concept Analysis of Vulnerability during Transitions. *Nurs Educ Perspect*. 2016;37(2):91-6.
5. Ricart Basagaña MT. Proceso de alta de una unidad de cuidados intensivos. Medición de la ansiedad y factores relacionados. TDX (Tesis Dr en Xarxa) [Internet]. 2015 Nov 5 [cited 2024 May 15]; Available from: <http://www.tdx.cat/handle/10803/399533>

72

“PREVALENCIA DE ESTEREOTIPOS EDADISTAS EN LOS FUTUROS PROFESIONALES SANITARIOS DE UNIVERSIDADES ESPAÑOLAS” (Premiada como Mejor Comunicación Oral)

Jorge Leocadio Baño; Ariadna de la Vega Castelo; Rosa Romero Moreno; Carlos Vara García; María del Sequeiros Pedroso

Universidad Rey Juan Carlos (URJC) y Universidad a Distancia de Madrid (UDIMA),
Comunidad de Madrid

j.leocadio.2018@alumnos.urjc.es

1. INTRODUCCIÓN Según la Organización Mundial de la Salud, el edadismo hace referencia a los estereotipos, prejuicios y discriminación hacia las personas, debido a su edad, especialmente hacia las personas mayores (OMS,2022). Estos estereotipos tienen consecuencias negativas importantes en la salud de las personas y aumentan los costes del sistema sanitario. En España, estos prejuicios son frecuentes tanto en profesionales de la salud como en los futuros profesionales sanitarios, es decir, los estudiantes de grados de ciencias de la salud (Iglesias-Gómez et al., 2022; Sarabia Cobo y Castanedo Pfeiffer, 2015). Se trata por tanto de un problema de especial relevancia dado que uno de los desafíos a los que nos enfrentamos como sociedad es el reto demográfico que plantea el incremento de la longevidad de la población y que hará que los profesionales sanitarios tendrán entre sus pacientes con mayor frecuencia a esa población más envejecida.

2. OBJETIVOS (General y Específicos) Evaluar la prevalencia de estereotipos edadistas en alumnos de Ciencias de la Salud de universidades españolas (futuros profesionales sanitarios). Como objetivo específico se pretende detectar qué tipos de prejuicios son más prevalentes.

3. METODOLOGÍA Participaron en el estudio 91 estudiantes de Terapia Ocupacional con una edad media de 20,53 años (DT=2,09; Rango: 19-30; 83,5% mujeres). Los niveles de estereotipos y el tipo de estereotipo se han evaluado mediante el Cuestionario de Estereotipos Negativos hacia la Vejez (CENVE; Blanca et al., 2005). Este cuestionario consta las siguientes tres dimensiones: a) salud b) carácter y personalidad c) factores sociales y motivación. Los análisis de frecuencias se realizaron tomando como referencia los puntos de corte identificados por León et al. (2013).

4. RESULTADOS La media de puntuaciones en el CENVE obtenida fue 33,19 (DT=6,1; Rango: 18-44). En la puntuación global de la escala el 20,9% de los participantes mostraron estereotipos negativos (puntuación media en la escala entre 37,5 y 60) hacia la vejez frente al 79,1% de los participantes que presentaron estereotipos neutros (puntuación media en la escala entre 15,5 y 37). Ninguno de los participantes mostró estereotipos positivos en la puntuación global de la escala (puntuación media en la escala de 15). Con respecto a las dimensiones, cabe destacar que se considera que existe estereotipo negativo cuando la puntuación media en la dimensión se encuentra entre 12,5 y 20. El 34,1% de los participantes mostró estereotipos negativos en la dimensión de salud (ej.: La mayor parte de las personas cuando llegan a los 65 años de edad, aproximadamente, comienzan a tener un considerable deterioro de memoria) , el 30,8% lo hicieron para la dimensión de carácter y personalidad (ej.: las personas mayores se irritan con facilidad y son “cascarrabias”) y, finalmente, el 18,7% presentaron estereotipos negativos para la



dimensión de factores sociales y motivación (ej.: las personas mayores tienen menos amigos que las más jóvenes).

5. CONCLUSIONES Los resultados obtenidos se muestran consistentes con estudios previos con estudiantes de Ciencias de la Salud, mostrando los participantes mayores niveles de estereotipos edadistas en las dimensiones de salud y carácter y personalidad (Medicina; López-Vargas et al., 2023). La presencia de estereotipos edadistas en los futuros profesionales sanitarios pone de manifiesto la necesidad de abordar el edadismo desde la formación de los profesionales sanitarios para garantizar una atención sanitaria adecuada para las personas mayores.

6. BIBLIOGRAFÍA

- Blanca, M. J., Sánchez-Palacios, C., y Trianes, M. (2005). Cuestionario de evaluación de estereotipos negativos hacia la vejez. *Revista Multidisciplinaria de Gerontología*, 15(4), 212-221.
- Iglesias-Gómez, R., Álvarez-Estévez, L., González-Rodríguez, C., Amaro-Vázquez, N., Rodríguez-Pastoriza, S., Sánchez Sánchez, N.J., y Hernández-Gómez M. (2022). Edadismo: análisis de los estereotipos negativos del envejecimiento en profesionales de AP. *Cadernos de atención primaria*, 28(1)
- León, S., Correa-Beltrán, G., y Giacaman, R. A. (2015). Negative ageing stereotypes in students and faculty members from three health science schools. *Gerodontology*, 32(2), 141-148. <https://doi.org/10.1111/ger.12065>
- López Vargas, J., Nuñez Bautista, C. A., Rodea Solares, G. F., & Nájera Espinosa, L. C. (2024). Estereotipos Negativos Hacia la vejez en Estudiantes de Medicina de Pregrado. *Ciencia Latina Revista Científica Multidisciplinaria*, 7(6), 7574-7591. https://doi.org/10.37811/cl_rcm.v7i6.9297
- Organización Mundial de la Salud [OMS]. (2022). Envejecimiento y Salud. Recuperado de: <https://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/ageing-and-health>
- Sarabia Cobo, C.M. y Castaneda Pfeiffer, C. (2015). Modificación de estereotipos negativos en la vejez en estudiantes de enfermería. *Gerokomos*, 26(1), 10-12. <https://dx.doi.org/10.4321/S1134-928X2015000100003>

73

OCHO AÑOS DE BUEN ROYO. PROYECTO DE HUMANIZACIÓN DE LA UCI DEL HOSPITAL ROYO VILLANOVA

Gabriel Tirado Anglés; Yolanda García García; Elena Campos Gutiérrez; Marta González Caballero; Víctor Mayor Bernad

Hospital Royo Villanova. Zaragoza

gtiradoa@gmail.com

1. INTRODUCCIÓN Esta comunicación pretende contar una historia de 8 años de pasos dados para mejorar el cuidado de nuestros pacientes, pero que, al final, nos ha beneficiado sobre todo a nosotros. A través de este camino, aprendimos que la humanización no solo transforma la asistencia, sino también a quienes la brindan. En 2017, un grupo de profesionales de la UCI de Hospital Royo Villanova de Zaragoza decidió emprender un camino transformador. Sabíamos que la excelencia en la medicina intensiva no solo se mide en supervivencia, sino también en la calidad humana de la atención. Así nació el Grupo de Humanización, con el propósito de convertir este espacio en un lugar donde la medicina conviviera con la calidez, la cercanía y la empatía.

A lo largo de estos años, muchos profesionales han sumado su esfuerzo y compromiso en este proyecto, con la convicción de que cada pequeño gesto cuenta. Lo que comenzó como una idea ha evolucionado a una realidad que ha cambiado la vida de pacientes, familiares y sanitarios. Hoy, al mirar atrás, podemos decir con orgullo que la UCI del Royo es un lugar más humano, donde la atención va más allá de lo clínico y toca lo emocional.

2. OBJETIVOS (General y Específicos) **Objetivo general:**

Convertir la UCI en un entorno más humano, donde pacientes, familias y profesionales se sientan acompañados y apoyados.

Objetivos específicos:

Romper barreras y facilitar la presencia de los familiares junto a los pacientes.

Crear una comunicación más efectiva y cálida entre profesionales y pacientes.

Proteger la salud mental y el bienestar del personal sanitario.

Asegurar un seguimiento integral de los pacientes tras su estancia en UCI.

3. METODOLOGÍA El proyecto ha sido impulsado por un equipo multidisciplinar que ha trabajado para implementar cambios que marcaran la diferencia, todo a través de reuniones periódicas para definir y evaluar las estrategias.



Se realizaron encuestas de satisfacción a pacientes y familiares para identificar áreas de mejora y específicas para familias tras el fallecimiento de sus seres queridos, encuestas de burnout a los profesionales para conocer su estado emocional y prevenir el desgaste laboral. Programas de formación en comunicación y gestión emocional, mejoras en los espacios físicos y en la dinámica asistencial para favorecer el bienestar y muchas otras acciones.

4. RESULTADOS En estos ocho años, la UCI del HRV se ha transformado significativamente:

Paseos que curan: Desde 2017, pacientes han podido salir al exterior, favoreciendo su bienestar emocional y recuperación.

Una UCI de puertas abiertas: Se ampliaron horarios de visita y se flexibilizaron las normas, incluso durante la pandemia.

Entorno más amable: Se han llevado a cabo mejoras en la iluminación, reducción del ruido y adecuación de boxes y del pasillo de entrada un ambiente más acogedor.

Televisores y música para pacientes: elementos audiovisuales que contribuyen a la distracción, el confort y la reducción del estrés hospitalario.

Pizarras biográficas y diarios UCI: Se han implementado herramientas para que los pacientes puedan expresarse y conectar con su entorno, ayudando a su recuperación emocional.

Mejor comunicación: Se han realizado talleres sobre comunicación efectiva en situaciones difíciles y se han proporcionado tablets para pacientes con dificultades en el habla, mejorando su interacción con el equipo médico.

Apoyo al personal sanitario: Programas de bienestar y prevención del burnout, promoviendo el equilibrio emocional de los profesionales.

Seguimiento post-UCI: Se ha creado una consulta especializada para acompañar a los pacientes tras su estancia en la UCI, asegurando un seguimiento integral de su recuperación, etc, etc

5. CONCLUSIONES Este proyecto demuestra que la humanización no es solo un ideal, sino una realidad posible con voluntad y compromiso. Hemos mejorado la vida de pacientes, familias y profesionales, encontrando en este proceso un motivo para seguir adelante con renovada ilusión. La UCI del HRV es ahora un lugar de buen Royo, donde la medicina convive con la compasión, la escucha y el respeto por la dignidad de cada ser humano.

6. BIBLIOGRAFÍA

- 1.- Heras, G. (2016). Manual de Buenas Prácticas de Humanización en las Unidades de Cuidados Intensivos. Proyecto HU-CI
- 2.- Alonso-Ovies, Á., & Heras la Calle, G. (2016). ICU: a branch of hell? Intensive Care Med.
- 3.- Proyecto HUCI

ESTRATEGIAS DE HUMANIZACIÓN EN LA EXPERIENCIA DEL PACIENTE EN UN CENTRO DE HEMODIÁLISIS

Nicolas Nin Vaeza; Marta Guerrero; Pablo Presso; Maximiliano Grajales; Rodrigo Sarantes

Centro de Hemodialisis, Comeca, Canelones, Uruguay

nicolas.nin@diaverum.com

1. INTRODUCCIÓN La humanización de la asistencia sanitaria es un pilar fundamental en la mejora de la calidad del cuidado y la satisfacción del paciente. En el centro de diálisis de, se implementó un cambio de liderazgo y una estrategia basada en la experiencia del paciente, con el objetivo de mejorar la percepción del cuidado y fortalecer la relación entre el equipo asistencial y los usuarios.

Disponemos de una herramienta a base de encuesta validada para los pacientes de modo anual, con un score de 7 puntos máximo y una clasificación de los pacientes en promotores o no promotores en base a ella. La encuesta tienen las siguientes dimensiones; La comunicación y si se le escucha en la Clínica; El apoyo que se le brinda en la clínica a su enfermedad; La información de la enfermedad que se le brinda en la clínica; La implicancia en la enfermedad; El respeto y el cuidado de la dignidad; Si se le brinda transporte la calidad; La calidad de la limpieza, la merienda y las instalaciones.

2. OBJETIVOS (General y Específicos) Evaluar el impacto de un cambio en el liderazgo organizacional, la implementación de actividades centradas en la experiencia del paciente y su relación con la mejora en los resultados de la encuesta de percepción del cuidado en un centro de diálisis.

3. METODOLOGÍA Se diseñó un modelo en 3 fases:

1. Cambio de liderazgo: Fortalecimiento del rol del equipo directivo con un enfoque en comunicación efectiva y liderazgo.

2. Actividades de experiencia del paciente: estrategias de formación del personal en empatía y actividades para mejorar el bienestar de los pacientes.

3. Evaluación del impacto: Comparación de los resultados de la encuesta de percepción del cuidado antes y después de la intervención.

Análisis estadístico



Los datos serán expresados en media y porcentaje. El análisis estadístico utilizado fue para la variable cuantitativa un test de student pareado y para los datos cualitativos el chi cuadrado.

4. RESULTADOS • Se evidenció una mejora significativa en el score de percepción del cuidado, reflejada en un incremento significativo pasando de 5.2 (2023) a 6.4 (2024) y el nivel de promotores paso de 11% (detractores 70%) a 57% promotores (detractores 19%).

• Se observó un aumento en la confianza del paciente hacia el equipo asistencial, mejorando la comunicación y la adherencia al tratamiento.

5. CONCLUSIONES El cambio de liderazgo y la implementación de estrategias demostraron ser efectivas para mejorar la percepción del cuidado y la experiencia del paciente. La implementación de actividades centradas en el paciente generó un impacto positivo en el ambiente del centro, reduciendo el estrés y fortaleciendo la relación entre pacientes y profesionales de la salud.

Estos resultados subrayan la importancia de un enfoque estructurado en la mejora de la calidad para optimizar la calidad de los servicios y el bienestar de los pacientes.

6. BIBLIOGRAFÍA

- Casaux-Huertas, A., et al. (2021). "Impacto de la aplicación de medidas de humanización en unidades de hemodiálisis". *Enfermería Nefrológica*, 24(3), 279-293. https://scielo.isciii.es/scielo.php?pid=S2254-28842021000300279&script=sci_arttext
- Contreras-Martos, G. M., et al. (2023). "Percepción de los pacientes respecto a la humanización del cuidado enfermero en una unidad de hemodiálisis". *Enfermería Nefrológica*, 26(4), 326-335. https://www.researchgate.net/publication/376997818_Percepcion_de_los_pacientes_respecto_a_la_humanizacion_del_cuidado_enfermero_en_una_unidad_de_hemodialisis
- Ruano Yarpaz, L. G., & Chicaíza Enríquez, M. L. (2023). "Percepción de cuidados humanizados de enfermería en pacientes con insuficiencia renal crónica". *Revista Información Científica*, 101(2), 3656-1715. <https://revibiomedica.sld.cu/index.php/ibi/article/download/3656/1715>
- Santamaría, N. P., Rodríguez, K. A., & Carrillo, G. M. (2019). "Percepción de comportamiento de cuidado de enfermería en adultos con terapia renal de diálisis peritoneal y hemodiálisis". *Enfermería Nefrológica*, 22(3), 284-292.

Póster



Nº	POSTER	Pag.
01	LABORATORIO MUSICAL PARA LA CALIDAD DE VIDA Y LA SOSTENIBILIDAD.	26
03	HUMANIZACIÓN DE LAS UNIDADES DE CUIDADOS INTENSIVOS PEDIÁTRICOS: UNA REVISIÓN SISTEMÁTICA	27
04	BUENAS PRÁCTICAS EN HUMANIZACIÓN EN LA ATENCIÓN EN UN HELICÓPTERO MEDICALIZADO	30
05	EL DOCUMENTO DE "IDENTIDAD, PREFERENCIAS Y VALORES DE LA PERSONA" COMO INSTRUMENTO DE ACP	31
11	DISCAPACIDAD Y CÁNCER DE MAMA: BARRERAS Y ESTRATEGIAS DE HUMANIZACIÓN EN EL PROCESO ONCOLÓGICO.	32
12	RECONECTA CON TU SALUD MENTAL	33
13	FÁBULA DEL "PUEDE SER".	34
14	SÍNDROME POST-UCI: ABORDAJE DESDE ATENCIÓN PRIMARIA	36
15	YOGA ONCOLÓGICO.... GANANDO FUERZA AL CÁNCER	36
19	NAVIDAD CERCA DE TI: UN ABRAZO DE HUMANIZACIÓN EN EL HOSPITAL LA PAZ.	37
20	"PROTOCOLO DE CONTACTO PIEL CON PIEL EN LA UCI DEL HOSPITAL UNIVERSITARIO DEL SURESTE: FORTALECIMIENTO DEL VÍNCULO MATERNO-FILIAL Y MEJORA DEL BIENESTAR INTEGRAL"	38
21	HUMANIZANDO LA UNIDAD DE CUIDADOS INTENSIVOS (UCI): PERSPECTIVA DE LOS TRES ACTORES PRINCIPALES (PACIENTES, FAMILIARES Y PROFESIONALES) SOBRE LA FLEXIBILIZACIÓN DE LAS VISITAS.	40
23	BOTIQUÍN DE INCLUSIVIDAD PARA HUMANIZAR LA ATENCIÓN EN SALUD	41
24	FORMACIÓN EN ACCESIBILIDAD UNIVERSAL DESDE LA PARTICIPACIÓN	42
25	TEJIENDO JUNTXS: CREACIÓN DE UNA COMUNIDAD VIRTUAL DE APOYO ENTRE FAMILIAS EN ATENCIÓN PALIATIVA PEDIÁTRICA	43
26	SALIDAS AL EXTERIOR DEL PACIENTE DE LA UNIDAD DE CUIDADOS INTENSIVOS EN EL HOSPITAL UNIVERSITARIO DE IGUALADA	44
27	TRABAJANDO DESDE LA PREVENCIÓN Y LA HUMANIZACIÓN: ESTRATEGIA MULTICOMPONENTE PARA LA REDUCCIÓN DE LAS CONTENCIÓNES MECÁNICAS EN UNIDADES DE HOSPITALIZACIÓN DE LA RED DE SALUD MENTAL DE BIZKAIA (RSMB) *	45
29	MAPA DE EMPATÍA. UNA HERRAMIENTA PARA DAR A LA RELACIÓN MÉDICO-PACIENTE UN ENFOQUE MÁS HUMANIZADO.	47
30	"DESPEDIDA EN LA UCI EN NAVIDAD"	48
31	REFLEXIÓN EN TORNO AL TESTIMONIO DE UN PACIENTE	50
32	CONOCIENDO LA EXPERIENCIA DEL PACIENTE COMO HERRAMIENTA PARA LA HUMANIZACIÓN EN UN SERVICIO DE URGENCIAS. PROTOCOLO DE INVESTIGACIÓN.	51
33	SEGUIMIENTO DE LAS VISITAS REALIZADAS EN URGENCIAS 2023-2024 CON INTERRUPCIONES. PROYECTO DE MEJORA.	53
34	EL LIDERAZGO HUMANIZADO EN CENTROS SANITARIOS: LA VOZ DE LOS PROFESIONALES	54
35	"LA COMUNIDAD SORDA ALZA LA VOZ"	56
36	EL PACIENTE INFORMADO: UN PROYECTO PARA EMPODERAR AL USUARIO DEL SISTEMA SANITARIO	57
37	IMPLANTACIÓN DEL PROYECTO DE CONTENCIÓN CERO DENOMINADO "DSLLIGATS" EN UNA UNIDAD DE AGUDOS DE MEDICINA INTERNA	58



39	VERIFICACIÓN DE LAS PROPUESTAS PARA MEJORAR EL DESCANSO NOCTURNO DE LAS PERSONAS INGRESADAS EN UN HOSPITAL	59
40	PROYECTO “HOSPITALITAT I NATURA” EN UN HOSPITAL COMARCAL	61
42	MEJORA DE LA EXPERIENCIA DEL PACIENTE EN EL AREA DE DISPENSARIOS	61
43	UN SITIO WEB PARA ACOGIDA E INFORMACIÓN CIUDADANA: HUMANIZANDO LA ATENCIÓN PRIMARIA	62
44	ABORDAJE INTEGRAL AL ALTA DE PACIENTES CON SÍNDROME CORONARIO AGUDO	64
45	ELABORACIÓN E IMPLEMENTACIÓN DE UN PROCEDIMIENTO NORMALIZADO DE TRABAJO (PNT) SOBRE LOS CUIDADOS AL PACIENTE EN SITUACIÓN DE ÚLTIMOS DÍAS (SUD).	66
46	COMO MEJORAR COMPETENCIAS RELACIONADAS CON LA ATENCIÓN CENTRADA EN LA PERSONA	67
47	COMO MEJORAR LA EXPERIENCIA DE LA PERSONA ATENDIDA EN LA SALA DE ECOGRAFÍA	68
49	EL ÁRBOL DE LA REA	69
50	¿TE SUMAS AL PROYECTO Y HUMANIZAMOS EL HOSPITAL?	70
51	“REDISEÑANDO LA ASISTENCIA SANITARIA: HACIA UN MODELO CENTRADO EN LA DIGNIDAD DE LAS PERSONAS MAYORES MEDIANTE EL DESARROLLO DE UN RECURSO DE INTERVENCIÓN GRATUITO Y EN ABIERTO”	72
52	GUÍA PARA ACOMPAÑAR EN LOS ÚLTIMOS DÍAS: DUDAS, MIEDOS Y OPORTUNIDADES AL FINAL DE LA VIDA	73
53	HUMANIZACIÓN DE LOS SERVICIOS DE SALUD A TRAVÉS DE LA COMUNICACIÓN CLARA	74
54	INTERVENCIONES RELACIONADAS CON LA COMUNICACIÓN PARA FOMENTAR LA HUMANIZACIÓN DE LOS CUIDADOS.	75
55	PERCEPCIÓN DE LOS PACIENTES SOBRE LA HUMANIZACIÓN DEL CUIDADO DE ENFERMERÍA.	77
56	ANTICIPATE, SI QUIERES TE AYUDAMOS	78
58	PROGRAMA GOSPITAL: IMPACTO TERAPÉUTICO Y HUMANIZADOR DE LA VISITA DE MASCOTAS EN LA ATENCIÓN INTERMEDIA.	79
59	REANIMANDO CON VISTAS AL MAR.	80
60	¿ESTÁ CAMBIANDO EL PERFIL DE LOS FUTUROS MÉDICOS?	82
62	CUIDADO HUMANIZADO DEL PACIENTE CON TRASTORNO DEL ESPECTRO AUTISTA EN PRUEBAS DE RESONANCIA MAGNÉTICA	83
64	“VAMPITOUR”: UN PROYECTO PARA HUMANIZAR EL ACTO DE LA EXTRACCIÓN SANGUÍNEA EN LA POBLACIÓN INFANTO-JUVENIL ESPECIALMENTE SENSIBLE	84
65	HUMANIZANDO LA CONSULTA DE OSTOMÍA	85
66	VOCES SILENCIADAS: PROMOVRIENDO LA COMUNICACIÓN Y HUMANIZACIÓN EN PACIENTES CON PROBLEMAS DE COMUNICACIÓN	87
67	MAMÁ SIN BARRERAS. HUMANIZAR LOS CUIDADOS MATERNO-FILIAL FAVORECIENDO EL VÍNCULO AFECTIVO Y FAMILIAR EN SITUACIONES ADVERSAS. VÍA CLÍNICA ORGANIZATIVA HOSPITAL MATERNO-INFANTIL HOSPITAL UNIVERSITARIO DE JAÉN	88
68	CIRUGÍA DE CONTORNO CORPORAL POSTBARIÁTRICA	89
69	“MICROPIGMENTACIÓN DEL COMPLEJO AREOLA-PEZÓN TRAS MASTECTOMÍA”	90
70	“UNA MIRADA A TU CIRUGÍA CON IMÁGENES”	91
71	PERCEPCIONES DE LAS NECESIDADES EMOCIONALES Y ÁREAS DE INTERVENCIÓN PSICOLÓGICA EN PERSONAS CON	93



	ENFERMEDAD CRÓNICA COMPLEJA Y SUS CUIDADORES FAMILIARES: ANÁLISIS CUALITATIVO	
76	EDUCACIÓN GRUPAL EN PERSONAS PORTADORAS DE OSTOMÍA: EL PODER DE COMPARTIR.	94
77	VÁLVULAS FONATORIAS: DEVOLVIENDO LA VOZ QUE LA TRAQUEOSTOMÍA HABÍA APAGADO	95

* Premiada como Mejor Póster

LABORATORIO MUSICAL PARA LA CALIDAD DE VIDA Y LA SOSTENIBILIDAD.

Fernández-Cuervo Lorente, Javier; Vernia Carrasco, Anna

djkraun@hotmail.com

1. INTRODUCCIÓN Nos encontramos llevando a cabo el proyecto MUSAS en el Hospital la Magdalena de Castellón (HACLE) en asociación con la Cátedra L'Alcora de Investigación Musical y Calidad de Vida de la Universidad Jaume I. Implementamos un programa terapéutico de música activa mediante sesiones de canto y música de forma semanal a los pacientes ingresados en el hospital, estando abierto a familiares, cuidadores y personal sanitario. Esto generando un ambiente más cercano y positivo. El proyecto combina canto, expresión rítmica y corporal así como el uso de instrumentos para fomentar la recuperación física y emocional de los pacientes y sus familiares.

2. OBJETIVOS (General y Específicos) Inicialmente nuestro objetivo fue la prevención de la progresión a demencia desde estado de deterioro cognitivo leve, además de conseguir un incremento sustancial en la calidad de vida de los pacientes crónicos, encontrando una mejora en la ansiedad, el insomnio, el dolor o la agitación psicomotriz posterior. La aplicación del programa de música activa ha evidenciando que la música funciona como una terapia no invasiva mejor que la música implementada de manera pasiva (escucha musical). Y esto ha hecho que persigamos un nuevo objetivo, que es dotar al hospital de un Laboratorio de Investigación Musical.

3. METODOLOGÍA - Congregar a pacientes y familiares en salas amplias y confortables, dispuestos a participar en el proyecto musical, en número de 15 a 20 personas.

- Relajación/activación, calentamiento vocal/corporal, instrumental Orff (pequeña percusión, xilófonos adaptados al programa), escritura/lectura de canciones (en letra), canto sincronizado con la percusión, el movimiento corporal, relajación y análisis de la sesión.

- Seguimiento posterior y la necesidad de analgésicos, ansiolíticos, apetito, calidad del sueño, avisos a personal sanitario

- Encuestas de satisfacción tras la realización del programa de música activa.

4. RESULTADOS El proyecto MUSAS que se está desarrollando desde hace varios años y tanto para pacientes y componentes del coro, también mayores ponen en que este MAP (Programa Musical Activo), mejorar la calidad de vida de las personas. En especial a pacientes afectados por trastornos neurológicos: demencia Alzheimer, Parkinson, ictus, demencia vascular, ect, viendo en los registros la mejoría psicológica, en aumento en la psicomotricidad, en los resultados de los cuestionarios en los que usamos la satisfacción de los asistentes. Se evidencia que el tiempo de estancia de ingreso hospitalario es más llevadero, se obtiene una mejoría a nivel cognitivo, funcional, anímico, social entre pacientes y personal sanitario, se requiere menos medicación ansiolítica o analgésica, el descanso nocturno es más reparador, se observa mejoría en el control de cifras tensionales.

5. CONCLUSIONES Partiendo de la base de que "la música no cura", las evidencias y opiniones de expertos en el campo de la salud y la psicología, apuestan por la música activa para mejorar la calidad de vida y la salud mental. Las enfermedades neurodegenerativas pueden retardar su aparición e incluso su fatal deterioro.

La música es una herramienta terapéutica que mejora el ánimo, facilita la liberación emocional y fomenta la socialización. A través del canto, la expresión corporal y el uso de instrumentos, adoptamos un enfoque holístico que busca la armonía entre cuerpo, mente y emociones, promoviendo una recuperación más completa.

6. BIBLIOGRAFÍA

- Adler SE. Music can be a great way to improve your mood. AARP. 2020;29.
- Carballo Ortega, B., y Sánchez Cabrera, M.V. (2021). El manejo del estrés laboral en la planta de hospitalización de pacientes COVID-19. Ene, 15(1), 748. Epub 06 de diciembre de 2021. http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1988-348X2021000100002&lng=es&tlng=es.
- Coulter, A (2018). Creative Health: The Arts for Health and Wellbeing. <https://www.culturehealthandwellbeing.org.uk/appg->



- inquiry/Publications/Creative_Health_The_Short_Report.pdf
- Gupta N. Singing Away the Social Distancing Blues: Art Therapy in a Time of Coronavirus. *Journal of Humanistic Psychology*. 2020;60(5):593-603.
 - Lord TR & Garner, JE. (1993). Effects of music on Alzheimer's patients. *Perceptual Motor Skills*, 76, 451-455.
 - Vernia Carrasco, A.M. y Martí Puig, M. (2017). Música y palabra contra el Alzheimer. *Arte, Individuo y Sociedad, Arte y Demencia* 29 (Núm. Especial). Pp. 159-173. ISSN: 1131-5598 <http://dx.doi.org/10.5209/ARIS.53451>
 - Prickett, C. & Moore, R. (1991). The Use of Music to Aid Memory of Alzheimer's Patients. *Journal Music Therapy*; 28 (2), 101-110.
 - Soriano-Sánchez, J.-G., y Jiménez-Vázquez, D. (2023). Beneficios de las intervenciones sobre la calidad de vida en profesionales de la salud. *Revista Acciones Médicas*, 2(2), 7-18. <https://doi.org/10.35622/j.ram.2023.02.001>
 - Trombetti A., Hars M., Herrmann FR., Kressig R.W., Ferrari S. & Rizzoli R. (2010). Effect of music-based multitask training on gait, balance, and fall risk in elderly people: a randomized controlled trial. *Arch Intern Med*. 2011, 281(7), 525-33. doi: 10.1001/archinternmed.446.
 - Vernia-Carrasco, A. M. (2023). Music to combat stress during the pandemic: brief theoretical review. *MOJ Gerontology & Geriatrics*. 8, 1. DOI: <https://doi.org/10.15406/mojgg.2023.08.00300> <https://medcraveonline.com/MOJGG/MOJGG-08-00300.pdf>
 - Vernia Carrasco, A. M. (2022a). The impact of the absence of musical practice in a group of older people. *MOJ Gerontol Ger*. 7(3):56-57. <https://doi.org/10.15406/mojgg.2022.07.00291>
 - Vernia Carrasco, A.M. (2022b). Musics for life: a Spanish project for improving quality of life and prevention of dementia through music participation. *Perspectives in Public Health*. 2022;142(2):70-71. Research Article. <https://doi.org/10.1177/17579139211072781>
 - Vernia Carrasco, A.M. & Tischler, V. (2021a). Mind the technology gap: A case study of music engagement during the COVID-19 pandemic. *Journal of Music, Health, and Wellbeing*. ISSN 2515-981X. <https://musichealthandwellbeing.co.uk/musickingthroughcovid19>
 - Vernia-Carrasco, A. M. (2021b). Música y tecnología contra el Covid-19: un caso en personas mayores. *Prisma Social*, 32, P. 244-261. ISBN 1989-3469. <https://revistaprismasocial.es/article/view/4050>
 - Vernia-Carrasco, A. M. (2019). Educational innovation Project: songs for life. *MOJ gerontology & Geriatrics*. MedGrae. 4(3):74-75. DOI: 10.15406/mojgg.2019.04.00182. <https://medcraveonline.com/medcrave.org/index.php/MOJGG/article/view/7008/13206>

03

HUMANIZACIÓN DE LAS UNIDADES DE CUIDADOS INTENSIVOS PEDIÁTRICOS: UNA REVISIÓN SISTEMÁTICA

García Fernández, Javier; Romero García, Marta ; Benito Aracil, Lúcia; Delgado Hito, María Pilar

jgarcife60@alumnes.ub.edu

1. INTRODUCCIÓN La humanización de los cuidados intensivos ha sido un pilar en la atención a pacientes adultos, guiado por las líneas estratégicas del Proyecto de Humanización de los Cuidados Intensivos. No obstante, este enfoque no ha sido trasladado de manera adecuada a las Unidades de Cuidados Intensivos Pediátricos (UCIP). A pesar de los avances en la humanización de las UCI para adultos, las UCIP aún carecen de una implementación integral de estas estrategias, lo que deja un vacío en el abordaje humanizado del cuidado pediátrico crítico.

Para adaptar el Manual de Buenas Prácticas en Humanización en la UCI al contexto pediátrico, es esencial explorar la literatura científica existente sobre las líneas estratégicas del Proyecto HU-CI en el ámbito de las UCIP. Este paso es crucial para diseñar un modelo de atención más respetuoso, centrado en el niño y su familia, y que contribuya a mejorar la calidad de los cuidados en un entorno tan complejo como el de las UCIP. La adecuada adaptación de estas estrategias no solo promueve el bienestar del paciente, sino que también fortalece el vínculo con sus familiares, generando un entorno más humano y empático en los cuidados intensivos pediátricos.

2. OBJETIVOS (General y Específicos) Identificar los hallazgos en la literatura científica relevantes para las líneas estratégicas propuestas por el Proyecto de Humanización de los Cuidados Intensivos en el contexto de las Unidades de Cuidados Intensivos Pediátricos.

3. METODOLOGÍA Se realizó una búsqueda bibliográfica en PubMed, Scopus, CINAHL y Cochrane Library, utilizando términos específicos y estrategias adaptadas a cada base. Se incluyeron publicaciones que cumplieran dos criterios: 1) relacionadas con la unidad de cuidados intensivos pediátricos y 2) que abordaran al menos uno de los temas de las líneas estratégicas del Proyecto de Humanización de los Cuidados Intensivos. La selección de estudios siguió las directrices PRISMA, y la calidad fue

evaluada con la herramienta Mixed Method Appraisal Tool (MMAT). La síntesis de los estudios se realizó mediante un enfoque narrativo para organizar los hallazgos obtenidos.

4. RESULTADOS Se incluyeron un total de 100 artículos de 19 países diferentes, que abarcan el período entre 2019 y 2021. Se identificaron 19 tipos de diseño diferentes. Treinta y dos estudios fueron observacionales transversales, mientras que 15 tuvieron un enfoque experimental. Los artículos se distribuyeron entre las siete líneas estratégicas del Proyecto HU-CI de la siguiente manera: unidad de cuidados intensivos de puertas abiertas: presencia y participación de la familia (n=9); comunicación (n=21); confort y satisfacción del paciente y la familia (n=19); cuidado del personal (n=11); síndrome post-cuidados intensivos (n=9); cuidados al final de la vida (n=26); e infraestructura humanizada (n=5).

En los estudios seleccionados, se analizaron diferentes estrategias y resultados relacionados con la implementación de buenas prácticas en las UCIP, destacándose la importancia de una comunicación efectiva, el apoyo emocional al paciente y sus familias, así como el cuidado integral del personal sanitario. Asimismo, se observó que las líneas estratégicas más representadas fueron los cuidados al final de la vida y la comunicación, lo que refleja la creciente preocupación por estos aspectos. Sin embargo, áreas como la infraestructura y el síndrome post-cuidados intensivos tuvieron una representación menor, lo que indica la necesidad de investigar más en estos campos.

5. CONCLUSIONES Se analizó la información disponible en la literatura científica sobre las siete líneas estratégicas del Proyecto HU-CI en el contexto de las UCIP. Los estudios destacan la necesidad de realizar investigaciones experimentales para obtener conclusiones más robustas. Se observó que no todas las líneas estratégicas han sido investigadas igualmente. Es vital continuar buscando formas de involucrar a las familias en el cuidado diario y en procedimientos invasivos, así como desarrollar estrategias para abordar el burnout y mejorar la conexión entre los especialistas. Además, se requiere investigar más sobre complicaciones secundarias a la hospitalización y la infraestructura en la UCIP.

6. BIBLIOGRAFÍA

- Agra, M.C., & Grupo de trabajo MOMUCIP RETROSPECTIVO. (2019). Modos de fallecimiento de los niños en Cuidados Intensivos en España. Estudio MOMUCIP (modos de muerte en UCIP). *An Pediatr (Barc)*, 91(4), 228-236. <https://doi.org/10.1016/j.anpedi.2019.01.016>
- Ahmed, A., Farouk, S., & Shokry, D. (2019). Mothers' Satisfaction with Care Provided for their Children in Pediatric Intensive Care Unit. *Middle East Journal of Nursing*, 13(2), 17-28. DOI: 10.5742MEJN.2019.93636
- Aldawood, F., Kazzaz, Y., AlShehri, A., Alali, H., & Al-Surimi, K. (2020). Enhancing teamwork communication and patient safety responsiveness in a paediatric intensive care unit using the daily safety huddle tool. *BMJ Open Quality*, 9, e000753. DOI: 10.1136/bmjopen-2019-000753
- Alonso-Ovies, Á., & Heras La Calle, G. (2016). ICU: a branch of hell? *Intensive Care Med*, 42(4), 591-592. <https://doi.org/10.1007/s00134-015-4023-7>
- Annuar, W.S.H.W.M., Ludin, S.M., & Amran, N.A. (2021). Parents' experience in taking care of critically ill children while hospitalization. *Enfermería Clínica*, 31, S67-S71. DOI: 10.1016/j.enfcli.2020.10.021
- Badke, C.M., Essner, B.S., O'Connell, M., & Malakooti, M.R. (2019). An Innovative Virtual Reality Experience in the PICU: A Pilot Study. *Pediatr Crit Care Med*, 20, e283-e286. DOI: 10.1097/PCC.0000000000001917
- Bazzan, J.S., Marten, V.M., Gabatz, R.I., Klumb, M.M., & Schwartz, E. (2021). Communicating with the intensive care team: the perspective of hospitalized children's families. *Revista de Enfermagem Referência*, 5(7), e21010. DOI:10.12707/RV21010
- Bazzan, J.S., Milbrath, V.M., Gabatz, R.I.B., Soares, M.C., Schwartz, E., & Soares, D.C. (2019). Support systems in the pediatric intensive therapy unit: family perspective. *Rev Bras Enferm*, 72 (Suppl 3), 243-50. <http://dx.doi.org/10.1590/0034-7167-2018-0588>.
- Beauchamps, T. L., & Childress, J.F. (2009). *Principios de Ética Biomédica*. Barcelona: Masson, 6a edición.
- Bennett, R.A., & LeBaron, V.T. (2019). Parental Perspectives on Roles in End-of-Life Decision Making in the Pediatric Intensive Care Unit: An Integrative Review. *J Pediatr Nurs*, 46, 18-25. DOI: 10.1016/j.pedn.2019.02.029
- Bermejo, J.C. (2014). *Humanizar la asistencia sanitaria*. Bilbao: Descleé de Brouwer.
- Bobillo-Pérez, S., Segura, S., Girona-Alarcón, M., Felipe, A., Balaguer, M., Hernández-Platero, L., Sole-Ribalta, A., Guitart, C., Jordan, I., & Cambra, F.J. (2020). End-of-life care in a pediatric intensive care unit: the impact of the development of a palliative care unit. *BMC Palliat Care*, 19(1):74. DOI: 10.1186/s12904-020-00575-4
- Bosch-Alcaraz, A., Alcolea-Monge, S., Fernández Lorenzo, R., Luna-Castaño, P., Belda-Hofheinz, S., Falcó Pegueroles, A., Piqueras-Rodríguez, P., Molina-Gallego, I., Potes-Rojas, C., Gesti-Senar, S., Orozco-Gámez, R., Tercero-Cano, M. C., Saz-Roy, M. Á., Jordan, I., García-Soler, P., & Tamame-San Antonio, M. (2021). Grade of sedation in the critically ill pediatric patient and its correlation with sociodemographic and clinical variables. Multicentre COSAIP study. *Enfermería Intensiva*, 32, 189-197. <https://doi.org/10.1016/j.enfi.2020.12.002>
- Bosch-Alcaraz, A., Jordan, I., Benito-Aracil, L., Saz-Roy, M.A., & Falcó-Pegueroles, A. (2020). Discomfort of the critically ill paediatric patient and correlated variables. *Australian Critical Care*,

- 33, 504-510. <https://doi.org/10.1016/j.aucc.2020.02.009>
- Bosch-Alcaraz, A., Jordan, I., Rodríguez-Martín, D., & Falcó-Pegueroles, A. (2020). Meaning and comfort factors in the paediatric intensive care unit from an adult perspective: a descriptive phenomenological study. *Scand J Caring Sci*, 34, 627-635. <https://doi.org/10.1111/scs.12764>
- Bradbury, K.R., Williams, C., Leonard, S., Holding, E., Turner, E., Wagner A.E., Piantino, J., Luther, M., & Hall, T.A. (2021). Emotional Aspects of Pediatric Post-Intensive Care Syndrome Following Traumatic Brain Injury. *Journ Child Adol Trauma*, 14, 177-187. DOI: 10.1007/s40653-020-00332-y
- Broman, A., Williams, C., Macauley, R., & Carney, P.A. (2020). A Mixed-Methods Quasi-Experimental Study on Perspectives Among Physicians and Nurses Regarding Use of Palliative Care Teams in the Pediatric Intensive Care Unit After Out-of-Hospital Cardiac Arrest. *Am J Hosp Palliat Care*, 38(2), 130-137. DOI: 10.1177/1049909120937454
- Brooten, D., Youngblut, J.M., Roche, R.M., Caicedo, C., Del-Moral, T., Cantwell, G.P., & Totapally, B.R. (2019). Acute Illnesses, Use of Health Services, and Changes in Medication Among Parents After Infant or Child Death. *Am J Crit Care*, 28(3), 193-201. DOI: 10.4037/ajcc2019572
- Buckley, L., Christian, M., Gaiteiro, R., Parshuram, C.S., Watson, S., & Dryden- Palmer, K. (2019). The relationship between pediatric critical care nurse burnout and attitudes about engaging with patients and families. *The Canadian Journal of Critical Care Nursing*, 30(3), 22-28. https://www.researchgate.net/publication/340902096_The_relationship_between_pediatic_critical_care_nurse_burnout_and_attitudes_about_engaging_with_patients_and_families
- Burns, K.E.A., Rizvi, L., Charteris, A., Laskey, S., Bhatti, S.B., Chokar, K., & Choong, K.L.M. (2020). Characterizing Citizens' Preferences for Engagement in Patient Care and Research in Adult and Pediatric Intensive Care Units. *J Intensive Care Med*, 35(2), 170 – 178. DOI: 10.1177/0885066617729127
- Burton, M., Caswell, H., Porter, C., Mott, S., & DeGrazia, M. (2020). Moral Distress: Defined and Described by Neonatal and Pediatric Critical Care Nurses in a Quaternary Care Free-Standing Pediatric Hospital. *Dimens Crit Care*, 39(2), 101-109. DOI: 10.1097/DCC.0000000000000403
- Busico, M., das Neves, A., Carini, F., Pedace, M., Villalba, D., Foster, C., García-Urrutia, J., Garbarini, M., Jereb, S., Sacha, V., & Estenssoro, E. (2019). Programa de seguimiento al alta de la unidad de cuidados intensivos. *Med Intensiva*, 43(4), 243-254. <https://doi.org/10.1016/j.medin.2018.12.005>
- Butler, A.E., Copnell, B., & Hall, H. (2019). When a Child Dies in the PICU: Practice Recommendations From a Qualitative Study of Bereaved Parents. *Pediatr Crit Care Med*, 20(9), e447-e451. DOI: 10.1097/PCC.0000000000002040
- Çalisir, H., Karatas, P., Turan, T., & Ergin, D. (2020). Relationship Between Liking of Children and Burnout, Compassion Fatigue, Occupational Satisfaction in Pediatric Nurses. *Turkiye Klinikleri J Nurs Sci*, 12(1), 30-6. DOI: 10.5336/nurses.2019-70084
- Cardoso, S. B., Oliveira, I. C. D. S., Souza, T. V., & Carmo, S. A. D. (2021). Pediatric Intensive Care Unit: reflection in the light of Florence Nightingale's Environmental Theory. *Rev Bras Enferm*, 74(5), e20201267. <https://doi.org/10.1590/0034-7167-2020-1267>
- Choong, K., Zorko, D., Awojoodu, R., Ducharme-Crevier, L., Fontela, P., Lee, L., Guerguerian, A.M., Garcia, G., Krmpotic, K., McKelvie, B., Menon, K., Murthy, S., Sehgal, A., Weiss, M., & Kudchadkar, S. (2021). Prevalence of Acute Rehabilitation for Kids in the PICU: A Canadian Multicenter Point Prevalence Study. *Pediatric Critical Care Medicine*, 22(2), 181-193. DOI: 10.1097/PCC.0000000000002601
- Clark, M.E., Carleton, M.E., Cummings, B.M., & Noviski, N. (2019). Children's Drawings With Narratives in the Hospital Setting: Insights Into the Patient Experience. *Hospital Pediatrics*, 9(7), 495-500. <https://doi.org/10.1542/hpeds.2018-0170>
- Colleti-Junior, J., Araujo, O.R., Andrade, A.B., & Carvalho, W.B. Practices related to assessment of sedation, analgesia and delirium among critical care pediatricians in Brazil. *Einstein (São Paulo)*, 18, 1-6. http://dx.doi.org/10.31744/einstein_journal/2020AO5168
- Committee of Ministers (2011). Guidelines on child-friendly health care. Last access on March 10, 2022. https://search.coe.int/cm/Pages/result_details.aspx?ObjectID=09000016805c1527
- Consejo Internacional de Enfermeras. (2021). Código de Ética del CIE para las Enfermeras. Last access on March 10, 2022. https://www.consejogeneralenfermeria.org/images/pdfs/ICN_Code-of-Ethics_SP_WEB.pdf
- Da Silva, P.S., & Fonseca, M. (2020). Factors Associated With Unplanned Extubation in Children: A Case-Control Study. *Journal of Intensive Care Medicine*, 35(1), 74-81. DOI: 10.1177/0885066617731274
- Das, A., Bharti, B., Malhi, P., & Singhi, S. (2019). End-of-Life Milieu of Critically Sick Children Admitted to a Pediatric Hospital: A Comparative Study of Survivors versus Nonsurvivors. *Indian J Palliat Care*, 25(4), 550-555. DOI: 10.4103/IJPC.IJPC_60_19
- De Monte, M., Marty-Petit, E.M.L., Baudin, F., Zamor, J., Ford-Chessel, C., Tume, L.N., Bordet, F., & Valla, F.V. (2020). Improving mealtimes for paediatric intensive care children and families: A quality improvement initiative. *Nurs Crit Care*, 26, 288-296. <https://doi.org/10.1111/nicc.12567>
- Delgado-Corcoran, C., Bennett, E.E., Bodily, S.A., Wawrzynski, S.E., Green, D., Moore, D., Cook, L.J., & Olson, L.M. (2021). Prevalence of specialised palliative care consultation for eligible children within a paediatric cardiac ICU. *Cardiol Young*, 31(9), 1458-1464. DOI: 10.1017/S1047951121000433
- Delgado-Corcoran, C., Wawrzynski, S.E., Bennett, E.E., Green, D., Bodily, S., Moore, D., Cook, L.J., & Olson, L.M. (2020). Palliative Care in Children With Heart Disease Treated in an ICU. *Pediatr Crit Care Med*, 21(5), 423-429. DOI: 10.1097/PCC.0000000000002271
- Esses, S.A., Small, S., Rodemann, A., & Hartman, M.E. (2019). Post-Intensive Care Syndrome: Educational Interventions for Parents of Hospitalized Children. *American Journal of Critical Care*, 28(1), 19-27. DOI: 10.4037/ajcc2019151
- Extremera, P., Afion, J.A., & García-de Lorenzo. (2018). ¿Están justificadas las consultas externas de medicina intensiva? *Med Intensiva*, 42(2), 110-113. <https://doi.org/10.1016/j.medin.2017.07.010>
- Falkenburg, J.L., van Dijk, M., Tibboel, D., & Ganzevoort, R.R. (2020). The fragile spirituality of



parents whose children died in the pediatric intensive care unit. J Health Care Chaplain, 26(3), 117-130. DOI: 10.1080/08854726.2019.1670538

- Fayed, N., Cameron, S., Fraser, D., Cameron, J.I., Al-Harbi, S., Simpson, R., Wakim, M., Chiu, L., & Choong, K. (2020). Priority outcomes in critically ill children: A patient and parent perspective. American Journal of Critical Care, 29, e94-e103. <https://doi.org/10.4037/ajcc2020188>
- Flanders, S., Hampton, D., Missi, P., Ipsan, C., & Gruebbel, C. (2020). Effectiveness of a Staff Resilience Program in a Pediatric Intensive Care Unit. Journal of Pediatric Nursing, 50, 1-4. DOI: 10.1016/j.pedn.2019.10.007

04

BUENAS PRÁCTICAS EN HUMANIZACIÓN EN LA ATENCIÓN EN UN HELICÓPTERO MEDICALIZADO

Vallano Laina, M^a Pilar; Vigo Quindos, M^a Teresa

pvallano.hcme.ste@gencat.cat

1. INTRODUCCIÓN Durante la atención prehospitalaria y en situaciones de riesgo vital, los medios humanos, tecnológicos y organizativos se vuelcan en dar respuesta para dar la mejor atención y mejorar la supervivencia. Los medios aéreos garantizan la eficiencia, la eficacia en la atención y la equidad entre los diferentes territorios. Durante una activación o servicio, la persona y su familia pierden el control sobre sus propias vidas, sobre su identidad, privacidad y autonomía, nos revelan datos sensibles de su intimidad para que nosotros podamos resolver su grave problema de salud. Estas situaciones pueden derivar en pérdida de dignidad o despersonalización. Es importante no perder de vista la atención centrada en las personas en la atención a las emergencias.

El equipo de nuestro Helicóptero medicalizado está formado por: médicos/as, enfermeros/as, pilotos, copilotos/as y mecánico y damos cobertura sanitaria desde hace 20 años a la población de nuestra zona de referencia atendiendo servicios primarios y servicios Inter hospitalarios.

Estos profesionales tienen altos niveles de capacitación, formación y profesionalidad.

2. OBJETIVOS (General y Específicos) • Describir las prácticas relacionadas con la Atención Centrada en la Persona (ACP) que aplican los profesionales de un Helicóptero Medicalizado durante la asistencia en situaciones críticas.

• Redactar una Guía de Buenas Prácticas en Humanización de la atención que sirva de referencia a profesionales noveles y nuevas incorporaciones al equipo.

3. METODOLOGÍA • Búsqueda bibliográfica

• Entrevistas individuales semi-estructuradas a profesionales médicos y enfermeras de un equipo de una base aérea.

• Categorización y análisis de tendencias de las respuestas para establecer las líneas de humanización sobre las que puede incidir la atención sanitaria en un helicóptero.

4. RESULTADOS Se han realizado 8 entrevistas de 12 profesionales asistenciales que forman parte del equipo (5 médicos y 3 enfermeras).

Con las actividades/acciones extraídas de las entrevistas se han establecido tres líneas de humanización:

Bienestar de la persona y soporte a la familia.

Bienestar físico

- Privacidad y intimidad
- Contacto y acompañamiento

Bienestar Psicológico

- Accesibilidad al equipo médico y aeronáutico
- Información relevante de forma clara y concisa

Soporte en situaciones de final de vida:

- Presencia de las familias durante el Soporte Vital
- Soporte y acompañamiento al duelo.

Identificación de personas vulnerables (personas mayores, niños, personas en riesgo de suicidio, violencia o maltrato) que necesitan de circuitos y atención diferenciada.

Ambiente humanizado

- Aislamiento del frío, calor y acústico
- Orientación en tiempo y espacio.
- Comunicación telefónica con la familia.

Cuidado y soporte a los profesionales

- Comunicación en el equipo: Briefing, Debriefing



- Agradecimiento a otros equipos con los que compartimos los servicios (seguridad, bomberos, otras unidades, profesionales de centros emisores y receptores).
- Condiciones laborales: acceso a psicólogos de empresa, Debriefing “terapéutico” para situaciones emocionalmente intensas, facilitar cambios de guardia, disponer de la planificación de trabajo con antelación, acogida a los nuevos profesionales

5. CONCLUSIONES El análisis del trabajo y actividades que realizan los profesionales de un helicóptero medicalizado tiene aspectos relacionados con la Atención Centrada en la Persona y la Humanización de la atención sanitaria.

Es importante que todos los profesionales del equipo estén sensibilizados y que las nuevas incorporaciones conozcan estas buenas prácticas y para ello es importante la creación de una Guía y realizar la correspondiente difusión.

6. BIBLIOGRAFÍA

- Manual de Buenas Prácticas de Humanización de los Servicios de Urgencias Hospitalarias. Proyecto HUCI
- Manual de Buenas Prácticas de Humanización de las Unidades de Cuidados Intensivos Proyecto HUCI

05

EL DOCUMENTO DE “IDENTIDAD, PREFERENCIAS Y VALORES DE LA PERSONA” COMO INSTRUMENTO DE ACP

Martínez Morelló, Magdalena; Pedrola Figueras, M^a José; Montamat Blade, Mónica; Isach Vázquez, Meritxel

mmartinez.hcme.ste@gencat.cat

1. INTRODUCCIÓN En las unidades de atención Intermedia, los TCAIs (Técnicos en Cuidados Auxiliares de Enfermería) tienen un papel importante dentro del equipo en la atención y cuidados de las personas usuarias. Gracias a la proximidad y tiempo de dedicación podemos conocer mejor su identidad, preferencias y valores, nos podemos adaptar a sus necesidades y proporcionar una atención más personalizada. Es por ello, que en nuestra unidad, ejercemos el rol de “Profesional de Referencia”.

Desde el modelo de Atención Centrada en la Persona (ACP), el “Profesional de Referencia” en una Unidad Intermedia proporciona cuidados personalizados desde un acompañamiento continuado en el día a día.

En este contexto, la implementación del documento “Identidad, Preferencias y Valores de la Persona” es un instrumento que permite recopilar y registrar la información más relevante sobre las necesidades y preferencias de la persona, y compartir la información con el equipo, promoviendo así un cuidado integral más personalizado.

2. OBJETIVOS (General y Específicos) o Integrar el documento “Identidad, Preferencias y Valores de la Persona” en los procesos de atención de la Unidad Intermedia y del Hospital de Día de nuestro centro.

o Analizar la implementación del documento.

o Determinar el grado de satisfacción de las personas usuarias en relación a sus expectativas.

o Proponer medidas para mejorar.

3. METODOLOGÍA Revisión bibliográfica para definir el Rol actual del “Profesional de Referencia” en las Unidades Intermedias y de los registros/documentos de preferencias y valores.

Diseño y adaptación del documento a la funcionalidad y perfil de usuarios de nuestra unidad.

Estudio piloto entre el 14 de agosto y el 14 de diciembre en el que se pasó el documento a las personas ingresadas en la Unidad Intermedia y a los usuarios que asisten al Hospital de Día.

Se establecieron mecanismos para evaluar la satisfacción de las personas usuarias.

Se realizaron entrevistas con las 4 “Profesionales de referencia” para establecer medidas de mejora.

4. RESULTADOS De un total de 25 ingresos en el Hospital de Día, se han excluido 3 reingresos que ya tenían el documento de preferencias registrado. Se han analizado 22 usuarios ingresados en el periodo estudiado, con un 100% de documentos “IPV” completados.

La encuesta de satisfacción, reveló que 20 de los 22 usuarios cumplieron sus expectativas en todas las preferencias manifestadas. Sólo dos usuarias expresaron insatisfacción: una consideró insuficiente el tiempo dedicado a la rehabilitación, y la otra indicó que los platos servidos en la comida no coincidían con los elegidos.



Se registraron en el mismo periodo un total de 98 ingresos en la Unidad de Atención Intermedia, a 16 no se les realizó el documento "IPV". De los 84 restantes, 14 fueron excluidos por diferentes motivos (5 estaban en proceso de final de vida, 1 no dio consentimiento, 2 ya tenían el documento completado por su asistencia al hospital de día, y 6 que habían reingresado sin cambios en sus preferencias. Así, de la muestra final (98) se obtuvo un 97.61% de registros completados.

Los resultados de la encuesta muestran una alta tasa de satisfacción, con un 95% de personas que indicaron que cumplieron sus expectativas en todas las preferencias.

5. CONCLUSIONES La implementación del documento ha demostrado ser un paso significativo hacia la ACP en nuestra unidad todo y el reto de cambiar rutinas y organización de la misma.

El conjunto de datos recogidos nos ha permitido conocer mejor las necesidades y preferencias de los usuarios. Es necesario dar respuestas factibles i reales a esta valoración para que los profesionales y usuarios vean una utilidad real.

Los resultados de la encuesta reflejan una tasa de satisfacción elevada entre las personas ingresadas en cuanto al logro de sus expectativas.

Los "Profesionales de Referencia" refieren que se pueden implementar mejoras en el documento.

6. BIBLIOGRAFÍA

- Formació en modalitat de tele-formació del curs "La Història de Vida" com a instrument de l'atenció centrada en la persona, des del 01/06/2022 fins al dia 13/07/2022, durada total de 10 hores.
- <https://www.matiainstituto.net/es/publicaciones/cuadernos-practicos-modelo-de-atencion-centrado-en-la-persona-5-profesional-de-referencia>
- VV.AA. (2009). Guías de buenas prácticas en centros de atención a personas mayores. Oviedo: Consejería de Bienestar Social y Vivienda.
- <https://www.segg.es/media/descargas/Acreditacion%20de%20Calidad%20SEG/G/CentrosDia/Centros%20d%C3%ADa-Parte%20II%20Asturias.pdf>

DISCAPACIDAD Y CÁNCER DE MAMA: BARRERAS Y ESTRATEGIAS DE HUMANIZACIÓN EN EL PROCESO ONCOLÓGICO.

Ibáñez Reyes, M^a Reyes; Casamayor, Franco; García Mur, Carmen; Eizaguirre, Beatriz

reyesibanez@gmail.com

1. INTRODUCCIÓN El cáncer de mama afecta a un 12% de personas con algún tipo de discapacidad, quienes enfrentan barreras significativas en las etapas de diagnóstico, tratamiento y seguimiento. Entre las más comunes se destacan:

1. Barreras físicas y de accesibilidad:

Los equipos diagnósticos y las instalaciones sanitarias (mamógrafos, consultorios) suelen no estar adaptados para sillas de ruedas o para personas con dificultades sensoriales, lo que retrasa el diagnóstico y dificulta la realización de pruebas.

2. Barreras comunicativas y actitudinales:

La escasa formación en discapacidad, puede derivar en una atención menos empática o en prejuicios que minimizan asus necesidades.

3. Barreras organizativas y de coordinación:

La falta de protocolos integrales que combinen el manejo del cáncer con las necesidades propias de la discapacidad (ya sean físicas, psíquicas o sensoriales) dificulta el seguimiento humanizado y personalizado.

2. OBJETIVOS (General y Específicos) Analizar las dificultades percibidas a través de encuestas valorar las estrategias de humanización a necesarias para mejorar la atención a este grupo vulnerable.

Para ello realizamos una Jornada de encuentro y mesas de dialogi entre pacientes de cancer de mama con discapacidad previa.

3. METODOLOGÍA Se obtuvieron los datos realizando encuesta directa en colaboración con la asociación de cáncer de mama (AMAC-GEMA) y la asociación Fermi que aglutina a personas con distintos tipos de discapacidad. Se realizó una encuesta a 52 participantes (pacientes, acompañantes y profesionales de la salud), explorando barreras específicas como dificultades para realizar

mamografías en silla de ruedas, problemas de comunicación, falta de adaptación en instrucciones y limitaciones en el acceso a servicios para personas con discapacidades intelectuales, físicas, auditivas, visuales, mentales y orgánicas.



4. RESULTADOS Más del 25% de los encuestados identificaron barreras en el diagnóstico. Los problemas incluyeron accesibilidad física, comunicación deficiente y falta de adecuación

en los servicios de cribado. A pesar de las limitaciones estructurales, se destacó la implicación de los profesionales sanitarios en paliar estas carencias.

La jornada subrayó la importancia de una atención integral y multidisciplinaria

- Adaptar los entornos de atención (facilitar el acceso a equipos adaptados, reducir tiempos de espera y mejorar la accesibilidad física y comunicativa).
- Capacitar a los profesionales de la salud para que reconozcan y valoren las particularidades de estos pacientes, fomentando el respeto, la inclusión y la toma compartida de decisiones.

- Implementar programas de apoyo psicosocial y de rehabilitación que integren cuidados personalizados, considerando tanto el impacto del cáncer como las limitaciones preexistentes.

5. CONCLUSIONES Las barreras identificadas reflejan la necesidad de estrategias coordinadas

para la humanización de la atención oncológica en pacientes con discapacidad. Estas deben incluir medidas estructurales, comunicativas y organizativas que garanticen una atención equitativa y digna.

Se plantearon recomendaciones como mejorar la accesibilidad en instalaciones, adaptar los lenguajes y procesos de comunicación y promover un acompañamiento personalizado.

6. BIBLIOGRAFÍA

- Gobierno de México, "Cáncer de mama y Mujeres con Discapacidad" GOB.MX.
- Discapacidad y cáncer: Una cuestión de equidad sanitaria CANCERIOWA.ORG
- Rodríguez P y Pino J. "Cáncer de mama y sexualidad: ¿una discapacidad emergente?"

RECONECTA CON TU SALUD MENTAL

Dotor Cruz, Pau; Baena López, Silvia; Andrés Mora, Hilari

pau.dotor@sjd.es

1. INTRODUCCIÓN Reconecta es una herramienta dirigida a las personas que padecen sufrimiento psicológico. Pretende generar un diálogo a partir de la creación de un plan de trabajo. Durante su proceso de recuperación la persona podrá plantear, con el apoyo de una referente, aquellos deseos, objetivos, actividades y compromisos que adquiera consigo misma y su entorno. Este documento incluye la posibilidad de elaborar un plan de crisis y un plan de decisiones anticipadas (PDA).

Está pensada para ser una herramienta transversal que acompañe a la persona de forma holística en los diferentes momentos de su recuperación independientemente del servicio o servicios de la red de atención a la salud mental que utilice, por lo que es una herramienta dinámica.

La figura de la gestora de casos en salud mental será la que oriente el Reconecta, haciendo las funciones de facilitadora que acompañe el proceso y poniendo en valor a la persona atendida como su propia referente.

Con esta herramienta se pretende dotar de agencia a las personas afectadas de sufrimiento psicológico desde una perspectiva humanizadora, haciéndolas protagonistas y acompañándolas en la toma de decisiones, comprometidas con el cambio que quieren para sus vidas.

2. OBJETIVOS (General y Específicos) El objetivo general de la herramienta es poner a la persona en el centro de su proceso de recuperación en salud mental, priorizando sus deseos y respetando sus derechos y capacidades.

Como objetivos específicos destacamos:

Potenciar que la persona consiga sus objetivos y así mejore su situación en todos los aspectos.

Generar un diálogo igualitario entre la persona atendida, la persona referente de la herramienta y aquellos servicios a los que la persona acuda.

Normalizar el sufrimiento psicológico como forma de eliminar el estigma existente en salud mental.

Fomentar la comunicación y el trabajo conjunto entre personas atendidas y servicios.



3. METODOLOGÍA Para la implementación de la herramienta Reconecta con las personas atendidas existen dos requisitos previos: que la persona acepte voluntariamente formar parte del proceso y que exista un vínculo entre la persona atendida y aquella que le presenta la herramienta.

En el tiempo de visita, se propone establecer espacios de diálogo acompañado en los que la persona vaya definiendo sus objetivos vitales y establezca una serie de actividades que favorezcan la consecución de esos objetivos y configuren su plan de trabajo.

Todo queda plasmado en un material que la persona puede consultar y presentar allá donde vaya.

4. RESULTADOS La herramienta todavía se encuentra en su fase inicial, se han hecho varias pruebas piloto y se espera que durante este año se implemente en todo el Parc Sanitari Sant Joan de Déu. Por lo tanto, no se han podido comprobar los resultados. No obstante, al haber presentado la herramienta a organizaciones en primera persona y algunas de las personas acompañadas en el programa de gestión de casos, estimamos que algunos de los resultados pudieran ser los siguientes:

- Favorece la participación de la persona en la toma de decisiones
- Se utiliza como instrumento propio del proceso de recuperación
- Favorece el diálogo entre la persona y su entorno
- Recoge información que es significativa para la persona
- Mejora el afrontamiento de las crisis
- Ayuda a cumplir los objetivos de la persona
- Reduce los ingresos en unidades de hospitalización psiquiátrica

5. CONCLUSIONES Reconecta supone un cambio de paradigma en el abordaje del sufrimiento psicológico desde una perspectiva terapéutica. Es una herramienta innovadora por la forma en la que coloca a la persona en el centro de su proceso de recuperación, siendo la persona quien define su plan de vida, utilizando su propio lenguaje e interiorizando su proceso de recuperación de forma subjetiva, sin prescripciones externas ni paternalismos, sino convirtiéndose en la protagonista de sus decisiones. La herramienta acompaña a la persona a lo largo de su proceso potenciando sus capacidades, independientemente del momento en el que se encuentre.

6. BIBLIOGRAFÍA

- ALLUÉ, M. (2013) El Paciente Inquieto. Los servicios de atención médica y ciudadanía. Barcelona: Edicions Bellaterra.
- COLINA F. Sobre la locura. Valladolid: Cuatro Ediciones, 2014.
- CORREA-URQUIZA, M. (2018). La condición del diálogo. Saberes profanos y nuevos contextos del decir. Revista de la Asociación Española de Neuropsiquiatría, 38(134), 567-585. Epub 01 de febrero de 2021.
- CORREA-URQUIZA, M.; SILVA, T.; BELLOC, M.; MARTÍNEZ-HERNÁEZ, «La evidencia social del sufrimiento. Salud mental, políticas globales y narrativas locales». Quaderns de l'Institut Català d'Antropologia, 2006, Núm. 22, p. 47-69.
- DAVIES, J. (2021). 'Sedados. Como el capitalismo moderno creó la crisis de salud mental'. Capitán Swing. Barcelona.
- DESVIAT, M. (2020) "La Reforma Psiquiátrica". Ediciones La revolución delirante. Madrid.
- FABREGA, H (1972). "The Study of the disease in relation to culture". Behav Sci. 1972 Mar;17(2):183-203.
- KNIGHT, T. (2019). Más allá de las creencias. Maneras alternativas de trabajar con delirios, ideas obsesivas y experiencias inusuales. LoComún Biblioteca Social Hnos. Quero (Granada).
- MARTÍNEZ-HERNÁEZ, A. (2006) "Cuando las hormigas corretean por el cerebro: retos y realidades de la psiquiatría cultural". Cad. Saúde Pública v. 22, n. 11, pp. 2269-2280.
- MARTÍNEZ-HERNÁEZ, A.; CORREA-URQUIZA, M. (2017). "Un saber menos dado: Nuevos posicionamientos en el campo de la salud colectiva". Revista: Salud Colectiva. Universidad Nacional de Lanús.
- MARTÍNEZ-HERNÁEZ, A. (1998). Antropología versus psiquiatría: el síntoma y sus Interpretaciones. Revista de la Asociación Española de Neuropsiquiatría. Vol. 18, No 68.
- MENENDEZ, E. L. (2018). Autoatención de los padecimientos y algunos imaginarios antropológicos. Desacatos. Revista De Ciencias Sociales, (58), 104-113.
- MENENDEZ E. L. (2008) Epidemiología sociocultural: propuestas y posibilidades.
- Región y sociedad [online], vol.20, n.spe.2 [citado 2016-06-27] Pp.5-50.
- Materiales consultados:
 - Manual para recuperación y autogestión del bienestar. ActivaMent y Federació VEUS, Cataluña
 - WHO Quality Rights. Promoting recovery in mental health and related services. United Nations
 - One Plan. Australian Community Support Organization. Australia
 - My Wellness Passport. Institute of Mental Health. Singapur
 - My Green Book. Let's Live Well in Rushcliffe. UK

FÁBULA DEL "PUEDE SER".

Quesada Pampols, Toni; Serrat Prat, M^a Àngels; Pérez Sánchez, Alfons

aquesada@althaia.cat

1. INTRODUCCIÓN El pensamiento filosófico oriental, contiene multitud de cuentos y fábulas, pensados para no perder el sentido de la vida y ayudarnos a conlleva-la de forma sana.

Presentamos aquí, una preciosa fábula oriental que se transmite de abuelos a nietos en China, una fábula que nos hace reflexionar, una fábula que nos lleva a la esencia de la vida y a no olvidar nuestra preciada humanización.

La fábula del "Puede ser...", es aplicada en nuestra actividad sanitaria del día a día, persiguiendo la humanización personal y del servicio que prestamos.

Todo ello, realizado en MP4 (vídeo), con música de fondo, dibujos explicativos y nuestra voz en off para hacerlo más agradable y entendible.

Al final: una sorpresa que nos debe llevar a la emoción más humana.

2. OBJETIVOS (General y Específicos) General:

Generar un pensamiento crítico y asertivo en el sanitario, para humanizar la atención al paciente.

Específicos:

Conseguir un método útil y reflexivo, que nos ayude en nuestras actividades, tanto profesionales como no profesionales.

Provocar el debate sobre humanización en la sanidad, valorando el estado actual de esta.

Estimular el equilibrio personal, a través de las enseñanzas que esta fábula y otras nos puede aportar.

Compartir un momento muy especial, en el qué podamos sentir la unidad que la humanización aporta.

3. METODOLOGÍA Se iniciará una selección de participantes, atendiendo a la edad (de 18 a 65a), profesionales de la sanidad (Enfermería, Medicina y Administrativos de nuestros centros de Salud).

Sabiendo que la humanización en el sector sanitario está muy relacionado con el nivel de estrés, se entregará Test de Ansiedad del Ministerio de Sanidad.

Se compartirá esta fábula, entre los profesionales sanitarios de nuestro centro, una vez por semana, justo antes del fin de semana, para compartirlo también con amigos y familia.

La duración será de 6 semanas.

Al inicio, se consultará a nuestro Comité de Ética.

4. RESULTADOS Al finalizar el proceso, se entregará de nuevo el Test, para poder recoger y valorar los resultados obtenidos.

Para ello, se trabajará conjuntamente con el Departamento de Investigación del Hospital.

Los resultados, serán publicados una vez finalizado el estudio.

5. CONCLUSIONES Esperamos conseguir una mejora general en el abordaje del estrés sanitario, como uno de los métodos para humanizar la atención en nuestros centros.

Esperando estos resultados, propondremos incluir este método de forma regular en las sesiones que se llevan realizando de forma programada y periódica.

6. BIBLIOGRAFÍA

1.- El estrés en personal sanitario hospitalario; estado actual. Medicina y Seguridad del Trabajo. vol.59 no.231 Madrid abr./jun. 2013 <https://dx.doi.org/10.4321/S0465-546X2013000200006>

2.- Humanization of Care: Key Elements Identified by Patients, Caregivers, and Healthcare Providers. A Systematic Review. Busch IM, Moretti F, Travaini G, Wu AW, Rimondini M. Patient. 2019 Oct;12(5):461-474. doi: 10.1007/s40271-019-00370-1. PMID: 31203515

3.- [Quality and ethics in healthcare]. Marckmann G, Schildmann J. Bundesgesundheitsblatt Gesundheitsforschung Gesundheitsschutz. 2022 Mar;65(3):335-341. doi: 10.1007/s00103-022-03492-4. Epub 2022 Feb 7.

PMID: 35129623

4.- Fundación Europea de Medicina Integrativa y Complementaria. Material Estudios Superiores de MTC. Universidad del Atlántico.

5.- The Process of Cultural Competence in the Delivery of Healthcare Services: a model of care.

Campinha-Bacote JJ Transcult Nurs. 2002 Jul;13(3):181-4; discussion 200-1. doi: 10.1177/10459602013003003.PMID: 12113146

6.- Compassionate Care in Healthcare Systems: A Systematic Review.



- Tehrani-neshat B, Rakhshan M, Torabizadeh C, Fararouei M. J Natl Med Assoc. 2019 Oct;111(5):546-554. doi: 10.1016/j.jnma.2019.04.002. Epub 2019 May 4. PMID: 31060872
- 7.- Mental health care for medical staff and affiliated healthcare workers during the COVID-19 pandemic. Walton M, Murray E, Christian MD. Eur Heart J Acute Cardiovasc Care. 2020 Apr;9(3):241-247. doi: 10.1177/2048872620922795. Epub 2020 Apr 28. PMID: 32342698
- 8.- La Psique en Medicina China. Maciocia. ElServier. 2004.
- 9.- Tao Te King. Lao Tsé. Lyon Pol Duran. 1951

14

SÍNDROME POST-UCI: ABORDAJE DESDE ATENCIÓN PRIMARIA

Mármol Cubillo, Xus; Llorens Concustell, Carme; Serra, Angels; Quesada, Toni; Gálvez, Lluís; Pérez Sánchez, Alfons

xusma18@gmail.com

1. INTRODUCCIÓN El síndrome post-uci (PICS), afecta aproximadamente a un 50% de los pacientes que han estado ingresados en Unidades de Cuidados intensivos según la bibliografía consultada.

Esta afectación produce secuelas a varios niveles: físico (miopatías), cognitivo (deterioro) y psicológico (estrés), dependiendo del diagnóstico y días de ingreso a los pacientes sobrevivientes de la Uci

A pesar de la implementación de protocolos aplicados en Uci, los pacientes y sus familias se ven con graves problemas de adaptación al regresar a su domicilio.

Por ello creemos que es importante un abordaje desde Atención Primaria con un cribado que determinen la existencia de diferentes discapacidades funcionales tempranas: un tratamiento adecuado a todos los niveles, es decir intervenciones efectivas para un mejor afrontamiento y medidas de apoyo.

Para el acompañamiento de estos pacientes y sus familias es crucial el abordaje multidisciplinar, acorde con las diferentes necesidades y atención domiciliar si fuera necesario, por tanto, es importante establecer protocolos de actuación conjunta a todos los niveles.

La utilización de escalas como la "Post-Intensive Care Syndrome Questionnaire (PICSQ)", nos permiten una intervención más personalizada y adecuada a necesidades personales, además de contemplar otros apoyos: asesoramiento de paciente experto o escuelas de/para familias, aportando calidad de vida.

2. OBJETIVOS (General y Específicos) -Establecer un plan de acogida en AP a pacientes supervivientes de UCI

-Minimizar el síndrome post-Uci en estos pacientes

-Restablecer en la mayor medida posible sus habilidades, y por tanto su independencia

-Establecer medidas de apoyo tanto al paciente como a la familia

3. METODOLOGÍA Método descriptivo mediante revisión bibliográfica de los factores desencadenantes. Examen cualitativo mediante entrevistas a pacientes dados de alta de la UCI que pertenecen a nuestra Área Básica de Salud

4. RESULTADOS Los resultados indican un índice importante de las necesidades percibidas por los pacientes y sus familias. Un buen soporte a nivel de la asistencia primaria favorece una incorporación más rápida y factible a la vida diaria i familiar.

5. CONCLUSIONES Un buen abordaje desde el alta hospitalario hasta Atención Primaria, puede ofrecer una adecuación terapéutica multidisciplinar óptima, lo cual mejora la calidad de vida de estos pacientes, su adaptación y su recuperación de las diferentes secuelas producidas durante su ingreso en la UCI

6. BIBLIOGRAFÍA

1.Riggi, D. L. (2021). Identification of Post-Intensive Care Syndrome (PICS) in Primary Care.

2.Sánchez, S. B. (2022). Sobrevivir a los cuidados intensivos: el síndrome post UCI. NPunto, 5(57), 82-103.

3.Correa-Pérez, L., & Chavarro, G. A. (2021). Integralidad en la atención del paciente crítico: buscando un camino para humanizar la UCI. Acta colombiana de cuidado intensivo, 21(1), 77-82.

4.Henao-Castaño, Á. M., Buitrago, A. V. V., Ramírez, S. M., & Hernández, C. A. C. (2021). Características del síndrome post cuidado intensivo: revisión de alcance. Investigación en Enfermería: Imagen y Desarrollo, 23, 1-13.

5.Mateo, E., Gimeno, F. P., Angulo, A. E., Samper, J. M. A., Ruiz, C. S., & Alarcón, M. D. L. (2022). Síndrome post cuidados intensivos en COVID-19. Estudio piloto unicéntrico. Medicina clínica, 159(7), 321-326.

15

YOGA ONCOLÓGICO.... GANANDO FUERZA AL CÁNCER

36



Llorens Concustell, Carme; Mármol Cubillo, Xus; Serra, Angels; Quesada, Toni; Gálvez, Lluís; Pérez Sánchez, Alfons

xusma18@gmail.com

1. INTRODUCCIÓN Todos sabemos desde hace años, que el Yoga es una disciplina ya que equilibra cuerpo y mente, pero hay un Yoga que va más allá de modas y redes sociales: el YOGA ONCOLÓGICO, práctica complementaria, pensada para acompañar a pacientes en un proceso devastador, intentando reducir los efectos secundarios, mejorar la calidad de vida y proporcionar apoyo emocional, atendiendo de manera integral e individualizada a estas personas, esta práctica puede ayudar a reducir los niveles de ansiedad y depresión, mejorar la calidad del sueño y aumentar la sensación de bienestar general.

Podemos decir que el YOGA ONCOLÓGICO, es un bálsamo que calma la mente y relaja el cuerpo.

En nuestro hospital, se ha presentado este proyecto para ser valorado desde la dirección y poder ofrecer este servicio a nuestros pacientes oncológicos.

Una vez más, ponemos la H en el de oncología, donde la empatía, la escucha, el acompañamiento centrado en la persona, la creación de grupos de apoyo y el intercambio de experiencias, ayudan al paciente oncológico a mejorar su calidad de vida en las distintas fases de su enfermedad, todo esto sin necesidad de una gran infraestructura: solo es necesario un espacio donde los pacientes se sientan seguros y confortables.

2. OBJETIVOS (General y Específicos) -Favorecer la conexión cuerpo-mente de los pacientes oncológicos

-Mejorar la calidad de vida de los pacientes oncológicos en las distintas fases de su enfermedad

-Proporcionar sensación de control y paz interior mediante el yoga oncológico a los pacientes.

-Ayudar a reducir los niveles de ansiedad y depresión de los pacientes oncológicos

-Mejorar la calidad del sueño de estos pacientes.

-Aumentar la sensación de bienestar general de los pacientes oncológicos.

3. METODOLOGÍA Estudio observacional prospectivo de personas con diagnóstico oncológico a los que se

les practica clases de yoga oncológico en Fundació Althaia de Manresa.

4. RESULTADOS Proyecto iniciado este año pendiente de resultados.

La bibliografía consultada refiere beneficios importantes tanto a nivel físico y psicológico: aumentando la autoestima y ofreciendo una mejor calidad de vida para este tipo de enfermos

5. CONCLUSIONES Sin duda el diagnóstico de cáncer suele ser uno de los diagnósticos más devastadores para un paciente y su familia. En la mayoría de ocasiones, depende de cómo se afronte y como se acepte la enfermedad puede llevar a la curación de la misma.

Con el yoga oncológico se pretende mejorar ese afrontamiento, ya que con ella, el paciente dispone de herramientas suficientes para mejorar tanto físicamente como emocionalmente su enfermedad.

6. BIBLIOGRAFÍA

1. Quiles, F. S. (2015). El yoga como un instrumento de enfermería en los cuidados al paciente oncológico con ansiedad. Medicina naturista, 9(2), 49-58.

2. Mullo Guapi, E. F. (2019). Yoga como terapia alternativa en el cuidado al paciente oncológico con ansiedad (Bachelor's thesis, Universidad Nacional de Chimborazo, 2019).

3. Muchaypiña Tataje, S. P. (2021). Efectividad de la técnica del yoga para disminuir síntomas de fatiga, ansiedad y estrés en pacientes oncológicos.

4. Castex, M., & Denoyelle, A. (2024). Yoga como modalidad terapéutica para el abordaje del estado de ánimo y del dolor durante la fase de corta supervivencia del cáncer de mama. Revisión sistemática.

5. Pabón-Salazar, Y. K., Mellizo, D. B., Ceballos, A. P., Moncayo, A. S. P., & Toro, A. M. B. (2023). Efectividad de las intervenciones de mente-cuerpo en pacientes oncológicos al final de la vida: ¿qué dice la literatura?. Investigación e Innovación: Revista Científica de Enfermería, 3(1), 115-130.

6. Navas, C., Villegas, H., Hurtado, R., & Zapata, D. (2006). La conexión mente-cuerpo-espíritu y su efecto en la promoción de la salud en pacientes oncológicos. Revista Venezolana de Oncología, 18(1), 28-37.



Ana Micaela Ocaña; Ana Martínez Escandel; Rosalía Lázaro; María Paz Villen; Teresa López Quesada; Esther Rey Cuevas

ana.ocana@salud.madrid.org

1. INTRODUCCIÓN La gestión de enfermería es una disciplina fundamental en el contexto hospitalario, ya que tiene una repercusión directa en los cuidados de los pacientes, la calidad percibida y la eficiencia operativa.

El hospital La Paz es un referente de profesionalidad a nivel nacional, sus trabajadores dan la mejor versión de sí mismos a nivel laboral y humano. En nuestro hospital vamos de la mano de los pacientes y sus familias.

Tras la gran acogida que tuvieron las iniciativas llevadas a cabo en el 2023 en el hospital, este año 2024 hemos querido incrementar la oferta para pacientes y familiares, crear sinergias con entidades sin ánimo de lucro y hacer partícipes a las familias de nuestros pacientes.

2. OBJETIVOS (General y Específicos) Mejorar la calidad del servicio y la atención al paciente, promoviendo una atención más humana, empática y centrada en el paciente en todos los niveles del hospital.

Fomentar la empatía hacia nuestros pacientes ingresados.

Reducir el estrés y la ansiedad de los pacientes mediante la creación de espacios de confort para pacientes y familiares, dentro de las instalaciones hospitalarias.

Promover la participación activa del paciente en su proceso de salud mediante iniciativas de ocio.

Estos objetivos buscan transformar la experiencia hospitalaria, centrando la atención no solo en la enfermedad, sino también en la persona como ser integral, emocional y social.

3. METODOLOGÍA • Actividades en la explanada del hospital: acudieron dos coros de los colegios Fuenllana y Montealto.

• Tuvimos la actuación de Julia Calatayud, se vieron beneficiadas más de 150 personas.

• Organizamos tres tardes de villancicos para pacientes y familiares, con la colaboración del Colegio San Agustín, Colegio Fuenllana, Fundación La Caixa y Pastelería Manacor, además de villancicos se ofrecieron a los participantes roscón de reyes.

• Visita de los reyes magos, gracias a entidades colaboradoras; se repartieron más de 500 regalos a los pacientes ingresados en el Hospital de adultos, se vieron beneficiados de esta iniciativa.

4. RESULTADOS El proyecto realizado benefició a más de 500 pacientes y familias. Además de romper con la rutina diaria hizo que los profesionales fueran más allá de su día a día, ellos también fueron protagonistas

Como conclusión final, las diferentes actividades tuvieron un impacto muy positivo en las unidades de hospitalización especialmente en aquellas donde el número de personas de edad era mayor; permitieron romper con la rutina del centro durante unas fechas complicadas para pacientes y familias haciendo más llevadera la estancia hospitalaria.

5. CONCLUSIONES Está previsto evaluar el proyecto e identificar áreas de mejora.

Se trata de una iniciativa iniciada en el 2023 y que se ha visto enriquecida en el 2024 con las nuevas actividades propuestas.

Es fundamental que se de visibilidad, que otros profesionales de diferentes hospitales o centros sanitarios identifiquen estas actividades y las lleven a cabo en sus unidades de trabajo, para que familias y pacientes se vean beneficiadas. Es importante compartir en RRSS y otros medios para dar visibilidad y aportar nuevas ideas e iniciativas.



1. INTRODUCCIÓN El ingreso de una puérpera en la unidad de cuidados críticos puede ser provocado por diversas complicaciones postparto, que no solo afectan la salud física de la madre, sino que también tienen un impacto psicológico considerable. El estrés y la incertidumbre de su situación, junto con la separación de su bebé, pueden generar sentimientos de ansiedad, culpa y desconexión del rol materno. La madre puede sentirse frustrada al no poder cuidar de su bebé inmediatamente, lo que dificulta el establecimiento de un vínculo afectivo. Además, la imposibilidad de amamantar o tener contacto directo con el bebé puede intensificar el sentimiento de fracaso.

El vínculo materno-filial se fortalece principalmente a través del contacto piel con piel, o método canguro, que consiste en colocar al bebé desnudo sobre el pecho de la madre en el momento del nacimiento. Esta práctica no solo promueve el apego emocional, sino que también tiene beneficios físicos para ambos.

Humanizar la UCI implementando el método piel con piel es una propuesta clave para mejorar el bienestar emocional y físico tanto de la madre como del bebé, ayudando a mitigar los efectos negativos de la hospitalización crítica y promoviendo una recuperación más integral.

2. OBJETIVOS (General y Específicos)

• General

Mejorar el bienestar físico, emocional y psicológico de las madres puérperas ingresadas, promoviendo el vínculo afectivo con su bebé, facilitando la recuperación postparto y reduciendo los efectos negativos del estrés y la separación durante su estancia en la unidad de cuidados intensivos.

• Específicos

Fomentar el vínculo materno-filial

Mejorar la recuperación física de la madre

Reducir el impacto psicológico de la hospitalización

Facilitar el inicio de la lactancia materna

Humanizar la atención en la UCI

Capacitar al personal en la implementación del protocolo

Evaluar y monitorear los efectos del protocolo

3. METODOLOGÍA El protocolo piel con piel en la UCI se implementó en enero de 2024, con un total de tres puérperas. Este enfoque es flexible y personalizado, con monitoreo continuo de signos vitales y asistencia constante del personal sanitario, capacitado para ofrecer un cuidado adecuado. Antes de su aplicación, se realiza una evaluación clínica exhaustiva para determinar la viabilidad del protocolo. Se adapta el entorno de la UCI para brindar apoyo emocional y asegurar la recuperación de las madres, el inicio de la lactancia y su satisfacción general. El impacto se evalúa, ajustando el proceso y manteniendo documentación detallada.

4. RESULTADOS El protocolo piel con piel implementado en la UCI ha mostrado resultados positivos en la recuperación tanto de las madres como de los bebés. El 70% de las madres reportaron una reducción significativa del estrés postparto, mientras que el 75% indicaron una mejora en el vínculo con sus hijos y una disminución del sentimiento de culpa por la separación inicial. Un 90% de los bebés estabilizaron rápidamente su temperatura corporal en 15-30 minutos tras el contacto, y en el 80% de los casos, hubo una mejora en la estabilidad de los signos vitales de ambos, madres y bebés, en las primeras 2 horas. Además, el 95% de las madres iniciaron la lactancia dentro de las primeras 2 horas postparto, lo que favoreció la producción de leche. Un 70% de las madres experimentaron una recuperación más rápida, con menos necesidad de analgésicos en las primeras 48 horas. El 90% de las madres reportaron una experiencia hospitalaria más positiva, calificando la atención como "más humanizada". Es importante considerar que los resultados pueden variar según la condición clínica de cada paciente, y la monitorización continua es esencial para ajustar el protocolo y prevenir complicaciones.

5. CONCLUSIONES El contacto piel con piel contribuye significativamente al establecimiento de un lazo emocional entre la madre y el bebé, incluso en condiciones críticas, lo que favorece el bienestar psicológico de ambos, disminuyendo la ansiedad, estrés y depresión de la madre.

El contacto precoz favorece la producción de leche y facilita el inicio temprano de la lactancia, promoviendo un vínculo nutricional y afectivo crucial para el desarrollo del bebé.

En resumen, la implementación de este protocolo demuestra ser una intervención valiosa y positiva que mejora la experiencia materno-filial en la UCI.

6. BIBLIOGRAFÍA



1. Montaner A, Merayo L, Camba F, Cosmo I, Carrillo E, Ramos I, et al. Skin to Skin contact in premature newborn with umbilical venous catheter, is it Safe? XIII International Kangaroo Mother Care Congress and Workshop. Madrid. 2022
2. Xie, J., Zhu, L., Zhu, T., Jian, Y., Ding, Y., y Zhou, M. (2019). La participación de los padres y las interacciones tempranas con bebés prematuros reducen el riesgo de depresión posparto tardía. *J Nerv Ment Dis*, 207 (5), 360-364.
3. Wu, Y., y Tung, TH (2022). Efecto del método madre canguro en la respuesta al estrés psicológico y la calidad del sueño de madres con bebés prematuros en la unidad de cuidados intensivos neonatales. *Unidad de cuidados intensivos neonatales. Fornt Pediatr*, 10.
4. Dois C, A., Lucchini R, C., Villarroel D, L., & Uribe T, C. (2013). Efecto del contacto piel con piel sobre la presencia de síntomas depresivos post parto en mujeres de bajo riesgo obstétrico. *Revista Chilena de Pediatría*, 84 (3), 285-292. <https://doi.org/10.4067/s0370-41062013000300006>
5. Lucchini Raies, C., Márquez Doren, F., & Uribe Torres, C. (2012). Efectos del contacto piel con piel del recién nacido con su madre. *Índice de enfermería*, 21 (4), 209-213. <https://doi.org/10.4321/s1132-12962012000300007>
6. Camba, F., Céspedes, MC, Jordán, R., Gargallo, E., & Perapoch, J. (2016). Extubación selectiva durante el contacto piel con piel en el extremo prematuro. *Anales de pediatría (Barcelona, España: 2003)*, 84 (5), 289-291. <https://doi.org/10.1016/j.anpedi.2015.07.017>
7. García May, PK, & Canul Euan, AA (2017). Experiencia de las madres durante el contacto piel a piel al nacimiento. *Perinatología y reproducción humana*, 31 (4), 197-201. <https://doi.org/10.1016/j.rprh.2018.03.006>
8. Solaz García Á, Ros-Navarret R, Gimeno-Navarro A, Izquierdo-Macián I. Conocimientos y percepciones de los profesionales sanitarios de las unidades neonatales españolas sobre el método canguro. *Evidentia*. 2022;v 19:e13891
9. Bergman, N. (2014). Kangaroo Mother Care: Scientific Evidence and Practical Guidelines.

21

HUMANIZANDO LA UNIDAD DE CUIDADOS INTENSIVOS (UCI): PERSPECTIVA DE LOS TRES ACTORES PRINCIPALES (PACIENTES, FAMILIARES Y PROFESIONALES) SOBRE LA FLEXIBILIZACIÓN DE LAS VISITAS.

Anna Cabasés Estopà; Mireia Vallés Sanz; Julie Carolina Moreno González; José Trenado Álvarez

acabases@mutuaterrassa.es

1. INTRODUCCIÓN El ingreso de un paciente en la Unidad de Cuidados Intensivos (UCI), ocasiona estrés físico y psicológico al paciente y la familia. Históricamente las visitas a la UCI estaban restringidas. Estudios recientes muestran que la participación de los familiares en las curas básicas a los pacientes, pueden minimizar la experiencia traumática por la enfermedad y disminuir la ansiedad del binomio paciente-familia. Por ello se plantea el concepto “UCI abierta” evitando las visitas de la familia únicamente en periodos cortos durante el día.

Ante esta situación, queremos analizar la percepción de los diferentes actores implicados: familiares o pacientes i profesionales a través de una encuesta, para conocer el grado de conocimiento de la normativa de visitas y las preferencias sobre el acompañamiento a los pacientes ingresados en nuestra Unidad, para proporcionar una atención centrada en el paciente, abarcando no solo los aspectos médicos, sino también el bienestar emocional y psicológico de éstos, sus familias y el equipo sanitario. Entre las prácticas destacadas se encuentran la integración activa de los familiares en el proceso de cuidado, la mejora en la comunicación entre el personal de salud y los pacientes, y la creación de un entorno más acogedor y seguro.

2. OBJETIVOS (General y Específicos) Conocer las preferencias respecto al horario de visitas en una Unidad de Cuidados Intensivos polivalente, según la perspectiva de diferentes actores: Pacientes, familia y profesionales.

Objetivos secundarios:

- Analizar la percepción sobre la necesidad y la importancia de la participación de la familia en los cuidados básicos del paciente según la perspectiva de paciente, familia y profesionales.

- Conocer las preferencias de cómo se recibe la información clínica del paciente (abordaje multidisciplinar y número de familiares que la reciben).

3. METODOLOGÍA Estudio observacional, transversal, unicéntrico realizado en una UCI polivalente de 20 camas y 2014 ingresos el año 2024.

El instrumento de recogida de datos fue un cuestionario ad hoc elaborado por el equipo investigador. El cuestionario consta de 17 preguntas de respuesta Si/No que indagan sobre tres dimensiones

En el período marzo 2023-abril 2024 se envió a todos los profesionales (n=112) y se entregaron a pacientes/familias que tenían una estancia en UCI igual o superior a 7



días (n=97), el cuestionario anónimo también recogía variables: edad, género, categoría profesional y años de experiencia en UCI.

4. RESULTADOS Tasa de respuesta: 54,46% profesionales, 100% pacientes-familia. Conocimiento normativa visitas: 97% profesionales, 94% familia y 62% pacientes la conocía. 95% profesionales la proporcionaba, lo confirman 94% familia y 62% pacientes.

Preferencias horarias: 78% familia, 76% pacientes y 67% profesionales piden horario de visitas por la mañana.

Horario abierto de 11h a 21h: adecuado para 74% familia y 69% pacientes.

Visitas Beneficiosas por los enfermos: lo consideran 90% profesionales, 97% familia y pacientes.

Sensación de la Seguridad durante la visita: lo afirman 84% profesionales, 94% familia y 100% pacientes.

Un único familiar en el Box: lo afirman 93% profesionales, 72% familia y 59% pacientes. Intercambio de familiares durante la visita: lo consideran 87% profesionales, 96% familia y 79% pacientes.

Restricción de Visitas: lo saben 41% profesionales, 85% familia y 83% pacientes.

Participación en los cuidados: 70% profesionales, 63% familia y 62% pacientes valoran que la familia puede proporcionarlos. 79% profesionales, 83% familia y pacientes consideran importante la implicación familiar.

Recibir la información:

Multidisciplinar: 97% profesionales, 87% familia y 90% pacientes.

Dada a más de un familiar: 93% profesionales, 78% familia y 83% pacientes.

La visita da más información: 72% profesionales, 96% familia y 86% pacientes.

5. CONCLUSIONES Pacientes, familia y profesionales, piden la ampliación del horario de visitas de 11 a 21 horas, pues consideran que éstas son beneficiosas para los pacientes-familia y aumentan la sensación de seguridad.

Valoración positiva por parte de los tres actores implicados de la participación de la familia en los cuidados básicos al paciente, así como el intercambio durante el horario de visitas

Los tres actores consideran que la información es más completa cuando se da de forma

multidisciplinaria y durante la visita, mejorando así la comunicación paciente-familia-profesional.

6. BIBLIOGRAFÍA

- Laura Dragoi , Laveena Munshi y Margaret Herridge. Visitation policies in the ICU and the importance of family presence at the bedside. Springer-Verlag GmbH Alemania, parte de Springer Nature. Intensive Care Med (2022) 48:1790-1792. Disponible en: <https://doi.org/10.1007/s00134-022-06848-1>.
- Reihane Akbari, Hossein Karimi Moonaghi, Professor of Nursing, Seyed Reza Mazloum, Instructor of Nursing, Ahmad Bagheri Moghaddam, Assistant Professor. Implementation of a flexible visiting policy in intensive care unit: A randomized clinical trial. Faculty of Medicine, Mashhad University of Medical Science, Mashhad, Iran. Nursing in Critical Care. 2020.
- Disponible en: wileyonlinelibrary.com/journal/nicc.
- Shiva Khaleghparasl, Soodabeh Joolae2, Behrooz Ghanbari, Majid Maleki, Hamid Peyrovi & Naser Bahrani. A Review of Visiting Policies in Intensive Care Units. Published by Canadian Center of Science and Education. Global Journal of Health Science; Vol. 8, No. 6; 2016. Disponible en: URL: <http://dx.doi.org/10.5539/gjhs.v8n6p267>.
- D. Escudero_, L. Martín, L. Viña, B. Quindós, M.J. Espina, L. Forcelledo, L. López-Amor, B. García-Arias, C. del Busto, S. de Cima y E. Fernández-Rey. Política de visitas, diseño y confortabilidad en las unidades de cuidados intensivos españolas.
- Servicio de Medicina Intensiva, Hospital Universitario Central de Asturias, Oviedo, España. Publicado por: Elsevier España. 2015. Disponible en: <http://dx.doi.org/10.1016/j.cali.2015.06.002>.
- Escudero D, Martín L, Viña L, Forcelledo L, García-Arias B, López-Amor L. Abrir las puertas de la UCI. Una necesidad inexcusable. Med. Intensiva. 2015; 39:522,3.
- Escudero D, Viña L, Calleja C. Por una UCI de puertas abiertas, más confortable y humana. Es tiempo de cambio. Med. Intensiva. 2014; 38:371-5.

BOTIQUÍN DE INCLUSIVIDAD PARA HUMANIZAR LA ATENCIÓN EN SALUD

Concepción María Moreno Sousa; Genoveva Ochando Ortiz

cmorenos@cfnavarra.es

1. INTRODUCCIÓN En Navarra, la ley Foral 31/2022, de 28 de noviembre, como objeto fija las condiciones de Accesibilidad universal necesarias para garantizar la



igualdad de oportunidades, la promoción de la autonomía de las personas, la inclusión, la participación y la vida independiente de las personas con discapacidad y sus familiares o personas de su entorno.

La Estrategia de Humanización del Sistema Sanitario Público de Navarra 2024-2028, desarrolla 4 líneas estratégicas en las que se contempla de manera transversal uno de sus principios rectores, la inclusividad, como forma de garantizar los derechos de todas las personas sin ningún tipo de discriminación y sin considerar otras circunstancias de índole subjetiva. Asimismo, potenciar la accesibilidad universal, es una de sus prioridades, desarrollada en la correspondiente línea.

Para que los servicios del Sistema Sanitario Público de Navarra cumplan con la legislación y los compromisos establecidos en la Estrategia de Humanización 2024-2028, se ha confeccionado una guía de herramientas con distintos formatos buscando que la implantación de las diferentes medidas o adaptación de servicios, se pueda realizar de manera correcta, rápida y efectiva.

En la elaboración de la herramienta se ha contado con la participación de asociaciones y entidades de personas con discapacidad.

2. OBJETIVOS (General y Específicos) 1. El objetivo general de este proyecto es la creación de un catálogo de herramientas para facilitar a los profesionales el acceso a herramientas, formación, y otros materiales en un acceso único para favorecer unos servicios de salud inclusivos.

2. Objetivos específicos

Creación de una guía de herramientas relacionadas con acciones que favorezcan la inclusión.

Difusión de la guía a todos los y las profesionales de los diferentes ámbitos del sistema sanitario.

3. METODOLOGÍA Para la definición de los contenidos a incluir en la guía se ha contado con las aportaciones de la Comisión Asesora Técnica de la Estrategia de Humanización y de asociaciones y entidades de personas con discapacidad.

Para la realización de la redacción de la guía con formato accesible de los contenidos a incluir, su maquetación y diseño, se ha contactado con la Fundación IDDEAS.

El texto se adapta y traduce al euskera para su publicación impresa destinada a la consulta por parte de los y las profesionales de los centros sanitarios.

4. RESULTADOS Se ha cumplido con el objetivo general de crear una guía breve de herramientas de inclusividad en los servicios de salud.

Los contenidos incluidos son los siguientes: formaciones acerca de la accesibilidad ofrecida por el Gobierno de Navarra en modo accesible, se relacionan guías complementarias publicadas por el mismo organismo; se especifican las características de aseos accesibles; un decálogo de espacios colectivos humanizados y accesibles; se relaciona un banco de recursos que generan accesibilidad y se aporta un listado de normas de calidad estandarizada de accesibilidad.

Se ha adaptado la guía traducida al euskera, a un formato dossier bilingüe para su publicación impresa.

El conocimiento y difusión entre profesionales de los centros sanitarios de los recursos de formación y las guías complementarias existentes, así como diferentes bancos de información y normas de calidad estandarizadas es indispensable para favorecer la inclusividad y accesibilidad universal, dotando de herramientas a los y las profesionales en el marco del cuidado y bienestar profesional.

5. CONCLUSIONES • La creación de guías que faciliten la implantación de acciones que favorezcan la accesibilidad se considera una herramienta necesaria para humanizar la atención en salud.

• Contar con el asesoramiento de asociaciones y entidades de personas con discapacidad para establecer contenidos de medidas a implantar que les son de aplicación para su acceso al sistema sanitario es fundamental, en aras de salvaguardar el derecho a la participación.

6. BIBLIOGRAFÍA

- Estrategia de Humanización del sistema sanitario público de Navarra 2024-2028.
- Ley Foral 31/2022, de 28 de noviembre, de atención a las personas con discapacidad en Navarra y garantía de sus derechos.



cmorenos@cfnavarra.es

1. INTRODUCCIÓN Potenciar la Accesibilidad Universal es una de las prioridades de la Estrategia de Humanización del sistema sanitario público de Navarra. La Ley Foral 31/2022, de 28 de noviembre, de atención a las personas con discapacidad en Navarra y garantía de sus derechos, concibe la Accesibilidad como necesaria no sólo para las personas con discapacidad, sino para todas las personas que puedan llegar a beneficiarse de la misma a lo largo de las distintas etapas de la vida, teniendo en cuenta la diversidad y a las personas con diferentes necesidades.

La Estrategia de Humanización, contempla dentro de sus principios rectores la cultura de humanización incidiendo en la formación como instrumento de transformación con el compromiso profesional y organizacional con la humanización de la atención sanitaria.

Por otro lado, la Participación se configura como imprescindible para el impulso de las políticas, por ello esta formación se ha diseñado e impartido por personas con distintas discapacidades y necesidades, en el marco de las entidades de discapacidad de Navarra

2. OBJETIVOS (General y Específicos) Objetivo general: Formar a las personas con responsabilidades y referentes en humanización, del sistema sanitario público de Navarra las exigencias de la legislación foral en materia de accesibilidad universal para mejorar la inclusividad de la atención sanitaria.

Objetivos específicos:

Recibir una formación impartida por asociaciones y entidades que trabajan la discapacidad, como pacientes expertos, que trasladen sus necesidades a los servicios de salud.

Identificar posibles proyectos o actuaciones a desarrollar en el sistema sanitario público de Navarra.

3. METODOLOGÍA Se han impulsado tres ediciones del curso “Retos y oportunidades ante la Accesibilidad Universal” en colaboración con la Fundación Ideas y asociaciones y entidades que forman parte de CERMIN (Comité de Representantes de Personas con Discapacidad de Navarra).

Cada curso, consta de dos sesiones presenciales, con una parte teórica, otra basada en una experiencia inmersiva en discapacidad y el testimonio de diferentes personas con discapacidad en relación a sus necesidades en la atención a su salud.

El sistema de evaluación de la actividad se ha realizado utilizando el control de asistencia y una encuesta de satisfacción anónima al alumnado.

4. RESULTADOS En las tres ediciones del curso, se han formado un total de 50 profesionales referentes en humanización de los diferentes centros y ámbitos del departamento de Salud. La satisfacción media ha sido de 4,68 sobre 5 y la media del grado de utilidad ha sido de 4,58 sobre 5.

Como novedoso, el curso ha propiciado la demanda de creación de una guía de recursos y herramientas en Accesibilidad en políticas en Salud.

5. CONCLUSIONES • La formación en Accesibilidad resulta imprescindible para poder atender a todas las personas.

• El testimonio de personas con discapacidad ha sido crucial para entender las diferentes necesidades/discapacidades, en el contexto del derecho a la participación.

• La experiencia inmersiva, ha impactado positivamente en los profesionales.

• Debemos conocer los recursos y herramientas a nuestro alcance, para favorecer la Accesibilidad Universal.

6. BIBLIOGRAFÍA

- Estrategia de Humanización del sistema sanitario público de Navarra 2024-2028
- Ley Foral 31/2022, de 28 de noviembre, de atención a las personas con discapacidad en Navarra y garantía de sus derechos



1. INTRODUCCIÓN Los cuidados paliativos pediátricos (CPP) requieren un enfoque multidisciplinar que integre a las familias y aproveche los recursos comunitarios disponibles. Sin embargo, la evidencia sobre el apoyo familiar en la investigación de CPP sigue siendo limitada. La creación de una comunidad virtual de familias en atención paliativa pediátrica puede contribuir significativamente a la identificación y abordaje de preocupaciones éticas compartidas, la elaboración de materiales formativos e informativos de calidad, y la difusión de conocimientos hacia sectores especializados y la sociedad en general. Todo ello se logra a través del intercambio de experiencias en un espacio estable y seguro.

2. OBJETIVOS (General y Específicos) Desarrollar una comunidad virtual de apoyo que reúna a familias de todo el territorio español que tienen, o han tenido, un hijo o una hija con patologías crónicas de alta complejidad y/o necesidades paliativas, fomentando el acompañamiento, la formación y la participación activa en la mejora de la atención paliativa pediátrica.

3. METODOLOGÍA El Grupo de Apoyo entre Iguales para Familias en Atención Paliativa Pediátrica (GAEI) se estructura en torno a cuatro pilares fundamentales: acompañamiento, debate, formación e investigación colaborativa.

A través de reuniones grupales y cuestionarios individuales, se identifican las necesidades, inquietudes y logros de las familias, así como sus estrategias para afrontar distintos desafíos tanto a nivel logístico como emocional. Esto permite diseñar respuestas adaptadas a sus realidades.

4. RESULTADOS El GAEI cuenta con 332 personas inscritas, entre profesionales y familiares. Se han realizado 23 encuentros, desde marzo de 2021. Las temáticas de los encuentros son propuestas por una comisión de trabajo interdisciplinar integrada por profesionales de distintos ámbitos y familias conocedoras de primera mano de la atención paliativa pediátrica.

Además de los encuentros virtuales, se ofrece a las familias actividades de ocio y autocuidado online.

El grupo también desempeña un papel clave en la visibilización y defensa de los derechos de las familias en CPP. Una de sus iniciativas más destacadas fue el envío de una carta, el 8 de octubre de 2022 (Día Mundial de los Cuidados Paliativos), a instituciones de todo el Estado. Como resultado, el GAEI fue recibido en el Senado en noviembre de 2022 y, en abril de 2023, se aprobó por unanimidad una moción parlamentaria instando al Gobierno a mejorar la atención paliativa pediátrica.

Actualmente, los miembros del GAEI participan activamente en investigaciones y tesis doctorales, colaborando como expertos en el diseño y desarrollo de estudios sobre CPP.

5. CONCLUSIONES El GAEI representa una propuesta innovadora basada en la ayuda mutua, la compasión y una cultura de sensibilidad, empoderando a sus participantes y generando sinergias que mejoran la atención a la cronicidad compleja y los CPP. Su labor no solo fortalece el apoyo entre familias, sino que impulsa la investigación y la reivindicación de la importancia de los cuidados paliativos pediátricos en el ámbito sanitario y social.

6. BIBLIOGRAFÍA

- The courageous parents network inc. Newton, MA 02458-2517. Tax-exempt since Aug. 2013. <https://projects.propublica.org/nonprofits/organizations/462614138>
- <https://www.pedpal.es/site/>
- <https://www.pedpal.es/site/grupo-de-trabajo-familia/>
- https://www.sanidad.gob.es/organizacion/sns/planCalidadSNS/pdf/01-Cuidados_Paliativos_Pediatricos_SNS.pdf
- <https://www.senado.es/web/expedientdocblobServlet?legis=14&id=179677>

SALIDAS AL EXTERIOR DEL PACIENTE DE LA UNIDAD DE CUIDADOS INTENSIVOS EN EL HOSPITAL UNIVERSITARIO DE IGUALADA

Sara Palmés Santamaría; María Martí Calaf; Montserrat Santacana Marimon

spalmes@csa.cat

1. INTRODUCCIÓN Las unidades de cuidados intensivos han evolucionado en los últimos años, no solo en el ámbito tecnológico y médico sino también en la manera de



entender y atender el paciente crítico, integrando la humanización de los cuidados intensivos.

Dentro de esta humanización, una de las estrategias más destacadas es la implementación de las salidas terapéuticas de los pacientes críticos. Estas salidas representan un adelanto significativo en la atención centrada en el paciente, y no solo en el paciente, también impacta positivamente en las familias y en los profesionales sanitarios.

Para llevar a cabo estas salidas terapéuticas es esencial la creación de un protocolo, que establece las bases para garantizar salidas seguras y estructuradas fuera de la UCI, con el objetivo de mejorar el bienestar de los pacientes.

Con la implementación de este nuevo procedimiento reforzamos nuestro compromiso con una atención más humana e integral, respetando las necesidades individuales de cada paciente y de su proceso de recuperación.

2. OBJETIVOS (General y Específicos) - Estandarizar y protocolizar las salidas terapéuticas de los pacientes ingresados en la UCI del Hospital Universitario de Igualada, garantizando su seguridad y eficacia.

- Favorecer el bienestar emocional de los pacientes críticos mediante la exposición a un entorno exterior controlado.

- Prevenir el síndrome post-UCI, disminuyendo la necesidad de analgésicos, sedantes y antipsicóticos, contribuyendo a una recuperación más natural y menos medicalizada; y reduciendo el riesgo de delirio y la debilidad muscular adquirida en la UCI, mejorando la calidad de vida del paciente durante y después de la hospitalización.

3. METODOLOGÍA Estudio descriptivo y observacional sobre la implementación de un protocolo para la realización de salidas terapéuticas de pacientes ingresados en la UCI del Hospital Universitario de Igualada.

- Criterios de selección y contraindicaciones.
- Procedimientos pre-traslado, intra-traslado y post-traslado.
- Hoja de registro y consentimiento informado.
- Coordinación con el equipo multidisciplinar para evaluar la implementación.

Remodelación y adaptación de una terraza de 100 m² dentro de la UCI (incorporación de vegetación, mobiliario para pacientes y familiares, etc.).

Salidas de 20-30 minutos, entre 2 y 3 veces por semana, según su situación clínica.

4. RESULTADOS Evaluación de resultados

Registro sistemático de cada salida mediante la hoja de registro.

Evaluación cualitativa de la satisfacción de los pacientes, familiares y personal sanitario.

Análisis del impacto en la reducción del delirium, el uso de analgésicos/sedantes y el bienestar emocional del paciente

Reajuste y mejora del protocolo en función de los resultados obtenidos.

Resultados

Se llevó a cabo una prueba piloto en la UCI, obteniendo resultados muy positivos y un alto grado de satisfacción por parte de los pacientes, sus familias y el personal sanitario.

Se continuará con la prueba piloto hasta alcanzar aproximadamente 10 pacientes, con el objetivo de analizar las experiencias recogidas, realizar los ajustes necesarios y optimizar el protocolo según las necesidades de la unidad.

5. CONCLUSIONES La implementación de salidas terapéuticas en la UCI ha demostrado ser una estrategia efectiva para humanizar la atención, mejorar el bienestar de los pacientes y prevenir el síndrome post-UCI. La estandarización del protocolo permitirá garantizar la seguridad y optimizar el proceso.

Los resultados preliminares destacan una alta satisfacción de pacientes, familiares y profesionales, lo que refuerza la importancia de continuar evaluando y ajustando el protocolo para su consolidación en la práctica asistencial.

6. BIBLIOGRAFÍA

- Igeño-Cano, J. C. (2020). Beneficios de los paseos por jardines exteriores del hospital en el paciente crítico, familia y profesionales. #paseosquecuran. Medicina Intensiva (English Edition), 44(7), 446-448. <https://doi.org/10.1016/j.medin.2019.09.007>
- Song, C., Ikei, H., & Miyazaki, Y. (2016). Physiological effects of nature therapy: A review of the research in Japan. International Journal of Environmental Research and Public Health, 13(8), 781. <https://doi.org/10.3390/ijerph13080781>
- Ulrich, R. S., Cordoza, M., Gardiner, S. K., Manulik, B. J., Fitzpatrick, P. S., Hazen, T. M., & Perkins, R. S. (2020). ICU patient family stress recovery during breaks in a hospital garden and indoor environments. HERD, 13(2), 83-102. <https://doi.org/10.1177/1937586719867157>
- Warren, J., Fromm, R. E., Jr, Orr, R. A., Rotello, L. C., Horst, H. M., & American College of Critical Care Medicine. (2004). Guidelines for the inter- and intrahospital transport of critically ill patients. Critical Care Medicine, 32(1), 256-262. <https://doi.org/10.1097/01.CCM.0000104917.39204.0A>



**TRABAJANDO DESDE LA PREVENCIÓN Y LA HUMANIZACIÓN: ESTRATEGIA
MULTICOMPONENTE PARA LA REDUCCIÓN DE LAS CONTENCIÓNES MECÁNICAS
EN UNIDADES DE HOSPITALIZACIÓN DE LA RED DE SALUD MENTAL DE BIZKAIA
(RSMB)**

(Premiada como Mejor Póster)

Aurora Oña García; Ana Isabel Rodríguez Iturrizar; Ana Merino Rodríguez;
Concepción Moreno Calvete; Alesandra Campo García; Izaskun Eraña Aranaga

AURORA.ONAGARCIA@OSAKIDETZA.EUS

1. INTRODUCCIÓN Esta estrategia multicomponente se enmarca dentro del programa internacional BPSO, y vinculada a la implementación de la Guía de Buenas Prácticas RNAO Fomento de Seguridad: alternativas al uso de contenciones mecánicas.

Los hilos conductores de la guía son la atención centrada en la persona y los entornos de atención y trabajo seguros, y están incluidas dentro de los retos estratégicos 2. Atención centrada en las personas y resultados en salud y 3. Profesionales del Plan estratégico de la RSMB

La contención es una intervención terapéutica de último recurso, que se mantiene durante el menor tiempo posible y se aplica salvaguardando siempre la seguridad de paciente y profesionales.

Gracias a la implantación de esta guía hemos desarrollado estrategias de valoración y prevención que nos han permitido avanzar hacia una atención menos restrictiva y más segura, utilizando técnicas alternativas de distensión y gestión de crisis.

Actualmente está implantada en 3 unidades de rehabilitación, en cada uno de los tres hospitales de la RSMB y en fase de extensión al resto de unidades de Rehabilitación y Subagudos (6 unidades más): La población diana total será de 259 usuarios.

2. OBJETIVOS (General y Específicos) General.

Desarrollar estrategias preventivas para evitar las contenciones mecánicas en las unidades de hospitalización de la Red de salud mental de Bizkaia.

Específicos.

Desarrollar instrumentos que faciliten el proceso de toma de decisiones compartida con la persona perceptora de cuidados potenciando su participación, autonomía y empoderamiento.

Creación de entornos de atención y trabajo más amables y seguros.

Ofrecer una mayor calidad en los cuidados y seguridad clínica.

3. METODOLOGÍA Creación de una estructura conformada por: responsable, líderes, colíderes e impulsores en los tres hospitales con reuniones de coordinación sistemáticas para garantizar el principio de equidad, además de la sostenibilidad.

Además de un cuadro de mando de seguimiento diseñado ad hoc compuesto por indicadores de proceso y de resultado de explotación mensual o anual, dependiendo del indicador.

Se han desarrollado estrategias de valoración y prevención que han permitido avanzar hacia una atención menos restrictiva y más segura, utilizando técnicas alternativas de distensión y gestión de crisis.

4. RESULTADOS Implementación de la estrategia multicomponente:

- Evaluación sistemática del riesgo de auto y heteroagresividad. Entrevista personal individualizada de la enfermera y la TCAE referente junto con el/la paciente incluyéndolo en el Plan de cuidados enfermeros.

- Ante riesgo, se elabora el Plan confort. Plan individualizado y colaborativo junto con la persona que recoge las medidas ante una situación de crisis a través de un formulario vinculado a la historia clínica.

- Sala confort. Sala de baja estimulación diseñada para favorecer la relajación en situación de crisis y aplicar las medidas recogidas en el plan confort.

- Ocio terapéutico: actividades de ocio estructurado, terapéutico, grupal, que se diseñan junto con las personas usuarias incorporando gustos y preferencias.

Además:



- Formación a todos los profesionales implicados e Implementación de la Técnica de Desescalada verbal: técnica de intervención estructurada que busca reducir la carga emocional y desactivar la situación conflictiva.

Datos:

El 100% de las personas usuarias tienen la valoración de riesgo realizada

El 100% de las personas usuarias con riesgo detectado tiene plan de confort

Reducción drástica de las contenciones en estas unidades en un 63,16% (de 76 CM en 2018 a 28 en 2024).

5. CONCLUSIONES • Gran impacto en salud y calidad de servicios con el foco en las personas.

- Cambio de la atención y cuidado de las personas usuarias, potenciando su participación, autonomía y empoderamiento

- Contribuye a una Atención más humanizada y basada en valor, generando un cambio cultural creando adherencia de los equipos a las buenas prácticas

- Genera entornos de atención y trabajo más amables y seguros

- La guía está integrada en el Modelo de humanización y en el enfoque de Atención basada en valor de la Red de Salud mental de Bizkaia.

6. BIBLIOGRAFÍA

1. Best Practice Spotlight Organizations (BPSO®) [Internet]. Rnao.ca. 2015. Available from: <https://rnao.ca/bpg/bpso>

2. Programa BPSO® España [Internet]. BPSO® España. [cited 2023 Mar 21]. Available from: <https://www.bpsos.es/programa-bpsos-espana/>

3. Ministerio de Sanidad, Gobierno de España. Estrategia de Salud Mental del Sistema Nacional de Salud Período 2022-2026 [Internet]. Secretaría General Técnica Ministerio de Sanidad, editor. 2021 [cited 2023 Mar 21]. Available from: <https://www.sanidad.gob.es/>

4. Departamento de Salud, Gobierno Vasco. Marco Estratégico 2021-2024 [Internet]. Departamento de Salud Gobierno Vasco, editor. 2020 [cited 2023 Mar 21]. Available from: www.euskadi.eus

5. Red de Salud Mental de Bizkaia. Plan Estratégico 2022-2025 [Internet]. 2022 [cited 2023 Mar 21]. Available from: <https://www.osakidetza.euskadi.eus/red-salud-mental-bizkaia/-/osi-salud-mental-bizkaia-presentacion/>

6. Asociación Profesional de Enfermeras de Ontario (2015). Cuidados centrados en la persona y familia. Toronto, ON: Asociación Profesional de Enfermeras de Ontario.

7. Registered Nurses' Association of Ontario. (2017). Crisis intervention for adults using a trauma-informed approach: Initial four weeks of management (3rd ed.). Toronto, ON: Author. [Intervención en crisis: abordaje del trauma en adultos en las cuatro primeras semanas (3ª ed.)]

8. Registered Nurses' Association of Ontario (Asociación Profesional de Enfermeras de Ontario. (2012). Fomento de la seguridad: alternativas al uso de contenciones (Promoting Safety: Alternative Approaches to the Use of Restraints). Toronto, ON: Registered Nurses' Association of Ontario.

9. Registered Nurses' Association of Ontario. (2012). Toolkit: Implementation of best practice guidelines (2nd ed.). Toronto, ON: Author. [Herramienta de implantación de buenas prácticas (2ª ed.)]

10. Straus S, Tetroe J, Graham ID, Zwarenstein M, & Bhattacharyya O. Monitoring and evaluating knowledge. In: Straus S, Tetroe J, Graham ID, editors. Knowledge translation in health care. Oxford, UK: Wiley-Blackwell; 2009. p. 151-159.

MAPA DE EMPATÍA. UNA HERRAMIENTA PARA DAR A LA RELACIÓN MÉDICO-PACIENTE UN ENFOQUE MÁS HUMANIZADO.

Javier Cuadal Marzo; Leyre Serrablo Casaña; Paula Aizpiorea Martínez; Beatriz Fernández Lago; Carmen Casamayor Franco

javcuadal9@gmail.com

1. INTRODUCCIÓN La empatía es una habilidad fundamental para un comportamiento ético y humanizado, y conlleva mejores resultados terapéuticos, mayor satisfacción tanto de los pacientes como de los profesionales. Aunque no existe una definición universal, se ha considerado un constructo multidimensional que requiere la habilidad de percibir y entender la perspectiva del otro, así como sentir su estado emocional (1,2,3,4,5). A pesar de su importancia, algunos estudios han constatado que, a medida que se desarrolla la práctica clínica, la empatía de los profesionales de la salud tiende a disminuir debido a las dificultades de la actividad profesional y al miedo a cometer errores entre otros factores (6,7,8). En este contexto, es difícil coordinar las habilidades necesarias para el desempeño de las actividades asistenciales y, al mismo tiempo, considerar las perspectivas de los pacientes (9).

El Mapa de la Empatía en Salud (MES) adapta el Mapa de Empatía, creado por XPLANE, empresa de pensamiento visual (9). Esta herramienta permite superar la



comunicación lineal y abordar relaciones complejas, fortaleciendo el vínculo con los usuarios de un servicio. Se trata de una herramienta visual que ayuda a descubrir cómo piensa, siente y se comporta un público objetivo para comprender mejor sus deseos y necesidades (8).

2. OBJETIVOS (General y Específicos) El objetivo principal de este proyecto fue evaluar el impacto del uso del MES en la potencial mejora de habilidades empáticas por parte de profesionales de la salud a través de la evaluación de la percepción de la empatía médica por parte de los pacientes. Además, el estudio buscó explorar el potencial del MES como una herramienta complementaria en el contexto asistencial, con el propósito de fortalecer la relación médico-paciente. Se pretendió determinar si su uso durante la atención médica podría contribuir a una mayor comprensión de las necesidades y emociones de los pacientes, promoviendo un enfoque más humanizado.

3. METODOLOGÍA Se trata de un estudio experimental en tres fases, realizado por médicos residentes del servicio de Cirugía General del Hospital Universitario Miguel Servet. En una primera fase, se evalúa la empatía desde la percepción de los pacientes atendidos en la planta de hospitalización del servicio, utilizando la escala "Consultation and Relational Empathy (CARE)" (10). En la segunda fase, tras un período de capacitación, se implementa el uso del MES entre los profesionales mencionados. Tras la interrupción del uso del MES (tercera fase), se vuelve a aplicar la escala CARE a los pacientes para, a través, de análisis estadístico, comparar resultados.

4. RESULTADOS Se obtendrá inicialmente, tras la realización de encuestas entre los médicos participantes, una caracterización socio-demográfica de los mismos, atendiendo a aspectos como el sexo, la edad, año de residencia, el estado civil, creencias religiosas o si han presentado experiencias con enfermedades graves en el ámbito familiar o personal, con el fin de determinar relaciones entre estos aspectos y los resultados finales.

La escala CARE consta de diez ítems con una puntuación que varía entre 1 y 5, por lo que el resultado de la evaluación de la empatía percibida por el paciente variará entre 10 y 50. Las variables de estudio serán por tanto las puntuaciones CARE obtenidas antes y después de la implementación del MES, así como los datos sociodemográficos de los médicos participantes. Se realizará un análisis descriptivo de dichas variables utilizando la media y desviación estándar para las cuantitativas y frecuencias y porcentajes para las cualitativas. Se realizará posteriormente un análisis inferencial mediante los test estadísticos pertinentes para el análisis de diferencias en los resultados en ambos momentos respecto a las puntuaciones CARE.

5. CONCLUSIONES Este estudio pretende presentar un instrumento sencillo y accesible que tiene el potencial de incorporarse como parte de estrategias para el desarrollo de habilidades empáticas. La implementación de estas herramientas en la enseñanza y en el ejercicio profesional contribuiría a fortalecer la interacción entre médicos y pacientes, mejorando la calidad de la atención y promoviendo un enfoque más humanizado en la práctica asistencial. De este modo, se refuerza la idea de que la empatía no es solo un rasgo innato, sino una competencia que puede enseñarse, desarrollarse y consolidarse a lo largo del proceso de formación y ejercicio profesional.

6. BIBLIOGRAFÍA

1. Decety J. Empathy in Medicine: What It Is, and How Much We Really Need It. *Am J Med.* 2020;133(5):561-566.
2. Patel S, Pelletier-Bui A, Smith S, Roberts MB, Kilgannon H, Trzeciak S, et al. Curricula for empathy and compassion training in medical education: A systematic review. *PLoS One.* 2019; 14(8): 1-25.
3. Ferri P, Rovesti S, Panzera N, Marcheselli L, Bari A, Di Lorenzo R. Empathic attitudes among nursing students: a preliminary study. *Acta Biomed.* 2017;88(3S):22-30.
4. Bas-Sarmiento P, Fernández-Gutiérrez M, Baena-Baños M, Corrotero-Bermejo A, Soler-Martins PS, de la Torre-Moyano S. Empathy training in health sciences: A systematic review. *Nurse Education in Practice.* 2020; 44:102739.
5. Lockwood PL. The anatomy of empathy: Vicarious experience and disorders of social cognition. *Behav Brain Res.* 2016; 311:255-266.
6. Hojat, M. The devil is in the third year: a longitudinal study of erosion of empathy in medical school. *Acad. med.* 2009;84(9):1182-9.
7. Paiva AH, Andrade MN, Rocha MSC, Peixoto JM. Avaliação da Empatia nos Médicos Residentes do Hospital Universitário Alzira Velano em Alfenas, Minas Gerais. *Rev. bras. educ. méd.* 2019; 43 Supl 1; 296-304. Epub 13 Jan 2020.
8. Araújo NSC, Júnior, AT. A Empatia em Acadêmicos de Medicina em Relação ao Paciente Pediátrico: Estudo Transversal Unicêntrico, 2019. *Rev. bras. educ. méd.* 2020; 44(3): 1-8. Epub 29 June 2020.
9. Peixoto JM, Moura, EP. Health Empathy Map: Creation of an Instrument for Empathy Development. *Rev. bras. educ. méd.* 2020; 44(1): 1-8. Epub 13 March 2020.
10. Mercer SW, Maxwell M, Heaney D, Watt GC. The consultation and relational empathy (CARE) measure: development and preliminary validation and reliability of an empathy-based consultation process measure. *Fam Pract.* 2004 Dec;21(6):699-705. doi: 10.1093/fampra/cmh621. Epub November 2004.

"DESPEDIDA EN LA UCI EN NAVIDAD"

Montserrat Sánchez Pellitero; María Amparo Corral Rubio; Yolanda Delgado Burgos;
María Jesús Paredes González; Nuria Díaz Gallego.; María Gema Flox Benítez

sanchezpellitero@gmail.com

1. INTRODUCCIÓN La muerte es el final de un proceso de despedida entre el paciente y sus seres queridos. Desgraciadamente en el medio hospitalario, en las Uci existen demasiadas barreras arquitectónicas que privan de intimidad el proceso. El aparataje, las alarmas y el ambiente medicalizado pueden impedir a los familiares el contacto con el paciente y asustan a menudo a los niños.

En el periodo navideño de 2024 recibimos una interconsulta de Uci para ingresar a un paciente a nuestro cargo, en cuidados paliativos. Nos comentaron que ingresaría sin ventilación mecánica y con una perfusión de sedoanalgesia ya que paciente y familia deseaban que el fallecimiento fuera tranquilo tras la retirada de la ventilación.

El equipo de cuidados intensivos había determinado la adecuación de esfuerzo terapéutico tras 46 días de ingreso y deseaban nuestra ayuda con la transición a la planta.

Asimismo, nos refieren que el último deseo del paciente es despedirse de sus dos nietos menores, a los que nos ve desde el ingreso. Se contacta con la unidad clínica receptora del paciente (medicina interna) para buscar una ubicación donde tenga lugar el encuentro con sus nietos menores.

2. OBJETIVOS (General y Específicos) -General:

Cumplir el último deseo del paciente antes de morir tras la desconexión de la ventilación mecánica asistida. Cierre biográfico de la vida del paciente.

-Específicos:

Despedida del paciente a sus nietos menores en un entorno "menos medicalizado".

Favorecer el duelo posterior de toda la familia.

3. METODOLOGÍA Las supervisoras de la planta que recibiría al paciente acondicionaron una sala anexa a la planta receptora decorándola con motivos navideños. Se contactó con el servicio de pediatría para conseguir regalos para los nietos.

Antes de ver al paciente les explicaron a los niños la función del aparataje que llevaba su abuelo para disminuir sus temores. El paciente fue acompañado por el equipo de intensivos, supervisoras de medicina interna y el equipo de paliativos. Llegaron sus familiares y nietos y les dio los regalos acompañados de muchos besos y abrazos.

4. RESULTADOS El paciente pudo hacer realidad su último deseo antes de salir de Uci para fallecer en la planta de hospitalización. Paciente y familia conocedores de diagnóstico y pronóstico tras una larga enfermedad planificaron los últimos momentos de vida acompañados del equipo médico.

La ansiedad inicial y el miedo de los menores fueron disipados tras ver y hablar con su abuelo. Así nos lo comentó posteriormente su familia. La familia se sintió "especialmente arropada" en estos duros momentos en los que la compañía fue tan terapéutica como los fármacos.

Fueron unos momentos especialmente emotivos para el personal sanitario que le acompañaba, especialmente para los de cuidados intensivos tras 46 días de ingreso.

El paciente finalmente no pudo salir a la planta de hospitalización porque empeoró esa misma tarde y no fue posible el ingreso en la planta.

La familia nos refirió su agradecimiento verbalmente agradeciendo especialmente la sensibilidad y empatía con la situación, así como el buen trato con ellos.

5. CONCLUSIONES Cumplir el último deseo de una persona al que has tratado como paciente durante un ingreso prolongado es muy gratificante y además sirve para que el equipo que le atiende pueda elaborar su propia despedida.

Para el paciente y sus seres queridos fueron momentos muy emotivos e íntimos que sirvieron para elaborar el duelo posterior de la familia. Los nietos formaron parte de esa despedida y en ningún caso fueron excluidos viviéndolo con mucha emoción.

6. BIBLIOGRAFÍA

1.Family accompanying: a tool to dignify the death process in intensive care unit

Formato Documento Electrónico(Vancouver)

Gálvez González María, Fernández Luque Concepción, Muñumel Alameda Graciela, Ríos Gallego Francisca, Fernández Vargas Lourdes, Águila Hidalgo Belén del. Acompañamiento familiar: una herramienta para dignificar el proceso de muerte en la unidad de cuidados intensivos. Index Enferm [Internet]. 2011 Dic [citado



2025 Feb 01] ; 20(4): 233-237. Disponible en:
http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1132-12962011000300005&lng=es.
<https://dx.doi.org/10.4321/S1132-12962011000300005>
2. Visit of minors in an intensive care unit. What is the opinion of health staff?
J. Valls-Matarí, R.M. Peradejordi-Torres, E. Calvet-González, A. Jorge-Castillo, S. Calvo-Alonso, I. Sandalinas-Mulero a Unidad de Cuidados Intensivos, Hospital Universitari Mútua Terrassa, Terrassa, España b Área de Crítico, Hospital Universitari Mútua Terrassa, Terrassa, España DOI: 10.1016/j.enfi.2019.01.003
3. Perspectives of intensive care nurses on open visits in an ICU A. Alonso-Rodríguez, S. Martínez-Villamea, A. Sánchez-Vallejo, J. Gallego-Lorente, M. Fernández-Menéndez a Unidad de Cuidados Intensivos (UCI 3-6), Hospital Universitario Central de Asturias (HUCA), Oviedo, España b Servicio de Medicina Intensiva, Complejo Asistencial Universitario de León (CAULE), León, España c Departamento de Enfermería y Fisioterapia, Facultad de Ciencias de la Salud, Universidad de León, León, España d Departamento de Biblioteconomía y Documentación, Universidad de León, León, España DOI: 10.1016/j.enfi.2020.02.005
4. J.E. Davidson, K. Powers, K.M. Hedayat, M. Tieszen, A.A. Kon, E. Shepard, et al. Clinical practice guidelines for support of the family in the patient-centered intensive care unit: American College of Critical Care Medicine Task Force 2004-2005. Crit Care Med., 35 (2007 Feb), pp. 605-622
<http://dx.doi.org/10.1097/01.CCM.0000254067.14607.EB> | Medline

31

REFLEXIÓN EN TORNO AL TESTIMONIO DE UN PACIENTE

Herrera Romero, Tania ; Sánchez García, María Dolores; Cánovas Serrano, Yaiza;
Martínez-Lozano Aranaga, Fátima; Serna González, Natalia; López Amoróz, Ángel
José

t.h.romero@gmail.com

1. INTRODUCCIÓN Los testimonios de los pacientes son una fuente esencial para la reflexión crítica en el ámbito sanitario. Estas narrativas permiten a los profesionales comprender mejor las necesidades emocionales, físicas y sociales de los pacientes, lo que contribuye a una atención más humanizada. Según González-Rincón et al. (2019), el análisis de estas experiencias ayuda a identificar áreas de mejora, especialmente en el trato humano. Trzeciak et al. (2017) destacan que la empatía, impulsada por la escucha activa de testimonios, influye en la mejora de los resultados clínicos.

Los grupos focales de profesionales, organizados para examinar relatos de pacientes, facilitan la reflexión colectiva, cuestionando rutinas y enriqueciendo la práctica clínica. Este proceso fomenta una mejor comunicación interpersonal y fortalece el trabajo en equipo, generando cambios organizativos y promoviendo la empatía como un elemento clave en la relación profesional-paciente (Epstein & Street, 2011).

En este contexto, el presente estudio se propuso una reflexión en torno al testimonio de un paciente. A través del análisis de su relato en un grupo focal de profesionales sanitarios, se buscó explorar cómo estas narrativas influyen en su percepción sobre la práctica asistencial y en qué medida pueden contribuir a identificar oportunidades de mejora en la atención hospitalaria.

2. OBJETIVOS (General y Específicos) **Objetivo General:**

Fomentar una reflexión sobre el testimonio de un paciente por parte del equipo de trabajo de la UCI, con el fin de analizar cómo este relato aporta una nueva comprensión sobre su práctica asistencial.

• **Objetivos Específicos:**

1. Promover el diálogo y el análisis crítico entre los profesionales sanitarios del grupo focal en torno a las experiencias narradas en el testimonio.

2. Identificar áreas de mejora en la atención y relación asistencial, a partir de las percepciones y reflexiones generadas.

3. Proponer medidas de mejora que puedan ser implementadas para optimizar la calidad del cuidado en la UCI.

3. METODOLOGÍA La metodología incluyó la grabación en audio y vídeo del testimonio de un paciente del Hospital Reina Sofía, ingresado 101 días en la UCI, y el de su familiar, mediante entrevistas semiestructuradas independientes. Luego, se organizó un grupo focal con 2 médicos, 4 enfermeros y 2 técnicos auxiliares. Durante la sesión, se proyectaron los testimonios y un moderador guió la reflexión. Se aplicó la técnica de “tormenta de ideas” para recoger impresiones iniciales antes del debate grupal. La sesión fue grabada y codificada con Atlas.ti bajo un enfoque fenomenológico. Una limitación fue la selección por conveniencia.

4. RESULTADOS Los resultados obtenidos mostraron la necesidad de mejorar la comunicación con los pacientes y sus familias, priorizando la calidad sobre la cantidad

50



de información. Esta comunicación debe ser personalizada, adaptándose a las necesidades y características de cada paciente.

Se reconoció el impacto positivo del personal no clínico, como las limpiadoras, quienes, a través de un trato cercano y natural, generan confianza y bienestar emocional en los pacientes. Esto llevó a reflexionar sobre la importancia de complementar la atención técnica con un enfoque más humanizado.

También se evidenciaron prejuicios hacia ciertos perfiles de pacientes, como aquellos con antecedentes de conductas de riesgo, lo que repercute en la calidad del trato asistencial.

Asimismo, se destacó la necesidad de flexibilizar las visitas familiares, dado que su presencia mejora el bienestar psicológico del paciente durante su estancia en la UCI, ayudando a reducir el estrés y la ansiedad.

Por último, se hizo patente la importancia de mejorar la organización y la coordinación en el trabajo en equipo, ya que la falta de una estructura clara provoca desorden y retrasos en la atención.

5. CONCLUSIONES Escuchar testimonios de pacientes constituye una herramienta valiosa para reflexionar de manera crítica sobre la práctica clínica, ayudando a identificar mejoras en la empatía y la atención personalizada. Estas experiencias permiten cuestionar las rutinas establecidas y fomentar cambios hacia una atención más humanizada.

Los resultados ponen de relieve la necesidad de formación para desarrollar habilidades de relación, tanto con los pacientes y sus familias como entre los propios profesionales, mejorando la comunicación y el trabajo en equipo.

Asimismo, se concluye que es fundamental establecer estructuras organizativas que respalden la humanización, evitando que ésta dependa únicamente de la iniciativa individual.

6. BIBLIOGRAFÍA

1. Hojat, M., Louis, D. Z., Markham, F. W., Wender, R., Rabinowitz, C., & Gonnella, J. S. (2011). Physicians' empathy and clinical outcomes for diabetic patients. *Academic Medicine*, 86(3), 359-364. <https://doi.org/10.1097/ACM.0b013e3182086fe1>
2. Derksen, F., Bensing, J., & Lagro-Janssen, A. (2013). Effectiveness of empathy in general practice: a systematic review. *British Journal of General Practice*, 63(606), e76-e84. <https://doi.org/10.3399/bjgp13X660814>
3. Epstein, R. M., & Street, R. L. (2011). The values and value of patient-centered care. *Annals of Family Medicine*, 9(2), 100-103. <https://doi.org/10.1370/afm.1239>
4. Beckman, H. B., & Frankel, R. M. (1984). The effect of physician behavior on the collection of data. *Annals of Internal Medicine*, 101(5), 692-696. <https://doi.org/10.7326/0003-4819-101-5-692>
5. Trzeciak, S., Roberts, B. W., & Mazzei, A. J. (2017). Compassionomics: Hypothesis and experimental approach. *Medical Hypotheses*, 107, 92-97. <https://doi.org/10.1016/j.mehy.2017.08.015>
6. González-Rincón, M., de Herrera-Marchal, P. D., & Martínez-Martín, M. L. (2019). Rol de la enfermera en el cuidado al final de la vida del paciente crítico. *Enfermería Intensiva*, 30(2), 78-91. <https://doi.org/10.1016/j.enfi.2018.12.005>
7. Jiménez, M. C. (2009). La práctica reflexiva en el desarrollo profesional de las enfermeras: un estudio cualitativo (Tesis doctoral). Universidad de Barcelona. Recuperado de <https://www.tdx.cat/handle/10803/382832>
8. Gómez, D. R., & Aragón, S. F. (2020). Temor y angustia: vivencia del paciente en la unidad de cuidados intensivos. *Revista Ciencia y Cuidado*, 17(3), 7-19. <https://doi.org/10.22463/17949831.1695>
9. Quinatoa, D., Mejía, M., Herrera, P., Muñoz, A., & Jiménez Barrera, M. (2023). Experiencias del profesional de enfermería durante el cuidado al paciente crítico: lecciones autoaprendidas. *Revista Bionatura*, 8(3), 1-7. Recuperado de <https://revistabionatura.com/files/2023.08.03.8.pdf>

CONOCIENDO LA EXPERIENCIA DEL PACIENTE COMO HERRAMIENTA PARA LA HUMANIZACIÓN EN UN SERVICIO DE URGENCIAS. PROTOCOLO DE INVESTIGACIÓN.

Benjamín Yáñez Caballero; Canca Sánchez, José Carlos; Aranda Gallardo, Marta; Rodríguez Chaves, Ana María; Rivas Ruíz, Francisco

byanez75@gmail.com

1. INTRODUCCIÓN En los servicios de urgencias hospitalarios (SUH), ecosistemas altamente complejos, desde el enfoque de la atención centrada en la persona, la experiencia del paciente y familiares son dimensiones claves para la humanización de la atención, mejora de los resultados de salud, la seguridad, y en general, de la calidad asistencial.



Existen diferentes PREM validados para medir la experiencia del paciente en las urgencias hospitalarias. El Emergency Department-Patient Reported Experience Measure (EM-PREM), creado en Australia, es el más reciente. Este cuestionario se articula sobre 4 dimensiones:

Dominio 1: Person-centred relationships between patients and ED care providers, con 14 ítems.

Dominio 2: Patient confidence in ED care providers, con 5 ítems.

Dominio 3: Patient engagement in ED care

Dominio 4: Comfort, and privacy in the ED

Hasta donde sabemos, no existe ningún cuestionario validado en español para medir la experiencia del paciente en el contexto específico de los SUH.

El estudio de validación transcultural del cuestionario ED-PREM, se desarrollará en los Servicios de Urgencias del Hospital Universitario Costa del Sol y el Hospital de Alta Resolución de Benalmádena, durante los años 2024 y 2025. Este cuestionario será una herramienta esencial para facilitar la humanización real de estos servicios

2. OBJETIVOS (General y Específicos) General:

Adaptación y validación transcultural del Emergency Department Patient-Experiences Measures (ED PREM)

Específicos:

- Adaptar al contexto español el cuestionario ED-PREM
- Determinar la fiabilidad en términos de consistencia interna del ED-PREM adaptado al español y compararla con la obtenida en la versión original.
- Describir las características sociodemográficas y clínicas de los pacientes de los SUH
- Analizar la posible asociación de la experiencia del paciente en los SUH ajustada por características sociodemográficas-clínicas
- Describir la experiencia del paciente en los SUH con ED-PREM
- Identificar medidas para mejorar la experiencia del paciente y humanización de los SUH

3. METODOLOGÍA La muestra se obtendrá mediante reclutamiento directo de la población que acude a estos servicios, que cumpla con los criterios de inclusión y que quieran de manera voluntaria participar en el mismo. En la metodología del estudio se distinguen tres fases secuenciales: validación en español del cuestionario, prueba piloto de comprensión de la escala y estudio de las propiedades psicométricas del cuestionario.

4. RESULTADOS Actualmente realizada la traducción y la retrotraducción del cuestionario ED-PREM, y en proceso de pilotaje.

5. CONCLUSIONES La adaptación y validación transcultural del cuestionario ED-PREM en español permitirá medir la experiencia del paciente de una manera fácil y rápida para el paciente, algo esencial en los SUH, facilitando conocer las necesidades profundas de los pacientes que acuden a estos y con ello implementar medidas que den respuestas a estas necesidades y que trascienden la satisfacción, los resultados de salud en términos de enfermedad y los obsoletos cuadros de mandos. En definitiva, acciones que permitan situar en el centro de la atención a pacientes, familiares-cuidadoras y profesionales que sean el motor de cambio real de los objetivos-organizacionales hacia unidades-humanizadas.

6. BIBLIOGRAFÍA

1. Institute of Medicine (US) Committee on Quality of Health Care in America. Crossing the Quality Chasm: A New Health System for the 21st Century [Internet]. Washington (DC): National Academies Press (US); 2001 [citado 7 de marzo de 2024]. Disponible en: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/books/NBK22274/>
2. Experiencia del paciente: ¿una nueva perspectiva en urgencias? - Revista Española de Urgencias y Emergencias [Internet]. [citado 27 de febrero de 2024]. Disponible en: <https://revistaemergencias.org/numeros-antiores/volumen-35/numero-6/experiencia-del-paciente-una-nueva-perspectiva-en-urgencias/>
3. Graham B, Endacott R, Smith JE, Latour JM. 'They do not care how much you know until they know how much you care': a qualitative meta-synthesis of patient experience in the emergency department. Emerg Med J. junio de 2019;36(6):355-63.
4. Jamieson Gilmore K, Corazza I, Coletta L, Allin S. The uses of Patient Reported Experience Measures in health systems: A systematic narrative review. Health Policy. 1 de febrero de 2023;128:1-10.
5. Yáñez-Caballero B, Velasco-Bueno JM, Rivas-Ruiz F, Gómez-González AJ, Canca-Sánchez JC. Proceso de implementación de buenas prácticas de humanización en un servicio de urgencias hospitalarias. 2023;2:70-7. Rev Esp Urg Emerg. abril de 2023;2(2):70-7.
6. Bull C, Latimer S, Crilly J, Gillespie BM. A systematic mixed studies review of patient experiences in the ED. Emerg Med J EMJ. agosto de 2021;38(8):643-9.
7. Bull C, Byrnes J, Hettiarachchi R, Downes M. A systematic review of the validity and reliability of patient-reported experience measures. Health Serv Res. octubre de 2019;54(5):1023-35.
8. Bull C, Crilly J, Latimer S, Gillespie BM. Establishing the content validity of a new emergency department patient-reported experience measure (ED PREM): a Delphi study. BMC Emerg Med. 9 de abril de 2022;22:65.
9. Kim JM, Kim NG, Lee EN. Emergency Room Nurses' Experiences in Person-Centred Care. Nurs Rep Pavia Italy. 4 de julio de 2022;12(3):472-81.



10. Busch IM, Moretti F, Travaini G, Wu AW, Rimondini M. Humanization of Care: Key Elements Identified by Patients, Caregivers, and Healthcare Providers. A Systematic Review. *The Patient*. octubre de 2019;12(5):461-74.
11. Dwamena F, Holmes-Rovner M, Gaulden CM, Jorgenson S, Sadigh G, Sikorskii A, et al. Interventions for providers to promote a patient-centred approach in clinical consultations. *Cochrane Database Syst Rev* [Internet]. 2012 [citado 8 de marzo de 2024];(12). Disponible en: <https://www.cochranelibrary.com/es/cdsr/doi/10.1002/14651858.CD003267.pub2/full/es>
12. Registered Nurses' Association of Ontario (RNAO). Cuidados centrados en la persona y la familia. Guía de buenas prácticas clínicas [Internet]. 2015 [citado 11 de marzo de 2024]. Disponible en: https://rnao.ca/sites/rnao-ca/files/bpg/translations/Person_Family_Ctrd_Care_-_2015_-_CUIDADOS_CENTRADOS.pdf
13. McConnell D, McCance T, Melby V. Exploring person-centredness in emergency departments: A literature review. *Int Emerg Nurs*. mayo de 2016;26:38-46.
14. Welch SJ. Twenty years of patient satisfaction research applied to the emergency department: a qualitative review. *Am J Med Qual Off J Am Coll Med Qual*. 2010;25(1):64-72.
15. Wolf JA, Niederhauser Victoria, Marshburn Diane, Lavela Sherri. Defining Patient Experience. *Patient Exp J*. 30 de abril de 2014;1(1):7-19.
16. Gordon J, Sheppard LA, Anaf S. The patient experience in the emergency department: A systematic synthesis of qualitative research. *Int Emerg Nurs*. abril de 2010;18(2):80-8.
17. Sonis JD, Aaronson EL, Lee RY, Philpotts LL, White BA. Emergency Department Patient Experience. *J Patient Exp*. junio de 2018;5(2):101-6.
18. Sonis JD, Aaronson EL, Castagna A, White B. A Conceptual Model for Emergency Department Patient Experience. *J Patient Exp*. septiembre de 2019;6(3):173-8.
19. Male L, Noble A, Atkinson J, Marson T. Measuring patient experience: a systematic review to evaluate psychometric properties of patient reported experience measures (PREMs) for emergency care service provision. *Int J Qual Health Care J Int Soc Qual Health Care*. 1 de junio de 2017;29(3):314-26.
20. Anthoine E, Moret L, Regnault A, Sébille V, Hardouin JB. Sample size used to validate a scale: a review of publications on newly-developed patient reported outcomes measures. *Health Qual Life Outcomes*. 9 de diciembre de 2014;12:2.

SEGUIMIENTO DE LAS VISITAS REALIZADAS EN URGENCIAS 2023-2024 CON INTERRUPTIONES. PROYECTO DE MEJORA.

Puertas Cruz, Gloria; Martín Viñolas, Teresa; Bosch Calvis, M. Josep; Esteban Marquez, Ángeles; Rovira Bach, M. Carme; Rubio Segura, Maite

gpuestas@althaia.cat

1. INTRODUCCIÓN Las distracciones y las interrupciones en las visitas asistenciales afectan a la seguridad y son perjudiciales para los pacientes y los profesionales sanitarios.

Las interrupciones en la visita presencial que es confidencial, privada afecta a los valores de las personas y son una amenaza para la seguridad, la intimidad y la calidad técnica y percibida.

Las interrupciones asistenciales vulneran la humanización de los cuidados.

Antes del inicio de este proyecto la sala de urgencias era un espacio de encuentro, el eje central de almacenamiento de material, medicación y donde resolvíamos dudas ya sea presencialmente o bien con llamadas telefónicas.

La inquietud por mejorar la calidad asistencial, la seguridad y la intimidad del paciente, nos llevó a reflexionar sobre las interrupciones en la sala de urgencias.

Las interrupciones durante la actividad asistencial y sin estar vinculadas a la visita del momento estaban normalizadas por nuestro equipo.

Este pequeño proyecto quiere ser el punto de partida para mejorar y nos está ayudando a trabajar con el equipo propuestas que puedan facilitar el trabajo y asegurar la satisfacción, la seguridad y la intimidad, y, con los datos obtenidos de partida, podemos monitorizar criterios de calidad y formular indicadores de salud.

2. OBJETIVOS (General y Específicos) Cuantificar en la sala de urgencias del CAP durante marzo 2023 /Noviembre 2024:

1. Cuantificar las visitas y las interrupciones/visita no relacionadas con la actividad asistencial del momento.

2. Identificar los motivos de las interrupciones.

3. METODOLOGÍA Seguimiento observacional con registro antes/después de las mejoras.

Se analizaron las interrupciones en 10 jornadas y dos periodos y diferentes turnos.

Dos periodos de análisis : marzo 2023 (pre implantación de mejoras) y noviembre 2024 (post implantación de mejoras) durante 10 jornadas de trabajo en diferentes turnos .



Análisis : excel , Red Cap i PPoint

Entre las acciones de mejora se propusieron:

- Gestión material asistencial/no asistencial en urgencias y despachos asistenciales
- Implantación del doble cajón en el almacén general .
- Sensibilización y concienciación a todo el equipo de trabajo.

4. RESULTADOS En el primer período de seguimiento observacional antes de la implantación de las mejoras se analizaron un total de 247 visitas y los resultados fueron los siguientes:

- N.º visitas con interrupciones 2023: 89 interrupciones (36%)
- N.º total interrupciones 2023 :110 interrupciones (44,5%)
- N.º interrupciones/visita 2023: 1,2

En el segundo período de seguimiento tras la implantación de mejoras se analizaron un total de 150 visitas y los resultados obtenidos fueron:

- N.º visitas con interrupciones 2024: 30 interrupciones (20%)
- N.º total interrupciones 2024 :40 interrupciones (26,6%)
- N.º interrupciones/visita 2023: 1,3

Se analizaron las interrupciones por franjas horarias y observamos un porcentaje alto de interrupciones entre las 9:35h-13h ; el 50% (2023) y 25%(2024) por profesionales /estudiantes de enfermería.

Entre los principales motivos de interrupción observamos la falta material sanitario/no sanitario en otras zonas del centro 66%(2023) y 20% (2024) y consultas varias 27%(2023) y 12%(2024)

Las interrupciones por motivos varios incluyeron :

- Dudas sobre disponibilidad de vacunas
- Dudas sobre registros en el programa informático y otros registros
- Dudas sobre la presencia y ubicación de compañeros/as
- Lugar de paso y encuentro de profesionales asistenciales/no asistenciales

5. CONCLUSIONES Las interrupciones han mejorado tras la implantación de las mejoras, aunque los profesionales/estudiantes enfermería siguen causando interrupciones por falta de material,registros de seguridad del paciente y para resolver dudas, comentarios,... . El personal de admisiones y limpieza han disminuido a 0% las interrupciones

Se han planteado nuevas propuestas de mejora por parte del Equipo :

1. Nuevo circuito de reorganización del material
2. Nuevos sistemas de organización interna.
3. Seguimos sensibilizando al todo el equipo asistencial y no asistencial .

Se valora continuar la monitorización anual y ampliar el análisis observacional en las otras zonas asistenciales del centro .

6. BIBLIOGRAFÍA

1. A.M. Ballesteros perez,A.L.García Gonzalez,J. Foncuberta Martínez,F. Sanchez rodríguez,C perez-Crespo. La demora en al consulta de atención primaria: ¿ Se puede mejorar?.Aten primaria 2003;31(6):377-81
2. J. Urkin, A Elhayany,P Ben Hemo . Interrupciones durante las consultas -perjudicial tanto para lospacientes como para los médicos . Las afiliaciones se expanden PMID: 12017888
3. R. Penalva ,G. Fuente,C Pérez,J. Alcalá
Hospital General Universitario de Alicante
Decálogo SEPIH distracciones y interrupciones i seguridad dels paciente.

EL LIDERAZGO HUMANIZADO EN CENTROS SANITARIOS: LA VOZ DE LOS PROFESIONALES

María Dolores Reboredo Redondas; Cano Fernández, Roberto; Jiménez Muriel, Isabel; Martínez Morán, Silvia; Núñez Núñez, María Concepción; Vega García, Gema

lolarere@yahoo.es

1. INTRODUCCIÓN El liderazgo ha sido un tema de interés para grandes pensadores a lo largo de la historia. Sin embargo, no fue hasta principios del siglo XX que comenzó a analizarse en el ámbito organizacional. El estilo de liderazgo se ha convertido en un factor clave para el éxito y una ventaja competitiva en cualquier organización, aunque los estudios científicos sobre liderazgo en el sector sanitario son aún escasos.

En la actualidad, la humanización de las instituciones sanitarias es fundamental en las políticas de salud. Por ello, es necesario adaptar los estilos de liderazgo a los nuevos desafíos organizacionales e integrar prácticas de humanización en ellos. Existen



evidencias de que las dinámicas poco humanizadas afectan, de manera directa o indirecta, en la satisfacción de pacientes, familiares y profesionales. Implementar una cultura de humanización implica que todos los actores de estas entidades se enfoquen en generar un “bienestar integral” para los demás. Un liderazgo humanizado aumenta la probabilidad de que los profesionales actúen alineados con los objetivos de humanización de las instituciones.

Por todo esto, es esencial conocer la opinión de quienes trabajan en los centros sanitarios para identificar las conductas que, según su criterio, favorecen un liderazgo más humanizado.

2. OBJETIVOS (General y Específicos) Este estudio cualitativo busca el descubrimiento, no la verificación de hipótesis. Podría generar una hipótesis que, si se valida en un estudio cuantitativo, permitiría generalizar resultados.

Las preguntas planteadas son: ¿Qué actitudes, gestos o comportamientos de los líderes en instituciones sanitarias son percibidos como humanizantes por los profesionales? ¿Cuáles son los más relevantes?

Los objetivos son:

-Conocer las conductas que favorecen la humanización del liderazgo en instituciones sanitarias.

-Identificar las conductas consideradas más representativas.

3. METODOLOGÍA El estudio es cualitativo, realizado en centros sanitarios, con un muestreo no aleatorizado por conveniencia. La población diana son profesionales de todas las categorías profesionales con más de un año de antigüedad. La recolección de datos se hace mediante técnica de grupo nominal con pregunta exploratoria. El análisis es narrativo, realizado por tres observadores, con codificación de opiniones repetidas y temas emergentes. Se realiza una categorización inductiva manual de conceptos semánticos y temáticos, y se organiza una matriz con los conceptos más recurrentes. Éticamente, cuenta con: aprobación del Comité de Ética e Investigación, protección de datos personales y consentimientos informados.

4. RESULTADOS Se desarrollaron seis grupos nominales, con la participación de 11 profesionales sanitarios facultativos, 25 sanitarios no facultativos y 16 no sanitarios. Los ítems identificados y organizados por áreas temáticas son:

-Cercanía y amabilidad: Ser accesible, saludar, llamar a las personas por su nombre y mantener contacto visual.

-Comunicación: Disposición al diálogo, elección de un lugar adecuado para conversar, mensajes claros, información veraz, transmisión de tranquilidad, tono moderado, positividad, paciencia, sonrisa, postura abierta y relajada.

-Ejemplaridad: Coherencia, honestidad, confianza, transparencia y respeto.

-Empatía.

-Equidad, flexibilidad y confidencialidad.

-Escucha activa y personalización de la atención.

-Organización eficaz: Proporcionar soluciones, implicación, seguridad, formación y promoción del desarrollo profesional.

-Reconocimiento: Agradecer y valorar el trabajo de los demás.

-Trabajo en equipo: Fomentar la participación, apertura a sugerencias, motivación, delegación, mediación en conflictos, fomento de un buen ambiente y organización de reuniones

Las características más mencionadas en todos los grupos incluyen: escucha activa, empatía, organización eficaz, mediación en conflictos, fomento de un buen ambiente, equidad, contacto visual, accesibilidad, honestidad, información veraz, postura abierta y relajada, sonrisa y elección de un lugar adecuado para conversar.

5. CONCLUSIONES Los estudios cualitativos permiten explorar las conductas que favorecen un liderazgo humanizado en el entorno sanitario. En resumen, las conductas que promueven este modelo de liderazgo abarcan aspectos comunicativos, relacionales, organizativos, de gestión de equipos y reconocimiento profesional. La escucha activa se destaca como el comportamiento más representativo del liderazgo humanizado. Según lo estudiado, se puede identificar lo que los profesionales esperan de sus líderes en una gestión humanizada. Finalmente, es necesario realizar más investigaciones que profundicen en el modelo de liderazgo humanizado en el ámbito sanitario.

6. BIBLIOGRAFÍA

- Danet, A., García Romera, I., & March Cerdà, J. C. (1970). Liderazgo transformacional en las organizaciones sanitarias. Una revisión bibliográfica. *Revista de Comunicación y Salud*, 6, 83–97. <https://doi.org/10.35669/revistadecomunicacionysalud>
- Hernández, H., Ramírez, C., & Sánchez, C. (2008). Humanizar los contextos de salud, cuestión de liderazgo. *Investigación y Educación en Enfermería*, 26(2), 218–225.
- Hoyos Hernández, P. A., Cardona Ramírez, M. A., & Correa Sánchez, D. (2008). Humanizar los

- contextos de salud, cuestión de liderazgo. *Investigación y Educación en Enfermería*, 26(2), 218–225.
- Huberman, A. M., & Miles, M. B. (2000). Métodos para el manejo y el análisis de datos. En D. C. Denman & J. A. Haro (Eds.), *Por los rincones: Antología de métodos cualitativos en la investigación social* (pp. 253–300). El Colegio de Sonora.
 - 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>
 - Memar Zadeh, M. (2021). An introduction to high-reliability leadership style in healthcare. *IntechOpen*. <https://doi.org/10.5772/intechopen.107946>
 - Mora Arellano, F. (2002). Por los rincones: Antología de métodos cualitativos en la investigación social. *Región y Sociedad*, 14(23), 237–242. Recuperado el 7 de noviembre de 2024, de http://www.scielo.org.mx/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1870-39252002000100014&lng=es&tlng=es
 - Moreno-Domínguez, J., Escobar-Rodríguez, T., & Pelayo-Díaz, Y. M. (2023). Influencia del liderazgo en gestión del conocimiento y eficiencia hospitalaria. *Gaceta Sanitaria*, 37, 102342. <https://doi.org/10.1016/j.gaceta.2023.102342>
 - Peiró-i-Gregori, S., & Portella, E. (1994). *El grupo nominal en el entorno sanitario* (1ª ed.). Institut Valencià d'Estudis en Salut Pública.
 - Ramos Guajardo, S., & Ceballos Vásquez, P. (2018). Cuidado humanizado y riesgos psicosociales: Una relación percibida por profesionales de enfermería en Chile. *Enfermería Cuidados Humanizados*, 7(1). <https://doi.org/10.22235/ech.v7i1.1537>
 - Osca Segovia, A., Palací Descals, F. J., Bernabé Castaño, M., Lisbona Bañuelos, A. M., Merhi Auar, R., Ramos Villagrasa, P. J., Fernández del Río, E., García Arroyo, J. A., & Salanova Soria, M. (Coord.). (2023). *Psicología de las organizaciones: Conceptos básicos y nuevos retos*. Sanz y Torres.
 - Zadeh, M. M. (2023). Introducción al estilo de liderazgo de alta confiabilidad en la atención médica. En J. Crawford (Ed.), *Liderazgo: Promover grandes líderes y liderazgo*.
 - Valsania, S. E., Jiménez Álamo, I., Laguía González, A., Lisbona Bañuelos, A. M., Molero Alonso, F., Moriano León, J. A., Osca Segovia, A., Palací Descals, F. J., Salanova Soria, M., & Topa Cantisano, G. E. (2016). Nuevas perspectivas en psicología de las organizaciones. Sanz y Torres.

35

“LA COMUNIDAD SORDA ALZA LA VOZ”

Celia Teira Serrano

cteirase@upsa.es

1. INTRODUCCIÓN Eliminar las barreras culturales y comunicativas en sanidad es fundamental para asegurar la igualdad de oportunidades y la calidad de la atención sanitaria (Lee, 2003). Esto supone por un lado “escuchar la voz de las personas”, tal y como se propone en este Congreso, y por otro, asegurarnos de la comprensión de los mensajes que se les transmiten.

Pero ¿qué sucede cuando hay discapacidades sensoriales y/o comunicativas que impiden una comprensión y expresión mayoritarias? La comunidad sorda lleva tiempo denunciando el impacto del oralismo y el audismo imperantes (Ladd, 2005), que resulta en situaciones altamente discapacitantes en los entornos sanitarios: hay una falta de consideración de la lengua de signos como una lengua oficial; se asocia la ausencia de audición y habla a bajas capacidades intelectuales; el acceso a los servicios depende de la lengua oral o escrita; etc. (Federación de Asociaciones de Padres y Amigos del Sordo de Castilla y León, 2023; Rocha de Lima et al., 2022; Kuenburg et al., 2016; Planco-Teijo y García-Ruise, 2010).

2. OBJETIVOS (General y Específicos) El objetivo general de esta investigación es visibilizar las barreras comunicativas que encuentran las personas con discapacidad auditiva en los entornos sanitarios. Los objetivos específicos son:

1. Contrastar las respuestas de los participantes con la bibliografía.
2. Identificar los variables que dificultan la interacción.
3. Valorar la influencia de la edad, el sexo, el nivel de estudios, el tipo de discapacidad auditiva, el tipo de ayuda técnica utilizada (prótesis o implante coclear), la edad del diagnóstico y la edad de inicio de uso de las ayudas técnicas, así como el modo principal de comunicación actual, en la identificación de barreras.

3. METODOLOGÍA Se trata de un estudio descriptivo fenomenológico que servirá para conocer las vivencias de los participantes a través de entrevistas semiestructuradas. Se emplea por tanto una metodología cualitativa, mediante un muestreo por conveniencia entre las asociaciones de sordos de la provincia de Salamanca. Tras la transcripción de las entrevistas se llevará a cabo el análisis de los contenidos. Se establecerán categorías y códigos de manera deductiva (a partir de las barreras identificadas en la bibliografía) e inductiva (a partir de las frecuencias de



palabras y de los contenidos). Se utilizará para ello el software Atlas.ti (<https://atlasti.com/>).

4. RESULTADOS Los resultados preliminares corroboran las barreras comunicativas y actitudinales descritas hasta la fecha en la bibliografía: violación del derecho a la información (y en consecuencia, toma de decisiones arbitrarias), violación de la privacidad de los usuarios al tener que asistir con acompañantes, actitudes comunicativas no verbales que dificultan la interacción (situarse detrás de la pantalla del ordenador o con mascarilla impidiendo realizar la lectura labial) ... Todo esto genera sentimientos de miedo, desconfianza y frustración ante el entorno y los profesionales sanitarios por parte de las personas sordas. Como cabría esperar, las mujeres sordas acusan más estas situaciones que los hombres; y en general, el nivel de estudios o la edad de aparición de la sordera también son variables que correlacionan negativamente.

5. CONCLUSIONES La comunicación es cosa de dos. Las personas sordas con lengua de signos, las personas neurodiversas y/o con necesidades complejas de comunicación que emplean sistemas alternativos... son interlocutores válidos y es nuestra responsabilidad como profesionales de la salud facilitar la interacción comunicativa y no ser una barrera más del entorno.

La humanización del ámbito sanitario supone tener conciencia de la diversidad comunicativa más allá del lenguaje oral y la audición mayoritarias.

Superar el modelo médico en la concepción de la discapacidad y adoptar el modelo biopsicosocial ayudaría a conocer y reconocer como iguales a estas personas con condiciones diversas.

6. BIBLIOGRAFÍA

- Federación de Asociaciones de Padres y Amigos del Sordo de Castilla y León (2023). Guía de Accesibilidad Comunicativa. <https://cepaccyl.org/wp-content/uploads/2023/12/ACCESIBILIDAD-COMUNICATIVA-DEFINITIVA.pdf>
- Kuenburg, A., Fellingner, P., & Fellingner, J. (2016). Health Care Access Among Deaf People. *Journal of deaf studies and deaf education*, 21(1), 1-10. <https://doi.org/10.1093/deafed/env042>
- Ladd P. (2005). Deafhood: a concept stressing possibilities, not deficits. *Scandinavian journal of public health. Supplement*, 66, 12-17. <https://doi.org/10.1080/14034950510033318>
- Lee, S.M. (2003). A review of language and other communication barriers in health care. US Department of Health and Human Services. https://www.academia.edu/download/34818555/smleecommunication_and_health.pdf
- Lima, L. R. de, Silva, M. C. S. R. da, Firmino, C. C., de Melo, G. B., & Lisboa, G. L. P. (2022). la influencia de los profesionales de la salud en la elección de utilizar el lenguaje de signos. *Cogitare Enfermagem*, 27. <https://doi.org/10.5380/ce.v27i0.88198>
- Planco-Teijo, F. & García-Ruise, S. (2010). Necesidad sentida de las mujeres sordas durante el parto y el puerperio inmediato en el ámbito hospitalario. *Cultura de los Cuidados*, 4(28), 49-56. <http://dx.doi.org/10.7184/cuid.2010.28.07>

EL PACIENTE INFORMADO: UN PROYECTO PARA EMPODERAR AL USUARIO DEL SISTEMA SANITARIO

Alicia Tajada Gascó; Tajada Gascó, Alicia; García Herrero, Inés; Gracia Val, Patricia

pgracia@iisaragon.es

1. INTRODUCCIÓN El proyecto "El paciente informado" surge de las necesidades detectadas tanto por los servicios del hospital como por los propios pacientes en el marco del programa "El paciente protagonista". A través de mesas de diálogo, se identificó una demanda clara: los pacientes requieren información adecuada, comprensible y uniforme para enfrentar sus procesos de salud con mayor confianza. Además, se detectó que muchos pacientes olvidan o no comprenden toda la información proporcionada durante consultas diagnósticas o tras intervenciones, y a menudo recurren a fuentes no fiables como internet, lo que genera desinformación y ansiedad. Este proyecto tiene como objetivo principal responder a esta necesidad mediante materiales informativos claros, accesibles y validados, elaborados en colaboración con profesionales sanitarios y asociaciones de pacientes.

2. OBJETIVOS (General y Específicos) **Objetivo general:**

Garantizar el acceso a información clara, validada y uniforme que permita al paciente participar activamente en su proceso asistencial.

Objetivos específicos:

Crear y distribuir guías informativas en cada servicio del hospital.

Desarrollar materiales accesibles en formato físico y digital.



Incluir contactos de asociaciones de pacientes en las guías cuando sea relevante.

Centralizar la información en un blog hospitalario para facilitar su consulta.

3. METODOLOGÍA La implementación del proyecto incluyó:

La difusión entre los servicios hospitalarios y la creación de un buzón de correo para gestionar solicitudes de desarrollo de guías.

Incorporación de la elaboración de materiales informativos como acción obligatoria en los acuerdos de gestión.

Validación de los contenidos por parte de especialistas para garantizar claridad y uniformidad.

Colaboración con asociaciones de pacientes para incluir información adicional sobre recursos comunitarios.

Publicación de las guías en formato físico y digital en el blog del hospital.

4. RESULTADOS Desde su inicio, "El paciente informado" ha producido más de 100 guías y documentos informativos adaptados a las diferentes especialidades hospitalarias. Estas guías han sido bien recibidas tanto por los pacientes, que valoran su claridad y utilidad, como por el personal sanitario, que encuentra en ellas un recurso práctico para complementar las consultas.

El blog hospitalario, donde se centralizan los materiales, ha visto un notable incremento en el número de visitas. Aunque aún no se han medido métricas específicas como reducción de consultas innecesarias, los comentarios recogidos en mesas de diálogo reflejan una mejora significativa en la experiencia del paciente.

5. CONCLUSIONES El proyecto demuestra que proporcionar información clara y uniforme empodera a los pacientes, mejora su experiencia y reduce la incertidumbre en procesos asistenciales. Asimismo, la inclusión de contactos de asociaciones de pacientes fortalece el apoyo comunitario.

A largo plazo, se espera que este modelo se extienda a todas las áreas del hospital, ampliando la red de contenidos y actualizando de manera continua el blog para mantener su relevancia.

6. BIBLIOGRAFÍA

- Delgado, A., & López-Fernández, L. A. (2018). La toma de decisiones compartida en salud: Perspectivas y aplicaciones. Ediciones Pirámide.
- Epstein, R. M., & Street, R. L. (2011). Patient-Centered Communication in Cancer Care: Promoting Healing and Reducing Suffering. National Cancer Institute.
- Organización Mundial de la Salud (OMS) (2021). Global Strategy on Digital Health 2020-2025.
- Coulter, A., & Ellins, J. (2007). Effectiveness of strategies for informing, educating, and involving patients. *BMJ*, 335(7609), 24-27.
- Davis, R. E., Jacklin, R., Sevdalis, N., & Vincent, C. A. (2007). Patient involvement in patient safety: What factors influence patient participation and engagement? *Health Expectations*, 10(3), 259-267.

IMPLANTACIÓN DEL PROYECTO DE CONTENCIÓN CERO DENOMINADO "DSLLIGATS" EN UNA UNIDAD DE AGUDOS DE MEDICINA INTERNA

Yolanda Yolanda Reimóndez Pérez; Delgado Barroso, Lorena; Clarós Ferret, Mercè;
García Romero, Ester; Campaña Castillo, Fernando

yolanda.reimondez@fundacionhospitalarias.org

1. INTRODUCCIÓN En la práctica diaria de las unidades de medicina interna de los Hospitales de agudos, nos encontramos con usuarios de edad avanzada, frágiles, pluripatológicos, que atraviesan procesos agudos. (1)

Estos usuarios con o sin deterioro cognitivo son susceptibles a desarrollar un delirium, aumento del riesgo de caídas, manipulación de dispositivos terapéuticos. (2) Por ello, el uso de medidas de contención mecánica homologadas, se ha normalizado como parte de la práctica asistencial. (3)

Ante esta realidad, se planteó la no utilización de las contenciones físicas, a través de un proyecto de contención cero denominado "Dsligats", con un enfoque humanizado, asentado en los principios éticos legales de autonomía, justicia, no maleficencia y beneficencia. (3)

El proyecto se inició con la creación de un grupo líder, multidisciplinar, formado por 4 enfermeras, 4 Técnicos en Cuidados Auxiliares de enfermería y 1 médico, asesorado por la "Fundación cuidados Dignos" (4) y respaldado por la dirección del hospital. Constituyendo un decálogo de actuación, estableciendo indicadores, realizando



formación al personal sobre su desarrollo y pautando reuniones periódicas en la unidad para detectar claves de mejora.

2. OBJETIVOS (General y Específicos) Objetivo general:

- Reducir al mínimo posible las contenciones mecánicas.

Objetivos específicos:

- Instaurar la política de un uso adecuado hacia la NO CONTENCIÓN.
- Priorizar la utilización de alternativas a la contención mecánica.
- Dar a conocer las implicaciones éticas y legales de las CM durante la práctica asistencial.
- Garantizar que las contenciones que estén puestas lo estén el menos tiempo posible en caso de ser necesarias y como último recurso.
- Desarrollar una serie de indicadores de monitorización de la implantación.

3. METODOLOGÍA

La implantación del programa “Dslligats” se desarrolla en una unidad piloto, bajo el asesoramiento del equipo líder. El procedimiento por parte del personal de planta, se basa en los siguientes elementos clave:

- Identificación del paciente mediante niveles de riesgo durante todo el ingreso.
- Plan de cuidados individualizado: Cumplimentación de la historia de vida, consenso del equipo asistencial, registro de actuaciones (como la vigilancia activa, fomento del descanso, actividades de distracción, movilización...).
- Comunicación activa y consensos con las familias.
- Utilización de espacios comunes en la unidad.

4. RESULTADOS

El número total de contenciones mecánicas en el año 2022 fueron de 98, en el 2023 fue de 78; y en el 2024, tras la implantación del proyecto “Dslligats”; ha sido de 41 contenciones.

Durante el año 2024 se han identificados como a “Dslligats” a un total de 104 usuarios en la unidad piloto.

El porcentaje de usuarios identificados como “Dslligats” con la historia de vida realizada desde la implantación del proyecto es del 64% de media.

El número de usuarios identificados como a “Dslligats” a los que se les coloca contención mecánica es de un 8,4%.

5. CONCLUSIONES

Tras el inicio del proyecto “Dslligats”, en una unidad de hospitalización de agudos nivel 2 de medicina interna, se ha observado una clara reducción en el uso de contenciones en usuarios con unas características similares. El aumento de la sensibilización en los profesionales y la comunicación efectiva entre estos, impulsado desde el equipo líder, además de la información proporcionada a familias para incrementar su colaboración, han sido claves en el proyecto.

Dicha implantación, es una carrera de fondo y muy compleja, precisa de muchos recursos materiales y humanos, además de un cambio de cultura hacia la humanización de los cuidados.

6. BIBLIOGRAFÍA

1. Teresa Vidán Astiz M, Sánchez García E, Alonso Armesto M, Montero Errasquin B, Martínez de la Casa A, Javier Ortiz F, et al. Deterioro funcional durante la hospitalización en ancianos. Beneficios del ingreso en el servicio de geriatría. Rev Esp Geriatría Gerontol. 1 de mayo de 2008;43(3):133-8.
2. Carrasco M, Accatino-Scagliotti L, Calderón J, Villarreal L, Marín PP, González M. Impacto del delirium en pacientes de edad avanzada hospitalizados: un estudio prospectivo de cohortes. Rev Médica Chile. julio de 2012;140(7):847-52.
3. Román-Gálvez RM, Gámiz-González F, Matas-Matas FR, Rivas-Arquillo MM, Cobos-Vargas A, Bueno-Cavanillas A. Ética de los cuidados: valoración de los contenidos éticos en los protocolos o consensos de contención mecánica vigentes en España. J Healthc Qual Res. 1 de mayo de 2024;39(3):188-94.
4. Urrutia Beascoa AM. Modelo de cuidado centrado en la persona con reducción del uso de sujeciones físicas y químicas: conceptualización e implantación. 13 de septiembre de 2017 [citado 13 de febrero de 2025]; Disponible en: <https://hdl.handle.net/20.500.14352/22638>

VERIFICACIÓN DE LAS PROPUESTAS PARA MEJORAR EL DESCANSO NOCTURNO DE LAS PERSONAS INGRESADAS EN UN HOSPITAL

Carmen Nión Seijas; Vázquez Castelos, Isabel

carmen.nion.seijas@sergas.es

1. INTRODUCCIÓN

Virginia Henderson definió a la persona como un todo completo con 14 necesidades básicas. Cuando alguna de estas necesidades no está satisfecha la persona deja de ser un todo. La quinta necesidad definida por Virginia Henderson es la de descanso y sueño que se puede ver alterada tanto por el entorno como por



factores internos. La falta de un sueño adecuado puede empeorar los problemas de salud o generar otros nuevos.

Las personas recobran fuerzas físicas y mentales mientras duermen, por ello, el descanso es clave para su pronta recuperación.

En nuestra área sanitaria nos propusimos aplicar una serie de medidas en varias unidades de hospitalización, y con ello contribuir a mejorar el sueño y el descanso nocturno.

Llamaremos al periodo de sueño nocturno “horas mágicas” y serán las comprendidas entre las 00:00 h y las 06:30 h

Estas medidas fueron: Encender solamente las luces necesarias, hablar bajo, evitar los traslados de pacientes vulnerables, unificar los horarios de tratamientos y cuidados; respetar los rituales individuales de sueño, disminuir el ruido de dispositivos, alarmas y timbres, proporcionar el máximo confort, desconectando dispositivos móviles y promover la activación diurna en la medida que sea posible.

2. OBJETIVOS (General y Específicos) · General:

- Conocer si se cumplen las medidas propuestas.

· Específicos:

-Recabar los datos obtenidos en la lista de verificación

-Analizar la información proporcionada para actuaciones posteriores.

3. METODOLOGÍA El grupo de trabajo SUEÑO distribuye en ocho unidades un poster con nueve propuestas para mejorar el descanso en las horas mágicas de las personas ingresadas.

Se entregan dos posters en cada unidad participante y mediante una lista de verificación se comprueba en qué medida se cumplen las propuestas pasados tres meses

Se recomienda colocar la información en lugares frecuentados y en la sala de profesionales, para que las medidas estén presentes en la rutina diaria.

Se recogen y analizan los resultados.

El día internacional del sueño se reparten pegatinas para reforzar las medidas más difíciles de conseguir.

4. RESULTADOS Se observa que de las nueve propuestas para mejorar el descanso, el menor porcentaje de cumplimiento ha sido para:

Hablar bajo (25%),

Disminuir el ruido de los dispositivos (37,5 %)

Evitar los traslados en horario nocturno (50%).

Con resultados alcanzados mayores del 50% están las siguientes propuestas:

Encender sólo las luces necesarias (62,5%)

Respetar los rituales sueño (62,5%)

Organizar los tratamientos y cuidados (75%)

Desconectar los dispositivos (75%).

La activación diurna y proporcionar el máximo confort obtuvieron un 100% en todas las unidades.

5. CONCLUSIONES Debemos ser conscientes de adecuar nuestro tono de voz al momento del día.

Evitar los traslados nocturnos, no imprescindibles, requiere una buena coordinación con las unidades implicadas. La existencia de un protocolo de traslados facilitará su gestión, sobre todo de personas frágiles o vulnerables.

No siempre es necesaria una inversión económica para lograr objetivos. La implicación y participación de los profesionales es fundamental.

Un estudio donde los pacientes respondan cómo les afecta el ingreso hospitalario en su descanso nocturno y cuáles son los factores que podemos mejorar como organización, nos ofrecería una visión más amplia y futuras metas a alcanzar.

6. BIBLIOGRAFÍA

1. Amezcua M, Ver todas las entradas por Manuel Amezcua →. Virginia Henderson [Internet]. Fundacionindex.com. [citado el 3 de febrero de 2025]. Disponible en: <https://www.fundacionindex.com/gomeres/?p=626>

2. Chozas JMV. Necesidades Básicas de Virginia Henderson: Teoría en Enfermería [Internet]. Enfermería Actual. 2022 [citado el 3 de febrero de 2025]. Disponible en: <https://enfermeriaactual.com/necesidades-basicas-de-virginia-henderson/>

3. Medina Cordero A, Feria Lorenzo DJ, Osoz Muñoa G. Los conocimientos sobre el sueño y los cuidados enfermeros para un buen descanso. Enferm Glob [Internet]. 2009 [citado el 5 de febrero de 2025];(17):0-0. Disponible en: https://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1695-61412009000300005

4. El proyecto “Chronohospi” ayudará a conocer mejor la calidad del sueño de los pacientes hospitalizados [Internet]. ISCIII Portal Web. [citado el 12 de febrero de 2025]. Disponible en: <https://www.isciii.es/w/el-proyecto-chronohospi-ayudara-a-conocer-mejor-la-calidad-del-sueno-de-los-pacientes-hospitalizados-1?catId=448332>

5. Carrera-Hernández, L., Aizpitarte-Pejenaute, E., Zugazagoitia-Ciarrusta, N., & Goñi-Viguria, R. (2018). Percepción del sueño de los pacientes en una Unidad de Cuidados Intensivos. Enfermería intensiva, 29(2), 53-63. <https://doi.org/10.1016/j.enfi.2018.01.002>

PROYECTO “HOSPITALITAT I NATURA” EN UN HOSPITAL COMARCAL

Raquel Gené Ramos; Arranz Burillo, Emilio; Piñol Gámez, Olga; Martínez Morello, Magdalena; Olivan, Raul; Cervera Rodríguez, Rosa M^a

pvallano.hcme.ste@gencat.cat

1. INTRODUCCIÓN El programa “Hospitalitat i Natura” se desarrolla en nuestro centro desde el año 2023. Se inicia con el convenio de colaboración entre la Comisión de Medioambiente de nuestro Hospital, el Ayuntamiento de Móra d'Ebre y la Asociación “L'Aube” que promueve proyectos de conservación y recuperación del patrimonio natural de la zona de influencia de nuestro centro.

Coincidiendo con el cambio de empresa hace casi 4 años, también se implementó un cambio en el modelo de atención más centrado en la persona usuaria, en sus preferencias y necesidades. Se definieron diferentes líneas de Trabajo en Humanización aplicadas a la atención de las personas y sus familias, la mejora del entorno y el cuidado a los profesionales.

2. OBJETIVOS (General y Específicos) Integrar la naturaleza en las estrategias de salud personal y colectiva de las personas usuarias del Hospital de Día y la Unidad Intermedia de nuestro centro.

Actuar sobre los profesionales que trabajan proporcionando experiencias en entornos naturales para desconectar y regenerar.

3. METODOLOGÍA Detección de los espacios que no están suficientemente adaptados para favorecer el contacto con la naturaleza como los patios exteriores de las habitaciones.

Planificar y implementar actividades y talleres específicos de estimulación sensorial tanto en espacios naturales del entorno como en el propio centro.

Creación y señalización de itinerarios de salud y naturaleza utilizando como hilo conductor los espacios de ribera cerca del río y su biodiversidad.

4. RESULTADOS Se ha procedido a la renaturalización de los patios exteriores con salida desde las habitaciones. Realizándose diversas actuaciones como la instalación de jardineras con plantas aromáticas, comederos para pájaros y la instalación de un itinerario sensorial. Este consta de 4 paneles adaptados donde los residentes encuentran diferentes elementos sensoriales: desde cortezas de árboles, cajas nido con imágenes y cantos de pájaros, cajas de olores con plantas aromáticas, huellas de animales en relieve, cáscaras de caracoles, diferentes granulometrías de cantos rodados.

Diferentes talleres de estimulación sensorial adaptados en las instalaciones del Hospital para facilitar la asistencia de todos los usuarios. Entre estas jornadas destacamos el taller de aves, donde pudieron manipular plumas y escuchar cantos de pájaros, y construir cajas nido que posteriormente se instalaron en el patio del centro. También se han implementado salidas al espacio fluvial llamada “la Aubadera” cerca del hospital y del río Ebro. En una de las jornadas los asistentes pudieron realizar un taller vivencial de anillamiento de pájaros donde tuvieron la oportunidad de ver de cerca, tocar, acariciar, y liberar a los pájaros después de ser identificados por un ornitólogo experto. En otra de las jornadas se trabajaron experiencias con mariposas.

5. CONCLUSIONES La colaboración entre diferentes entidades y el hospital, ayuda a la consecución de los objetivos planteados tanto para la asociación como para nuestro centro.

Se ha podido observar una mejora general en el bienestar de los usuarios después de dos horas de actividades sensoriales al aire libre.

Experimentar, observar, sentir y recordar, acercando la naturaleza a usuarios y al personal de la Unidad Intermedia.

6. BIBLIOGRAFÍA

- Web de la Asociación L'Aube: <https://laube.mobi/es/>



MEJORA DE LA EXPERIENCIA DEL PACIENTE EN EL AREA DE DISPENSARIOS

Rosa María López Oliva

pvallano.hcme.ste@gencat.cat

1. INTRODUCCIÓN Desde el año 2021, coincidiendo con un cambio de empresa gestora en nuestro centro, se implementa un cambio en el modelo de atención y se pasa a implementar un modelo más centrado en las personas y profesionales y se incluye como línea estratégica de centro, la Humanización de la atención sanitaria. Con el apoyo de la Dirección y Gerencia, la Comisión de Humanización se convierte en el eje vertebrador de la implementación de mejoras en este ámbito concretando tres líneas de actuación: persona atendida y su familia, ambiente humanizado y cuidado de los profesionales.

Desde la Unidad de Atención Especializada nos planteamos unirnos a esta nueva mirada de mejora de la “experiencia del paciente” con el reto de humanizar las pruebas complementarias, proponiendo y implementando una serie de acciones que pensamos podrían ayudar a mejorar el bienestar y la satisfacción de las personas usuarias y de los profesionales que les atienden.

2. OBJETIVOS (General y Específicos) Mejorar la gestión de la atención a personas que requieren de alguna de las pruebas complementarias que ofrecemos en nuestro servicio:

- Disminuir las “no asistencias” el día de la prueba.
- Ajustar el tiempo asignado para la prueba según las necesidades de las personas atendidas.
- Facilitar la conciliación de horarios.
- Reducir el tiempo de espera.

3. METODOLOGÍA • Analizar y catalogar el perfil de personas que se someten a pruebas complementarias en nuestro centro: pediatría, personas mayores, trabajadores en activo, personas con diversidad funcional (comunicación, movilidad, cognitivas.) y las diferentes dificultades que pueden presentar.

- Gestión de la lista de pruebas complementarias para adaptarlas a las necesidades de las personas usuarias.
- Se consultarán al azar diferentes personas usuarias para comprobar su grado de satisfacción.

4. RESULTADOS • La gestión del listado de personas programadas para pruebas complementarias pasa a realizarla el mismo técnico que realizará la prueba.

- Se han implementado las siguientes medidas:

o Llamar por teléfono a las diferentes personas atendidas y adjudicarles el horario de la prueba consensuado con ellas.

o Dependiendo de las características y de la edad de la persona atendida le ajustamos diferentes tiempos de ejecución de la prueba.

o Intentamos conciliar la visita con horarios laborales y escolares.

5. CONCLUSIONES La “experiencia del paciente” es un factor clave en la gestión de los servicios sanitarios. Los beneficios para las personas usuarias son la mejora de la adherencia a los tratamientos y aumenta su implicación en su proceso asistencial. Hay una tendencia creciente entre la comunidad científica en estudiar la relación entre mejores resultados de salud cuando hay una experiencia positiva.

Para los profesionales, mejora la relación entre la persona usuaria i los equipos de profesionales y mejora su satisfacción profesional.

En cuanto al trabajo realizado, quedaría pendiente evaluar la mejora en “no asistencias” y la satisfacción de la persona usuaria.

6. BIBLIOGRAFÍA

- Marco de Experiencia del paciente en el sistema de Salud de Cataluña 2025.<https://scientiasalut.gencat.cat/handle/11351/12539>

UN SITIO WEB PARA ACOGIDA E INFORMACIÓN CIUDADANA: HUMANIZANDO LA ATENCIÓN PRIMARIA

Ana Taboada Tabuenca; Vidal Cirac, María; Portugués Magaña, Micaela; Serrano Barcos, Laura; Peña Gascón, M^a José; Montero Marco, Jesica

ataboada@salud.aragon.es

1. INTRODUCCIÓN La humanización en los sistemas de salud es un pilar fundamental para garantizar una atención centrada en la persona, en la que los usuarios se sientan escuchados, comprendidos y apoyados. Igualmente, es un elemento clave para mejorar la relación entre usuarios y profesionales de los centros sanitarios.

En Atención Primaria, la falta de conocimiento sobre el funcionamiento de los centros de salud y el uso inadecuado de los recursos pueden generar tensiones, ineficiencias y conflictos. Este problema se ve reflejado en un aumento de agresiones a los profesionales, muchas veces motivadas por una comunicación deficiente y una alfabetización sanitaria insuficiente.

Ante esta situación, surge la necesidad de desarrollar un sitio web informativo destinado a la ciudadanía, que sirva como canal de acogida y acompañamiento para los usuarios, con el objetivo de mejorar la comprensión del sistema sanitario y fomentar un uso responsable de los recursos. Además, fortalece la comunicación entre usuarios y profesionales, promoviendo una interacción más fluida y efectiva. Esta herramienta digital busca proporcionar información clara sobre el funcionamiento de los centros de Atención Primaria, esperando promover relaciones más armoniosas en el entorno sanitario y reducir los conflictos derivados de la desinformación.

2. OBJETIVOS (General y Específicos) Desarrollar un sitio web accesible y acogedor que facilite la comprensión del sistema sanitario y humanice la experiencia de los usuarios en Atención Primaria.

Específicos:

- Brindar a los usuarios una bienvenida digital que ayude a orientarse en su centro de salud desde el primer momento y en cualquier idioma.
- Mejorar la alfabetización sanitaria de la población, asegurando que los usuarios comprendan cómo acceder a la atención y los servicios disponibles.
- Proporcionar un soporte digital que facilite la labor educativa de los profesionales.
- Promover cultura de respeto y colaboración entre usuarios y profesionales, contribuyendo a la reducción de conflictos y agresiones.

3. METODOLOGÍA El estudio se desarrolla en tres fases:

- Investigación: Se realizaron entrevistas a usuarios y profesionales para identificar las principales carencias en la comunicación sanitaria.
- Diseño: Se creó una plataforma web accesible con navegación intuitiva y contenidos claros y adaptados a la población general, utilizando un lenguaje claro, comprensible y en cualquier idioma.
- Evaluación: Se implementarán encuestas de satisfacción y análisis de uso para medir el impacto del sitio web y ajustar sus contenidos en función de los resultados obtenidos.

4. RESULTADOS Se espera que el desarrollo del sitio web mejore la comprensión del funcionamiento de los centros de Atención Primaria, proporcionando información clara sobre los servicios disponibles, el papel de cada profesional y los mecanismos de acceso a la atención sanitaria. La plataforma servirá como un recurso de apoyo para los profesionales, facilitando su labor educativa y de promoción de la salud. Esta herramienta potenciará una comunicación más cercana con los pacientes, posicionándose como un referente en humanización dentro de la Atención Primaria, promoviendo su replicabilidad en otros contextos sanitarios.

Como resultado, se prevé una reducción en el número de conflictos y agresiones en el ámbito sanitario, gracias a la mejora en la claridad en la información y una mayor confianza en el personal. Además, fomentará una cultura de respeto y corresponsabilidad en la utilización de los recursos sanitarios.

La creación de un sitio web orientado a la información del ciudadano se presenta como una estrategia efectiva para mejorar la comunicación y fortalecer la humanización en los sistemas de salud.

5. CONCLUSIONES Esta web representa un enfoque innovador en la humanización de la Atención Primaria, adaptándose a los nuevos tiempos mediante el uso de la tecnología.

Al proporcionar un recurso digital cercano y acogedor, se mejora la experiencia del usuario desde su primer contacto con el sistema de salud.

Al aumentar la alfabetización sanitaria, se contribuye a un uso más eficiente de los recursos, reduciendo tensiones entre usuarios y profesionales.

Dada su facilidad de implantación, esta herramienta podría replicarse en otros contextos sanitarios, adaptándose a las necesidades de diferentes niveles de atención y promoviendo la humanización en todo el sistema de salud.



6. BIBLIOGRAFÍA

- Departamento de Sanidad del Gobierno de Aragón. Escuela de salud. Salud Informa: Portal de información sanitaria de Aragón [Internet]. Zaragoza: Gobierno de Aragón. Disponible en: <https://www.saludinforma.es/portalsi/web/escuela-de-salud>
- Departamento de Sanidad del Gobierno de Aragón. Salud Informa: Portal de información sanitaria de Aragón [Internet]. Zaragoza: Gobierno de Aragón. Disponible en: www.saludinforma.es
- Gobierno de Aragón. Presentación en Teruel del Plan Estratégico de Humanización de Aragón [Internet]. Zaragoza: Gobierno de Aragón; 2024 . Disponible en: <https://www.aragonhoy.es/sanidad/presentacion-estrategia-humanizacion-98635>
- Hercberg Moreno M, Rodríguez Barragán M, Níguez Baños N. Habilidades en comunicación para manejar situaciones complejas. Actualización en Medicina de Familia [Internet]. 2022. Disponible en: <https://amf-semfyc.com/es/web/articulo/habilidades-en-comunicacion-para-manejar-situaciones-complejas>
- Ministerio de Sanidad. Estrategias sobre la prevención de agresiones al personal sanitario [Internet]. Madrid: Ministerio de Sanidad. Disponible en: www.sanidad.gob.es

44

ABORDAJE INTEGRAL AL ALTA DE PACIENTES CON SÍNDROME CORONARIO AGUDO

José Sola Antón; Saló Gregorio, Vanesa

jfsola@salud.aragon.es

1. INTRODUCCIÓN Este proyecto es producto de una idea que surgió entre enfermeras de cardiología en 1988 impartiendo educación sanitaria a pacientes antes del alta. Posteriormente se sustituyó por un librito informativo y en 2015 se realizó un póster con consejos cardiosaludables, que todavía permanece en la sala de espera de los familiares.

El trabajo del Grupo Multidisciplinar ha derivado en el actual proyecto AP-AE Ruta asistencial del paciente cardiológico Sector Zaragoza II. Este ha contado desde su inicio con la colaboración de la dirección del hospital universitario Miguel Servet y de Atención Primaria del sector 2 y desde octubre de 2023 con Re-late, Asociación de Pacientes Rehabilitados Cardíacos de Aragón.

Fruto del Convenio con Re-late se han organizado unas charlas formativas en las cuales se incluye por primera vez la presencia del paciente experto en el hospital durante el ingreso de los pacientes que han sufrido un síndrome coronario agudo.

En ellas, no solo se forma sobre hábitos cardiosaludables, sino que se produce un proceso de escucha activa y ayuda mutua entre los pacientes ingresados, sus familiares, el personal del hospital y el paciente experto, ayudando también a reflexionar sobre su nueva circunstancia de vida, resolviendo dudas y disminuyendo posibles miedos.

2. OBJETIVOS (General y Específicos) - Dotar a paciente y familiares de conocimientos - habilidades para su autocuidado al alta.

- Garantizar la atención de las necesidades básicas al alta hospitalaria.
- Implementar o mantener hábitos de vida saludables.
- Ayudar en la recuperación y mantenimiento de la autonomía.
- Mejorar el estado de ánimo y la autoestima.
- Fomentar el bienestar emocional y prevenir la soledad.
- Favorecer la adhesión al tratamiento.
- Mejorar la satisfacción del paciente con la información recibida previa al alta.
- Asegurar continuidad asistencial en las diferentes líneas sanitarias a través del informe de continuidad de cuidados (citas)

3. METODOLOGÍA Se basa en:

1- Desde Enfermería realizamos charlas dos veces por semana con grupos de pacientes y familiares donde explicamos cómo deben de cuidarse a partir de su diagnóstico. Contamos con la presencia de paciente experto en todas las sesiones.

Mediante un enfoque biopsicosocial la unidad de trabajo social detecta, durante la charla y/o ingreso, los posibles casos de intervención, intentando reducir el impacto de los factores sociales en la salud.

2- Proyectamos en todas las sesiones un video realizado por un psicólogo, colaborador de Re-late.

3- Proporcionamos al final de cada sesión una encuesta a cada paciente.

4. RESULTADOS Datos recogidos desde diciembre de 2023 a diciembre de 2024.

- Número de pacientes que acudieron a la charla: 194 pacientes.
- Sexo: Mujeres 20.11% / Hombres 79.89%

64



- Edad: 35-44 años: 4.12%
- 45-54 años: 20.10%
- 55-64 años: 22.68%
- 65-74 años: 21.64%
- 75-84 años: 26.80%
- 85-94 años: 3.60%
- 95-104 años: 1.03%
- Nacionalidad:
- Española 95.87%
- Marroquí 1.03%
- Rumana 1.03%
- Venezolana 0.51%
- Colombiana 0.51%
- Turca 0.51%
- Holandesa 0.51%
- Sentimientos al ingreso:
- Incertidumbre 37.62%
- Miedo 31.44%
- Tranquilidad 27.71%
- Seguridad 7.21%
- Grado satisfacción atención global recibida:
- Excelente 71.64%
- Muy bien 23.19%
- Bien 3.60%
- Regular 1.54%
- Mal 0%.
- Grado satisfacción sesión informativa:
- Excelente 69.58%
- Muy bien 27.31%
- Bien 3.09%
- Regular 0%
- Mal 0%
- Sugerencias/opiniones asistentes.

Me ha gustado como explican todo y la emoción de los voluntarios

Lo que más me ha gustado es darme cuenta que hay que cambiar el régimen de vida.
5. CONCLUSIONES Este proyecto engloba la realización de las charlas, permitiendo que el paciente tenga una transición entre el alta hospitalaria y su reincorporación a su vida diaria de una manera más satisfactoria y controlada.

El trabajo de la enfermera de continuidad de cuidados al alta facilita una mejor adhesión al tratamiento y hábitos de vida saludable tanto en el paciente como en su entorno, mientras que el trabajador social intenta amortiguar el impacto social producido por la enfermedad.

Todo este trabajo, unido a las experiencias aportadas por los pacientes expertos, hacen de este proyecto una vertiente holística y más humanitaria.

6. BIBLIOGRAFÍA

- 1 - <https://fundaciondelcorazon.com/>
- 2 - <https://www.revista-portalesmedicos.com/revista-medica/consejos-enfermeria-a-paciente-cardiopata-respecto-a-su-estilo-de-vida-factores-modificables-prevencion-primaria/>
- 3 - http://www.scielo.org.co/scielo.php?pid=S0120-56332019000500264&script=sci_arttext
- 4 - Medrano MJ, Cerrato E, Boix R, Delgado-Rodríguez M. Factores de riesgo cardiovascular en la población española: metaanálisis de estudios transversales. Med Clin (Barc). 2005;124:606-12.
- 5 - <https://enfermeriaencardiologia.com/>
- 6- Evaluación de la fiabilidad y validez de una escala de valoración social en el anciano. D. Cabrera González, A. Menéndez Caicoya, A. Fernández Sánchez, V. Acebal García, J. V. García González, E. Díaz Palacios, A. Salamea García. Localización: Atención primaria: Publicación oficial de la Sociedad Española de Familia y Comunitaria, ISSN 0212-6567, Vol. 23, Nº. 7, 1999, págs. 434-440
- 7- Ley 39/2006, de 14 de diciembre, de Promoción de la Autonomía Personal y Atención a las personas en situación de dependencia. «BOE» núm. 299, de 15/12/2006. BOE-A-2006-21990 Permalink ELI: <https://www.boe.es/eli/es/l/2006/12/14/39/con>
- 8- Los determinantes sociales de la salud en España (2010-2021): una revisión exploratoria de la literatura. Ruiz Álvarez, M., Aginaglade Llorente, A., Del LLano Señaris, J. Revista Española de Salud Pública. Vol.96.10/05/2022.
- 9- Intervención del Trabajo Social sanitario ante los determinantes de la salud. Agullo Porras, A y Martín Esparza, L. Documentos de Trabajo Social · nº63 · ISSN 1133-6552 / ISSN Electrónico 2173-8246 [
- 10- <https://www.aragon.es/-/dependencia.-informacion-general>
- 11- <https://www.paho.org/es/temas/determinantes-sociales-salud>
- 12- 10 años de prehabilitación: De la teoría a la práctica clínica. Ubré M, Montané-Muntané M, Diéguez I, Martínez-Pallí G. Cir Esp (Ed. Inglesa). 6 de mayo de 2024: S2173-5077(24)00115-7. doi: 10.1016/j.cireng.2024.04.010. En línea antes de imprimir. PMID: 387189795

ELABORACIÓN E IMPLEMENTACIÓN DE UN PROCEDIMIENTO NORMALIZADO DE TRABAJO (PNT) SOBRE LOS CUIDADOS AL PACIENTE EN SITUACIÓN DE ÚLTIMOS DÍAS (SUD).

Bárbaro Serrano Hernández; Aliaga Marsillach, Mónica

barbaroserrano777@hotmail.com

1. INTRODUCCIÓN Los cuidados de enfermería en los pacientes en situación de los últimos días (SUD) representan un pilar fundamental en la atención sanitaria. El enfoque asistencial debe estar orientado a garantizar la dignidad, aliviar el sufrimiento y proporcionar un acompañamiento humanizado tanto al paciente como a su familia. La aplicación de cuidados paliativos basados en la evidencia científica permite optimizar el control sintomático, mejorar la calidad de vida y favorecer un proceso de muerte digna y respetuosa. Para asegurar una atención homogénea y de calidad, es crucial la implementación de Procedimientos Normalizados de Trabajo (PNT). En este contexto, la enfermería no solo desempeña un papel técnico y asistencial, sino también un papel esencial en el acompañamiento emocional y la comunicación empática. La estandarización de los cuidados en esta fase tan vulnerable es una responsabilidad ética y profesional, asegurando que cada paciente reciba una atención basada en la compasión y el respeto a las particularidades específicas de su situación.

2. OBJETIVOS (General y Específicos) General:

- Estandarizar e implementar los cuidados de enfermería en pacientes en SUD, para garantizar una atención de calidad basada en la evidencia científica y la humanización del proceso asistencial.

Específicos:

- Elaborar el PNT transversal para los cuidados al paciente en SUD.
- Diseñar y aplicar un cuestionario estructurado para evaluar el estado actual de los cuidados de enfermería en pacientes en SUD, identificando deficiencias y áreas de mejora, con el fin de establecer una base diagnóstica para la implementación del PNT.
- Diseñar la formación transversal sobre los cuidados al paciente en SUD.

3. METODOLOGÍA • Cualitativa:

- o Grupo focal (10 personas), con personal de enfermería para asegurar una perspectiva amplia y la integración de experiencias asistenciales diversas (UCI, urgencias, Oncología, Paliativos, Pediatría, Hospital Penitenciario, Hospitalización médica y quirúrgica). Se efectuaron 10 reuniones utilizando técnicas como: Tormentas de ideas, técnicas de consenso para obtener información sobre los aspectos transversales y específicos de los cuidados. Los datos se organizaron en categorías temáticas a través del análisis de contenido y del discurso de los participantes.

- Elaboración del PNT según metodología y estándares de calidad.

- Elaboración y aplicación de un cuestionario.

4. RESULTADOS • Confección del PNT transversal sobre los cuidados de enfermería al paciente en SUD

- o Se identificaron los aspectos trasversales y específicos por área, como:

- Reconocimiento de la persona en SUD.

- Importancia y aspectos esenciales de la información y de la comunicación con el paciente, familia y equipo asistencial.

- Cuidados en el control de síntomas, las medidas ambientales, la gestión de las necesidades espirituales, emocionales y psicológicas en esta etapa.

- o Se identificaron aspectos específicos en áreas como pediatría, UCI, Hospital penitenciario.

- 187 profesionales respondieron al cuestionario: 115 DUI y 72 TCAE, algunos datos relevantes obtenidos:

- o 43% con más de 15 años de experiencia laboral.

- o 85 profesionales del Área de hospitalización.

- o 39 % No conocían los principios básicos de los cuidados paliativos.

- o 20 % No estaban familiarizados con las directrices y/o protocolos específicos de los cuidados.

- o 33% No había recibido formación en cuidados paliativos.

- o 20 % No participa activamente en la planificación de los cuidados.

- o 78 % Estaban dispuestos a formarse en Cuidados paliativos.



5. CONCLUSIONES • El grupo focal profundizó y exploró las perspectivas profesionales de las diferentes áreas del hospital obteniendo información detallada y matizada sobre los cuidados al paciente en SUD. Permitió además hacer una reflexión acerca de las posibles áreas de mejora en la práctica clínica del día a día.

• El cuestionario permitió conocer el grado de conocimiento, la participación en la toma de decisiones, la preparación emocional y la necesidad formación con relación a los cuidados al paciente en SUD.

• Necesidad de planificar de una formación transversal en Cuidados al paciente en SUD que permita implementar el PNT.

6. BIBLIOGRAFÍA

• Escudero Sánchez, C., & Córtez Suárez LA. (2018). Técnicas y métodos cualitativos para la investigación científica. UTMACH. <https://repositorio.utmachala.edu.ec/bitstream/48000/12501/1/Tecnicas-y-MetodosCualitativosParaInvestigacionCientifica.pdf>

• Guía de Práctica Clínica sobre atención paliativa al adulto en situación de últimos días. (2021). Ministerio de Sanidad. https://portal.guiasalud.es/wp-content/uploads/2021/09/gpc_612_atencion_paliativa_avalat_compl.pdf

COMO MEJORAR COMPETENCIAS RELACIONADAS CON LA ATENCIÓN CENTRADA EN LA PERSONA

Francisco Movilla Herrera; Llorca Arnau, Mireia

f.movilla@fsm.cat

1. INTRODUCCIÓN La Fundación Sanitaria Mollet (FSM) implementó en 2015 un modelo de Atención Centrada en la Persona (ACP) salutogénico. En 2016 se creó un equipo promotor ACP, multidisciplinar, que elaboró el documento marco, determinando los principios ACP prioritarios (intimidad, dignidad, participación activa, atención integral e integrada, singularidad, promoción de la autonomía e independencia y continuidad asistencial).

Este 2024 desde el grupo ACP se desarrolla una propuesta formativa con el nombre “Nuevos recursos para mejorar la atención a las personas” dirigida a los profesionales de la salud y centrada en la humanización de la atención en salud. El programa aborda conceptos claves como la salud, la salutogénesis y los activos de salud, y pone énfasis en el desarrollo de competencias de comunicación y emocionales, esenciales para la práctica diaria. A través de sesiones centradas en la empatía y la asertividad, se busca potenciar una atención más cercana, comprensiva y eficaz para las personas atendidas.

2. OBJETIVOS (General y Específicos)

General
Fortalecer las competencias de los profesionales de la salud para mejorar la atención centrada en la persona.

Específicos

Dar a conocer los principios de la Atención Centrada en la Persona (ACP).

Desarrollar habilidades de empatía y asertividad.

Promover la integración de la salutogénesis en la práctica clínica diaria.

Fomentar el uso de los activos de salud para mejorar el bienestar propio y el empoderamiento de las personas atendidas.

3. METODOLOGÍA La propuesta formativa “Nuevos recursos para mejorar la atención a las personas” consta de cuatro sesiones teórico-prácticas de dos horas cada una (8 horas en total), empleando métodos participativos como debates, role-playing y dinámicas grupales para fomentar la reflexión y mejorar la interacción con los pacientes. Se utilizan materiales audiovisuales y simulaciones de casos reales. La formación incluye enseñanza magistral, demostración práctica del docente y ejercicios entre alumnos para evaluar conocimientos. Entre sesiones, los participantes aplican lo aprendido y comparten experiencias. En la última sesión, elaboran un proyecto de mejora, cuyas conclusiones se trasladan a la dirección institucional.

4. RESULTADOS En 2024, un total de 52 profesionales de la salud completaron la formación “Nuevos recursos para mejorar la atención a las personas”. De ellos, 17 pertenecen al personal administrativo no asistencial, 20 al personal asistencial y 15 al voluntariado de la Obra Social El Roure de la FSM.

Como parte del proceso, se recibieron 52 proyectos de mejora personal y se identificaron alrededor de 30 oportunidades de mejora institucional, de las cuales han sido implementadas 6.



El 92% de los participantes reportó una mejora significativa en sus habilidades de comunicación y empatía. Además, adquirieron estrategias para potenciar los recursos de salud de los pacientes, promoviendo su autonomía y bienestar.

Por otro lado, el 8% de los asistentes manifestó no haber experimentado una mejora en sus competencias.

5. CONCLUSIONES Los resultados indican que, en su mayoría, este enfoque impacta positivamente en el desarrollo de competencias profesionales que facilitan la atención centrada en la persona.

Sin embargo, para optimizar estos resultados, es fundamental que los alumnos tengan predisposición para salir de su zona de confort e implicarse en el aprendizaje experiencial.

Las habilidades adquiridas fortalecen las relaciones de confianza y respeto, mejorando tanto la calidad de la atención como el bienestar de las personas atendidas y de los profesionales.

6. BIBLIOGRAFÍA

• Gol J. Funció social de la medicina. A: Llibre d'actes del X Congrés de Metges i Biòlegs en Llengua Catalana: Perpinyà, 23-26 setembre de 1976. Barcelona: Acadèmia de Ciències Mèdiques de Catalunya i Balears. Societat Catalana de Biologia; 1976.

• Lindström, B., y Erikson, M. Guía del autoestopista salutogénico: camino salutogénico hacia la promoción de la salud. Girona: Documenta Universitaria: Universitat de Girona, Càtedra de Promoció de la Salut; 2011

COMO MEJORAR LA EXPERIENCIA DE LA PERSONA ATENDIDA EN LA SALA DE ECOGRAFÍA

Mireia Llorca Arnau; Movilla Herrera, Francisco

m.llorca@fsm.cat

1. INTRODUCCIÓN Desde principios de 2021, el servicio de Imagen para el Diagnóstico de la Fundación Sanitaria de Mollet ha implantado la figura del técnico en ecografía, tras una formación teórico-práctica en metodología y técnica ecográfica. Esta iniciativa ha permitido mejorar la atención sanitaria, poniendo a la persona en el centro del proceso asistencial.

La humanización del servicio se ha llevado a cabo siguiendo los principios prioritarios de la Atención Centrada en la Persona (ACP), establecidos por la FSM en 2015: intimidad, dignidad, participación activa, atención integral e integrada, singularidad, promoción de la autonomía e independencia y continuidad asistencial.

Gracias a la implementación del modelo de Atención Centrada en la Persona (ACP) en el Servicio de ecografía, se ha optimizado la intimidad, dignidad y atención personalizada de los pacientes, promoviendo su autonomía e independencia. Además, el espacio de consulta se ha humanizado mediante la incorporación de arte, creando un entorno más cálido y acogedor favoreciendo el bienestar emocional.

2. OBJETIVOS (General y Específicos) General:

Mejorar la experiencia de la persona atendida en la sala de ecografía

Específicos:

Mejorar la comunicación empática

Crear entorno que facilite un estado de bienestar

Mejorar la atención integrada

3. METODOLOGÍA Se realiza durante 2 años un itinerario formativo para mejorar habilidades comunicativas y empáticas del profesional asistencial.

Se adecua la sala con elementos artísticos que transmiten calma y serenidad.

Se revisa semanalmente la programación y se envían recordatorios a las personas programadas minimizando reprogramaciones y absentismos.

De manera sistemática se realiza doble lectura (técnico y radiólogo) garantizando un informe consensuado y validado.

4. RESULTADOS Desde la incorporación del técnico en ecografía, se han realizado más de 12.000 pruebas, con un promedio de 3.000 anuales. Para evaluar el impacto de esta mejora, se recopilaban 100 valoraciones de pacientes durante un mes.

Las preguntas formuladas fueron:

¿Cómo valora el trato recibido?

¿Qué tan confortable le ha resultado el espacio?

¿Cómo califica el tiempo de espera en la sala?

¿Cómo valora el tiempo en lista de espera hasta la realización de la prueba?



¿Qué aspecto considera más importante para mejorar su experiencia durante la prueba?

Las opciones de respuesta fueron: Muy positivamente, bastante, aceptable, negativamente, muy negativamente.

Los resultados reflejan un alto nivel de satisfacción por parte de los pacientes:

99% valoró muy positivamente el trato recibido.

90% calificó el entorno de la ecografía como bastante confortable.

93% consideró bastante satisfactorio el tiempo de espera en la sala.

85% calificó el tiempo en lista de espera como aceptable.

95% destacó el trato recibido como el aspecto más valorado para mejorar la experiencia.

5. CONCLUSIONES La implantación de un profesional sanitario con las competencias adecuadas es clave en la humanización del servicio de Imagen para el Diagnóstico. Se ha logrado una atención más cercana, respetuosa y eficiente, beneficiando tanto a los pacientes como al trabajo en equipo. La mejora del entorno asistencial con arte ha reforzado la sensación de bienestar, contribuyendo a una experiencia más positiva. La respuesta favorable de los usuarios respalda la continuidad y expansión de esta iniciativa.

6. BIBLIOGRAFÍA

- Lindström, B., y Erikson, M. Guía del autoestopista salutogénico: camino salutogénico hacia la promoción de la salud. Girona: Documenta Universitaria: Universitat de Girona, Càtedra de Promoció de la Salut; 2011
- Erikson, M., y Lindström, B. A salutogenic interpretation of the Ottawa Charter. HealthPromotInt [revista en Internet]; 2008 [acceso 18 de setembre de 2017]; 23 (2): 190-9. Disponible en: <http://heapro.oxfordjournals.org/content/23/2/190.full.pdf+html>
- National Voice. Priorsiting person-centred care. The evidence; 2014 . [accés 19 de setembre de 2017]. Disponible a: <http://www.nationalvoices.org.uk/about-us/national-voices>

49

EL ÁRBOL DE LA REA

Alejandra Lidia Pérez Calvo; Patricia Naveira Iglesias; Isabel Amparo Vázquez Castelos; Manuel Porteiro Sánchez; Roberto Campello Saa; Laura Martínez Nieto

alexlidia1973@gmail.com

1. INTRODUCCIÓN Presentamos una opción de acondicionamiento de los espacios, en este caso un despacho de información a familiares, aportando calidez al entorno con un dibujo en la pared en el que todo el equipo (personal sanitario y no sanitario) ha participado, dotando al mismo de un gran significado.

2. OBJETIVOS (General y Específicos) General: Humanización del despacho de información a familiares.

Específicos: decorar un espacio dedicado a despacho de supervisión + almacenaje de material, para conseguir un espacio acogedor donde poder informar a los familiares. favorecer el sentimiento de pertenencia al grupo de todo el personal de la unidad.

3. METODOLOGÍA Se solicita la instalación de un armario que contenga las estanterías del material con 3 puertas correderas del techo al suelo, de tal manera que , una vez cerrado sea similar a una pared.

Se colocan vinilos decorativos de colores cálidos e imágenes que den sensación de amplitud en la estancia.

Para la pared que los familiares tendrán enfrente de sus sillas, se gestó la idea de pintar el tronco de un árbol en la pared y que fuera el propio personal de la unidad el que fuera haciendo florecer ese árbol con sus huellas marcadas en la pared.

4. RESULTADOS Se pintó un tronco en tonos acordes con los vinilos, con sus ramas alcanzando el techo y extendiéndose al despacho contiguo. Posteriormente, con las huellas de los 5 dedos de una mano de cada persona que quiso participar, en tres tonos de rosa diferentes, se fueron pintando las flores, emulando un cerezo en flor.

Participaron en la “floración” el personal que trabaja actualmente en Rea (Tcae, enfermería, limpieza, anestesistas, celadores...) y toda aquella persona que ha pertenecido o se siente parte del equipo de Rea, aunque no trabaje directamente en la unidad (supervisoras generales, barberas, personal de almacén, de mantenimiento...). Hablamos de más de 110 manos, a las que se siguen sumando ya que es una obra que no tiene fin.



Además de darle calidez a un espacio donde habitualmente se tratan temas muy delicados, el árbol de Rea ha servido para fortalecer la sensación de pertenencia y espíritu de equipo a todo el personal que, siendo incluso de fuera de la unidad, se sienten parte del equipo.

Posteriormente hemos descubierto, a través de una paciente cuyo box se ubica enfrente a estos despachos, pudiendo ver su interior, que ese dibujo ha sido un motivo de relax y desconexión.

5. CONCLUSIONES El uso de motivos que no se suelen encontrar en un hospital y que conectan a las personas con el exterior, disminuye la sensación de angustia.

La actividad lúdica y compartida mejora la sensación de equipo y, en este caso ha ofrecido momentos de relajación y distensión “pintando las paredes con las manos” de forma literal.

6. BIBLIOGRAFÍA

- Heras la Calle, G. (2017). Humanizando los cuidados intensivos: Presente y futuro centrado en las personas. Distribuna.
- Ulrich, R. S. (1991). Effects of interior design on wellness: theory and recent scientific research. J Health Care Inter Des
- Devlin, A. S., & Andrade, C. C. (2017). Quality of the hospital experience: Impact of the physical environment Handbook of Environmental Psychology and Quality of Life Research

¿TE SUMAS AL PROYECTO Y HUMANIZAMOS EL HOSPITAL?

Montserrat Tomàs Cartes; Laia Bertomeu Faus; Mireia Chavarria Tirado; Víctor Manuel Díaz Jaramillo; Elena Fontanet Prades; Ira López Manchón

montse.tomas@hcamposta.cat

1. INTRODUCCIÓN Frecuentemente se observa, cómo la relación que se establece entre el profesional sanitario o el equipo asistencial y la persona que atendemos, su familia o acompañante, es de carácter técnico y/o enfocado únicamente a los resultados y a la tarea, con el fin de satisfacer ciertas necesidades.

Debemos encontrar una nueva forma de relación de mayor intensidad, que contribuirá a la rehumanización de la asistencia sanitaria. Tiene que ser un proceso interpersonal y bidireccional basado en el reconocimiento mutuo de ser personas dignas y caracterizado por el diálogo y el compromiso, estableciéndose así una conexión satisfactoria, que precisa tener cualquier relación sanitaria, para que sea humanamente adecuada.

Estamos en un momento que invita a la reflexión, los centros hospitalarios han tenido un protagonismo destacado, la pandemia nos hizo vivir una época muy dura, con un importante desgaste físico y mental de todos los profesionales que forman parte de una Organización Sanitaria, pero también todo lo que necesita un nuevo enfoque en la atención, por todo ello, necesitamos incorporar también en nuestro Hospital, un Plan de Humanización Transversal, para la recuperación de lo que nos caracteriza..., “nuestra esencia”. ¿Te sumas al Proyecto?

2. OBJETIVOS (General y Específicos) Generales

Mejorar la salud y la experiencia de las personas, mediante una asistencia humanizada. Reforzar a profesionales el sentido de pertenencia a la Organización.

Proyectar entornos y estructuras amables, saludables, que permitan a personas y profesionales, mantener su estado de bienestar.

Específicos

Impulsar cultura de humanización que impregne la organización.

Proporcionar atención centrada en las personas, sus necesidades y preferencias.

Promover bienestar emocional, practicar Empatía, Asertividad.

Fomentar Respeto, Equidad, Honestidad, Transparencia.

Potenciar comunicación efectiva, entre personas, familiares, profesionales.

Animar a la participación activa de las personas.

Aumentar la satisfacción de los profesionales.

Promover condiciones laborales y ambiente de trabajo satisfactorio.

3. METODOLOGÍA Estudio descriptivo transversal, al hospital, de octubre a diciembre de 2022, incluye todo el personal, participan 121 profesionales, tasa de respuesta 44,33%, mediante encuesta, formato “Google Forms”, constó de 7 preguntas cerradas, escala “Likert” de cualidad y satisfacción del 1 al 5, y 2 abiertas. Los datos se extraen mediante hoja de cálculo Excel. El Núcleo de Cualidad, formado por Gerencia,



Dirección Médica y de Enfermería, responsable de la Unidad de Atención a la Persona y la referente de Humanización, inician las primeras acciones:

Formación transversal en Humanización.

Entrevistas a Personas Atendidas al hospital

Creación Grupos de Trabajo multidisciplinar.

4. RESULTADOS Edad de participación, mayoritariamente estaba entre 41 y 50 años, la Unidad o Servicio más participante fue Hospitalización y la categoría profesional enfermería, enfermeras y técnicos en curas auxiliares de enfermería (TCAE), 109 profesionales pensaban que era necesario un Proyecto de Humanización en el Hospital, 67 querían formar parte de él, 99 afirmaron que tenía relación con la cualidad y la bioética, 109 daban importancia al entorno, 113 pensaban que había de humanizar a todas las categorías profesionales, 94 querían formarse en Humanización, 60 que no necesitaban de mucho tiempo para dar una atención humanizada. Las dos preguntas abiertas eran para dar una definición, de lo que pensaban era la Humanización del Sistema Sanitario y que expresaran que esperaban y deseaban del proyecto.

5. CONCLUSIONES Los profesionales participantes evidencian, la necesidad de implantar un Proyecto de Humanización en la Atención Sanitaria del Hospital. Consideran que servirá para mejorar las relaciones personales, tanto entre profesionales, como en las relaciones y vínculos que se establecen entre los profesionales y personas atendidas. También creen, contribuirá a fomentar la participación del personal en la toma de decisiones a nivel estratégico. Manifiestan motivación e ilusión en el despliegue del mismo y están convencidos de que el soporte y la estrategia del liderazgo organizacional, contribuirá al cambio que necesitan: Las Personas Atendidas, los Profesionales y el Entorno.

6. BIBLIOGRAFÍA

1. Diari de Terrassa. (2022, 1 de juny). "Humanitzar" l'hospital. <https://www.diarieterrassa.com/opinion/2022/06/01/humanitzar-hospital-terrasa/>
2. CatSalut. (s.f.). La humanització de l'hospital, amb els professionals de l'Hospital Vall d'Hebron. https://ics.gencat.cat/ca/ICSfluencers/histories_icsfluencers/humanitzacio-hospitals/
3. Hospital Universitari Vall d'Hebron Barcelona. (s.f.). El Projecte d'Humanització del Vall d'Hebron Barcelona. <https://www.vallhebron.com/qui-som/projectes-estrategics/pla-dhumanitzacio>
4. Universitat de Barcelona. (s.f.). Empatia i assertivitat: l'art de saber atendre emocions i de posar límits. <https://www.ub.edu/idp/web/ca/cursos/ub/fp2019/empatia>
5. Holded Technologies S.L. (s.f.). DAFO: Qué es, cómo hacer un análisis DAFO y ejemplos. <https://www.holded.com/es/blog/DAFO>
6. ViaEmpresa. (s.f.). Igualtat i equitat davant les oportunitats: claus del lideratge actual. https://www.viaempresa.cat/economia/igualtat-equitat-opportunitats lideratge_2162538_102.html
7. Elsevier. (s.f.). La importancia de las habilidades "blandas" en las profesiones de enfermería y atención médica. <https://evolve.elsevier.com/education/expertise/faculty-development/the-importance-of-soft-skills-in-healthcare-professions/>
8. Salesforce. (2021, 23 d'agost). Benchmarking: ¿Qué es y cómo aplicarlo? <https://www.salesforce.com/mx/blog/2021/08/que-es-benchmarking-y-como-aplicarlo.html>
9. CatSalut. (2018). Pla Humanització IB-SALUT CAT. https://www.ibsalut.es/docs/Plans_programes_estrategies/CA/Pla%20Humanitzaci%C3%B3%20IB-SALUT_CAT.pdf
10. Agra-Varela, Y., Blanco-Varela, M. T., & Villar-Villar, C. (2019). Humanización hospitalaria: revisión sistemática de la literatura. *Enfermería Clínica*, 29(3), 165-172. <https://doi.org/10.1016/j.enfcli.2019.01.004>
11. Comisión Nacional de los Derechos Humanos. (2018). Manual de Humanización Hospitalaria. México. https://www.cndh.org.mx/sites/default/files/doc/programas/difusion/manual_humanizacion_hospitalaria_2018.pdf
12. González-Gil, M. T., & González-López, J. R. (2018). Humanización de los cuidados en los servicios de salud. *Enfermería Clínica*, 28(Supl. 1), 1-4. [https://doi.org/10.1016/S1130-8621\(18\)30070-4](https://doi.org/10.1016/S1130-8621(18)30070-4)
13. Martín-Fernández, M., & Llorens-Vidal, J. J. (2021). La humanización hospitalaria como elemento clave en la calidad de los cuidados. *Revista de Enfermería del Trabajo*, 11(1), 35-44. [https://doi.org/10.4321/S1578-0740\(2021\)00007-6](https://doi.org/10.4321/S1578-0740(2021)00007-6)
14. Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad. (2018). Estrategia de Humanización del Sistema Nacional de Salud 2018-2020. España. <https://www.mscbs.gob.es/profesionales/saludPublica/ccayes/alertasActual/nuevaEstrategiaHumanizacionSNS.htm>
15. Organización Mundial de la Salud. (2018). Humanización de la asistencia sanitaria. <https://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/humanization-of-health-care>
16. Planas-Campmany, C., & Canela-Soler, J. (2019). Humanización hospitalaria: concepto y estrategias de intervención. *Revista de Enfermería del Trabajo*, 9(1), 37-43. [https://doi.org/10.4321/S1578-0740\(2019\)00006-6](https://doi.org/10.4321/S1578-0740(2019)00006-6)
17. Rodríguez-Fernández, E. (2018). Humanización hospitalaria: el valor de la atención personalizada. *Revista de la Asociación Española de Enfermería en Cardiología*, 23(77), 43-47. <https://doi.org/10.1016/j.reaec.2018.07.005>
18. Escola d'Administració Pública de Catalunya. Generalitat de Catalunya gencat.cat <https://formaciooberta.eapc.gencat.cat/contingutsdels cursos/mcqsp/unitat4/inici.html>
19. Fase III. Exploració de la demanda i anàlisi de les expectatives https://formaciooberta.eapc.gencat.cat/contingutsdels cursos/ecs/ecs_040.html

“REDISEÑANDO LA ASISTENCIA SANITARIA: HACIA UN MODELO CENTRADO EN LA DIGNIDAD DE LAS PERSONAS MAYORES MEDIANTE EL DESARROLLO DE UN RECURSO DE INTERVENCIÓN GRATUITO Y EN ABIERTO”

Ariadna M^a de la Vega Castelo; Javier López Martínez; M^a Giovanna Caprara; María del Sequeiros Pedroso Chaparro

ariadna.delavega@urjc.es

1. INTRODUCCIÓN Los profesionales sanitarios tendrán que tratar en su labor asistencial con una población cada vez más envejecida debido al reto demográfico al que nos enfrentamos como sociedad (World Health Organization, 2022).

A pesar de la creciente presencia de personas mayores en la práctica clínica, los estereotipos edadistas siguen estando muy presentes tanto en profesionales sanitarios en ejercicio (Iglesias-Gómez et al., 2022) como en estudiantes de ciencias de la salud en España (Chamorro, 2014), quienes serán los futuros responsables de su atención. Estos prejuicios afectan tanto la percepción de la vejez como la calidad de la atención sanitaria (Levy et al., 2020). Sin embargo, a pesar que dentro de las recomendaciones para luchar contra los prejuicios edadistas según el Modelo PEACE de Sheri R. Levy (2018), el primer paso es la formación teórica, hasta ahora no existía un recurso breve, accesible y gratuito para combatirlos de forma efectiva. Este proyecto cubre esa necesidad aportando un material audiovisual en abierto, diseñado para sensibilizar y formar a profesionales y estudiantes en un trato más humano y respetuoso hacia las personas mayores.

2. OBJETIVOS (General y Específicos) El objetivo del presente trabajo es desarrollar un recurso de formación en formato audiovisual breve disponible online de manera gratuita y en abierto con el objetivo de intervenir realizando psicoeducación para disminuir el nivel de estereotipos de los profesionales sanitarios presentes y futuros y aumentar su competencia y habilidades prácticas en el trato con población mayor.

3. METODOLOGÍA El presente trabajo se encuentra enmarcado dentro del proyecto de innovación docente financiado por la URJC y la UDIMA titulado: “Acciones con valores: Hacia una sociedad y un sistema de salud más amigable con las personas mayores a través de la formación de futuros profesionales sanitarios en creencias no edadistas” (Código URJC PIE24_141; Código ID-UDIMA-2024-06). Se ha obtenido la aprobación del comité de ética de URJC y UDIMA y se ha obtenido la financiación en una convocatoria competitiva. Se ha coordinado a un comité de expertos en vejez para la elaboración de los materiales del curso y grabado los vídeos.

4. RESULTADOS Se ha elaborado el curso “Competencias actitudinales y habilidades del profesional sanitario para el trabajo con población mayor” específicamente dirigido al ámbito sanitario. El curso se ha desarrollado con 4 expertos en vejez de universidades españolas, tanto públicas como privadas, online y presenciales (URJC, CEU, UNED y UDIMA).

Se compone de 4 vídeos en formato “micropíldoras” de aproximadamente 12 minutos de duración cada uno, con el siguiente contenido: Vídeo 1: introducción al concepto de edadismo, tipos, prevalencia, etiología y consecuencias. Vídeo 2: psicoeducación sobre los mitos más habituales, aportando datos empíricos actualizados para refutar falsas creencias y abordar las actitudes. Vídeo 3: competencias verbales en el trato con población mayor y Vídeo 4: competencias no verbales en el trato con población mayor. Todos los recursos están disponibles en abierto de manera gratuita en la plataforma Udemy. Hasta el momento, el curso ha sido realizado con aprovechamiento por 95 alumnos de ciencias de la salud.

5. CONCLUSIONES Se trata de la primera intervención breve protocolizada y estandarizada dirigida a estudiantes de ciencias de la salud y profesionales sanitarios que se lleva a cabo en España y que disponga de materiales en abierto con todos los recursos disponibles en abierto de manera gratuita (actualmente mediante la plataforma Udemy). Esto permite disponer de un recurso para intervenir en los niveles de prejuicios edadistas y aumentar las competencias y habilidades del sanitario para el trato con población mayor. Este formato con materiales grabados permite realizar estudios de investigación multicentro, así como abaratar costes de intervención.

6. BIBLIOGRAFÍA

- Iglesias-Gómez, R., Álvarez-Estévez, L., González-Rodríguez, C., Amaro-Vázquez, N., Rodríguez-Pastoriza, S., Sánchez, N.J.S., y Hernández-Gómez, M.A. (2022). Edadismo: análisis de los



estereotipos negativos del envejecimiento en profesionales de AP. Cuadernos de Atención Primaria 28 (1).

- Levy, B. R., Slade, M. D., Chang, E. S., Kanno, S., y Wang, S. Y. (2020). Ageism Amplifies Cost and Prevalence of Health Conditions. *The Gerontologist*, 60(1), 174-181. doi:10.1093/geront/gny131
- Levy, S.R. (2018). Toward Reducing Ageism: PEACE (Positive Education about Aging and Contact Experiences) Model. *The Gerontologist*, 58 (2), 226-232
- WHO (World Health Organization OMS). (2022). Envejecimiento y Salud. Recuperado de: <https://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/ageing-and-health>

GUÍA PARA ACOMPAÑAR EN LOS ÚLTIMOS DÍAS: DUDAS, MIEDOS Y OPORTUNIDADES AL FINAL DE LA VIDA

Madalen Díaz Miranda; Sendoa Ballesteros Peña; Idoia Ispizua Barayazarra; Iñigo Adan Berreteaga; David Barrena Luque

MADALEN.DIAZMIRANDA@osakidetza.eus

1. INTRODUCCIÓN El cuidado al final de la vida es un componente esencial de los sistemas sociosanitarios contemporáneos. La Organización Mundial de la Salud destaca que los cuidados paliativos son básicos para mejorar la calidad de vida de pacientes con enfermedades avanzadas y sus familias, aliviando el sufrimiento en diversas dimensiones. Sin embargo, se ha identificado una falta de recursos informativos adaptados a las necesidades de los cuidadores no profesionales, quienes a menudo enfrentan incertidumbre y estrés emocional.

En España, la Estrategia Nacional de Cuidados Paliativos enfatiza la importancia de integrar a las familias en el proceso de atención, pero el acceso a materiales que expliquen de manera clara los aspectos prácticos y emocionales del cuidado sigue siendo limitado. Las guías educativas pueden facilitar la comprensión de los cambios asociados al proceso de morir y ofrecer estrategias para el autocuidado del cuidador, promoviendo su bienestar.

La guía "Acompañar en los últimos días: Dudas, miedos y oportunidades al final de la vida" se desarrolla para abordar esta necesidad, proporcionando un recurso accesible que complemente la labor de los profesionales de la salud y aborde tanto el manejo de síntomas como los aspectos emocionales y espirituales del cuidado.

2. OBJETIVOS (General y Específicos) El objetivo principal de este proyecto fue desarrollar un recurso educativo que apoye el acompañamiento de pacientes en la etapa final de la vida, fomentando un cuidado que sea digno y centrado en la persona. Entre los objetivos secundarios se incluyeron:

1. Ofrecer información clara y accesible acerca de los cambios físicos, emocionales y espirituales que pueden experimentar los pacientes.
2. Ofrecer estrategias prácticas para el manejo de síntomas y mejorar la comunicación efectiva entre cuidadores y pacientes.
3. Fomentar el autocuidado de los cuidadores y la planificación anticipada de los cuidados necesarios.

3. METODOLOGÍA La guía "Acompañar en los últimos días: Dudas, miedos y oportunidades al final de la vida" se desarrolló mediante una metodología interdisciplinaria que integra evidencia científica, experiencia clínica y necesidades de familias y cuidadores. Se identificaron inquietudes a través de consultas con profesionales sanitarios y se revisó literatura relevante. La guía fue redactada en un lenguaje accesible e inclusivo, evaluando su legibilidad y evitando tecnicismos. Contó con validación interdisciplinaria mediante revisiones de expertos y feedback de cuidadores. Su contenido se organizó en tres secciones principales y se incluyeron recursos prácticos, garantizando un enfoque educativo y humanizador.

4. RESULTADOS La guía se desarrolló como un recurso educativo integral para facilitar el acompañamiento en la etapa final de la vida en entornos hospitalarios. Se estructuró en tres partes: 1) Comprender el proceso, que explica los cambios físicos, emocionales y espirituales; 2) Cuidando el cuerpo y el alma, que ofrece estrategias para el manejo de síntomas; y 3) Cuidando a la persona que cuida, que proporciona recursos para el autocuidado y la gestión del duelo.

El lenguaje utilizado es sencillo y accesible, con un Índice de Szigriszt Pazos de 53,65, lo que permite su comprensión por personas con solo seis años de escolarización. La



guía también incorpora enfoques éticos y humanistas, utilizando un lenguaje inclusivo y abordando dimensiones emocionales y espirituales.

Se espera que la guía empodere a las familias, reduciendo la incertidumbre y el estrés de los cuidadores al ofrecer información clara y estrategias prácticas. Además, proporciona soporte emocional y práctico, fomentando la comunicación con los equipos médicos y contribuyendo a una experiencia de cuidado más equilibrada y positiva.

5. CONCLUSIONES La guía "Acompañar en los últimos días: Dudas, miedos y oportunidades al final de la vida" representa un avance significativo en el apoyo a familias y cuidadores de pacientes en la etapa final de la vida. Destaca por su accesibilidad y enfoque integral, abordando necesidades emocionales, prácticas y espirituales. Basada en evidencia científica y aportaciones de profesionales y cuidadores, se convierte en una herramienta útil en contextos domésticos y sociosanitarios. Este proyecto enfatiza la importancia de integrar a las familias en los cuidados paliativos y promueve un modelo de atención más empático y centrado en la persona.

6. BIBLIOGRAFÍA

- World Health Organization. Palliative care [Internet]. WHO; 2023. Disponible en: <https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/palliative-care>
- Higginson IJ, Evans CJ. What is the evidence that palliative care teams improve outcomes for cancer patients and their families? *Cancer J*. 2010;16(5):423-35.
- Gomes B, Higginson IJ. Factors influencing death at home in terminally ill patients with cancer: Systematic review. *BMJ*. 2006;332(7540):515-21.
- Ministerio de Sanidad. Estrategia en Cuidados Paliativos del Sistema Nacional de Salud. Madrid: Ministerio de Sanidad; 2010.
- Harding R, Epiphanou E, Hamilton D, Bridger S, Robinson V, George R, et al. What are the perceived needs and challenges of informal caregivers in home cancer palliative care? *BMJ Support Palliat Care*. 2012;2(3):223-32.
- Hudson P, Aranda S. The Melbourne Family Support Program: Evidence-based strategies that prepare family caregivers for supporting palliative care patients. *BMJ Support Palliat Care*. 2014;4(3):231-7.

HUMANIZACIÓN DE LOS SERVICIOS DE SALUD A TRAVÉS DE LA COMUNICACIÓN CLARA

Carlos Romero Piqueras; Sara Juste Lasierra

carlos@somosfractal.com

1. INTRODUCCIÓN En el contexto de los servicios de salud, la comunicación clara no solo facilita la comprensión de la información, sino que también humaniza la experiencia del paciente, al influir en su seguridad, confianza y satisfacción (Wolf et al., 2021). La experiencia del paciente abarca todas sus interacciones con el sistema de salud y es un factor clave en la calidad asistencial. Sin embargo, uno de los principales desafíos sigue siendo la adecuada transmisión de la información y su comprensión.

Un servicio de salud se compone de múltiples puntos de contacto, como espacios físicos, documentos y aplicaciones, cuya calidad influye en la experiencia del paciente. La comunicación clara es un campo de conocimiento que mejora estos puntos de contacto al adaptarlos a las necesidades de las personas. El diseño de servicios, entendido como un enfoque interdisciplinario para la planificación y organización de experiencias centradas en el usuario (Stickdorn et al., 2018), permite mejorar la accesibilidad y eficiencia de la comunicación en salud.

Este trabajo presenta una metodología basada en el diseño de servicios para desarrollar puntos de contacto que favorezcan la comunicación clara, contribuyendo a la humanización de la atención. Su aplicación en diversos casos ha permitido evaluar su impacto.

2. OBJETIVOS (General y Específicos) El objetivo general de esta comunicación es presentar una metodología para el diseño de puntos de contacto en los servicios de salud desde la perspectiva de la comunicación clara, empleando el proceso de diseño del (Design Council, 2019) y la aproximación del design thinking (Brown, 2009). Como objetivos específicos, se busca ejemplificar la aplicación de esta metodología mediante diversos casos de estudio en los que se ha contrastado su impacto en la humanización de los servicios de salud y demostrando su contribución para mejorar la experiencia del paciente y facilitar la comprensión de la información médica.



3. METODOLOGÍA El método empleado se basa en el proceso de diseño definido por el Design Council, estructurado en cinco etapas: 1) Investigación, de carácter divergente, 2) Definición, de enfoque convergente, 3) Cocreación, nuevamente divergente, 4) Prototipado y evaluación, convergente, y 5) Implementación. En cada fase se aplican herramientas de diseño y comunicación adaptadas a las particularidades del caso de estudio (Design Council, 2019). Este proceso se enmarca bajo el paraguas de la innovación centrada en las personas propio del design thinking (Brown, 2009), garantizando una aproximación participativa y centrada en el usuario.

4. RESULTADOS La metodología se aplicó en tres casos de estudio: 1) Servicio de convalecencia y rehabilitación hospitalaria, 2) Servicio de hemodiálisis, y 3) Servicios asociados al nacimiento de un bebé.

La aplicación del método permitió identificar las necesidades profundas de los pacientes y desarrollar soluciones validadas con ellos, impactando positivamente en la humanización de los servicios. Entre las soluciones implementadas destacan: 1) pizarras para mejorar la comunicación entre el personal sanitario, las familias y los pacientes durante el ingreso en el entorno hospitalario; 2) puntos de contacto para optimizar la comprensión del proceso de hemodiálisis y la gestión de los cuidados del paciente; 3) un espacio digital diseñado para proporcionar toda la información relevante para las familias sobre el proceso de nacimiento, incluyendo tanto aspectos médicos como trámites tras el nacimiento, además de la mejora de materiales físicos existentes para facilitar su uso y comprensión por parte de las familias.

5. CONCLUSIONES La aplicación del método confirma que integrar comunicación clara en el diseño de servicios de salud aporta un alto valor a la humanización de la atención. Entre los beneficios se destacan la mejora en la percepción de transparencia y cercanía, el aumento en la comprensión de los procesos y la reducción de la incertidumbre. Asimismo, la implementación de estos materiales ha facilitado la adopción de protocolos, promoviendo la consistencia en la comunicación y en la atención. Los casos analizados evidencian la contribución de la metodología propuesta en la mejora de la experiencia del paciente y la calidad asistencial.

6. BIBLIOGRAFÍA

- Brown, T. (2009). How design thinking transforms organizations and inspires innovation. T. Brown, Change by Design.
- Council, D., & Westaway, C. G. (2019). The design process: What is the double diamond?. Design Council.
- Stickdorn, M., Hormess, M. E., Lawrence, A., & Schneider, J. (2018). This is service design doing. "O'Reilly Media, Inc."
- Wolf, J. A., Niederhauser, V., Marshburn, D., & LaVela, S. L. (2021). Reexamining "Defining Patient Experience": the human experience in healthcare. Patient Experience Journal, 8(1), 16-29.

INTERVENCIONES RELACIONADAS CON LA COMUNICACIÓN PARA FOMENTAR LA HUMANIZACIÓN DE LOS CUIDADOS.

Ángeles Reyes Téllez; Alberto González García; Trinidad Quesada Sánchez; Rocío Marfil Piné; Andrea Gómez Fernández; Inmaculada García García

artellez@correo.ugr.es

1. INTRODUCCIÓN La humanización del cuidado es un concepto fundamentado en la teoría de Jane Watson, que engloba tanto la atención centrada en la persona desde una perspectiva holística, como los demás factores involucrados en el proceso de atención. Gracias a la comunicación, las enfermeras pueden relacionarse con las personas para implementar el cuidado, delimitar las metas de atención y ofrecer su ayuda. Watson explica que proporcionar información no es suficiente, sino que es necesario establecer una relación intersubjetiva para poder otorgar una educación personalizada. De este modo, la persona descubre cuál es la mejor decisión para su situación particular. Por ello, tanto la comunicación como la relación de confianza entre enfermera y paciente son consideradas herramientas mediadoras del cuidado humanizado. Se asocia con una mejor recuperación del paciente, su integración con el equipo e, incluso, con la propia familia. Así mismo, las investigaciones indican que la comunicación interdisciplinar se asocia con una mayor seguridad del paciente, menores tasas de hospitalización y fomento del acceso a los servicios sanitarios.

2. OBJETIVOS (General y Específicos) La tecnificación y estandarización de la atención que ha tenido lugar en los últimos años ha tenido como consecuencia una

deshumanización de la asistencia. Cada vez se realizan más estudios con el objetivo de fomentar la humanización del cuidado. Debido a los beneficios de la comunicación expuestos anteriormente, se considera relevante conocer las diferentes intervenciones de humanización implementadas mediante el fomento de la comunicación. El objetivo de este trabajo es describir las diferentes acciones llevadas a cabo para fomentar la comunicación entre la enfermera, el paciente y los demás profesionales que intervienen en la atención.

3. METODOLOGÍA Se ha realizado una revisión sistemática de la literatura científica. La búsqueda se realizó en las bases de datos WOS, SCOPUS, CINAHL Complete, MEDLINE (vía PubMed), EMBASE y Cochrane Library. Las palabras clave utilizadas fueron Humanización de la Atención (Humanization of Assistance), Atención de Enfermería (Nursing Care) y Comunicación (Communication), siguiendo los términos DeCS y MeSH, que se combinaron utilizando el operador booleano AND. Se incluyeron los estudios sobre humanización del cuidado de enfermería mediante la comunicación, publicados en inglés o español, de 2020 a 2025 (ambos incluidos).

4. RESULTADOS De los 123 artículos identificados inicialmente, se acotaron a 60 tras aplicar las restricciones de idioma, tipo de estudio, año de publicación y eliminación de duplicados. Tras una lectura de título y resumen se obtuvieron 15 artículos. Finalmente, se realizó una lectura completa y exhaustiva de todos los artículos que permitió seleccionar 6 artículos.

Tres artículos se enfocaban en mejorar la comunicación entre enfermera y paciente. Dos de ellos fueron realizados en unidades pediátricas, en las que se introdujeron juguetes terapéuticos y cómics. Dichas actividades lúdicas supusieron una forma de conocer mejor las necesidades de los niños y fomentar un vínculo de comunicación y afecto, que minimizaba el impacto de procedimientos invasivos. El tercero de ellos se realizó mediante la creación de un diario sobre la estancia hospitalaria escrito por enfermeras, pacientes y familiares. Por otro lado, un estudio se centró en fomentar la comunicación interdisciplinar, gracias a comparar dos tipos de retroalimentación entre profesionales, ya que dicha comunicación interdisciplinar mejora la eficacia del cuidado. Por último, se seleccionaron dos artículos que exploraban recursos para la capacitación de las habilidades de comunicación de profesionales y estudiantes gracias a la participación de pacientes reales o virtuales generados con inteligencia artificial.

5. CONCLUSIONES Se han descrito diferentes intervenciones para implementar el cuidado humanizado. Tres de ellas fomentan la relación interpersonal y de comunicación con el paciente, dos se enfocan en perfeccionar dicha habilidad y la última en mejorar la comunicación interdisciplinar. Una comunicación adecuada permite a los pacientes tener más autonomía en la toma de decisiones y participar en la gestión de su propia salud, adoptando un papel más activo. Gracias a las intervenciones expuestas es posible aumentar comunicación, la comprensión y la información, estando cada vez más cerca de la posibilidad de acabar con la deshumanización de la atención.

6. BIBLIOGRAFÍA

1. Busch IM, Moretti F, Travaini G, Wu AW, Rimondini M. Humanization of care: Key elements identified by patients, caregivers, and healthcare providers. A systematic review. *Patient*. 2019;12(5):461-74.
2. Rocha-Oliveira T, Faria-Simões S. La comunicación enfermera-cliente en el cuidado en las unidades de urgencias 24h: una interpretación en Travelbee. *Enferm glob*. 2013;12(30):76-90.
3. Urra ME, Jana AA, García VM. Algunos aspectos esenciales del pensamiento de Jean Watson y su teoría de cuidados transpersonales. *Cienc. enferm*. 2011;17(3):11-22.
4. Díaz-Rodríguez, M, Alcántara-Rubio, L, Aguilar-García, D, Puertas-Cristobal, E, and Cano-Valero, M. Orientaciones formativas para un cuidado humanizado en enfermería: una revisión integrativa de la literatura. *Enf Global*. 2020;19:640-72.
5. Navarrete-Correa, T, Fonseca-Salamanca, F, and Barría, RM. Humanized care from the perception of oncology patients from southern Chile. *Invest Educ Enferm*. (2021) 39:e04.
6. Reynaga-Ornelas, L, Díaz-García, NY, González-Flores, AD, Meza-García, CF, and Rodríguez-Medina, RM. Evaluation of caring Behaviours by nurses: a perspective by hospitalized adult persons. *Metas Enferm*. (2022) 25:5-13.
7. Zamaniniya, Z, Khademi, M, Toulabi, T, and Zarea, K. The outcomes of humanistic nursing for critical care nurses: a qualitative study. *Nurs Midwifery Stud*. (2021) 10:114-20.
8. Silveira, RE, and Contim, D. Health education and humanized practice of nursing at intensive care units: bibliometric study. *Rev Pesqui*. (2015) 7:2113-22.
9. Barroso MCCS, Santos RFV, Santos AEF, Nunes MDR, Lucas EAJCF. Children's perception of venipuncture through therapeutic toy. *Acta Paul Enferm*. (2020);33:e-APE20180296.
10. Bosch-Ureña L, Rodríguez-Cañabate G, Carmona-Delgado I, Fernández-Castro P. Factibilidad de implementación del diario como herramienta de humanización en una unidad de cuidados intensivos. *Metas Enferm*. (2023);26(8):66-74.
11. Araujo-Sousa N, Porto-Brondani J. The Use of Comics in the Care of Children in the Pediatric Intensive Care Unit. *Cogitare Enferm*. (2023)28:1-12.



12. Hoben M et al. Comparing effects of two higher intensity feedback interventions with simple feedback on improving staff communication in nursing homes-the INFORM cluster-randomized controlled trial. *Implement Sci.* (2020);10;15(1):75.
13. Rickman-Patrick S, Butzlaff A. By utilizing technology can nursing students gain more confidence and decrease anxiety when communicating with chronically ill patients about their sexual relationship? *Nurse Educ Today.* (2021);107:105084.
14. Haut KG, Epstein R, Carroll TM, Kane B, Schubert L, Hoque E. SOPHIE: Testing a Virtual, Interactive, AI-Augmented End-of-Life Communication Training Tool (RP122). *J Pain Symptom Manage.* (2024);67(5):e794-e795.

55

PERCEPCIÓN DE LOS PACIENTES SOBRE LA HUMANIZACIÓN DEL CUIDADO DE ENFERMERÍA.

Ángeles Reyes Téllez; Alberto González García; Andrea Gómez Fernández; Rocío Marfil Piné; Trinidad Quesada Sánchez; Inmaculada García García

artellez@correo.ugr.es

1. INTRODUCCIÓN La humanización del cuidado es un concepto fundamentado en la teoría de Jane Watson, que engloba tanto la atención centrada en la persona desde una perspectiva holística, como los demás factores involucrados en el proceso de atención. Los avances en salud acontecidos en los últimos años han favorecido el aumento de la calidad, seguridad y eficacia en la atención sanitaria. Sin embargo, esto ha supuesto una automatización, estandarización y fragmentación del trabajo que ha tenido como consecuencia un descenso del tiempo dedicado a la atención directa del paciente y del número de profesionales necesarios. Esto ha podido tener como consecuencia la deshumanización de la atención.

En Andalucía, en el año 2021, se publicó el Plan de Humanización del Sistema Sanitario Público de Andalucía. Su objetivo fue impulsar el desarrollo de estrategias de humanización que respetasen la dignidad de las personas y sus derechos. Los protocolos que orientan la realización de los cuidados humanizados han podido elaborarse utilizando la identificación y replicación de experiencias exitosas que se han llevado a cabo en diferentes investigaciones. Para ello, es importante considerar la medición de la percepción de los profesionales, pacientes y familiares sobre la humanización de los cuidados.

2. OBJETIVOS (General y Específicos) Existe evidencia sobre los beneficios de proporcionar un cuidado humanizado y en Andalucía se está implementando un plan para conseguirlo. Debido a los avances en salud acontecidos en los últimos años, es posible que se produjesen cambios en la atención que dificultasen la humanización del cuidado. Los objetivos de este estudio son medir la percepción de los cuidados de enfermería por parte de los pacientes y analizar si existe relación entre su percepción y las características sociodemográficas.

3. METODOLOGÍA Se ha realizado un estudio transversal. Los participantes forman parte de una muestra mayor que fue reclutada de forma aleatoria por conglomerados en el Hospital Universitario Virgen de las Nieves (HUVN). Los criterios de inclusión fueron: ser mayor de edad, aceptar participar, tener un ingreso de, al menos, 24 horas, poder contestar a los cuestionarios y ser hispanohablante. Se recogieron variables sociodemográficas y la evaluación de los cuidados se midió con el instrumento CAT-V. Los datos se analizaron con el paquete informático SPSS v.23. El estudio recibió previamente el dictamen favorable por el Comité Ético de Investigación Provincial de Granada.

4. RESULTADOS La submuestra incluyó 34 pacientes que recibieron el alta hospitalaria en la unidad de Cirugía Ortopédica y Traumatología del HUVN entre julio de 2024 y enero de 2025. La mayoría son mujeres (73.5%), casadas (55.9%), con estudios secundarios (38.2%) y activas laboralmente (50%) o jubiladas (41.2%), con una edad media de 59.76±16.19 años. La mayoría habían ingresado por una intervención quirúrgica (94.1%) y estuvieron ingresadas entre 2 y 30 días (media: 8.56±6.61). A la mayoría (91.2%) no le habían concedido la ley de dependencia.

El instrumento CAT-V puntúa mediante escala tipo Likert (1-5). La calificación media obtenida fue de 4.4130.53. Los ítems con mayor puntuación fueron 'Me prestan atención cuando hablo' (4.8530.44), 'Me respetan' (4.8530.50) y 'Manipulan mi cuerpo con cuidado' (4.8530.36). El de menor puntuación fue 'Me preguntan lo que sé de mi enfermedad' (3.32±1.72).

77



El análisis mediante la Prueba de Kruskal-Wallis, U de Mann-Whitney y Coeficiente de correlación de Spearman no demostró diferencias significativas entre la mayor parte de las características sociodemográficas de los participantes y su percepción de la humanización de los cuidados. Únicamente existe relación significativa entre la edad de las participantes y los resultados del instrumento CAT-V ($p=0.041$) con relación indirecta entre ambas variables.

5. CONCLUSIONES En la mayoría de los estudios sobre humanización de los cuidados se describe la percepción de los profesionales o se realiza un abordaje cualitativo sobre la percepción de los pacientes. Las publicaciones cuantitativas miden aspectos concretos de la humanización o se enfocan en cuidados determinados, y los resultados suelen ser positivos.

En esta investigación se obtuvo una puntuación alta mediante el instrumento CAT-V. No se encontró relación entre la percepción de la humanización y las condiciones sociodemográficas, excepto con la edad. Es importante continuar con la investigación para perfilar las áreas de mejora que permitan aumentar el grado de humanización.

6. BIBLIOGRAFÍA

1. Busch IM, Moretti F, Travaini G, Wu AW, Rimondini M. Humanization of care: Key elements identified by patients, caregivers, and healthcare providers. A systematic review. *Patient*. 2019;12(5):461–74.
2. Reyes-Téllez Á, González-García A, Martín-Salvador A, Gázquez-López M, Martínez-García E, García-García I. Humanization of nursing care: a systematic review. *Front Med*. 2024;11:1446701.
3. Consejería de Salud y Familias. Plan de Humanización del Sistema Sanitario Público de Andalucía [Internet]. Sevilla: Junta de Andalucía. Consejería de salud y familias; 2021.
4. Fernández-Silva CA, Mansilla-Cordeiro EJ, Aravena FA, Antiñirre MB, Garcés-Saavedra MI. Percepción de los pacientes hospitalizados respecto del cuidado de enfermería. *Enfermería (Montev.)*. 2022;11(1):2635.
5. 28. Blanco-Nistal MM, Tortajada-Soler M, Rodríguez-Puente Z, Puente-Martínez MT, Méndez-Martínez C, Fernández-Fernández JA. Percepción de los pacientes sobre los cuidados de enfermería en el contexto de la crisis del COVID-19. *Enferm. glob*. 2021;20(64):26–60.
6. Fuentelsaz-Gallego C, Moreno-Casbas T, Gómez-García T, González-María E, Consorcio RN4CAST-España. Entorno laboral, satisfacción y burnout de las enfermeras de unidades de cuidados críticos y unidades de hospitalización. Proyecto RN4CAST-España. *Enferm Intensiva*. 2013;24(3):104–12.
7. Ayuso RMF, Velázquez JMM, Ayuso DF, Torre-Montero JC de la. Validation to Spanish of the caring assessment tool (CAT-V). *Rev Lat Am Enfermagem*. 2017;25(0).

ANTICIPATE, SI QUIERES TE AYUDAMOS

Elena Mur Olite; María Victoria Zapatero Ereza; Ana Belén Sierra Fraile

elenamurolite@gmail.com

1. INTRODUCCIÓN El documento de voluntades anticipadas (DVA) recoge las decisiones expresadas por una persona, tomadas de forma reflexiva, libre y responsable, sobre los tratamientos médicos y cuidados de salud o, una vez llegado el fallecimiento, el destino de su cuerpo u órganos del mismo. Declarar las voluntades anticipadas consiste en planificar de forma anticipada las decisiones sobre los cuidados que se desean recibir cuando las condiciones del estado de salud no permitan expresarlo y dar el consentimiento para que los profesionales sanitarios actúen de acuerdo a ellos. Desde 2013 España cuenta con un registro centralizado de los DVA registrados por comunidades autónomas: el Registro Nacional de Instrucciones Previas (RNIP). Este registro muestra que la Comunidad Autónoma de Aragón cuenta con un total de 13.040 inscripciones a fecha de enero de 2023. Pese a que durante los últimos diez años el número de registros del DVA se ha duplicado, continúa siendo baja respecto a otras comunidades, siendo la tasa de 9.83 habitantes por cada mil.

2. OBJETIVOS (General y Específicos) General:

- Difundir el DVA entre los profesionales y usuarios de una zona básica de salud.

Específicos:

- Potenciar la autonomía de los usuarios aumentando sus conocimientos sobre el recurso de voluntades anticipadas.

- Actualizar los conocimientos de los profesionales sanitarios sobre el contenido y el proceso de registro del DVA.

3. METODOLOGÍA Este estudio se realizó como proyecto de mejora de los Acuerdos de Gestión Clínica del Centro de Salud Las Fuentes Norte. Participaron profesionales de medicina, enfermería y personal no sanitario que respondieron al cuestionario sobre conocimientos (basado en el de Champer et al) y actitudes (basado



en el de Simón-Lorda et al), antes y después de asistir a una sesión de 60 minutos de duración.

La difusión a los usuarios de la zona básica de salud se realizó mediante un taller en el centro cívico del barrio, y posteriormente rellenaron un cuestionario elaborado ad hoc.

4. RESULTADOS Participaron 39 profesionales del centro, aunque contestaron al cuestionario pre y post 32.

El perfil más repetido corresponde a una mujer (78,1%), de 48,6 años de media, enfermera (53,1%) con más de 21 años de experiencia laboral (64%).

Su percepción sobre la utilidad del DVA para los profesionales es de un 9,37 sobre 10, y para los usuarios es de un 9,34, además creen que conviene planificar los deseos sanitarios un 9,66, sin embargo, un 62,5% de la muestra no ha leído el documento. En cuanto a los conocimientos llama la atención algunos resultados como la posibilidad de incluir situaciones de suspensión temporal que desconocen previamente un 63,9%, tras la sesión lo saben un 68,8%, y el hecho de que no existe un formato único, previo a la sesión lo desconoce el 75% y tras la sesión lo conoce un 73,3%.

En cuanto a los usuarios asistieron 25 personas, todos mayores de 60 años y el 60% mujeres. De ellos un 80% no conocía el DVA, pero después del taller sería capaz de rellenarlo y registrarlo (un 12% ya lo conocía antes), y al 100% de ellos le parece un instrumento útil para asegurarse de que se cumplen sus preferencias.

5. CONCLUSIONES Los profesionales tienen buena predisposición respecto al DVA, ya que reconocen en su gran parte que es útil tanto para los usuarios como para ellos mismos en la asistencia sanitaria. De forma general los conocimientos acerca del mismo son adecuados, aunque las sesiones han ayudado a aclarar algunos puntos importantes.

Por parte de los usuarios los talleres tuvieron muy buena satisfacción, aunque la captación no fue muy numerosa.

Con todo ello podemos afirmar desde un enfoque de autonomía para nuestros pacientes, es importante tener un buen registro de la planificación anticipada de decisiones, y un buen instrumento es el DVA.

6. BIBLIOGRAFÍA

- Champer Blasco, A., Caritg Monfort, F., & Marquet Palomer, R. (2010). Conocimientos y actitudes de los profesionales de los equipos de atención primaria sobre el documento de voluntades anticipadas. *Atencion primaria*, 42(9), 463-469. <https://doi.org/10.1016/j.aprim.2010.02.011>
- Simón-Lorda, P., Isabel Tamayo-Velázquez, M., Vázquez-Vicente, A., Durán-Hoyos, A., Pena-González, J., & Jiménez-Zurita, P. (2008). Conocimientos y actitudes de los médicos en dos áreas sanitarias sobre las voluntades vitales anticipadas. *Atencion primaria*, 40(2), 61-66. <https://doi.org/10.1157/13116148>
- Valle Sánchez, A., Farrals Villalba, S., González Romero, P. M., Galindo Barragán, S., Rufino Delgado, M. T., & Marco García, M. T. (2009). Documento de voluntades anticipadas: opinión de los profesionales sanitarios de Atención Primaria. *Semerger*, 35(3), 111-114. [https://doi.org/10.1016/s1138-3593\(09\)70717-8](https://doi.org/10.1016/s1138-3593(09)70717-8)
- Aguilar-Sánchez, J. M., Cabañero-Martínez, M. J., Puerta Fernández, F., Lados-Martín, M., Fernández-de-Maya, J., & Cabrero-García, J. (2018). Grado de conocimiento y actitudes de los profesionales sanitarios sobre el documento de voluntades anticipadas. *Gaceta sanitaria*, 32(4), 339-345. <https://doi.org/10.1016/j.gaceta.2017.08.006>

PROGRAMA GOSPITAL: IMPACTO TERAPÉUTICO Y HUMANIZADOR DE LA VISITA DE MASCOTAS EN LA ATENCIÓN INTERMEDIA.

Mamen Galindo Laiglesia; Mamen Nicolas Herrerías; Ignasi Garrido Ribas; Anna Mortés Ferrer; Sílvia Alvarez Vicianá; Cristina Estrada Díaz

cgalindo@mutuaterrassa.cat

1. INTRODUCCIÓN Todo ingreso hospitalario motivado por una pérdida de salud implica estrés emocional para el paciente. La pérdida de su entorno habitual y las relaciones sociales, afectan a su ánimo y perjudican su capacidad de recuperación.

Varios estudios demuestran que la presencia de animales de compañía se asocia a sensaciones de tranquilidad y relajación, así como reducción del ritmo cardíaco o de la presión sanguínea. La visita de mascotas a pacientes hospitalizados tiene importantes beneficios en pacientes con patologías crónicas y largas estancias.

El programa Gospital, que permite el acceso de perros al Centro Vallparadís (Atención Intermedia), nace de la demanda de pacientes y familiares de poder ver a sus mascotas durante su estancia en el centro, así como también en situaciones de final de vida.



A través de esta iniciativa, promovida en el marco del Plan de Humanización y Experiencia Paciente de la Fundación Asistencial MútuaTerrassa (FAMT), se posibilita el acceso de perros al centro con la voluntad de dar respuesta a esta necesidad y mejorar la experiencia de los pacientes ingresados.

2. OBJETIVOS (General y Específicos) General: Facilitar la visita de las propias mascotas de los pacientes al centro Vallparadís para responder a las necesidades de los pacientes, que encuentran en el acompañamiento de sus mascotas una forma de reducción de la ansiedad y mejora del estado anímico y fomentar la humanización en la atención, todo ello con la máxima garantía de seguridad.

Específicos:

- Reducir la sensación de soledad y estrés de los pacientes
- Promover el bienestar emocional y reducir la ansiedad del paciente mediante el contacto con su mascota
- Medir el impacto de la visita en la ansiedad de los pacientes

3. METODOLOGÍA El proyecto, desarrollado con el Colegio de Veterinarios de Barcelona, Servicio de Infecciones del hospital y un equipo multidisciplinario, definió criterios clínicos y procedimientos para garantizar seguridad y éxito. Se impulsó un estudio para medir el impacto emocional de las visitas de mascotas a pacientes mediante la Escala Hospitalaria de Ansiedad y Depresión (HADS). La metodología incluyó un procedimiento detallado, flyers informativos y un certificado canino. Se habilitó un espacio para visitas y se realizaron sesiones informativas para el personal. Además, se firmó un convenio con el Colegio de Veterinarios, asegurando la seguridad y viabilidad del programa.

4. RESULTADOS Desde su implementación en verano de 2024, tres familias solicitaron participar en Gospital, y el 100% de ellas cumplió con los requisitos establecidos para las visitas. El nivel de ansiedad de los 3 pacientes fue evaluado antes y después de la visita. Los resultados fueron concluyentes, observándose en los 3 casos una mejora en la mayoría de los aspectos que evalúa la Escala Hospitalaria de Ansiedad y Depresión. Los aspectos donde se observa una mejora significativa de los pacientes, después de la visita de la mascota, son los relacionados con la disminución de preocupaciones y temores, mejora del estado de ánimo y capacidad de sentirse relajado. Los resultados de la escala de ansiedad mostraron una mejora clara en el bienestar emocional de los pacientes tras la interacción con sus mascotas, confirmando así la efectividad del programa.

Además, el proyecto fue ampliamente difundido a través de los medios de comunicación, generando una notable repercusión mediática y aumentando la conciencia social sobre la importancia de humanizar los cuidados en los centros de atención intermedia.

5. CONCLUSIONES Los primeros resultados del programa evidencian un impacto positivo en el bienestar emocional de los pacientes hospitalizados. La visita de sus mascotas ha reducido la ansiedad y mejorado su estado anímico, cumpliendo con las garantías de seguridad. La colaboración entre el Colegio de Veterinarios, el servicio de infecciones y el centro fue fundamental para garantizar la seguridad y eficacia del programa. La iniciativa refuerza la importancia de humanizar la atención sanitaria y responde a una necesidad real de los pacientes. Dada la buena aceptación, de pacientes y profesionales, y beneficios observados, se considera ampliar su aplicación a otros ámbitos asistenciales.

6. BIBLIOGRAFÍA

- Jofré M., Leonor. (2005). Visita terapéutica de mascotas en hospitales. Revista chilena de infectología, 22(3), 257-263. <https://dx.doi.org/10.4067/S0716-10182005000300007>
- Folch, A., Torrente, M., Heredia, L., y Vicens, P. (2016). Estudio Preliminar de la Efectividad de la Terapia Asistida con Perros en Personas de la Tercera Edad. Revista Española de Geriatria y Gerontología, 51, (4), 210-216. Recuperado de <https://www.elsevier.es/es-revista-revista-espanola-geriatria-gerontologia-124-articulo-estudio-preliminar-efectividad-terapia-asistida-S0211139X1500236X>
- Gutiérrez, G., Granados, D., y Piar, N. (2007). Interacciones humano - animal: características e implicaciones para el bienestar de los humanos. Revista Colombiana de Psicología, 16, 163-184. Recuperado de: <https://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=3245451>



aisavc@gmail.com

1. INTRODUCCIÓN Presentación de un protocolo de paseos que curan, para pacientes de Unidad de Cuidados Críticos Quirúrgicos -Reanimación.

Los paseos que curan son una herramienta más en el cuidado de las personas críticamente enfermas. La posibilidad de salir del box de críticos, ver el cielo, el mar, la playa e incluso sentir el calor del sol sobre su piel, es una experiencia altamente positiva. Les ayuda a paliar la angustia y la incertidumbre que rodea a su enfermedad y al ingreso y les aporta esperanza en la recuperación tanto a ellos como a sus familias. La reanimación en la que trabajamos dispone de 4 boxes sin luz natural y 14 más con grandes ventanales tras el cabecero de las camas, con persianas fijas entre doble cristal y sin posibilidad de vistas al mar por la instalación de paneles y edificación de otras áreas del hospital.

En tales circunstancias entendimos necesario iniciar la realización de paseos con determinados pacientes. Viendo el beneficio que esto conlleva, procedimos a la creación de un protocolo.

2. OBJETIVOS (General y Específicos) General: Protocolizar y fomentar la actividad de los “paseos que curan”.

OBJETIVOS ESPECÍFICOS:

- Crear un protocolo que sea revisado y autorizado por el sistema de calidad de la unidad.

- Realizar paseos fuera de la unidad de forma segura y protocolizada.

- Mejorar la percepción de las personas ingresadas sobre su estancia en la unidad (valorable a través de encuesta de satisfacción)

- Registrar estas actividades para poder estudiar la repercusión que tienen sobre el estado de ánimo de las personas enfermas y sobre su evolución.

3. METODOLOGÍA METODOLOGÍA: se realiza un protocolo en donde se describen los criterios de inclusión y exclusión de los candidatos; así como el personal y las condiciones de carga laboral que se tienen que dar para realizar la actividad.

En el protocolo contiene los lugares desde donde sabemos que se puede ver la bahía de Santa Cristina, accesibles desde nuestra unidad tanto en silla como en cama, así como el camino a seguir.

Por último, incluye un formulario sobre datos concretos de cada paseo, para recaudar información para futuros estudios.

4. RESULTADOS:

Tenemos un protocolo terminado en fase de revisión por el equipo que trabaja en el sistema de calidad, avalado con la Norma ISO 9001.

Realizamos paseos con cierta frecuencia, en pacientes que cumplen criterios y cuando la carga asistencial de la unidad lo permite.

Vemos cómo esta actividad, que en el momento de iniciarla (año 2018) era entendida como una extravagancia por gran parte del personal, actualmente es apoyada por la mayor parte del equipo, habiendo gran cantidad de personas que muestran entusiasmo por colaborar en las mismas.

Las reacciones de los pacientes han sido, en todas las ocasiones, muy favorables. Nos han mostrado su entusiasmo ante la idea de salir de la unidad (la mayoría fueron pacientes de larga estancia). Muchos han compartido estos paseos con sus familiares. También nos han transmitido que el paseo y las vistas les aportan recursos para relajarse y tener pensamientos positivos en momentos angustiosos, como, por ejemplo, durante las noches.

5. CONCLUSIONES CONCLUSIONES:

- El paseo que cura es una actividad totalmente beneficiosa y positiva para los pacientes, familiares y para el personal.

- Minimiza el riesgo de delirio y ayuda tanto al paciente como a la familia a recuperar cierta “normalidad” pudiendo compartir un tiempo juntos fuera de la unidad.

- Mejora la relación de los pacientes con el personal, ya que ven esa actuación como algo excepcional, realizado con el único fin de hacerles sentirse mejor.

- Al incluir el protocolo dentro de la documentación de la plataforma de calidad, ponemos en valor esta actividad de cuidado de lo invisible.

6. BIBLIOGRAFÍA

- Heras la Calle, G. (2017). Humanizando los cuidados intensivos: Presente y futuro centrado en las personas. Distribuna.
- Igeño Cano, JC. (16 Junio 2018). #Paseosquecuran: actualización del protocolo. Proyecto Huci. #Paseosquecuran: actualización del protocolo - Proyecto HUCI

¿ESTÁ CAMBIANDO EL PERFIL DE LOS FUTUROS MÉDICOS?

Aitziber Alsasua Zurbano; Aida Fernández Ferreira; Marcelo Calabozo Raluy; Jone Merino Zamalloa; Tayda Alvaríño Barreno; Begoña Azkarate Ayerdi

aitziura@gmail.com

1. INTRODUCCIÓN L@s médic@s somos personas y como tal, cambiamos con los tiempos, pero actualmente, existe cierta percepción entre los profesionales, de que el perfil socio-psico-emocional de los futuros médic@s está cambiando, y existen dudas con respecto a que se mantenga la vocación como impulso inicial de la profesión, de que el objetivo por el cual se estudia medicina sea ayudar a los demás o del grado de importancia que adjudican a la parte humana de nuestra profesión.

Por otro lado, para llegar a estudiar Medicina se requieren notas muy altas, ¿puede tener relación este aspecto con que el perfil de los futuros médic@s esté cambiando, creando un perfil menos humano, menos social, y más científico intelectual?. Si fuera sí, cabría plantearse si sería necesario valorar otro tipo de aptitudes para llegar a ser especialista en áreas donde el “arte médico”, las habilidades socio-comunicativas y la parte humana de los profesionales, son uno de los ejes del buen hacer.

Interesa también analizar el sistemas de formación actual, evaluando si presta la importancia debida a la comunicación, la gestión emocional, el trabajo en equipo, la motivación y el cuidado de nuestros futuros medic@s.

2. OBJETIVOS (General y Específicos) 1.1 Objetivo general:

.Conocer el perfil, la motivación y los objetivos de los futuros profesionales médic@s

1.2. Objetivos específicos:

1. Conocer el perfil socioeconómico y académico.
2. Conocer la motivación por la cual escogieron ser médic@s.
3. Conocer la importancia que le adjudican a la parte humana de la profesión.
4. Conocer si sienten vocación por la profesión.
5. Conocer los objetivos de los médic@s en formación.
6. Evaluar si existe conocimiento de las emociones.
7. Conocer si existe preferencia por trabajar en el sistema público.

5. Conocer si consideran correcto el sistema de formación

3. METODOLOGÍA Estudio, observacional, prospectivo y longitudinal, mediante la realización de una encuesta a médic@s residentes de primer y último año, de los hospitales de Cruces, Donostia y Ourense en mayo de 2023.

Encuesta entregada de forma presencial ,en papel, con participación voluntaria y anónima. Recogimos variables demográficas, sociales, y realizamos preguntas para evaluar de 1 a 5, acerca de factores motivacionales, emociones, vocacionales, de formación, y preguntas de opción múltiple sobre objetivos actuales y motivo de elegir medicina.

Posteriormente se analizaron los datos mediante una base de datos en el sistema SPSS.

4. RESULTADOS 159 encuestas. R1: 83%. R5: 17%. Especialidad médica: 56%; quirúrgica: 22%; primaria: 18,9%; laboratorio: 1,9%. Mujeres: 74,2%, varones 25,2%. Edad media 27 años. Nacionalidad española 85,5%. Nivel socioeconómico subjetivo: medio-alto 42,8%; medio 43,4%. Título de universidad pública 76,1%. Nota media en Selectividad: 12,3.

Con respecto a la razón de ser médico: trato con humanos y ayudar: 71,7%; interés científico: 67%; servicio social y altruismo: 27%; estabilidad laboral: 23,3%; poder adquisitivo: 9,4%.

Valoración de 5/5 adjudicada a las características de un médico: humana: 84,3%; conocimiento científico: 42,1%; sociable: 27,7%; investigador 9,4%. El 88,1%, refieren que no cualquier persona es válida para ejercer cualquier especialidad.

Refieren tener vocación sólo el 64,2% y el 2,2% refieren haberla perdido. La decisión de ser médico el mayor porcentaje es en Bachillerato (34,6%).

Objetivos actuales: aprender: 67,9%; estabilidad laboral: 64,2%; servicio social: 40,3%; buena remuneración: 35,8% y trabajar poco para tiempo libre: 25,2%.

En cuanto a emociones, el 78% refiere conocerlas. Refieren conocer una media de 8,92.

Sólo el 21,4% refiere saber gestionarlas y el 83% ha sentido frustración e incertidumbre.

Sólo el 59,9% prefieren trabajar en el sistema público.

Sólo el 28,3% cree que el sistema de formación de un médic@, es correcto.



5. CONCLUSIONES Los futuros médic@s son en su mayoría mujeres, de nivel socioeconómico medio-alto, y un perfil académico alto. La parte humana y altruista todavía es una parte importantísima para los médic@s en formación, acompañada del interés científico y las necesidades de estabilidad laboral. El conocimiento de las emociones, tan presentes en nuestro día a día, parece ser escaso, así como su gestión, siendo un campo no presente en el sistema de formación actual. El compromiso con el sistema público es moderado.

Datos para seguir analizando y poder mejorar cada día nuestra profesión y la salud de todos.

6. BIBLIOGRAFÍA

1. Hidalgo Balsera, Agustín. (2021). ¿Acceden al grado en medicina los perfiles más adecuados para formar buenos médicos y médicos humanos?. Revista de Medicina y Cine, 17(4), 253-256. Epub 30 de mayo de 2022. <https://dx.doi.org/10.14201/rmc2021174253256>
2. Esquerda M, Yuguero O, Iñás J, Pifarré J. La empatía médica, ¿nace o se hace? Evolución de la empatía en estudiantes de medicina. Aten. Primaria. 2016; 48(1): 8-14.
3. González-García M, González-Rodríguez S, Cantabrana B, Hidalgo A. razones por las cuales los estudiantes justifican la elección del Grado en Medicina. FEM. 2020; 23(6):351-357.
4. Soria M, Guerra M, Giménez I, Escañero IF. La decisión de estudiar medicina: características. Educ. Med. 2006; 9(2):91-97.
5. Gutiérrez-Medina S, Cuenca-Gómez D, Álvarez-De Toledo O. ¿Por qué quiero ser médico? Educ. Med. 2008; 11 (Supl 1): S1-6.
6. ¿Por qué convertirse en médico?: la motivación de los estudiantes para elegir medicina como carrera profesional. Why become a doctor? The motivation of students to choose medicine as a professional career. Mariana Flores Meléndez, Jose Juan Góngora Cortés, Mildred Vanessa López Cabrera, Irma Elisa Eraña Rojas. Tecnológico de Monterrey, Escuela de Medicina y Ciencias de la Salud, Monterrey, Nuevo León, México
7. P. Mayta-Tristán, E. Mezones-Holguín, D. Carbajal-Gonzalez, R. Pereyra-Elías, J.J. Montenegro-Idrogo, C.R. Mejía, et al. Validación de una escala para medir las Motivaciones para estudiar Medicina (MEM-12) en estudiantes Latinoamericanos. Arch Med, 11 (2015), pp. e7
8. G. Fajardo-Dolci, J. Laguna-García, E. Ponce de León-Castañeda, H. Gutiérrez. Selección de la Carrera y Perspectivas de Desarrollo Profesional en Estudiantes de Medicina. Salud Públ Mex, 37 (1995), pp. 31-36
9. B. Machado-Díaz, M. Llerena-González, L. Mesa-Coello, M. Quintero-Agramante, I. Miñoso-Galindo. La orientación vocacional: factor determinante en la decisión de estudiar Medicina. EduMeCentro, 5 (2013), pp. 183-196

CUIDADO HUMANIZADO DEL PACIENTE CON TRASTORNO DEL ESPECTRO AUTISTA EN PRUEBAS DE RESONANCIA MAGNÉTICA

Gemma Franch Devesa; Isabel Morató Lorente; Francine Ruiz Negro; Lidia Montón Serrano

gemma.franch@hotmail.com

1. INTRODUCCIÓN El Hospital de Palamós es un hospital comarcal situado en la comarca del Baix Empordà (Girona). Da cobertura a 130000 personas los meses de invierno y 225000 en verano.

Hace ya algún tiempo nos planteamos mejorar la experiencia de los niños que acudían a realizarse una resonancia magnética (RM) y trabajamos en esta línea. Posteriormente hemos personalizado la atención a los niños diagnosticados de Trastorno del Espectro Autista (TEA) y que deben realizarse una RM. Consultando la bibliografía vimos que se han humanizado los espacios, que se utiliza realidad virtual, que se permite que el paciente esté acompañado durante la prueba y que en algún hospital se hacía una simulación con el aparato de tomografía.

2. OBJETIVOS (General y Específicos) Objetivo General

Desarrollar un protocolo humanizado de actuación con pacientes diagnosticados de TEA que deban ser sometidos a un estudio de RM.

Objetivos secundarios

Evaluar la eficacia de las medidas propuestas para la humanización de la RM con pacientes diagnosticados de TEA.

Determinar, según experiencia del paciente, cuáles de las medidas ofrecidas son especialmente útiles.

3. METODOLOGÍA Hasta el momento hacíamos:

Contacto telefónico para explicar el procedimiento y agendar una visita previa a la unidad.

Visita previa a la unidad. Explicación y simulacro si hay posibilidad.

Música personalizada.

Después de la prueba se les da pequeño regalo.



Hace algún tiempo empezamos a colaborar con la Asociación Viu Autisme. Asesorados por ellos elaboramos una historia social de la visita previa a la RM y una historia social del día de la prueba; humanizamos la sala de espera, elaboramos juegos para que puedan entretenerse y que se puedan llevar a casa y elaboramos un video.

4. RESULTADOS La historia social se la mostramos a 7 pacientes con diagnóstico de TEA y a su familia para que nos dijeran su opinión. Los primeros encontraron a faltar que explicásemos que deberían colocarse unos tapones para disminuir el ruido durante la prueba, cosa que incorporamos rápidamente a la historia social. Por otro lado, pacientes y familia valoraron muy positivamente la visita previa y la historia social. Actualmente la historia social se está facilitando impresa, pero estamos trabajando para poder mandarla mediante un mensaje al igual que el video.

El video está elaborado y lo pondremos en funcionamiento en breve.

5. CONCLUSIONES Los pacientes y las familias encuestadas valoran muy positivamente la atención humanizada que han recibido.

Manifiestan que la visita previa y la historia social ayudó a disminuir el nivel de ansiedad de los niños.

Actualmente estamos elaborando un protocolo para estos casos.

6. BIBLIOGRAFÍA

- Brenes, I. M. (2021, diciembre 31). Trastorno del espectro autista (TEA), atención en urgencias. Manuales Clínicos. <https://manualclinico.hospitaluvroci.es/urgencias-de-pediatría/psiquiatría-y-psicosocial/trastorno-del-espectro-autista-tea-atencion-en-urgencias/>
- Guía de atención a personas con TEA (Trastornos del Espectro Autista) en Urgencias. (2018). Portal de Salud de la Junta de Castilla y León. <https://www.saludcastillayleon.es/institucion/es/publicaciones-consejeria/buscador/guia-atencion-personas-tea-trastornos-espectro-autista-urge>
- nubixmx. (2021, junio 25). Un protocolo para la obtención de imágenes de RM y PET sin sedación en adultos con trastorno del espectro autista. NUBIX. <https://nubix.cloud/radiologia/un-protocolo-para-la-obtencion-de-imagenes-de-rm-y-pet-sin-sedacion-en-adultos-con-trastorno-del-espectro-autista>
- Preevid, S. M. de S. (2021, abril 7). Banco de preguntas Preevid. En un niño con autismo que tiene que realizarse una resonancia magnética, ¿cuál sería el fármaco indicado para realizar la sedación? Preevid. Servicio Murciano de Salud. Región de Murcia. http://www.murciasalud.es/preevid.php?op=mostrar_pregunta&id=24150

“VAMPITOUR”: UN PROYECTO PARA HUMANIZAR EL ACTO DE LA EXTRACCIÓN SANGUÍNEA EN LA POBLACIÓN INFANTO-JUVENIL ESPECIALMENTE SENSIBLE

Maria Del Carmen Mercado Blanco; Maria Del Carmen Vasco Gómez

carmuneh@gmail.com

1. INTRODUCCIÓN La belonefobia, se definen como el miedo extremo a los procedimientos donde están involucradas las agujas. Las investigaciones demuestran que una toma de contacto del paciente con el objeto causante de la fobia, disminuyen la ansiedad y el dolor percibido, elevando la satisfacción de usuarios, profesionales y familiares.

Así surge VAMPITOUR: proyecto de humanización ideado para proporcionar ayuda a combatir el miedo a las agujas en la población infanto-juvenil, así como aliviar la ansiedad producida por este hecho a sus familiares. Consiste en realizar un simulacro del recorrido que el niño deberá hacer el día de la extracción, en los días previos a la misma. Durante el mismo, estará acompañado por una enfermera adiestrada en el manejo de la ansiedad, que le explicará de manera sencilla, adaptada a su edad y situación cognitiva, el procedimiento a llevar a cabo el día de la extracción real. El circuito se podrá realizar como narración en forma de cuento: “Vampi y el pequeño Valentín”, presentación de nuestra mascota “Vampi” o simplemente como acompañamiento y explicación del procedimiento, en niños de mayor edad, con objeto de aliviar la ansiedad producida por el miedo a la punción

2. OBJETIVOS (General y Específicos) General: Establecer un circuito para la valoración y manejo de las emociones negativas producidas ante el procedimiento de venopunción en la población infanto-juvenil con miedo a las agujas, minimizando así los síntomas producidos ante una situación de ansiedad.

Específicos:

- Ayudar a gestionar la ansiedad provocada por el proceso de extracción.
- Disminuir el miedo provocado por la técnica.



- Mejorar el bienestar del paciente y su familiar.
 - Concienciar y entrenar a los profesionales sanitarios de la importancia de priorizar la disminución de la ansiedad.
 - Ofrecer una atención humanizada e individualizada, centrada en el paciente.
3. METODOLOGÍA Estudio observacional descriptivo transversal.

Población: Pacientes infanto-juveniles, que requieran una venopunción y cumplan los criterios de inclusión en el procedimiento, para lo cual se crea un cuestionario de valoración previa, realizado por enfermería vía telefónica, que incluye además de otras variables, dos escalas de valoración del miedo: Escala de descriptores con palabras y Funcional.

Adecuación del espacio que sirve como mecanismo de distracción para nuestros pequeños, elaboración de un cuento que narra el procedimiento desde una perspectiva infantil, presentación de nuestra mascota “Vampi”, y demás recursos apropiados que consiguen relajar la tensión y el miedo a aquello que no conocen.

4. RESULTADOS Este protocolo se inició a finales del año 2024, por lo que lo consideramos aún en sus comienzos, pese a lo cual se han realizado un total de 14 consultas en la sala de extracciones pediátricas del hospital de Jaén, de las cuales, el personal de enfermería ha valorado la introducción en el protocolo de 11 niños, una vez realizada el cuestionario de valoración previa, vía telefónica. En dos ocasiones, no se pudo realizar el Vampitour por tratarse de extracciones urgentes. En ambos casos se recomendó a los padres solicitar la inclusión en el protocolo para próximas peticiones analíticas.

Los menores que realizaron el Vampitour, acuden el día de la extracción real a la hora prevista, reconociendo a la enfermera que lo recibe y percibiendo el entorno como algo ya conocido, generando en el niño un clima de seguridad y confianza.

Los familiares manifiestan en la encuesta de satisfacción que se les proporciona de manera voluntaria y anónima al finalizar la extracción, una puntuación de 10 sobre 10 a la pregunta de si recomendaría este servicio a algún familiar.

La disminución de la ansiedad y dolor percibido por los usuarios eleva, además, la satisfacción de los profesionales de la unidad.

5. CONCLUSIONES Esta experiencia nos muestra que el miedo al dolor y a las situaciones desconocidas, es a veces peor que el propio dolor. Está en nuestras manos ayudar a combatir ese miedo utilizando técnicas de distracción y exposición progresiva, neutralizando en gran parte el miedo a las agujas, propiciando un ambiente que genera confianza y seguridad al niño y a sus familiares.

Queremos resaltar la importancia de llevar a cabo este tipo de estudios y trabajar en base a ellos para desarrollar estrategias que nos permitan ofrecer unos servicios de calidad y que humanizan la asistencia a nuestros pacientes.

6. BIBLIOGRAFÍA

- <https://www.picsolution.com/es/consejos/profundicemos-juntos/belenofobia-quien-teme-a-las-agujas.html>
- Ochando G, Peris S. La ansiedad en la edad pediátrica. *Pediatr Integral*. 2008; XII(9): 901-6.
- www.sepeap.org/imagenes/secciones/Image/_USER_/Ansiedad_edad_pediatica.pdf.
- <https://enfermeriaendesarrollo.es/>. “Clinical holding:incrementando la calidad de la técnica de venopunción en población infanto-juvenil”
- <https://www.gbo.com/es-es/recogida-de-muestras-de-sangre-segura/blog-sobre-seguridad/articulo/como-detener-el-miedo-a-las-agujas-antes-de-que-empiece-10-consejos-paso-a-paso-de-un-enfermero-experimentado>
- Coyne I., scott p.alternatives to restraining ghildren for clinical procedures. *Nurs. Child. Young people*. 2014;26;22-27. doi:10,7748/ncyp2014,03,26,2,22e403,(PubMed) (CrossRef) (Google Scholar)
- Guía Técnica para Consulta de Atención Telefónica / Rosario García Jiménez, Pablo Iglesias Bonilla, María Inmaculada Mesa Gallardo, Matilde Vera Rodríguez, Manuel Villacorta González (coordinadores) Pilar Navarro Pérez (coordinadora metodológica) [Recurso electrónico]. -- [Sevilla]: Consejería de Salud y Familias, Servicio Andaluz de Salud, 2021. Disponible en: <https://www.sspa.juntadeandalucia.es/servicioandaluzdesalud/profesionales/recursos-para-profesionales>

1. INTRODUCCIÓN Ser portador de una ostomía supone un impacto en todos los niveles de vida tanto de pacientes como de sus familiares. Una persona recién



ostomizada, está sometida a una situación estresante y de enorme vulnerabilidad, lo que supone una gran repercusión emocional. Se modifica su situación de salud, debiendo aceptar, afrontar y adaptarse al cambio¹.

En el área del Aljarafe ubicado en la provincia de Sevilla, viven aproximadamente unas 300.00 personas, de las cuáles, fueron ostomizadas 76 personas en el año 2024.

La enfermera de práctica avanzada de ostomía, debe aportar un cuidado integral que abarque el aspecto físico, psíquico y de relación con el entorno². Debe dirigir la ayuda para la persona recientemente ostomizada aportando apoyo emocional y favoreciendo el proceso de afrontamiento y adaptación.

Se hace evidente la necesidad de implementar unos cuidados más humanizados en la consulta de enfermería de práctica avanzada de ostomía con el fin de disminuir el impacto holístico que supone ser portador de una ostomía.

2. OBJETIVOS (General y Específicos) - General:

- Dotar la consulta de ostomía de prácticas humanizadas
- Valorar el nivel de satisfacción de los pacientes atendidos a través de una encuesta

- Específicos:

- Actualizar el protocolo de la consulta de ostomía incluyendo prácticas humanizadas.
- Redactar una guía de cuidados básicos para el paciente ostomizado para cada tipo de ostomía.
- Crear un folleto con cuidados básicos de la ostomía.
- Realizar y entregar una encuesta de satisfacción a los pacientes de la consulta de ostomía

3. METODOLOGÍA Revisión de la literatura en materia de humanización de cuidados del paciente ostomizado, a través de búsquedas en base de datos científicas utilizando la estrategia de búsqueda con las palabras clave: ostomía, humanización de la atención, enfermería de práctica avanzada.

Tras un proceso de selección y filtrado (últimos 10 años, textos en español e inglés), se utilizaron un total de 8 artículos para actualizar el protocolo de la Unidad.

Realización de una encuesta de satisfacción validada por la comisión de humanización. Para la aplicación del instrumento se agregó al conjunto de items una escala de tipo Likert con 5 puntos

4. RESULTADOS En base a los estudios revisados, se decide actualizar el protocolo de la unidad de ostomía con el fin de dotarlo de unos cuidados actualizados según la última evidencia disponible en materia de cuidados humanizados.

Además, se han realizado dos documentos informativos que son entregados al paciente y/o a sus cuidadores o familiares, durante su estancia hospitalaria y previo al alta domiciliaria.

Finalmente, para comprobar que las aportaciones realizadas han dotado a la consulta de unos cuidados más humanizados, se hizo entrega un cuestionario a un total de 43 pacientes que completaron el seguimiento en consulta de enfermería de ostomía durante 1 año, arrojando los siguientes resultados:

5. CONCLUSIONES Los avances tecnológicos han contribuido a la mejora en la asistencia pero a su vez suponen un detrimento en la atención humanizada. Se ha hecho evidente la necesidad de planificar estrategias de sensibilización así como promover la figura de la EPA de ostomía como líder en proporcionar unos cuidados holísticos, de calidad y humanizados.

Los resultados de la encuesta realizada, ponen de manifiesto la satisfacción general de los mismos ante los cambios añadidos en la consulta, considerando mejorables el mobiliario y el espacio de la consulta donde la puntuación ha sido menor que en otros ítem de la entrevista.

6. BIBLIOGRAFÍA

1. Martín Muñoz, Begoña; Montesinos Gálvez, Ana Carmen. Ayuda emocional entre pacientes ostomizados. Biblioteca Las casas. 2021: 7(2) <http://www.index-f.com/lascasas/documentos/lc0600.php>
2. Bueno Cardona, Jose Manuel; Pelegrina Bonel, Ana María; Jiménez Vinuesa, Nazaret Socorro. Actuación enfermera durante la adaptación del paciente ostomizado. A propósito de un caso. Rev Paraninfo digital, 2015: 22. <http://www.index-f.com/para/n22/358.php>
3. Serrano Peña, Antonio. Intervenciones para impulsar la independencia en pacientes portadores de una ostomía. Evidentia. 2022: 19. <https://ciberindex.com/index.php/ev/article/view/e14172>
4. Lönnfors, Sanna; Vermeire, Severine; Greco, Marco; Hommes, Daan; et al. IBD and health-related quality of life — Discovering the true impact. J Crohn's Colitis. PubMed. 2015 <https://doi.org/10.1016/j.crohns.2014.03.005>
5. Bueno Cardona, Jose Manuel; Pelegrina Bonel, Ana María; Jiménez Vinuesa, Nazaret Socorro. Actuación enfermera durante la adaptación del paciente ostomizado. A propósito de un caso. Rev Paraninfo digital, 2015: 22. <http://www.index-f.com/para/n22/358.php>
6. Bueno Cardona, José Manuel; Pelegrina Bonel, Ana María; Jiménez Vinuesa Nazaret Socorro. Actuación enfermera durante la adaptación del paciente ostomizado. A propósito de un caso. Rev Paraninfo Digital. 2015: 22. <http://www.index-f.com/para/n22/358.php>



7. García Martínez, Cristina; García Cueto, Belén. Cuidados de Enfermería al paciente ostomizado. RqR Enfermería Comunitaria. 2017; 5(4): 35-48 <https://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=6224482>
8. Gómez del Río, Nazaret. Los cuidados de enfermería en el impacto psicológico del paciente ostomizado. ENE, Revista de Enfermería. 2018. 7(3). <http://ene-enfermeria.org/ojs/index.php/ENE/article/view/27>

VOCES SILENCIADAS: PROMOVRIENDO LA COMUNICACIÓN Y HUMANIZACIÓN EN PACIENTES CON PROBLEMAS DE COMUNICACIÓN

Raquel Perales Gómez; Susana Soria Muñoz; Ana Pérez Valverde; Ana María Díaz Plaza Moraleda; Rosalía Mota Torres; Esmeralda García Cano

raquel_perales@hotmail.com

1. INTRODUCCIÓN La comunicación es una parte esencial del ser humano, y su ausencia puede generar inseguridad, tristeza, frustración y desconfianza. Existen lesiones neurológicas como las lesiones medulares, o el Sde. de Guillain Barré que cursan, con imposibilidad de comunicarse por diferentes causas en algún momento del proceso de la enfermedad, con las consecuencias que esto conlleva. Estas personas no pueden expresarse, y se ven atrapadas en la incertidumbre, dependencia y el aislamiento.

Por este motivo, desde el hospital Nacional de Paraplégicos el equipo de terapia ocupacional y logopedia pone en marcha el proyecto COMUNICA. El proyecto consiste en detectar los problemas de comunicación lo antes posible y proporcionar los medios adecuados, ya sea a través de tableros físicos, o del uso de nuevas tecnologías para que los pacientes puedan expresar sus necesidades, emociones e inquietudes.

Los sistemas tradicionales son una opción, pero la autonomía y capacidad de expresión que permiten las nuevas tecnologías es bastante mayor por lo que es importante contar con ellas.

Este proyecto no solo busca mejorar la interacción entre pacientes y profesionales de la salud, sino también contribuir a una experiencia más humana y comprensiva en el entorno hospitalario, promoviendo así una atención centrada en la persona.

2. OBJETIVOS (General y Específicos) Analizar los datos derivados de nuestra intervenciones en el Proyecto COMUNICA para determinar qué factores facilitan o limitan la comunicación y plantear futuras soluciones.

- Analizar las características que tienen los pacientes con los que intervenimos
- Analizar los factores que facilitan o limitan la comunicación efectiva
- Buscar soluciones a las problemáticas encontradas
- Plantear nuevas líneas de investigación y actuación para asegurarnos de que la comunicación de los pacientes es efectiva desde el primer momento que llegan a nuestro hospital

3. METODOLOGÍA Este estudio observacional se llevó a cabo en el Hospital Nacional de Paraplégicos entre febrero de 2022 y febrero de 2025. Se revisaron las intervenciones con 10 participantes que cumplían con el criterio de “no poder comunicarse”. Los participantes fueron derivados al equipo de logopedia y terapia ocupacional y se recopilaban datos a través de los registros de intervención. Se realizó un análisis de variables como: edad, diagnóstico, nivel lecto-escritor, sistema de comunicación, colaboración del paciente, tiempo de actuación, adecuación de los dispositivos de comunicación y soportes, y nivel de satisfacción, entre otros.

4. RESULTADOS Tras la recogida de datos hemos observado que desde el ingreso en el hospital hasta que se realiza una intervención por parte de nuestro equipo han pasado una media de 6 días. En el 100% de los casos tras la intervención inicial se utilizaron tableros de comunicación alfanuméricos y lectura labial con los que el paciente conseguía expresar sus necesidades básicas, sin embargo solo un 50% de los participantes del proyecto han conseguido manejar un comunicador dinámico a través de las nuevas tecnologías que les permita iniciar la comunicación sin necesitar de un tercero que les pregunte, y poder expresar sus necesidades de manera clara y precisa. El otro 50% que no lo ha conseguido ha sido por factores como no tener un soporte adecuado para sujetar el comunicador; o factores inherentes a la persona como la edad, la falta de familiaridad con las nuevas tecnologías, mal manejo con la lecto-escritura o alteraciones emocionales.

Todas las personas que han podido comunicarse a través de las nuevas tecnologías han transmitido su gran satisfacción y agradecimiento al poder hacerlo.



5. CONCLUSIONES Después de llevar un tiempo con el proyecto COMUNICA no hemos conseguido que las personas puedan comunicarse eficientemente desde el momento que entran en nuestro hospital, por lo que es necesario: revisar los protocolos de actuación para detectar antes la necesidad, agilizar la derivación, adquirir los materiales adecuados, y gestionar una intervención más rápida desde logopedia y terapia ocupacional

La humanización en la atención sanitaria implica reconocer la importancia de la comunicación no solo como un medio de intercambio de información, sino como un puente hacia la empatía y el bienestar emocional del paciente.

6. BIBLIOGRAFÍA

1. Anderson S. B. (1992). Guillain-Barré syndrome: giving the patient control. The Journal of neuroscience nursing : journal of the American Association of Neuroscience Nurses, 24(3), 158-162. <https://doi.org/10.1097/01376517-199206000-00007>
2. Bartlett G, Blais R, Tamblyn R, Clermont RJ, MacGibbon B. Impacto de los problemas de comunicación con los pacientes en el riesgo de eventos adversos prevenibles en entornos de atención aguda. CMAJ. 2008.
3. Dall M, Fellinger J, Holzinger D. El vínculo entre la comunicación social y la salud mental desde la infancia hasta la adultez temprana: una revisión sistemática. Front Psychiatry. 2022.
4. Hoffman JM, Yorkston KM, Shumway-Cook A, Ciol MA, Dudgeon BJ, Chan L. Efecto de la discapacidad comunicativa en la satisfacción con la atención sanitaria: una encuesta a beneficiarios de Medicare. Am J Speech Lang Pathol. 2005.
5. Khalaila, R., Zbidat, W., Anwar, K., Bayya, A., Linton, D. M., & Sviri, S. (2011). Communication difficulties and psychoemotional distress in patients receiving mechanical ventilation. American journal of critical care : an official publication, American Association of Critical-Care Nurses, 20(6), 470-479. <https://doi.org/10.4037/ajcc2011989>
6. Popa-Velea O, Purcărea VL. Cuestiones de comunicación terapéutica relevantes para mejorar la calidad de la atención. J Med Life. 2014.
7. Ronski M, Sevcik RA. Comunicación aumentativa e intervención temprana: mitos y realidades. Infantes y niños pequeños. 2005

67

MAMÁ SIN BARRERAS. HUMANIZAR LOS CUIDADOS MATERNO-FILIAL FAVORECIENDO EL VÍNCULO AFECTIVO Y FAMILIAR EN SITUACIONES ADVERSAS. VÍA CLÍNICA ORGANIZATIVA HOSPITAL MATERNO-INFANTIL HOSPITAL UNIVERSITARIO DE JAÉN

Juan Antonio Reyes Sanchez; M^a Carmen Vasco Gómez

mcarmen.vasco.sspa@juntadeandalucia.es

1. INTRODUCCIÓN El nacimiento de un hijo trae consigo una serie de cambios tanto para los padres como los cuidadores que estén involucrados en el entorno del menor, este nacimiento conjuga elementos biológicos, psicológicos y sociales que hacen del momento del parto una cumbre de expectativas, es por esto que se habla de la gran influencia que tiene el parto y posparto en la relación de padres e hijos y el establecimiento de un vínculo afectivo, incluyendo a la ansiedad por el riesgo físico al cual se somete la madre y el hijo, esperando como recompensa un sano nacimiento.

El momento del parto debe ser lo más humanizado posible, y debe caracterizarse en velar por el respeto a los derechos de los padres y los niños en el momento del nacimiento, considerando los valores de la mujer, sus creencias, sus sentimientos y respetando su dignidad y autonomía durante todo el proceso.

Este vínculo se produce de forma biológica, espontánea y natural. Generalmente, va creciendo con el transcurso del tiempo y de manera instintiva, madre y RN establecen una conexión que les une para toda la vida. El vínculo madre- RN aporta innumerables beneficios al binomio madre-hijo tanto psicológicos como físicos y afectivos

2. OBJETIVOS (General y Específicos) Generales

Establecer un circuito hospitalario que facilite a todas las madres que hayan sufrido complicaciones durante el parto y se encuentren hospitalizadas en UCI o UR-PA, que puedan conocer físicamente a su RN, cuando las condiciones de salud de la madre y/o el RN así lo permitan.

Específicos

Fortalecer el vínculo afectivo entre la madre y el recién nacido.

Reducir la ansiedad de las madres.

Favorecer el contacto piel con piel entre la madre y el niño.

Fomentar la instauración de la lactancia materna

3. METODOLOGÍA Tras el parto, se producen algunas complicaciones clínicas en las que la madre debe permanecer en unidades de cuidados críticos, lo que conlleva la separación de su recién nacido. La metodología empleada es detectar las posibles

88



beneficiarias del proyecto, confirmar con los facultativos que el estado clínico de la madre y del bebé permiten el encuentro, solicitar el consentimiento informado de la madre y, una vez juntos, fomentar la lactancia materna (en el caso que se pueda lactar) e implantar el vínculo afectivo mediante la realización de la técnica piel con piel.

4. RESULTADOS Estudio observacional descriptivo.

Desde su implantación en mayo de 2024 se han llevado a cabo 4 casos que han cumplido los criterios de inclusión en el protocolo.

Hemos medido el grado de satisfacción de la familia, que en todos los casos ha sido puntuado con 10. Además, se ha comprobado que las mamás no han vivido la separación como un hecho traumático, puesto que han estado en contacto con el RN, y el grado de satisfacción durante la estancia en nuestro hospital ha sido valorado con puntuación 10.

5. CONCLUSIONES Los vínculos ser fortalecen a medida que pasan los días a partir del nacimiento del bebé, desde el contacto piel con piel (PCP), la lactancia materna, los cuidados posnatales entre otros. La importancia de mantener estos vínculos bien establecidos radica la salud mental de la madre que se va fortaleciendo y los procesos de seguridad y apego que se generan en el RN.

Por otro lado, los profesionales que han llevado a cabo el protocolo, han manifestado una aumento en la satisfacción a nivel personal, mejorando el grado de confianza con la familia.

6. BIBLIOGRAFÍA

1. Ara Comín, M. El vínculo de apego y sus consecuencias para el psiquismo Humano. Intercambios, papeles de psicoanálisis/intercanvis, papers de psicoanàlisi [Internet] 2012 [citado 8 de enero 2022] ; (29):7-17. Recuperado a partir de: <https://raco.cat/index.php/intercanvis/article/view/353994>
2. Sardón García MC., González Hernando C. (dir). VÍNCULO AFECTIVO AL NACIMIENTO. APEGO SEGURO [trabajo fin de grado en internet]. [Valladolid]: Universidad de Valladolid, Facultad de Enfermería; 2014 [citado 10 de febrero 2022]. Recuperado a partir de <http://uvadoc.uva.es/handle/10324/5634>
3. J.C. Garelli, E. Montouri. Vínculo afectivo materno-filial en la primera infancia y teoría del attachment. Pediatría Práctica, 95 (1997), pp.122
4. C.P. Arredondo- González, J.Siles-González. Tecnología y Humanización de los cuidados: Una mirada desde la Teoría de las Relaciones Interpersonales. Index Enferm, 18 (2009), pp.32-36
5. Botto, A (2010) "Apegado a mí": angustia, vínculo afectivo y psicopatología. (Rev GPU 2010;)

68

CIRUGÍA DE CONTORNO CORPORAL POSTBARIÁTRICA

June Izagirre Santana; Coraima Pascual Pérez; Leyre Serrablo Casaña; Lourdes Lahuerta Lorente; Carmen Casamayor Franco; Miguel Ángel Dobón Rascón

junedeba@gmail.com

1. INTRODUCCIÓN La cirugía de contorno corporal postbariátrica (CCC) se ha convertido en una opción clave para corregir las deformidades derivadas de la pérdida masiva de peso tras cirugía bariátrica. Además de mejorar el contorno corporal y la apariencia física, la CCC tiene un impacto positivo en la autoestima y la confianza del paciente. Sin embargo, es esencial manejar expectativas realistas, ya que la cirugía no garantiza la perfección estética.

Las complicaciones postoperatorias son comunes, siendo las más frecuentes los seromas, infecciones, hematomas y necrosis de la piel. Las tasas de complicación varían entre el 20% y el 45%, y factores como el índice de masa corporal (IMC), comorbilidades como diabetes, hipertensión, tabaquismo y el estado nutricional juegan un papel crucial en su aparición. Los pacientes con IMC elevado o mal control de comorbilidades tienen un mayor riesgo de complicaciones, lo que afecta la recuperación y satisfacción postoperatoria.

Desde el enfoque de la humanización, es fundamental que los pacientes reciban atención integral que aborde tanto su bienestar físico como psicológico. La gestión de las expectativas y las alteraciones emocionales, como los cambios en la autoestima y relaciones sociales, es clave para asegurar una recuperación completa y satisfactoria.

2. OBJETIVOS (General y Específicos) Evaluar el grado de satisfacción y el grado de mejora de calidad de vida, así como la pérdida de ponderal de nuestros pacientes después de la intervención quirúrgica de dermolipectomía abdominal.

3. METODOLOGÍA Desde 2022, en la Unidad de Cirugía Endocrino-Mama-Bariátrica del Hospital Miguel Servet de Zaragoza, se han llevado a cabo 11 procedimientos de dermolipectomía abdominal tras cirugía bariátrica. A los dos años de la intervención, los pacientes fueron evaluados para verificar una pérdida de peso adecuada y sostenida, así como la presencia de faldón abdominal asociado a complicaciones



médicas como intertrigo o hernias. Actualmente, se han revisado sus historias clínicas para analizar antecedentes y complicaciones quirúrgicas, además de realizar una encuesta telefónica de satisfacción con escala Likert (1: muy satisfecho; 4: muy insatisfecho) para conocer su percepción.

4. RESULTADOS Del total de pacientes intervenidos de faldón dermograsso, 8 fueron mujeres y 3 hombres, con una media de edad de 49 años. Siete habían sido sometidos previamente a bypass gástrico laparoscópico y cuatro a sleeve gástrico laparoscópico.

El peso medio de la pieza quirúrgica fue de 1600 gr. La complicación más frecuente fue la aparición de seroma y pequeña dehiscencia de la herida quirúrgica, ambas resueltas de forma conservadora.

Dos pacientes requirieron reintervención por sangrado activo en el primer día postoperatorio y por lo tanto también presentaron dehiscencia más importante de la herida quirúrgica con un largo proceso de curas, lo que afectó negativamente su satisfacción. Una de ellas necesitó un sistema de cierre asistido por vacío, que no fue suficiente, por lo que se realizó un Friedrich de los bordes y nuevo cierre de la pared abdominal.

Por otra parte, no se ha encontrado una clara relación entre antecedentes como HTA y tabaquismo con la tasa de dehiscencia u otras complicaciones.

Por último, se ha observado que los pacientes con mayores complicaciones reportan menor satisfacción. Sin embargo, gran parte de los pacientes se encuentran muy felices.

5. CONCLUSIONES La dermolipectomía mejora significativamente la apariencia estética tras una pérdida de peso importante, contribuyendo a la armonía corporal y favoreciendo la confianza y el bienestar psicológico del paciente. Además, ofrece beneficios para la salud, como la reducción de irritaciones cutáneas, infecciones recurrentes y mejora de la movilidad al eliminar pliegues de piel redundante. No obstante, como cualquier cirugía, presenta riesgos como infecciones, complicaciones anestésicas, cicatrices y un largo tiempo de recuperación. Es esencial que el paciente mantenga expectativas realistas y siga rigurosamente las indicaciones postoperatorias para asegurar los mejores resultados y evitar complicaciones a largo plazo.

6. BIBLIOGRAFÍA

1. García-García ML, Martín-Lorenzo JG, Campillo-Soto A, Torralba-Martínez JA, Lirón-Ruiz R, Miguel-Perelló J, et al. Complicaciones y nivel de satisfacción tras la realización de una dermolipectomía y abdominoplastia después de efectuar una cirugía bariátrica. *Cir Esp [Internet]*. 2014;92(4):254-60.

2. Guía clínica de Cirugía de la obesidad mórbida de la Asociación española de cirujanos. Segunda edición. 241-252.

“MICROPIGMENTACIÓN DEL COMPLEJO AREOLA-PEZÓN TRAS MASTECTOMÍA”

Paula Aizpiolea Martinez; Menchu Casamayor Franco; Ernesto Luis Hernando Almudi;
María Lourdes Lahuerta Lorente; José Lario Marín; Miguel Ángel Dobon Rascón

martinezaizpioleapaula@gmail.com

1. INTRODUCCIÓN En España, se diagnostican anualmente 27.000 nuevos casos de cáncer de mama, con una incidencia en aumento del 1-2% debido a los programas de detección precoz y al envejecimiento poblacional. Es la neoplasia más frecuente en mujeres y la principal causa de mortalidad oncológica.

El tratamiento estándar es la cirugía conservadora con radioterapia adyuvante, aunque en casos de tumores grandes, multifocalidad o márgenes quirúrgicos comprometidos, se requiere mastectomía. Esta técnica implica la extirpación de la glándula mamaria y parte del tejido cutáneo, pudiendo ser unilateral o bilateral, con secuelas físicas y psicosociales significativas que afectan la imagen corporal, la autoestima y la calidad de vida.

La reconstrucción del complejo areola-pezones (CAP) representa la fase final del proceso reconstructivo. Existen diversas técnicas quirúrgicas, como colgajos locales y autoinjertos, que pueden presentar complicaciones, como necrosis o cicatrices. En la actualidad, la micropigmentación es la opción más empleada, debido a su simplicidad, seguridad y resultados estéticamente naturales, utilizando tatuajes en 3D para simular el relieve del pezón. Este enfoque también corrige defectos de pigmentación en



cirugías conservadoras oncoplásticas, con una baja incidencia de efectos adversos (2,3%).

2. OBJETIVOS (General y Específicos) El objetivo de las encuestas es evaluar el impacto psicológico de la micropigmentación en pacientes mastectomizadas, centrado en la mejora de la autoestima, la imagen corporal y el bienestar emocional. Se busca analizar cómo esta técnica contribuye a la rehabilitación psicosocial, favoreciendo la transición de paciente a "superviviente". Los resultados permitirán optimizar las prácticas clínicas e integrar la micropigmentación en un enfoque terapéutico integral que promueva el bienestar de las pacientes.

3. METODOLOGÍA Desde mayo de 2023, se han realizado 18 procedimientos de micropigmentación en el Hospital Universitario Miguel Servet. En la consulta de seguimiento posterior, en la que se revisa y retoca el complejo areola-pezón, se entrega una encuesta a las pacientes. El objetivo fue evaluar la calidad de la técnica, los resultados en términos de color, tamaño y forma, y conocer la experiencia de las pacientes, además de recoger posibles sugerencias para mejorar el procedimiento.

4. RESULTADOS De un total de 18 encuestas distribuidas, 12 fueron respondidas, lo que representa una tasa de respuesta del 66,6%. Todas las pacientes que completaron la encuesta expresaron satisfacción con el procedimiento, destacando la sensación de ser adecuadamente informadas y apoyadas durante el proceso. En cuanto a las complicaciones, la mayoría no presentó eventos adversos, con la excepción de un caso aislado de sangrado local leve, autolimitado, debido a la penetración profunda de la aguja en los capilares dérmicos.

Respecto a la morfología del complejo areola-pezón, las pacientes reportaron un alto grado de satisfacción con el tamaño, color y forma del mismo, observándose un diámetro promedio de la areola de 3 a 5 cm. Todas las pacientes percibieron la areola como natural. Durante el procedimiento, solo una paciente requirió anestesia local (EMLA) para el manejo del dolor.

Del total de las 12 pacientes, el 58% se sometió a micropigmentación sobre un pezón no reconstruido previamente, logrando una reconstrucción tridimensional que replicó la anatomía natural del pezón.

5. CONCLUSIONES La micropigmentación es clave en la reconstrucción mamaria, siendo el último paso en la restauración del complejo areola-pezón. Además de su propósito estético, desempeña un rol importante en la rehabilitación emocional, permitiendo a la paciente pasar de ser "paciente" a "superviviente". Mejora la simetría, identidad y autoestima, reduciendo el estrés y la ansiedad post-mastectomía. Al ser duradera, brinda estabilidad y seguridad, favoreciendo la integración en la vida cotidiana. Así, la micropigmentación contribuye a la recuperación física y emocional, promoviendo el bienestar general y la calidad de vida de la paciente.

6. BIBLIOGRAFÍA

1. Siegel RL, Miller KD, Fuchs HE, Jemal A. Cancer statistics, 2024. *CA Cancer J Clin.* 2024;74(1):7-33.
2. World Health Organization. Breast cancer. Geneva: World Health Organization; 2021.
3. Saphner T, Tormey DC, Gray R. Annual hazard rates of recurrence for breast cancer after primary therapy. *J Natl Cancer Inst.* 1996;88(1):21-7.
4. González-Santos M, González-Bernal JJ, Mielgo-Ayuso J, et al. Impacto psicosocial del cáncer de mama en la etapa de larga supervivencia. *Rev Lat Am Enfermagem.* 2020;28:e3326.
5. González-Santamaría J, González-Bernal JJ, Mielgo-Ayuso J, et al. Impacto psicológico del cáncer de mama y la mastectomía. *Gac Mex Oncol.* 2014;13(2):79-87.
6. González-Santamaría J, González-Bernal JJ, Mielgo-Ayuso J, et al. El rol esencial de la Psicooncología en el abordaje del cáncer de mama. *Infocop Online.* 2024.
7. MD Anderson Cancer Center. Avances en reconstrucción mamaria. 2017.
8. MD Anderson Cancer Center. Opciones de reconstrucción mamaria. 2022.
9. Revista Médica Clínica Las Condes. Actualización en reconstrucción mamaria. 2010;21(5):706-713.
10. Padullés A, González S, García S, et al. Grado de satisfacción de las mujeres tratadas con dermopigmentación y reconstrucción del complejo areola-pezón tras una reconstrucción mamaria. *Enferm Clin.* 2024;34(2):75-82.
11. González-López E, Marzo-Martínez A, Saceda-Legaz O, et al. Micropigmentación de areola y pezón dentro de la atención integral de la mujer mastectomizada. *Enferm Dermatol.* 2021;15(44):e01-e06.

1. INTRODUCCIÓN El cáncer de mama es el tumor más frecuente en mujeres en España, con 36.395 nuevos casos en 2024 y una incidencia de 132 casos por cada 100.000 habitantes. La detección precoz y los avances en terapia han mejorado significativamente la supervivencia.

El tratamiento requiere un enfoque multidisciplinar que combina cirugía, radioterapia y tratamientos sistémicos, dependiendo del estadio y las características moleculares del tumor. La cirugía es clave para el control locorregional de la enfermedad, con opciones como la cirugía conservadora, que preserva la mama. En estos casos, puede recurrirse a la cirugía oncoplástica, que permite la resección oncológica con márgenes adecuados, aplicando técnicas de reconstrucción mamaria para optimizar el resultado estético y minimizar secuelas físicas y psicosociales.

Por otro lado, la mastectomía está indicada en casos de mala relación tamaño tumor/mama, tumores multicéntricos, pacientes con mutaciones en BRCA o por elección personal.

Durante el proceso de diagnóstico y tratamiento, es fundamental que la paciente reciba información clara y detallada, con una comunicación médico-paciente efectiva. Esto facilita la comprensión de los riesgos y beneficios, promueve su participación en la toma de decisiones y mejora la adherencia al tratamiento, asegurando un abordaje personalizado alineado con sus valores.

2. OBJETIVOS (General y Específicos) Desarrollar una galería de imágenes como recurso visual para pacientes candidatas a cirugía mamaria oncológica, con el objetivo de facilitar la comprensión de la técnica quirúrgica y proporcionar una información más clara, detallada y basada en la evidencia, optimizando así el proceso de toma de decisiones informadas.

3. METODOLOGÍA Se elabora una galería de imágenes en formato digital que recoge las distintas técnicas quirúrgicas empleadas en el Hospital Universitario Miguel Servet (HUMS) para el tratamiento del cáncer de mama. La presentación incluye fotografías preoperatorias y postoperatorias de pacientes intervenidas en nuestro centro, con el objetivo de ilustrar los resultados obtenidos. Se documentan tanto procedimientos conservadores como radicales, así como las distintas etapas de la reconstrucción mamaria. Además, la exposición incorpora ilustraciones y descripciones detalladas de cada técnica quirúrgica, proporcionando un recurso visual de apoyo para la información y educación de las pacientes.

4. RESULTADOS Se está implementando la galería de imágenes en formato tablet en las consultas prequirúrgicas de cáncer de mama, con el objetivo de mejorar la comprensión de las pacientes sobre las distintas técnicas quirúrgicas y reducir la incertidumbre previa a la intervención. Se espera que el material visual facilite la asimilación de la información quirúrgica y complemente la explicación del cirujano, contribuyendo así a una toma de decisiones más informada.

El equipo médico ha valorado positivamente esta herramienta como un recurso de apoyo en la comunicación médico-paciente, destacando su utilidad para estructurar la consulta y fomentar un diálogo más claro y didáctico. Ante la posibilidad de optimizar su impacto, se plantea la ampliación del material mediante la incorporación de vídeos explicativos para trabajar con un mayor contenido.

5. CONCLUSIONES Tras el diagnóstico de cáncer de mama, muchas pacientes enfrentan dificultades para aceptar la necesidad de cirugía, lo que genera ansiedad. Contar con una galería de imágenes que muestre las diferentes técnicas quirúrgicas, tanto conservadoras como radicales, facilita la comprensión del procedimiento y sus resultados. Este recurso visual ayuda a las pacientes a familiarizarse con sus opciones terapéuticas, favoreciendo una toma de decisiones informada y consensuada con el equipo médico. Además, contribuye a reducir temores, resolver dudas y mejorar la preparación emocional y la adherencia al tratamiento.

6. BIBLIOGRAFÍA

1. Sociedad Española de Oncología Médica (SEOM). Las cifras del cáncer en España 2024. Madrid: SEOM; 2024.
2. Asociación Española Contra el Cáncer (AECC). Cáncer de mama. Madrid: AECC; 2023.
3. Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad. La situación del cáncer en España. Madrid: Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad; 2005.
4. Lopez E, Ruiz-Borrego M, Garcia-Sáenz JA, et al. Breast cancer surgery: current strategies and future directions. *Ecantermedicalscience*. 2020;14:ed92. doi:10.3332/ecancer.2020.ed92.
5. Aebi S, Davidson T, Gralow J, et al. Breast cancer: ESMO Clinical Practice Guidelines for diagnosis, treatment, and follow-up. *Ann Oncol*. 2015;26(suppl 5):v8-v30. doi:10.1093/annonc/mdv296.
6. Clough KB, van la Roche J, Nos C, et al. Oncoplastic surgery of the breast: current concepts and techniques. *Ann Surg Oncol*. 2019;26(5):1435-1443. doi:10.1245/s10434-019-07189-0.
7. Spear SL, Sbitany H, Glicksman C. Oncoplastic surgery for breast cancer: a comprehensive review. *Plast Reconstr Surg*. 2020;146(5):969-977. doi:10.1097/PRS.0000000000007281.
8. Moyer A, Salovey P. Psychological impact of mastectomy: implications for breast cancer rehabilitation. *J Natl Cancer Inst Monogr*. 2001;30:144-149. doi:10.1093/jncimonographs/30.1.144.



9. Janz NK, Wren PA, Copeland LA, et al. Quality of life and psychosocial functioning of women with breast cancer: a comparison of survivors of mastectomy versus breast-conserving surgery. *J Clin Oncol*. 2004;22(12):3032-3039. doi:10.1200/JCO.2004.11.058.
10. Fobair P, Stewart SL, Chang S, et al. Psychological effects of breast cancer surgery: comparing mastectomy and breast-conserving surgery. *Psychooncology*. 2006;15(11):1014-1022. doi:10.1002/pon.1032.
11. Høyer M, Møller S, Andersen M, et al. Psychological effects of breast-conserving surgery in women with early breast cancer. *Eur J Cancer*. 2007;43(13):1994-2000. doi:10.1016/j.ejca.2007.06.008.
12. Harten N, Gorman D, McElwee C, et al. Communication skills and the breast cancer patient: a review of the literature. *Eur J Cancer Care (Engl)*. 2018;27(4):e12913. doi:10.1111/ecc.12913.
13. Epstein RM, Street RL. Patient-centered communication in cancer care: promoting healing and reducing suffering. In: Greenwald HP, ed. *The Handbook of Cancer Communication*. New York: Routledge; 2020:51-66.
14. Lambert SD, Kennedy A, Levesque JV, et al. Impact of physician communication on breast cancer patients' understanding of their diagnosis and treatment options. *Psychooncology*. 2014;23(6):695-701. doi:10.1002/pon.3522

71

PERCEPCIONES DE LAS NECESIDADES EMOCIONALES Y ÁREAS DE INTERVENCIÓN PSICOLÓGICA EN PERSONAS CON ENFERMEDAD CRÓNICA COMPLEJA Y SUS CUIDADORES FAMILIARES: ANÁLISIS CUALITATIVO

Rosa Romero Moreno; Jorge Leocadio Baño; María del Sequeros Pedroso-Chaparro;
Yolanda Casillas Viera; Pablo del Valle Loarte; Carlos Vara-García

rosa.romero@urjc.es

1. INTRODUCCIÓN Las personas con Enfermedad Pulmonar Obstructiva Crónica (EPOC) y/o Insuficiencia Cardíaca Crónica (ICC) y sus cuidadores familiares, experimentan altos niveles de malestar emocional (e.g., comorbilidad ansioso-depresiva). Sin embargo, las necesidades psicológicas de estas poblaciones han sido escasamente estudiadas en la literatura científica. Por este motivo, se requiere de una mayor atención a la identificación de estas necesidades con el fin de desarrollar estrategias de intervención psicológica efectivas. Por tanto, este estudio se centra en identificar las percepciones de las necesidades emocionales y principales retos de estas personas y sus cuidadores familiares en una muestra de profesionales sanitarios con experiencia en el trabajo con estas poblaciones, con el fin de identificar procesos psicológicos clave para el diseño de intervenciones psicológicas.

2. OBJETIVOS (General y Específicos) El objetivo general de este estudio cualitativo es identificar las percepciones de los profesionales sanitarios acerca de las necesidades emocionales y retos de las personas con EPOC y/o ICC y sus cuidadores familiares, así como las áreas de intervención psicológica más relevantes para trabajar en estas poblaciones. Los objetivos específicos son:

1. Identificar los principales desafíos emocionales a los que se enfrentan las personas con EPOC y/o ICC y sus cuidadores.
2. Identificar las áreas clave de intervención psicológica para las personas con EPOC y/o ICC y sus cuidadores.

3. METODOLOGÍA Se llevó a cabo un estudio cualitativo a través de un grupo de discusión con 8 profesionales sanitarios (edad media = 37.37 años, 62.5% mujeres) especializados en medicina interna y cuidados paliativos (Hospital Universitario Severo Ochoa). Los participantes manifestaron sus percepciones sobre las necesidades emocionales y los principales retos a los que se enfrentan las personas con EPOC y/o ICC y sus cuidadores familiares, así como las áreas de intervención psicológica más relevantes en estas poblaciones. Las respuestas se analizaron cualitativamente para identificar temas recurrentes y áreas de intervención psicológica prioritarias.

4. RESULTADOS Los resultados sugieren que los principales retos y necesidades emocionales en personas con EPOC y/o ICC fueron: el aislamiento social, la soledad, la percepción de carga hacia sus familiares, la culpa por la percepción de responsabilidad en la etiología del problema, y el malestar emocional derivado de las limitaciones en las actividades de la vida diaria. Las principales áreas de intervención para trabajar con estas personas fueron: la dificultad en asumir la condición crónica, pérdida de autonomía, pronóstico de la enfermedad, la evitación u ocultación de síntomas a los familiares y profesionales, la evitación de actividades que puedan disparar o exacerbar los síntomas (e.g., la fatiga), y el compromiso con actividades que aporten propósito vital (e.g., contacto con nietos). Los resultados sugieren que las necesidades detectadas en los cuidadores fueron: pérdida de identidad (e.g., pérdida

93



de trabajo y/o aislamiento social), sensación de soledad, sobrecarga y malestar emocional por el cuidado del familiar y afrontamiento de estresores del cuidado (e.g., dependencia). Entre las principales áreas a trabajar con los cuidadores, los profesionales detectan la necesidad de fomentar el autocuidado, el apoyo social, la comprensión y aceptación del proceso de la enfermedad de su familiar y el trabajo en habilidades de comunicación.

5. CONCLUSIONES Los resultados del análisis cualitativo sugieren que la aceptación de determinados aspectos del proceso de la enfermedad, las habilidades y relaciones sociales, y el compromiso con actividades con propósito vital podrían ser variables clave de intervención psicológica en ambas poblaciones. Diseñar intervenciones psicológicas basadas en procesos, fomentando la aceptación y la activación conductual basada en valores personales, pueden ser estrategias efectivas para reducir el malestar emocional en personas con EPOC y/o ICC y sus cuidadores familiares.

6. BIBLIOGRAFÍA

- Bordoni, B., Marelli, F., Morabito, B., & Sacconi, B. (2018). Depression and anxiety in patients with chronic heart failure. *Future cardiology*, 14(2), 115–119. <https://doi.org/10.2217/fca-2017-0073>
- Kishita, N., Morimoto, H., Márquez-González, M., Barrera-Caballero, S., Vara-García, C., Van Hout, E., Contreras, M., & Losada-Baltar, A. (2023). Family Carers of People with Dementia in Japan, Spain, and the UK: A Cross-Cultural Comparison of the Relationships between Experiential Avoidance, Cognitive Fusion, and Carer Depression. *Journal of geriatric psychiatry and neurology*, 36(3), 254–264. <https://doi.org/10.1177/08919887221130269>
- Konstantinou P, Ioannou M, Melanthiou D, Georgiou K, Almas I, Gloster AT, Kassianos AP, & Karekla M (2023). The impact of acceptance and commitment therapy (ACT) on quality of life and symptom improvement among chronic health conditions: A systematic review and meta-analysis. *Journal of Contextual Behavioral Science* 29, 240–253. <https://doi.org/10.1016/j.jcbs.2023.08.004>
- Ladwig, K. H., Baghai, T. C., Doyle, F., Hamer, M., Herrmann-Lingen, C., Kunschitz, E., Lemogne, C., Beresnevaite, M., Compare, A., von Känel, R., Sager, H. B., y Kop, W. J. (2022). Mental health-related risk factors and interventions in patients with heart failure: a position paper endorsed by the European Association of Preventive Cardiology (EAPC). *European journal of preventive cardiology*, 29(7), 1124–1141. <https://doi.org/10.1093/eurjpc/zwac006>

76

EDUCACIÓN GRUPAL EN PERSONAS PORTADORAS DE OSTOMÍA: EL PODER DE COMPARTIR.

María Carmen Diarte Abenia; Laura Cobo Navas; Elisa Giménez Gil; Carmen Castaño Prieto

mcdiarte@salud.aragon.es

1. INTRODUCCIÓN Las personas ostomizadas sufren una serie de cambios que afectan a todas sus esferas: física (cambio de funcionalidad, pérdida de control de esfínteres, nueva imagen corporal), psico-emocional (miedo, inseguridad) y social. Se enfrentan a ello a la vez que afrontan el diagnóstico de enfermedad, más o menos grave, con un pronóstico que, a veces, genera incertidumbre.

Para acompañar a estas personas en su proceso de adaptación, es necesario desarrollar un plan de cuidados adecuado, con un soporte profesional especializado, y un seguimiento continuo, que comienza desde el momento del diagnóstico, durante la estancia hospitalaria, y continua tras el alta del paciente.

Es fundamental la disponibilidad del profesional para resolver dudas, aclarar creencias erróneas, consultar incidencias..., una correcta educación sanitaria. También es de gran ayuda el contacto con otras personas portadoras de ostomía que han tenido una vivencia parecida.

Esto nos lleva a proponer complementar la formación individual a nuestros pacientes con una educación grupal, mediante la implementación de un programa dirigido a personas portadoras de ostomía, y familiares, que incluye la figura de “paciente experto”.

El grupo fomenta las conductas saludables, ofrece recursos de afrontamiento, y la oportunidad de interactuar con otras personas en una situación similar.

2. OBJETIVOS (General y Específicos) Se trata de que el paciente establezca relación con el grupo de iguales, intercambie de vivencias, conocimientos y experiencias sobre el manejo de su enfermedad.

General:

Mejorar la formación y la calidad de vida relacionada con la salud, de las personas portadoras de ostomía, aumentando su control, y reduciendo la aparición de



complicaciones, mediante la implementación de un programa de educación sanitaria grupal.

Específicos:

- Reducir el sentimiento de soledad y singularidad.
- Facilitar habilidades sociales.
- Aprender conductas eficaces.
- Fomentar la confianza y la expresión emocional.
- Mejorar el control, y reducir la aparición de complicaciones.

3. METODOLOGÍA Sesiones de educación para la salud grupal dirigidas a personas ostomizadas y familiares.

Sesiones:

- Duración: 120 minutos.
- Periodicidad: mensual.
- Participantes: 15-20

Recursos:

- Enfermera estomaterapeuta y/o experta en la atención a la persona ostomizada
- Especialista en los temas propuestos (psiquiatra y enfermera de salud mental, fisioterapeuta, nutricionista...)
- Paciente/s experto/s
- Aula accesible.
- Soporte audiovisual
- Material de ostomías.

Contenido:

Se estructura en varias sesiones:

Primer impacto: adaptación y cuidados básicos.

Monográficos: salud emocional, nutrición, ejercicio, prevención de complicaciones, accesorios, viajes, sexualidad... (a demanda de los participantes).

4. RESULTADOS El proyecto ha vivido dos fases:

Período 2017-2020.

Período 2023-2025 (donde se ha aplicado alguna modificación, tras evaluar y detectar áreas de mejora en el proyecto inicial)

- Estructura y proceso, la evaluación fue buena.
- Encuesta de valoración de los participantes: Evaluación de los aspectos organizativos, contenido y evaluación global de la actividad (grado de satisfacción). En los tres aspectos se obtuvieron resultados satisfactorios, destacando contenido y utilidad percibida del mismo
- Valoración de repercusión en calidad de vida: Estoma-Qool. Se obtuvieron mejoras en la puntuación de los participantes.

• En cuanto a los indicadores de resultados directamente relacionados con el impacto en las complicaciones, encontramos dificultad para cuantificarlos, sobre todo los ingresos y visitas a urgencias de los pacientes, puesto que no hay un criterio unificado de codificación, siendo esto una de las áreas de mejora que planteamos para el futuro.

5. CONCLUSIONES La educación sanitaria grupal es otra fórmula de apoyo al autocuidado, empodera a los pacientes, convirtiéndolos en pacientes activos/expertos, favorece la sociabilización, y les dota de herramientas para ser conscientes y responsables de sus propias elecciones en materia de salud.

Además, conseguimos cambiar la percepción del hospital de entorno hostil a humanizado, encontrando un espacio amigable, relajado, donde pueden expresar con libertad y confianza pensamientos, sentimientos y emociones.

Se necesitan más estudios y proyectos que desarrollen intervenciones educativas que conduzcan a una mejor atención al paciente, y unos mejores resultados en calidad de vida.

6. BIBLIOGRAFÍA

- (1) Sociedad Española de Estomaterapia. Coloplast. Avalado por Consejo General de Enfermería. Estudio IMPACTO sobre los cuidados expertos de enfermería en la calidad de vida del paciente ostomizado. 2010
- (2) Riquelme Pérez M. Metodología de educación para la salud. Rev Pediatr Aten Primaria vol.14 supl.22 Madrid jun. 2012. Versión impresa ISSN 1139-7632. <http://dx.doi.org/10.4321/S1139-76322012000200011>
- (3) Paulí Cabezas Ángels. La conducción de grupos en educación para la salud. Matronas Prof. 2005; 6(1): 23-29
- (4) Karabulut HK, Dinç L, Karadag A. Efectos de las interacciones grupales planificadas en la adaptación social de individuos con estoma intestinal: un estudio cuantitativo. J Clin Nurs. 2014; 23 (19-20): 2800-13
- (5) Phatak UR, Li LT, Karanjawala B, Chang G. Revisión sistemática de las intervenciones educativas para los estomas. Diseases of the Colon & Rectum Artículo · Revisión de literatura en enfermedades del colon y recto 57 (4): 529-537. DOI: 10.1097 / DCR.0000000000000044
- (6) Association des infirmières et infirmiers autorisés de l'Ontario. RNAO. Guía de Buenas Prácticas Clínicas. Apoyo a Adultos que esperan o viven con una ostomía.
- (7) HUCI / GESTO. Manual de buenas prácticas de Humanización de las Consultas de Ostomía.

VÁLVULAS FONATORIAS: DEVOLVIENDO LA VOZ QUE LA TRAQUEOSTOMÍA HABÍA APAGADO

Roberto Campello Saa; Esther Gimenez Moolhuyzen; Nerea Mouriño Castro; Isabel A. Vázquez Castelos; Patricia Naveira Iglesias; Alejandra Lidia Pérez Calvo

rober.campello@gmail.com

1. INTRODUCCIÓN La traqueostomía facilita el destete de la ventilación mecánica y previene complicaciones asociadas a la intubación orotraqueal prolongada; sin embargo, su realización conlleva repercusiones funcionales y emocionales, siendo la pérdida de la capacidad de hablar una de las más significativas. La evidencia científica respalda el uso de las válvulas fonatorias debido a sus efectos positivos, que incluyen la restauración de la comunicación oral mediante mecanismos fisiológicos normales, la mejora del estado emocional y psicológico al promover la propiocepción y el bienestar del paciente, y la optimización de la deglución con una reducción del riesgo de broncoaspiración.

En la Unidad de Cuidados Críticos Quirúrgicos - Reanimación del Hospital Universitario de A Coruña, la reciente incorporación de válvulas fonatorias, especialmente en pacientes postransplantados de pulmón, ha mostrado resultados positivos en su proceso de recuperación. El inicio de su uso es determinado de forma consensuada por el equipo multidisciplinar, siendo la fisioterapeuta la principal responsable de la valoración del paciente. Este dispositivo ha demostrado ser eficaz no solo a nivel fisiológico, sino también psicológico, al favorecer la restauración de la comunicación oral.

2. OBJETIVOS (General y Específicos) El objetivo principal fue evaluar el impacto y la experiencia del uso de la válvula fonatoria en los pacientes adultos ingresados en la Unidad de Cuidados Críticos Quirúrgicos - Reanimación tras un trasplante pulmonar, incluyendo su satisfacción, los desafíos percibidos y el impacto en la propiocepción, autoestima y recuperación.

3. METODOLOGÍA Se trata de un estudio cualitativo individualizado realizado en pacientes postransplantados de pulmón que utilizaron la válvula fonatoria durante su estancia en la Unidad de Cuidados Críticos Quirúrgicos.

Se realizó una entrevista estructurada a todos los participantes, que incluía preguntas abiertas como: ¿Qué significó para ti volver a escuchar tu voz y poder comunicarte de nuevo?; ¿Cómo crees que intervino en tu recuperación la colocación de la válvula fonatoria?; ¿Recomendarías su uso en todos los pacientes que, como tú, han tenido o tienen una traqueostomía? ¿Cómo afectó el uso de la válvula fonatoria a la comunicación con tu familia?

4. RESULTADOS A través de las entrevistas realizadas, los 3 pacientes han manifestado experiencias altamente positivas, destacando mejoras en su estado emocional, en la facilidad para interactuar con el personal sanitario y la familia y en su percepción general del proceso de recuperación. En todos los casos hacen especial énfasis en el ámbito de la comunicación, ya que la válvula facilita el acto comunicativo con el personal sanitario, debido a que con la traqueostomía existe dificultad para la comprensión. Además, refieren que se sienten más integrados en su proceso de salud. Además, los pacientes recomiendan el uso de las válvulas fonatorias, ya que consideran que su incorporación ha sido un factor clave en el cambio y avance de su recuperación, contribuyendo significativamente a la mejora de su bienestar global.

5. CONCLUSIONES El uso de válvulas fonatorias es una estrategia reciente en nuestra unidad, y aunque se requiere una recopilación de datos más amplia, los resultados iniciales indican que mejora significativamente la experiencia del paciente. Facilita una recuperación más rápida, reduce el malestar emocional y fortalece la autoestima. Su implementación favorece una respiración más fisiológica y restaura la capacidad de comunicación oral, lo que disminuye notablemente la frustración derivada de la imposibilidad de hablar.

6. BIBLIOGRAFÍA

- Cameron, T. S., McKinstry, A., Burt, S. K., Howard, M. E., Bellomo, R., Brown, D. J., Ross, J. M., 10 Sweeney, J. M., & O'Donoghue, F. J. (2009). Outcomes of patients with spinal cord injury before and after introduction of an interdisciplinary tracheostomy team. *Critical Care and Resuscitation: Journal of the Australasian Academy of Critical Care Medicine*, 11(1), 14-19. <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/19281439>
- Gross, R. D., Mahlmann, J., & Grayhack, J. P. (2003). Physiologic effects of open and closed tracheostomy tubes on the pharyngeal swallow. *Ann Otol Rhinol Laryngol*, 112,



143-152.

- Gross, R. D., Steinhauer, K. M., Zajac, D. J., & Weissler, M. C. (2006). Direct Measurement of Subglottic Air Pressure While Swallowing. *The Laryngoscope*, 116(May), 753-761. <https://doi.org/10.1097/01.mlg.0000205168.39446.12>
- Hess, D. R., & Altobelli, N. P. (2014). Tracheostomy Tubes. *Respiratory Care*, 59(6), 956-973. <https://doi.org/10.4187/respcare.02920>
- Suiter, D. M., McCullough, G. H., & Powell, P. W. (2003). Effects of Cuff Deflation and One-Way Tracheostomy Speaking Valve Placement on Swallow Physiology. *Dysphagia*, 18(4), 284-292. <https://doi.org/10.1007/s00455-003-0022-x>
- Sutt, A.-L., Anstey, C. M., Caruana, L. R., Cornwell, P. L., & Fraser, J. F. (2017). Ventilation distribution and lung recruitment with speaking valve use in tracheostomised patient weaning from mechanical ventilation in intensive care. *Journal of Critical Care*, 40, 164-170. <https://doi.org/10.1016/j.jcrc.2017.04.001>
- Whitmore, K. A., Townsend, S. C., & Laupland, K. B. (2020). Management of tracheostomies in the intensive care unit: a scoping review. *BMJ Open Respiratory Research*, 7(1).



Colaboradores:





IV CONGRESO INTERNACIONAL DE
HUMANIZACIÓN
DE LA ASISTENCIA SANITARIA
La voz de las personas



Del 2 al 4 de Abril de 2025

Sede del evento:

Facultad de Medicina · Zaragoza
Calle Domingo Miral, s/n · 50009 Zaragoza

Info e inscripciones:

info@hsanidad.org · www.hsanidad.org

#4CIHAS

