



Fundación
Humanizando
la Sanidad

V Congreso Internacional de
Humanización de la Asistencia Sanitaria
ConCiencia de Humanización

Libro de comunicaciones

#5CIHAS

Sevilla, España

Organizado por:



Fundación
Humanizando
la Sanidad

HUCI Humanizando
los Cuidados
Intensivos



#5CIHAS

V Congreso internacional

Humanización

de la
asistencia

Sanitaria

ConCiencia de Humanización

Sevilla 2026



Fundación
Humanizando
la Sanidad

Del 6 al 8 de mayo de 2026

**Hospital Universitario
Virgen del Rocío**

Avda. Manuel Siurot, s/n,
41013, Sevilla



Info e inscripciones:
info@hsanidad.org · www.hsanidad.org

#somos
HUV
Hospital Universitario
Virgen del Rocío

6-8 de mayo de 2026

El presente documento recoge las comunicaciones presentadas en el Quinto Congreso Internacional de Humanización de la Asistencia Sanitaria, celebrado en el Hospital Virgen del Rocío de Sevilla, entre los días 6 y 8 de mayo de 2026.

ISBN: 978-84-09-87205-3

Edita: Fundación Humanizando la Sanidad

Madrid, 8 de mayo de 2026



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.
2	Uso de películas para desarrollar habilidades transversales en estudiantes de ciencias de la salud: Un análisis cualitativo desde la perspectiva de los estudiantes.	6
7	Humanizar desde la diferencia: estrategias creativas del personal sanitario en la atención a población inmigrante	9
10	Conocimientos y actitudes de los profesionales sanitarios en relación con los cuidados paliativos y al final de la vida en una unidad de cuidados intensivos pediátricos: proyecto de investigación participativa.	11
11	Crecimiento postraumático vicario y humanización de la asistencia en contextos oncológicos y paliativos: un estudio cualitativo	13
12	Virtual Scape. Uso de la Realidad Virtual en el Área de Salud Mental Penitenciaria y de Justicia Juvenil	14
39	Detrás del cuidado: análisis cualitativo preliminar de necesidades psicológicas percibidas por cuidadores familiares de personas con enfermedad crónica compleja.	17
42	Pequeños pasos, grandes cambios: impacto clínico y emocional de los paseos terapéuticos en UCIP	19
60	Espiritualidad y cuidado espiritual en enfermería: análisis de percepciones y necesidades formativas	22
64	Proyecto: Hacia la Contención Cero en el Ámbito Sanitario. Cohorte prospectiva	23
97	Calidad del sueño en pacientes hospitalizados: comparación entre hospitales de un Área Sanitaria	25
100	Humanización del trasplante renal mediante una consulta multidisciplinar: impacto en la calidad de vida en pacientes de alta complejidad	27

* Premiada como Mejor Comunicación Oral

02

USO DE PELÍCULAS PARA DESARROLLAR HABILIDADES TRANSVERSALES EN ESTUDIANTES DE CIENCIAS DE LA SALUD: UN ANÁLISIS CUALITATIVO DESDE LA PERSPECTIVA DE LOS ESTUDIANTES.

Arturo Flores Riqueme; Nelly Donoso Rojas; Lina Rodríguez Guzmán; María Gabriela Cabrera Migueles; Daniel Navarro Gamboa

Universidad San Sebastián, Concepción, Chile.

arturoignaciofloresriquelme@gmail.com

1. INTRODUCCIÓN La educación ha mostrado profundas transformaciones, tanto en la concepción del proceso de enseñanza-aprendizaje hasta las estrategias pedagógicas empleadas, impulsando a una reflexión crítica de los distintos espacios formativos. El modelo tradicional, centrado en la transmisión de información por parte del docente, ha sido cuestionado en favor de un enfoque que privilegie la construcción activa del conocimiento y el desarrollo de habilidades transversales en contextos reales (Lizitza & Sheepshanks, 2020). Este desafío requiere tanto de una mayor formación docente como de estudiantes capaces de autorregular su aprendizaje y comprometerse con su desarrollo integral.

El desarrollo de habilidades transversales —como la empatía, la reflexión ética, el pensamiento crítico y el trabajo colaborativo— es un desafío clave en la formación de profesionales de la salud.

En este contexto, el cine ha emergido como una herramienta pedagógica innovadora que permite abordar la dimensión humana del cuidado mediante experiencias narrativas que movilizan lo cognitivo y lo afectivo.

La evidencia latinoamericana sigue siendo limitada, especialmente en áreas como la fonoaudiología (logopedia), donde el trabajo clínico exige una comprensión profunda de las dimensiones humanas del lenguaje, el deterioro cognitivo y el cuidado familiar. En este escenario, los métodos tradicionales pueden resultar insuficientes para fomentar habilidades transversales.

2. OBJETIVOS (General y Específicos) **Objetivo General:** Explorar cómo una intervención pedagógica basada en el uso activo de películas puede contribuir al desarrollo de competencias clínicas y habilidades transversales en estudiantes de Fonoaudiología.

Objetivos específicos:

1. Analizar cómo los estudiantes de Fonoaudiología construyen discursivamente su identidad profesional a partir de una experiencia pedagógica mediada por el cine.
2. Examinar el papel del cine como dispositivo formativo y mediador simbólico en la articulación de saberes disciplinares, valores éticos y experiencias emocionales expresadas en el discurso de los estudiantes.

3. METODOLOGÍA Se utilizó un diseño cualitativo, de tipo interpretativo e inductivo, orientado a comprender el significado de las experiencias de los estudiantes en su contexto (Vasilachis de Gialdino, 2009; Quecedo & Castaño, 2002).

El diseño se centró en la teoría fundamentada constructivista (Charmaz, 2006), la cual se ha utilizado ampliamente en salud y educación médica para generar teorías a partir de datos.

El análisis permitió identificar cuatro categorías emergentes: quehacer profesional, dilemas éticos, impacto emocional y trabajo interprofesional.

El presente estudio fue aprobado por el Comité Ético Científico del Hospital San Juan de Dios de Chile, bajo el protocolo N° 382/2025.

4. RESULTADOS Emergieron cuatro categorías temáticas principales, cada una asociada a un dominio de aprendizaje facilitado por la experiencia cinematográfica:

1. Quehacer profesional: Esta categoría recoge los aprendizajes relacionados con las funciones, responsabilidades y alcance de la fonoaudiología (logopedia) en contextos clínicos. La visualización de las películas permitió a los estudiantes ponerse en el lugar de profesionales en ejercicio y de los propios pacientes, conectando los contenidos teóricos con la complejidad del mundo clínico real.

2. Dilemas éticos: Esta categoría agrupa las reflexiones sobre conflictos éticos presentes en los filmes y su vinculación con el rol del profesional de la salud. Los estudiantes identificaron situaciones de alta carga moral donde se tensionaban valores como la autonomía, el bienestar, la participación familiar y las directrices clínicas.

3. Impacto emocional: Esta categoría reúne los aprendizajes afectivos derivados de la experiencia cinematográfica. Las películas facilitaron una inmersión emocional en la vivencia del paciente y su entorno, favoreciendo el desarrollo de la empatía clínica

4. Trabajo interprofesional: La última categoría aborda la comprensión de los estudiantes respecto del trabajo colaborativo con otros profesionales de la salud y la inclusión de la familia como parte activa del proceso de atención.

5. CONCLUSIONES Los resultados muestran que la mediación cinematográfica favorece aprendizajes significativos, facilita el posicionamiento ético del estudiantado y fortalece la comprensión integral del rol profesional en contextos reales de atención. Asimismo, los estudiantes valoraron la oportunidad de conectar con los personajes desde una mirada empática y de reflexionar críticamente sobre su futura práctica clínica.

Este trabajo aporta evidencia empírica sobre el potencial del cine como tecnología educativa en carreras de salud no médicas, y propone líneas de acción para su incorporación sistemática en el currículo, especialmente en asignaturas clínicas y humanísticas.

6. BIBLIOGRAFÍA

1. Lizitza N, Sheepshanks V. Educación por competencias: cambio de paradigma del modelo de enseñanza-aprendizaje. RAES. 2020;20:89-107.
2. Nieto Ratero Á, Cabezas Alarcón J. El uso del cine en la educación: Una revisión sistemática desde una perspectiva didáctica. European Public & Social Innovation Review. 2024;9:1-20. doi: 10.31637/epsir-2024-851.
3. Cambra-Badii I, González-Caminal G, Gomar-Sancho C, Piqué-Buisan J, Guardiola E, Baños JE. The Value of Cinemeducation in Health Sciences Education. 2023. p. 29-40.
4. McCann E, Huntley-Moore S. Madness in the movies: An evaluation of the use of cinema to explore mental health issues in nurse education. Nurse Educ Pract. 2016;21:37-43. doi: 10.1016/j.nepr.2016.09.009.
5. Juliana Jiménez Silgado A, Hernández Rincón EH, Romero Tapia Á, Jaimes Peñuela CL. Limitaciones y beneficios de la educación médica a través del cine: una revisión sistemática exploratoria. Revista de Medicina y Cine. 2024;20:339-352. doi: 10.14201/rmc.31858.



6. Levett-Jones T, Brogan E, Debono D, Goodhew M, Govind N, Pich J, River J, Smith J, Sheppard-Law S, Cant R. Use and effectiveness of the arts for enhancing healthcare students' empathy skills: A mixed methods systematic review. *Nurse Educ Today*. 2024;138:106185. doi: 10.1016/j.nedt.2024.106185.
7. Charon R. *Narrative Medicine*. Oxford University Press New York, NY; 2006.
8. Pérez J. El impacto de la Revista de Medicina y Cine en la Educación en Ciencias de la Salud. *Revista de Medicina y Cine*. 2023;19:275-577. doi: 10.14201/rmc.31630.
9. Law M, Kwong W, Friesen F, Veinot P, Ng SL. The current landscape of television and movies in medical education. *Perspect Med Educ*. 2015;4:218-224. doi: 10.1007/S40037-015-0205-9.
10. Piqué-Buisan J, Sorribes E, Cambra-Badii I. Exploring the impact of using cinema and TV series in medical education: a systematic review. *Medicina Clínica Práctica*. 2024;7:100421. doi: 10.1016/j.mcpsp.2023.100421.
11. Raga R, Morales J, Iglesias M. El cine como estrategia educativa en la adquisición de competencias en la formación de grado de enfermería [Tesis Doctoral]. Universidad de Málaga; 2016.
12. Gunawan J, Aunguroch Y, Watson J, Marzilli C. *Nursing Administration: Watson's Theory of Human Caring*. *Nurs Sci Q*. 2022;35:235-243. doi: 10.1177/08943184211070582.
13. Cambra-Badii I, Francés M de L, Videla S, Farré M, Montané E, Blázquez F, Baños J-E. Cinemeducation in clinical pharmacology: using cinema to help students learn about pharmacovigilance and adverse drug reactions. *Eur J Clin Pharmacol*. 2020;76:1653-1658. doi: 10.1007/s00228-020-02985-y.
14. Sinha LN, Solanki A, Choudhary Y, Dube S, Choudhary S, Gurjar A, Kumawat P, Awasthi A, Goyal P, Mullai SP, et al. "Cinemeducation" as a teaching-learning tool in Community Medicine for Phase II MBBS students. *J Family Med Prim Care*. 2024;13:5355-5361. doi: 10.4103/jfmpc.jfmpc_525_24.
15. Pereira Rates CM, Maciel Silva L, Moura Pereira L, Dias Reis Pessalacia J. The use of films as a teaching tool for the teaching-learning process in bioethics. *Invest Educ Enferm*. 2014;32:421-429. doi: 10.17533/udea.iee.v32n3a07.
16. Collado Vázquez S, De la LLave Rincón AI, Palacios Ceña D, Miangolarra Page JC. Metodologías activas de enseñanza-aprendizaje en la asignatura Fundamentos de Fisioterapia. Libro de Actas IN-RED 2016 - II Congreso Nacional de Innovación Educativa y de Docencia en Red. Valencia: Universitat Politècnica València; 2016.
17. Vasilachis de Gialdino I. *Ontological and Epistemological Foundations of Qualitative Research* Authors. Forum Qualitative Sozialforschung Forum: Qualitative Social Research [Internet]. 2009 [cited 2025 Jun 22];10.
18. Quecedo R, Castaño C. Introducción a la metodología de investigación cualitativa. *Revista de Psicodidáctica* [Internet]. 2002 [cited 2025 Jun 22];14:5-39.
19. Vasilachis de Gialdino I. *Métodos cualitativos. Los problemas teórico-epistemológicos*. Buenos Aires: Centro Editor de América Latina; 1992.
20. Charmaz K. *Constructing Grounded Theory: A Practical Guide Through Qualitative Analysis*. Sage; 2006.
21. de la Espriella R, Gómez Restrepo C. Teoría fundamentada. *Rev Colomb Psiquiatr*. 2020;49:127-133. doi: 10.1016/j.rcp.2018.08.002.
22. Rueb M, Siebeck M, Rehfuess EA, Pfaendner LM. Cinemeducation in medicine: a mixed methods study on students' motivations and benefits. *BMC Med Educ*. 2022;22:172. doi: 10.1186/s12909-022-03240-x.
23. Herrera A. Una mirada reflexiva sobre las TIC en Educación Superior. *REDIE* [Internet]. 2015 [cited 2025 Aug 3];17.
24. Sánchez-Torres WC, Uribe Acosta AF, Restrepo Restrepo JC. El cine: una alternativa de aprendizaje. *trilogía Ciencia Tecnología Sociedad*. 2019;11:39-62. doi: 10.22430/21457778.1212.
25. Prado-Molina DG, Rivas-Mina AM, Caicedo-Idrobo AM, Cáceres-Campo C, Ordóñez-Ramos GA, Gamboa-Quejada L, Nieto-Londoño J, Ossa-Tabares KS, Pinilla-Medina CC, Pacheco R. El cine durante la cuarentena: Una herramienta pedagógica de bioética en estudiantes de posgrado en salud. *Revista de Medicina y Cine*. 2023;19:29-37. doi: 10.14201/rmc.31198.
26. Mancera-Guzmán CL, Seguanes Díaz CC, Cuéllar-Arboleda J. Bioética y humanización del cuidado. *Apuntes de Bioética*. 2025;8:AdB1247. doi: 10.35383/apuntes.v8i1.1247.

07

HUMANIZAR DESDE LA DIFERENCIA: ESTRATEGIAS CREATIVAS DEL PERSONAL SANITARIO EN LA ATENCIÓN A POBLACIÓN INMIGRANTE

María Jesús Mármol Cubillo; Carme Llorens Concustell; Toni Quesada; Laia Garros;
Alfons Pérez

ABS Barri Antic Althaia Manresa

xusma18@gmail.com

1. INTRODUCCIÓN La humanización de la atención sanitaria implica situar a la persona en el centro del cuidado, respetando su dignidad, autonomía y particularidades culturales. Sin embargo, cuando profesionales sanitarios y pacientes no comparten lengua ni marcos culturales de referencia, emergen desafíos que pueden comprometer esta atención. La población inmigrante presenta con frecuencia barreras lingüísticas significativas y modelos explicativos de salud-enfermedad distintos al biomédico occidental, lo que dificulta la comunicación terapéutica y la construcción de una relación de confianza.

Desde perspectivas interculturales en salud, se ha demostrado que las diferencias entre los modelos explicativos de profesionales y pacientes pueden generar malentendidos clínicos y barreras asistenciales. La competencia cultural, entendida como la capacidad de proporcionar cuidados efectivos a personas de diferentes culturas, se ha identificado como elemento esencial para la humanización en contextos de diversidad. Sin embargo, la mayoría de estudios se centran en deficiencias y barreras, invisibilizando las estrategias creativas que los profesionales desarrollan cotidianamente para humanizar el cuidado pese a las limitaciones estructurales.

Este trabajo explora las estrategias adaptativas y creativas que el personal sanitario de Atención Primaria desarrolla para ofrecer una atención humanizada a pacientes inmigrantes, visibilizando el esfuerzo, la creatividad y el compromiso ético que subyacen a estas prácticas.

2. OBJETIVOS (General y Específicos) Objetivo principal: identificar y analizar las estrategias creativas que desarrolla el personal sanitario para humanizar la atención a pacientes inmigrantes en un contexto de barreras lingüísticas y diferencias culturales. Específicamente, se pretendió: (1) explorar las estrategias comunicativas utilizadas ante la barrera lingüística; (2) identificar mecanismos de adaptación cultural desarrollados por los profesionales; (3) analizar el significado que otorgan a estas estrategias en términos de humanización del cuidado; y (4) reflexionar sobre las implicaciones éticas de estas prácticas adaptativas.

3. METODOLOGÍA Se realizó un estudio cualitativo mediante grupos focales con personal sanitario de Atención Primaria de un centro que atiende población inmigrante. Los profesionales participantes tenían experiencia directa en la atención a este colectivo. Las sesiones fueron grabadas, transcritas literalmente y analizadas mediante análisis temático, identificando específicamente aquellas categorías relacionadas con estrategias adaptativas, esfuerzos de humanización y dilemas éticos. El análisis siguió un enfoque inductivo, permitiendo que emergieran las voces y experiencias vividas de los profesionales. El estudio contó con aprobación ética y consentimiento informado de todos los participantes.

4. RESULTADOS Los profesionales desplegaron amplio repertorio de estrategias comunicativas creativas: uso intensivo de comunicación no verbal, dibujos y esquemas, simplificación del lenguaje, uso de aplicaciones de traducción digital y

búsqueda de palabras clave compartidas. Estas estrategias, reflejan un compromiso profundo con la conexión humana más allá de las palabras.

El uso de traductores informales era práctica habitual pero éticamente compleja. Los profesionales expresaron preocupación sobre este sistema. Esta tensión refleja el dilema entre normas ideales y realidad asistencial.

Desarrollaron estrategias de adaptación cultural, mostrando flexibilidad y apertura investigando y adaptando explicaciones. Esta apertura epistémica representa un acto de humildad profesional y respeto hacia el otro.

El factor tiempo apareció como elemento crítico de humanización: los profesionales invertían tiempo extra para lograr mínima comprensión, mostrando paciencia extraordinaria ante la dificultad comunicativa. Este "tiempo regalado" constituye un acto de resistencia humanizadora ante la presión asistencial.

Emergió también sufrimiento moral: frustración por no poder comunicarse adecuadamente, angustia ante la sospecha de que el paciente no había comprendido indicaciones importantes, preocupación por riesgos clínicos derivados de malentendidos, e impotencia ante limitaciones estructurales del sistema, coexistiendo con momentos de satisfacción cuando lograban conectar, cuando percibían gratitud, o cuando conseguían adherencia terapéutica pese a las dificultades.

5. CONCLUSIONES Este trabajo visibiliza que la humanización en contextos interculturales no depende únicamente de competencias formales o recursos institucionales, sino también del compromiso ético, la creatividad y la capacidad de improvisación de los profesionales. Las estrategias identificadas son actos cotidianos de resistencia humanizadora ante un sistema que no proporciona herramientas adecuadas para la diversidad cultural.

Desde las humanidades en salud, este estudio contribuye a repensar la humanización no como ideal abstracto sino como práctica concreta y situada, construida creativamente en el encuentro intercultural cotidiano.

6. BIBLIOGRAFÍA

Ali, P.A., & Watson, R. (2018). Language barriers and their impact on provision of care to patients with limited English proficiency: Nurses' perspectives. *Journal of Clinical Nursing*, 27(5-6), e1152-e1160.

Carnevale, F.A., Macdonald, M.E., Bluebond-Langner, M., & McKeever, P. (2008). Using participant observation in pediatric health care settings: ethical challenges and solutions. *Journal of Child Health Care*, 12(1), 18-32.

Debesay, J., Harsløf, I., Rechel, B., & Vike, H. (2014). Dispensing care and stress: Immigrant nurses' experiences in Norwegian healthcare. *Social Science & Medicine*, 119, 45-52.

Dugdale, D.C., Epstein, R., & Pantilat, S.Z. (1999). Time and the patient-physician relationship. *Journal of General Internal Medicine*, 14(Suppl 1), S34-40.

Gottschalk, A., & Flocke, S.A. (2005). Time spent in face-to-face patient care and work outside the examination room. *Annals of Family Medicine*, 3(6), 488-493.

Irving, G., Neves, A.L., Dambha-Miller, H., Oishi, A., Tagashira, H., Verho, A., & Holden, J. (2017). International variations in primary care physician consultation time: a systematic review of 67 countries. *BMJ Open*, 7(10), e017902.

Jirwe, M., Gerrish, K., & Emami, A. (2010). Student nurses' experiences of communication in cross-cultural care encounters. *Scandinavian Journal of Caring Sciences*, 24(3), 436-444.

Norouzinia, R., Aghabarari, M., Shiri, M., Karimi, M., & Samami, E. (2016). Communication barriers perceived by nurses and patients. *Global Journal of Health Science*, 8(6), 65-74.

Suurmond, J., Uiters, E., de Bruijne, M.C., Stronks, K., & Essink-Bot, M.L. (2011). Negative health care experiences of immigrant patients: a qualitative study. *BMC Health Services Research*, 11, 10.

10

CONOCIMIENTOS Y ACTITUDES DE LOS PROFESIONALES SANITARIOS EN
RELACIÓN CON LOS CUIDADOS PALIATIVOS Y AL FINAL DE LA VIDA EN UNA
UNIDAD DE CUIDADOS INTENSIVOS PEDIÁTRICOS: PROYECTO DE
INVESTIGACIÓN PARTICIPATIVA.

(Premiada como Mejor Comunicación Oral)

Sara Alcón Nájera; María Teresa González Gil

Unidad de cuidados intensivos pediátricos. Hospital Universitario Gregorio Marañón.
Madrid.

saraalcon@hotmail.com

1. INTRODUCCIÓN El acompañamiento al niño y su familia con una enfermedad limitante para la vida es una realidad frecuente en las unidades de cuidados intensivos pediátricos (UCIP). El abordaje integral requiere de un nivel competencial alto para la toma de decisiones y la planificación de cuidados. La coexistencia de los cuidados intensivos y la atención paliativa y al final de vida en las UCIP, y la competencia de los equipos para su manejo debe de ser explorada para identificar puntos fuertes, potencialidades y áreas de mejora que garanticen unos cuidados de calidad para la buena muerte.

2. OBJETIVOS (General y Específicos) Explorar la percepción de los profesionales sanitarios sobre su experiencia de acompañar al niño y a su familia desde un enfoque paliativo y al final de vida en una unidad de cuidados intensivos pediátricos.

Objetivos específicos:

1. Identificar fortalezas y debilidades auto percibidas por el equipo para abordar los cuidados paliativos y al final de la vida en la UCIP.

2. Identificar oportunidades y amenazas auto percibidas por el equipo para abordar los cuidados paliativos y al final de la vida de los niños ingresados en la UCIP y sus familias.

3. Identificar áreas de mejora internas y externas.

3. METODOLOGÍA Estudio cualitativo de investigación-acción-participativa, en una UCIP de un hospital de alta complejidad. En esta comunicación se aborda el primer ciclo de reflexión (diagnóstico de la situación). La población de estudio fueron todos los profesionales de la unidad (profesionales enfermeros, médicos y técnicos cuidados auxiliares de enfermería). Se llevó a cabo un muestreo intencional por propósito. Se realizaron 3 grupos de discusión. Participaron 37 profesionales (55% enfermería, 21% TCAE y 24% intensivistas).

Se llevó a cabo un análisis temático siguiendo la propuesta de Braun y Clarke. Para garantizar la validez interna se utilizaron diferentes formas de triangulación y estrategias auditoría.

4. RESULTADOS La experiencia de trabajar con niños críticamente enfermos se describe como una experiencia reconfortante a nivel emocional e intelectual, a la par que dura y compleja.

Los profesionales contextualizan la muerte como un concepto tabú, y exponen la necesidad de normalizarla para reconceptualizar el proceso de morir. Consideran que la experiencia de acompañar en este proceso, depende individualmente de cada caso “no todas las muertes son iguales”. Respecto al enfoque de cuidados paliativos en la UCIP, consideran que es imprescindible, pero que “llega demasiado tarde”.

En sus discursos identifican puntos fuertes/potencialidades y debilidades como equipo, así como oportunidades y barreras organizacionales y estructurales que contribuyen a mejorar o dificultar el abordaje de cuidados paliativos y cuidados al final de la vida de los niños y las familias ingresados en las UCIP.

5. CONCLUSIONES La experiencia de cuidado de un niño críticamente enfermo y su familia es compleja pero reconfortante. Realizar un análisis crítico y reflexivo sobre la situación, a través de una matriz DAFO (Debilidades/Amenazas/Fortalezas/Oportunidades) establecida por los propios profesionales, permite desarrollar estrategias de mejora en el abordaje paliativo y de final de vida en la unidad, que garantizan un cuidado de excelencia en pro de la persona y la humanización.

6. BIBLIOGRAFÍA

- Agra Tuñas, 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) [Modes of dying of children in Intensive Care Units in Spain: MOMUCIP study]. *Anales de pediatría*, 91(4), 228-236. <https://doi.org/10.1016/j.anpedi.2019.01.016>

- Ascensio Huertas, L. (2015). Adaptación al español de la escala de actitudes ante cuidados paliativos: confiabilidad y análisis factorial. *Psicooncología: investigación y clínica biopsicosocial en oncología*, ISSN 1696-7240, 12(2-3), 367-381. DOI: 10.5209.

- Aslakson, R. A., Wyskiel, R., Thornton, I., Copley, C., Shaffer, D., Zyra, M., Nelson, J., & Pronovost, P. J. (2012). Nurse-perceived barriers to effective communication regarding prognosis and optimal end-of-life care for surgical ICU patients: a qualitative exploration. *Journal of palliative medicine*, 15(8), 910-915. <https://doi.org/10.1089/jpm.2011.0481>

- Balcazar, F. E., (2003). Investigación acción participativa (iap): Aspectos conceptuales y dificultades de implementación. *Fundamentos en Humanidades*, IV(7-8),59-77. [fecha de Consulta 15 de Enero de 2024]. ISSN: 1515-4467. Recuperado de: <https://www.redalyc.org/articulo.oa?id=18400804>

- Bloomer, M. J., Morphet, J., O'Connor, M., Lee, S., & Griffiths, D. (2013). Nursing care of the family before and after a death in the ICU--an exploratory pilot study. *Australian critical care : official journal of the Confederation of Australian Critical Care Nurses*, 26(1), 23-28. <https://doi.org/10.1016/j.aucc.2012.01.001>

- Braun, V., & Clarke, V. (2022). Toward good practice in thematic analysis: Avoiding common problems and be(com)ing a knowing researcher. *International journal of transgender health*, 24(1), 1-6. <https://doi.org/10.1080/26895269.2022.2129597>

- Carter B, 2004. Circumstances Surrounding the Deaths of Hospitalized Children: Opportunities for Pediatric Palliative Care. *Pediatrics*. 114:e361-e366.

- Comunidad de Madrid. Plan Integral de Cuidados Paliativos de la Comunidad de Madrid 2017-2020 [internet]. Comunidad de Madrid: Dirección General de Coordinación del a Asistencia Sanitaria Servicio Madrileño de Salud; Mayo 2019 [consultado 10 Sept 2020]. Disponible en: <http://www.madrid.org/bvirtual/BVCMO20297.pdf>

- Coyne I. T. (1997). Sampling in qualitative research. Purposeful and theoretical sampling; merging or clear boundaries?. *Journal of advanced nursing*, 26(3), 623-630. <https://doi.org/10.1046/j.1365-2648.1997.t01-25-00999.x>

- Figueredo Villa K. (2011). Paliative care: Evolution and development in Cuba. *Enfermería Global*. 21: 1-10.

Gómez Sancho M. (2006) Transmisión de los valores médicos en la Universidad. *Educación Médica*. 9(1): 44-48. <http://hdl.handle.net/10553/76881>



- González Gil T. (2008). Estrategias culturales para el afrontamiento de la muerte infantil en una Unidad de Cuidados Intensivos Pediátricos [Cultural strategies for coping with infant death in a Pediatric Intensive Care Unit]. *Enfermería intensiva*, 19(3), 113-122. [https://doi.org/10.1016/s1130-2399\(08\)72753-6](https://doi.org/10.1016/s1130-2399(08)72753-6).
- Institute of Medicine (US) Committee on Palliative and End-of-Life Care for Children and Their Families, Field, M. J., & Behrman, R. E. (Eds.). (2003). *When Children Die: Improving Palliative and End-of-Life Care for Children and Their Families*. National Academies Press (US). doi:10.17226/10390.
- Maguire M, Delahunt B. (2017) Doing a Thematic Analysis: A Practical, Step-by-Step Guide for Learning and Teaching Scholars. *AISHE-J*. 9(3): 3351-3359. <http://ojs.aishe.org/index.php/aishe-j/article/view/335>
- Velarde-García, J. F., Luengo-González, R., González-Hervías, R., González-Cervantes, S., Álvarez-Embarba, B., & Palacios-Ceña, D. (2017). Dificultades para ofrecer cuidados al final de la vida en las unidades de cuidados intensivos. La perspectiva de enfermería [End of life care difficulties in intensive care units. The nurses' perspective]. *Gaceta sanitaria*, 31(4), 299-304. <https://doi.org/10.1016/j.gaceta.2016.11.006>
- Waltz, T.J., Powell, B.J., Matthieu, M.M. et al. (2015). Innovative methods for using expert panels in identifying implementation strategies and obtaining recommendations for their use. *Implementation Sci* 10 (Suppl 1), A44 <https://doi.org/10.1186/1748-5908-10-S1-A44>
- Zaforteza Lallemand, C., García Mozo, A., Amorós Cerdá, S. M., Pérez Juan, E., Maqueda Palau, M., & Delgado Mesquida, J. (2012). Elementos facilitadores y limitadores del cambio en la atención a los familiares del paciente crítico [Limiting and facilitating factors of changes in the care of families of the critically ill patient]. *Enfermería intensiva*, 23(3), 121-131. <https://doi.org/10.1016/j.enfi.2011.12.006>

11

CRECIMIENTO POSTRAUMÁTICO VICARIO Y HUMANIZACIÓN DE LA ASISTENCIA EN CONTEXTOS ONCOLÓGICOS Y PALIATIVOS: UN ESTUDIO CUALITATIVO

David Faggi; Samuel Arias Sánchez; Parniyan Khalili; Chiara Fioretti

Universidad de Salerno, Salerno, Italia.

dfaggi@unisa.it

1. INTRODUCCIÓN Los profesionales sanitarios que trabajan en oncología y en cuidados paliativos están expuestos diariamente al sufrimiento, a la enfermedad potencialmente mortal y a la muerte. Esta exposición puede generar malestar emocional, pero también activar procesos de crecimiento postraumático vicario. En estos contextos, el contacto continuo con la finitud afecta no solo a la esfera personal del profesional, sino también a su forma de vivir la relación asistencial, comunicarse y mantenerse presente ante la vulnerabilidad de pacientes y familiares. En los entornos oncológicos y paliativos, la relación asistencial no es solo el espacio de la intervención clínica, sino también un lugar en el que se entrelazan dimensiones emocionales y de significado. Sin embargo, siguen siendo escasas las evidencias cualitativas sobre cómo los profesionales narran las transformaciones asociadas a esta experiencia.

2. OBJETIVOS (General y Específicos) Explorar cómo profesionales sanitarios que trabajan en contextos oncológicos y paliativos narran el crecimiento postraumático vicario asociado al contacto cotidiano con el sufrimiento, el final de la vida y la muerte. En particular, el estudio pretende identificar los principales temas de cambio personal, relacional y profesional, y discutir su relevancia para los procesos de humanización de la asistencia.

3. METODOLOGÍA Participaron 44 profesionales sanitarios que trabajan en contextos oncológicos y paliativos en Italia (77,3% mujeres; edad media: 49,34 años; experiencia profesional media: 12,11 años), pertenecientes a distintos perfiles profesionales y ámbitos asistenciales. Los participantes elaboraron narraciones escritas mediante un cuestionario semiestructurado anónimo en línea. Los datos se

13

analizaron mediante un análisis temático inductivo inspirado en Braun y Clarke. Dos investigadoras analizaron el conjunto de datos de forma independiente, y un tercer investigador revisó las discrepancias. La estructura temática final fue discutida y consensuada por el equipo de investigación.

4. RESULTADOS El análisis identificó tres macrotemas. El primero, “cambio personal”, hace referencia a una reorganización de la relación con la vida, el tiempo y la vulnerabilidad: los profesionales refieren una mayor valoración del presente, una redefinición de prioridades y un incremento de la fortaleza personal. El segundo, “el trabajo de cuidado como espacio de humanización”, muestra cómo la asistencia se vive no solo como una tarea técnica, sino también como una relación auténtica, de reciprocidad, profundidad comunicativa y construcción compartida de significado. El tercero, “obstáculos y facilitadores del crecimiento”, pone de manifiesto que estos procesos también están mediados por el contexto organizativo: la sobrecarga, la burocracia y la falta de tiempo dificultan la presencia clínica, mientras que la supervisión, el trabajo en equipo, la formación y las experiencias personales de enfermedad favorecen la reflexividad, la integración emocional y la calidad relacional del cuidado.

5. CONCLUSIONES El crecimiento postraumático vicario emerge como un proceso relacional y reflexivo, mediado por factores organizativos, con posibles repercusiones directas sobre la humanización de la asistencia. El contacto continuado con el sufrimiento y la finitud puede favorecer en los profesionales una mayor autenticidad, capacidad de escucha y proximidad humana; sin embargo, estos efectos requieren contextos de trabajo que reconozcan y sostengan el trabajo emocional. Promover la supervisión, el intercambio en equipo y espacios estructurados de reflexión y elaboración constituye, por tanto, una condición concreta para sostener el bienestar de los profesionales y una atención más humana para pacientes y familiares.

6. BIBLIOGRAFÍA

Braun, V., & Clarke, V. (2006). Using thematic analysis in psychology. *Qualitative Research in Psychology*, 3(2), 77-101.

Bybee, S. (2018). Vicarious posttraumatic growth in end-of-life care: How filling gaps in knowledge can foster clinicians' growth. *Journal of Social Work in End-of-Life & Palliative Care*, 14(4), 257-273. <https://doi.org/10.1080/15524256.2018.1498820>

Cohen, K., & Collens, P. (2013). The impact of trauma work on trauma workers: A meta-synthesis on vicarious trauma and vicarious posttraumatic growth. *Psychological Trauma: Theory, Research, Practice, and Policy*, 5(6), 570-580. <https://doi.org/10.1037/a0030388>

Faggi, D., Aprea, G., & Fioretti, C. (2026). Vicarious post-traumatic growth in health professionals facing their patients' end of life. *European Journal of Trauma & Dissociation*, 10, 100646. <https://doi.org/10.1016/j.ejtd.2026.100646>

Ogińska-Bulik, N., & Juczyński, Z. (2023). Vicarious posttraumatic growth: The benefits of indirect exposure to trauma. In R. Berger (Ed.), *The Routledge International Handbook of Posttraumatic Growth* (pp. 781-803). Routledge. <https://doi.org/10.4324/9781032208688-48>

Tedeschi, R. G., & Calhoun, L. G. (2004). Posttraumatic growth: Conceptual foundations and empirical evidence. *Psychological Inquiry*, 15, 1-18. https://doi.org/10.1207/s15327965pli1501_01

Parc Sanitari Sant Joan de Déu. Sant Boi de Llobregat

aitoreneko.olive@sjd.es

1. INTRODUCCIÓN En el ámbito de la salud mental penitenciaria se ha observado que las técnicas tradicionales de relajación no siempre resultan suficientemente eficaces para reducir el estrés y la ansiedad de las personas atendidas. Por ello, surge la necesidad de incorporar estrategias innovadoras como la realidad virtual (RV), una herramienta inmersiva que permite ofrecer experiencias de relajación en entornos virtuales naturales. La evidencia científica muestra que la RV es segura y eficaz para favorecer la regulación emocional y disminuir síntomas relacionados con la ansiedad, además de contribuir a variables relevantes como la reducción de conductas disruptivas, demandas de medicación extra o episodios de violencia.

En contextos penitenciarios, las personas privadas de libertad presentan una alta prevalencia de trastornos mentales y están expuestas a múltiples factores de estrés derivados del internamiento, resulta fundamental promover intervenciones que mejoren su bienestar psicológico. El entorno restrictivo, la pérdida de autonomía o la incertidumbre judicial incrementan la ansiedad, el estrés y el riesgo de deterioro emocional.

La incorporación de la RV se plantea como una estrategia de humanización de la atención, al acercar experiencias terapéuticas que facilitan la conexión con entornos naturales, promueven el bienestar, favorecen un cuidado más respetuoso, innovador y centrado en la persona.

2. OBJETIVOS (General y Específicos) El objetivo principal es evaluar la viabilidad y la aceptabilidad de implementar una intervención de relajación mediante RV en pacientes de la Unidad de Hospitalización y Rehabilitación Psiquiátrica Intensiva del centro penitenciario Brians 2 y en pacientes de la Unidad Terapéutica de Justicia Juvenil Els Til·lers.

Los objetivos secundarios son analizar la valoración de la herramienta por parte de los profesionales que la aplican y describir los cambios tras su uso en los niveles de ansiedad y variables fisiológicas. Asimismo, explorar posibles cambios en conductas disruptivas, consumo de sustancias, demandas psicofarmacológicas y aplicación de medidas restrictivas en los pacientes participantes.

3. METODOLOGÍA Se trata de un estudio cuasiexperimental no controlado con diseño pre-post test realizado en la Unidad de Hospitalización y Rehabilitación Psiquiátrica Intensiva (UHRPI) y la Unidad Terapéutica de Justicia Juvenil (UTJJ). Participan 30 pacientes (20 de la UHRPI y 10 de la UTJJ). Se realizan 8 sesiones de realidad virtual, de 10-16 minutos, distribuidas en 4 semanas (2 sesiones semanales). Se recogerán datos demográficos, niveles de ansiedad (STAI), variables fisiológicas, escalas de estrés y bienestar, deseo de consumo y registros de conducta antes, durante y después de la intervención. También se evalúa la percepción de los profesionales sobre la herramienta.

4. RESULTADOS Los resultados preliminares muestran una alta aceptación y satisfacción por parte de los participantes y profesionales, quienes la valoraron como una herramienta cómoda y útil.

Se observa una mejora general en indicadores emocionales y fisiológicos, destacando la reducción significativa de la ansiedad, la disminución relevante de conductas problemáticas, como violencia hacia el personal, medidas restrictivas, la demanda de medicación extra y las solicitudes de ayuda por ansiedad.

Así mismo se ha comprobado reducción del estrés, aumento de la relajación y mayor sensación de conexión con la naturaleza, lo que sugiere un impacto positivo en la regulación emocional y el bienestar.

5. CONCLUSIONES La implementación de la tecnología solo tiene sentido si está al servicio de la persona. La realidad virtual no es solo una herramienta terapéutica eficaz para reducir la ansiedad y el estrés, sino una acción de humanización profunda. Al acercar paisajes de paz y libertad en un entorno restrictivo y hostil, se restaura la dignidad y esperanza de la persona. Este proyecto encarna los valores de compasión, respeto y dignidad, demostrando que la innovación puede ser un puente hacia un modelo asistencial más humano y efectivo, trascendiendo los muros para mejorar la vida de los más vulnerables.

6. BIBLIOGRAFÍA

1. Riches, S., Nicholson, S.L., Fialho, C., Little ITTLE, J., Ahmed, L., McIntosh, H., Kaleva, I., Sanford, T., Cockburn, R., Odoi, C., Azevedo, L., Vasile, R., Payne-Gill, J., Fischer, H.L., Van Driel, C., Veling W., Valmaggia, L. & Rumball, F., 2023. Integrating a virtual reality relaxation clinic within acute psychiatric services: A pilot study. *Psychiatry research*, vol. 329, pp. 115477-115477. ISSN 0165-1781. DOI 10.1016/j.psychres.2023.115477.
2. Veling, W., Lestestuiver, B., Jongma, M., Hoenders, H.J.R. & Van Driel, C., 2021. Virtual Reality Relaxation for Patients With a Psychiatric Disorder: Crossover Randomized Controlled Trial. *Journal of medical Internet research*, vol. 23, no. 1, pp. e17233-e17233. ISSN 1438-8871. DOI 10.2196/17233.
3. Freeman, D., Reeve, S., Robinson, A., Ehlers, A., Clark, D., Spanlang, B. & Slater, M. (2017). Virtual reality in the assessment, understanding, and treatment of mental health disorders. *Psychological Medicine*, 47, 2393-2400. doi: 10.1017/ S003329171700040X
4. Geraets, C.N.W., Veling, W., Witlox, M., Staring, A.B.P., Mathussen, S.J.M.A. & Cath, D., 2019. Virtual reality-based cognitive behavioural therapy for patients with generalized social anxiety disorder: a pilot study. *Behavioural and cognitive psychotherapy*, vol. 47, no. 6, pp. 745-750. ISSN 1352-4658. DOI 10.1017/S1352465819000225.
5. Karaman D & Tas, demir N. 2021. The effect of using virtual reality during breast biopsy on pain and anxiety: a randomized controlled trial. *J Perianesth Nurs* ; 36: 702-705;
6. Pot-Kolder, R., Geraets, C. N. W., Veling, W., Staring, A. B. P., Gijsman, H. J., Delespaul, P. A. & van der Gaag, M. (2018). Virtual-reality-based cognitive behavioural therapy versus waiting list control for paranoid ideation and social avoidance in patients with psychotic disorders: a single-blind randomised controlled trial. *The Lancet Psychiatry*, 5, 217-226. doi: 10.1016/S2215-0366(18)30053-1
7. Hugh-Jones, S., Ulor, M., Nugent, T., Walshe, S. & Kirk, M. (2023). The potential of virtual reality to support adolescent mental well-being in schools: A UK co-design and proof-of- concept study. *Mental Health and Prevention*, vol.30, June 2023.
8. Blanco, D., Roberts, R., Gannoni, A. & Cook, S. 2023. Assessment and treatment of mental health conditions in children and adolescents: A systematic scoping review of how virtual reality environments have been used. *Clinical Child Psychology and Psychiatry*. Sep 22:13591045231204082. doi: 10.1177/13591045231204082.
9. Kip H, Kelders SM, Weerink K, Kuiper A, Brüninghoff I, Bouman YHA, Dijkslag D, & van Gemert-Pijnen LJEWC. Identifying the Added Value of Virtual Reality for Treatment in Forensic Mental Health: A Scenario-Based, Qualitative Approach. *Front Psychol*. 2019 Feb 27;10:406. doi: 10.3389/fpsyg.2019.00406. PMID: 30873093; PMCID: PMC6400887.
10. Ma, J., Zhao, D., Xu, N. & Yang, J., 2023. The effectiveness of immersive virtual reality (VR) based mindfulness training on improvement mental-health in adults: A narrative systematic review. *Explore (New York, N.Y.)*, vol. 19, no. 3, pp. 310-318. ISSN 1550-8307. DOI 10.1016/j.explore.2022.08.001.
11. Ramírez Parrondo R, Arbesú Prieto J, Arrieta Antón E, López Chamón S, & Casquero Ruiz R. 2016. Promoción de la salud: promoción de la salud mental. *Medicina de Familia-SEMERGEN*. 42(2): 73-4.).
12. Arroyo-Cobo JM. Estrategias asistenciales de los problemas de salud mental en el medio penitenciario, el caso español en el contexto europeo. 2011. *Rev Esp Sanid Penit*. :13(3):100-11.

13. Porter, L.C., Kozlowski-Serra, M. & Lee, H., 2021. Proliferation or adaptation? Differences across race and sex in the relationship between time served in prison and mental health symptoms. *Social science & medicine* (1982), vol. 276, pp. 113815-113815. ISSN 0277-9536. DOI 10.1016/j.socscimed.2021.113815.
14. Drake, R.E. & Whitley, R., 2014. Recovery and Severe Mental Illness: Description and Analysis. *Canadian journal of psychiatry*, vol. 59, no. 5, pp. 236-242. ISSN 0706-7437. DOI 10.1177/070674371405900502.
15. Jalil, R, Huber JW, Sixsmith J, & Dickens GL, 2017. Mental health nurses' emotions, exposure to patient aggression, attitudes to and use of coercive measures: Cross sectional questionnaire survey. *International Journal of Nursing Studies*. Volume 75, October 2017, Pages 130-138
16. Millan, M.J., Agid, Y., Brüne, M., Bullmore, E.T., Carter, C.S., Clayton, N.S., Connor, R., Davis, S., Deakin, B., DeRubeis, R.J., Dubois, B., Geyer, M.A., Goodwin, G.M., Gorwood, P., Jay, T.M., Joels, M., Mansuy, I.M., Meyer-Lindenberg, A., Murphy, D., Rolls, E., Saletu, B., Spedding, M., Sweeney, J., Whittington, M., & Young, L.J., 2012. Cognitive dysfunction in psychiatric disorders: characteristics, causes and the quest for improved therapy. *Nat. Rev. Drug Discov.* 11 (2), 141-168. <https://doi.org/10.1038/nrd3628>
17. Moroz N, Moroz I, & D'Angelo, MS. 2020. Mental health services in Canada: Barriers and cost-effective solutions to increase access. *Healthc Manage Forum*. Nov;33(6):282-287. doi: 10.1177/0840470420933911.
18. Barnes, N., Sanchez-Vives, M.V. & Johnston, T., 2022. On the Practical Use of Immersive Virtual Reality for Rehabilitation of Intimate Partner Violence Perpetrators in Prison. *Frontiers in psychology*, vol. 13, pp. 787483-787483. ISSN 1664-1078. DOI 10.3389/fpsyg.2022.787483.
19. Witmer, B. G., & Singer, M. J. (1998). Measuring presence in virtual environments: A presence questionnaire. *Presence: Teleoperators and Virtual Environments*, 7(3), 225-240. <https://doi.org/10.1162/105474698565686>
20. Diemeer, J., Alpers, G.W., Pepkorn, H.M., Shiban, Y., & Mülhberger, A., 2015. The impact of perception and presence on emotional reactions: a review of research in virtual reality. *Frontiers in psychology*, vol. 6, pp. 26-26. ISSN 1664-1078. DOI 10.3389/fpsyg.2015.00026.
21. Moore, C., Carter, R., Nietert, P., & Stewart, P. (2011). Recommendations for planning pilot studies in clinical and translational research. *Clinical and Translational Science*, 4, 332-337. doi:10.1111/j.1752-8062.2011.00347.x
22. Vogel, S., & Draper-Rodi, J. (2017). The importance of pilot studies, how to write them and what they mean. *International Journal of Osteopathic Medicine*, 23, 2-3. doi:10.1016/j.ijosm.2017.02.001

DETRÁS DEL CUIDADO: ANÁLISIS CUALITATIVO PRELIMINAR DE NECESIDADES PSICOLÓGICAS PERCIBIDAS POR CUIDADORES FAMILIARES DE PERSONAS CON ENFERMEDAD CRÓNICA COMPLEJA.

Jorge Leocadio Baño; Carlos Vara-García; María Ramos-López; Celia Nogales-González; Pablo del Valle-Loarte; Rosa Romero-Moreno

Universidad Rey Juan Carlos, Alcorcón (Madrid); Hospital Universitario Severo Ochoa, Leganés (Madrid)

jorge.leocadio@urjc.es

1. INTRODUCCIÓN Las enfermedades crónicas complejas, como la Enfermedad Pulmonar Obstructiva Crónica (EPOC) y la Insuficiencia Cardíaca Crónica (ICC), presentan retos sanitarios que trascienden la relación entre médico y persona enferma (Wang et al., 2024). La transición de los cuidados del hospital hacia el hogar y los avances en tratamientos y dispositivos que requieren de supervisión, así como las altas demandas que enfrenta el sistema sanitario, han normalizado que los familiares asuman responsabilidades técnicas y asistenciales con respecto al cuidado (Grosbois et al., 2022; Kitko et al., 2020). En este contexto, la literatura previa pone de manifiesto que el proceso de cuidado impacta en la salud física y psicológica de los cuidadores. Por ejemplo, cuidadores familiares de personas con EPOC y/o ICC presentan altas tasas de morbilidad psicológica incluyendo ansiedad, depresión y

sobrecarga (Grosbois et al., 2022; Soto-Rubio et al., 2020). No obstante, la literatura existente se ha centrado en analizar medidas objetivas sin atender la experiencia propia de los familiares y a las necesidades que emergen de su propio discurso.

2. OBJETIVOS (General y Específicos) El objetivo del presente estudio fue identificar las necesidades psicológicas y de apoyo que emergen del análisis de la experiencia de cuidado en cuidadores familiares de personas con EPOC y/o ICC. Para ello, los objetivos específicos fueron identificar los estresores del cuidado, explorar la vivencia emocional asociada a la experiencia de cuidado y analizar las necesidades de apoyo externo.

3. METODOLOGÍA Participaron un total de 13 cuidadores familiares de personas con EPOC y/o ICC con una edad media de 62,04, siendo el 84,61% de mujeres. Los datos se recogieron mediante entrevistas individuales en profundidad y grupos de discusión cuyo contenido fue grabado en formato de audio y posteriormente transcrito. Se adoptó un diseño cualitativo exploratorio-interpretativo y el análisis de las transcripciones se llevó a cabo realizando un análisis temático reflexivo mediante una codificación inductiva organizada en ejes temáticos (Braun y Clarke, 2006).

4. RESULTADOS El análisis de los resultados permitió identificar 30 códigos, que se agruparon en 11 subtemas de los cuales emergieron tres temas principales: 1) Estresores del cuidado: caracterizados por el deterioro y dependencia del familiar cuidado, la restricción social y la falta de tiempo; 2) Procesos psicológicos: destaca la fusión con el rol de cuidado, que coexiste junto la desconexión de valores personales y la pérdida de identidad personal. De igual forma, emergen la evitación de emociones, la vivencia en solitario y la sensación de “piloto automático” que los participantes vinculan con frecuencia en su discurso al objetivo de no molestar, evitar el desbordamiento emocional y cumplir con las tareas del cuidado. Asimismo, destaca la incertidumbre por la enfermedad y la hipervigilancia de los síntomas. No obstante, también emergen experiencias emocionales positivas relacionadas con la satisfacción personal, el sentido de propósito y el fortalecimiento del vínculo con los familiares enfermos; 3) Necesidades de apoyo: los cuidadores demandan un mayor soporte formal e informal, destacando la necesidad de recibir más información sobre la enfermedad y el pronóstico, la necesidad de acompañamiento profesional y técnico en las labores de cuidado; y atención psicológica especializada desde el inicio del proceso.

5. CONCLUSIONES Los temas emergentes señalan la necesidad de fortalecer el apoyo formal, la información ofrecida e integrar al cuidador en la práctica clínica. Además, los resultados sugieren que procesos psicológicos como la aceptación o el contacto con valores personales desempeñan un papel importante en el malestar emocional. En consecuencia, emerge la necesidad de abordar el sufrimiento desde intervenciones psicológicas que promuevan una vida con significado. En este contexto, la Terapia de Aceptación y Compromiso (ACT; Hayes et al., 1999) ha mostrado su eficacia permitiendo al cuidador aceptar su estado emocional y reconstruir una identidad que trascienda el rol de cuidado.

6. BIBLIOGRAFÍA

Braun, V., & Clarke, V. (2006). Using thematic analysis in psychology. *Qualitative Research in Psychology*, 3(2), 77101.

Grosbois, J.-M., Gephine, S., Kyheng, M., Le Rouzic, O., & Chenivresse, C. (2022). Improving the wellbeing of caregivers of patients with COPD using a home-based pulmonary rehabilitation programme. *ERJ Open Research*, 8(4), 00255-2022. <https://doi.org/10.1183/23120541.00255-2022>

Hayes, S. C., Strosahl, K. D., & Wilson, K. G. (1999). *Acceptance and Commitment Therapy: An Experiential Approach to Behavior Change*. Guilford Press.



Kitko, L., McIlvennan, C. K., Bidwell, J. T., Dionne-Odom, J. N., Dunlay, S. M., Lewis, L. M., Meadows, G., Sattler, E. L. P., Schulz, R., & Strömberg, A. (2020). Family caregiving for individuals with heart failure: A scientific statement from the American Heart Association. *Circulation*, 141(22), 864–e878. <https://doi.org/10.1161/CIR.0000000000000768>

Missel, M., Kurita, G. P., Lindblad, M. K. E., Laursen, L., Eidemak, I., Johansen, D. T., Larsen, S., Witting, N., Piil, K., & Andersen, L. K. (2025). Navegando el sistema sanitario con enfermedades crónicas: un estudio cualitativo de las experiencias de los cuidadores. *Revista escandinava de ciencias del cuidado*, 39(3), e70094. <https://doi.org/10.1111/scs.70094>

Soto-Rubio, A., Valero-Moreno, S., Díaz, J. L., Andreu, Y., & Pérez-Marín, M. (2020). COPD at the end of life: Predictors of the emotional distress of patients and their family caregivers. *PLoS ONE*, 15(10), e0240821. <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0240821>

Wang, Y., Xu, X., Lv, Q., Zhao, Y., Zhang, X., & Zang, X. (2024). Network analysis of dyadic burdens, psychological disorders, psychological resilience, and illness- or caregiving-related beliefs in patients with chronic heart failure and their caregivers. *Journal of Cardiovascular Nursing*. 40(4) 312-322 <https://doi.org/10.1097/JCN.0000000000001098>

42

PEQUEÑOS PASOS, GRANDES CAMBIOS: IMPACTO CLÍNICO Y EMOCIONAL DE LOS PASEOS TERAPÉUTICOS EN UCIP

Patricia Corniero Alonso; Omar Rodríguez Forner; David Vila Pérez; Ignacio del Castillo Velilla; Carla Otero Arús; Francisco José Cambra Lasaosa

Hospital Sant Joan de Déu. Barcelona

patricia.corniero@sjd.es

1. INTRODUCCIÓN La humanización en unidades de cuidados intensivos pediátricos (UCIP) promueve intervenciones orientadas a mejorar el bienestar físico y emocional de los pacientes críticos y de sus familias durante la hospitalización. Los paseos terapéuticos (PT) fuera de UCIP constituyen una estrategia no farmacológica orientada a favorecer la recuperación integral del niño, disminuir el estrés, facilitar la interacción familiar y contribuir a mejorar el estado de ánimo del paciente y su familia. La evidencia científica demuestra que la exposición a entornos naturales y áreas verdes puede contribuir positivamente a la recuperación física y emocional. En este contexto, los jardines terapéuticos exteriores (JTE) han mostrado reducir el estrés en familiares y profesionales y mejorar la percepción de la estancia hospitalaria y ofrecer un refugio emocional. Sin embargo, en población pediátrica crítica la evidencia disponible sobre la seguridad, viabilidad y efectos clínicos de los PT es todavía limitada. Esta falta de datos específicos subraya la necesidad de estudiar intervenciones estructuradas que permitan integrar estrategias de humanización basadas en la evidencia y adaptadas a las necesidades particulares de los niños ingresados en UCIP.

2. OBJETIVOS (General y Específicos) General: Mejorar el bienestar del paciente crítico pediátrico y su familia mediante la implementación segura de PT.

Específicos:

Describir las características clínicas de pacientes ingresados en UCIP que realizan PT, tanto en espacios exteriores anexos a UCIP como en interiores (hall y sala de espera con pecera)

Analizar la seguridad de los PT.

Evaluar el impacto fisiológico, el dolor y el confort del niño.

Valorar la satisfacción y experiencia de las familias.

Explorar la percepción familiar sobre el efecto emocional del PT.

Codiseñar un JTE adaptado a las necesidades de UCIP.

3. METODOLOGÍA El proyecto se desarrolló en tres líneas interrelacionadas.

Primera: Elaboración de un protocolo de PT mediante revisión de la literatura y consenso multidisciplinar.

Segunda: Estudio observacional en pacientes que realizaron PT, registrando variables clínicas, tipo de paseo, participación de profesionales y familiares, constantes vitales (CV), eventos adversos (EA), dolor, confort y satisfacción mediante encuesta.

El análisis estadístico se realizó expresando los resultados en frecuencias, porcentajes y medianas, y comparando las medidas pre/post intervención con la prueba de Wilcoxon.

Tercera: Proceso participativo de codiseño de un JTE mediante grupos focales y priorización técnica para garantizar accesibilidad, seguridad y funcionalidad.

4. RESULTADOS Se incluyeron 23 pacientes con una mediana de edad de 118 meses (RIQ 10-153) y el 60,9% eran varones. Se realizaron 54 PT (59.3% en el exterior). Enfermería participó en el 94,4% de los PT y los padres en la mayoría de los casos. Las CV se mantuvieron estables antes y después del paseo y no se registraron EA. El dolor disminuyó significativamente tras la intervención ($p=0,006$), mientras que el confort no mostró diferencias significativas.

Se analizaron 19 encuestas familiares, principalmente respondidas por madres (68,4%). El 89,5% mostró un nivel de satisfacción muy alto y el 100% recomendaría los PT (Net Promoter Score =10). Los paseos exteriores se asociaron a valoraciones más positivas respecto al estado de ánimo y descanso del niño (satisfacción global 84,2%). Además, los cuidadores refirieron menor ansiedad y estrés, mayor conexión con su hijo, así como una percepción más positiva del ingreso. Se identificaron áreas de mejora relacionadas con frecuencia, duración de los PT y adecuación de los espacios utilizados.

El proceso de codiseño del JTE permitió definir tres zonas: una Zona Naturaleza con vegetación y agua, una Zona Calma para encuentro familiar y una Zona de Rehabilitación destinada a actividades terapéuticas.

5. CONCLUSIONES La realización de PT parece una intervención factible y segura. La estabilidad de las CV y la ausencia de EA, la disminución del dolor tras el PT y la elevada satisfacción familiar refuerza su potencial beneficio, pudiendo contribuir a mejorar la experiencia del paciente y su familia en UCIP. El JTE codiseñado complementa esta estrategia al proporcionar un entorno seguro, accesible y funcional que facilita la continuidad de los PT y promueve el bienestar emocional. Este proyecto constituye un modelo replicable de humanización en UCIP que integra evidencia científica, participación familiar, diseño ambiental terapéutico y liderazgo interdisciplinario.

6. BIBLIOGRAFÍA

1- Igeño-Cano JC. Benefits of walks in the outdoor gardens of the hospital in critically ill patients, relatives and professionals. #healingwalks. Med Intensiva (Engl Ed). 2020 Oct;44(7):446-448. English, Spanish. doi: 10.1016/j.medin.2019.09.007. Epub 2019 Nov 2. PMID: 31690465.

- 2- Sasano N, Kato Y, Tanaka A, Kusama N. Out-of-the-ICU Mobilization in Critically Ill Patients: The Safety of a New Model of Rehabilitation. *Crit Care Explor.* 2022 Jan 5;4(1):e0604. doi: 10.1097/CCE.0000000000000604. PMID: 35018344; PMCID: PMC8735809.
- 3- Gilgado DI, Bertozzi M, Pérez J, Cardoso GP, Piaggio V, Vitale A, Accoce M, Dorado JH. Therapeutic walks beyond the ICU: a safe strategy to enhance emotional well-being in critically ill patients with prolonged hospitalization. *Crit Care.* 2025 Nov 18;29(1):494. doi: 10.1186/s13054-025-05766-0. PMID: 41254774; PMCID: PMC12625548.
- 4- Elliott D, Davidson JE, Harvey MA, Bemis-Dougherty A, Hopkins RO et al. Exploring the scope of post-intensive care syndrome therapy and care: engagement of non-critical care providers and survivors in a second stakeholders meeting. *Crit Care Med.* 2014 Dec;42(12):2518-26. doi: 10.1097/CCM.0000000000000525. PMID: 25083984.
- 5- Davidson JE, Harvey MA, Bemis-Dougherty A, Smith JM, Hopkins RO. Implementation of the Pain, Agitation, and Delirium Clinical Practice Guidelines and promoting patient mobility to prevent post-intensive care syndrome. *Crit Care Med.* 2013 Sep;41(9 Suppl 1):S136-45. doi: 10.1097/CCM.0b013e3182a24105. PMID: 23989091.
- 6- Ong C, Lee JH, Leow MK, Puthuchearu ZA. Functional Outcomes and Physical Impairments in Pediatric Critical Care Survivors: A Scoping Review. *Pediatr Crit Care Med.* 2016 May;17(5):e247-59. doi: 10.1097/PCC.0000000000000706. PMID: 27030932.
- 7- Manning JC, Pinto NP, Rennick JE, Colville G, Curley MAQ. Conceptualizing Post Intensive Care Syndrome in Children-The PICS-p Framework. *Pediatr Crit Care Med.* 2018 Apr;19(4):298-300. doi: 10.1097/PCC.0000000000001476. PMID: 29406379.
- 8- C. Song, H. Ikei, Y. Miyazaki. Physiological effects of nature therapy: A review of the research in Japan. *Int J Environ Res Public Health.*, 13 (2016), pp. 781
- 9- Grupo de trabajo de certificación del proyecto HU-CIP. Manual de Buenas Prácticas de Humanización en las Unidades de Cuidados Intensivos Pediátricos. Madrid. Proyecto HU-CI; 2024
- 10- Grupo de trabajo de certificación del proyecto HU-CI. Manual de Buenas Prácticas de Humanización en las Unidades de Cuidados Intensivos. Madrid. Proyecto HU-CI; 2019
- 11- M. Kuo. How might contact with nature promote human health? Promising mechanisms and a possible central pathway. *Front Psychol.*, 6 (2015), pp. 109. <http://dx.doi.org/10.3389/fpsyg.2015.01093> | Medline
- G.X. Mao. Therapeutic effect of forest bathing on human hypertension in the elderly. *J Cardiol.*, 60 (2012), pp. 495-502. <http://dx.doi.org/10.1016/j.jjcc.2012.08.003> | Medline
- 12- R. Mitchell, F. Popham. Effect of exposure to natural environment on health inequalities: An observational population study. *Lancet.*, 372 (2008), pp. 1655-1660. [http://dx.doi.org/10.1016/S0140-6736\(08\)61689-X](http://dx.doi.org/10.1016/S0140-6736(08)61689-X) | Medline
- 13- J. Maas, R.A. Verheij, S. de Vries, P. Spreeuwenberg, F.G. Schellevis, P.P. Groenewegen. Morbidity is related to a green living environment. *J Epidemiol Community Health.*, 63 (2009), pp. 967-973
- The Facility Guidelines Institute. FGI, (2018), pp. 27-28
- 14- L.M. Wilson. Intensive care delirium. The effect of outside deprivation in a windowless unit. *Arch Intern Med.*, 130 (1972), pp. 225-226. <http://dx.doi.org/10.1001/archinte.130.2.225> | Medline
- 15- P. Keep, J. James, M. Inman. Windows in the intensive therapy unit. *Anaesthesia.*, 35 (1980), pp. 257-262. <http://dx.doi.org/10.1111/j.1365-2044.1980.tb05093.x> | Medline
- 16- R.S. Ulrich. View through a window may influence recovery from surgery. *Science.*, 224 (1984), pp. 420-421
- 17- M. Cordoza, R.S. Ulrich, B.J. Manulik, S.K. Gardiner, P.S. Fitzpatrick, T.M. Hazen, et al. Impact of nurses taking daily work breaks in a hospital garden on burnout. *Am J Crit Care.*, 27 (2018), pp. 508-512. <http://dx.doi.org/10.4037/ajcc2018131> | Medline
- 18- R.S. Ulrich, M. Cordoza, S.K. Gardiner, B.J. Manulik, P.S. Fitzpatrick, T.M. Hazen, et al. ICU patient family stress recovery during breaks in a hospital garden and indoor environments. *HERD.*, (2019).
- G. Heras La Calle, A. Alonso Oviés, V. Gómez Tello. A plan for improving the humanisation of intensive care units. *Intensive Care Med.*, 43 (2017), pp. 547-549. <http://dx.doi.org/10.1007/s00134-017-4705-4> | Medline

ESPIRITUALIDAD Y CUIDADO ESPIRITUAL EN ENFERMERÍA: ANÁLISIS DE PERCEPCIONES Y NECESIDADES FORMATIVAS

Laura Riquelme-Ros; Sara Pedregosa Fauste; Laura Martínez Rodríguez; Abilio Reig-Ferrer; M^a Dolores Fernández Pascual

Universidad de Alicante- Hospital Universitario del Vinalopó

mariadolores.fernandez@gcloud.ua.es

1. INTRODUCCIÓN La espiritualidad constituye una dimensión fundamental del cuidado integral en enfermería, contribuyendo al bienestar, la adaptación a la enfermedad y la calidad de vida del paciente, siendo un elemento clave en la humanización de la atención sanitaria. Su abordaje implica reconocer aspectos existenciales como el sentido en la vida, la esperanza o la conexión con uno mismo y con los demás, diferenciándose conceptualmente de la religiosidad (Murgia et al., 2020).

A pesar de su relevancia, la incorporación de los cuidados espirituales en la práctica clínica continúa siendo heterogénea, debido a la falta de formación específica, la dificultad para identificar necesidades espirituales y la ambigüedad conceptual del término (Austin et al., 2017). Asimismo, la evidencia reciente señala que las percepciones y competencias de los profesionales de enfermería en relación con la espiritualidad son variables y están influenciadas por factores formativos (Wang et al., 2024).

El análisis de estas percepciones, junto con variables formativas, permite identificar brechas entre la práctica clínica y la formación, orientando el diseño de intervenciones enfermeras.

2. OBJETIVOS (General y Específicos) Objetivo general:

Analizar las percepciones de los profesionales de enfermería sobre la espiritualidad y el cuidado espiritual.

Objetivos específicos:

- Evaluar las dimensiones de espiritualidad, cuidado espiritual, religiosidad y atención personalizada.
- Analizar su relación con variables criterioales, especialmente los recursos formativos.
- Identificar necesidades para el diseño de una intervención enfermera.

3. METODOLOGÍA Estudio descriptivo transversal realizado en 325 profesionales de enfermería. Se utilizó un cuestionario estructurado compuesto por 17 ítems tipo Likert (1-5), basado en la versión española de la Escala de Valoración de la Espiritualidad y los Cuidados Espirituales (SSCRS-Sp) (Fernández-Pascual et al., 2024), que evalúa percepciones sobre espiritualidad y cuidado espiritual. Se calcularon medias por ítem y por dimensiones (espiritualidad, cuidado espiritual, religiosidad y atención personalizada). Asimismo, se analizaron variables criterioales relacionadas con la formación, la religiosidad y la percepción de recursos formativos mediante estadística descriptiva.

4. RESULTADOS La dimensión de cuidado espiritual presentó las puntuaciones más elevadas (M= 3.81; DE: 0.58), destacando la escucha activa, el acompañamiento

emocional y el respeto a la dignidad y creencias del paciente. La atención personalizada también mostró valores altos, evidenciando una práctica centrada en la persona.

La dimensión de espiritualidad obtuvo puntuaciones moderadas-altas (M= 3.67; DE: 0.75), reflejando una adecuada percepción de aspectos como la búsqueda de significado o la esperanza, aunque con cierta variabilidad conceptual.

Por el contrario, la dimensión de religiosidad presentó las puntuaciones más bajas (media: 2.51; DE: 0.87), evidenciando el rechazo a una concepción reduccionista de la espiritualidad basada exclusivamente en prácticas religiosas, aunque con inconsistencias en su comprensión.

En relación con las variables criterio, aproximadamente la mitad de los profesionales (49,8%) refirió disponer de muy pocos o ningún recurso formativo en cuidados espirituales. No se observó una relación lineal entre la percepción de recursos formativos y las puntuaciones del cuestionario, lo que sugiere que el cuidado espiritual podría desarrollarse de forma intuitiva y no estructurada en la práctica clínica (Austin et al., 2017).

No se identificaron diferencias relevantes en función del género ni de la edad.

5. CONCLUSIONES Los profesionales de enfermería muestran una adecuada implementación del cuidado espiritual en su práctica clínica, especialmente en su dimensión relacional y humanista. Sin embargo, persisten carencias en la conceptualización de la espiritualidad y una notable falta de formación específica. La ausencia de relación directa entre formación y competencia sugiere que el cuidado espiritual se desarrolla de forma intuitiva y no estructurada. Estos resultados constituyen la fase diagnóstica que fundamenta el diseño de una intervención formativa estructurada orientada a mejorar la competencia espiritual y favorecer una atención integral, centrada en la persona y alineada con los principios de humanización del cuidado.

6. BIBLIOGRAFÍA

Austin, P., MacLeod, R., Siddall, P., McSherry, W., & Egan, R. (2017). Spiritual care training is needed for clinical and non-clinical staff to manage patients' spiritual needs. *Journal for the Study of Spirituality*, 7(1), 50-63. <https://doi.org/10.1080/20440243.2016.1258571>

Fernández-Pascual, M. D., Reig-Ferrer, A., Martínez-Rodríguez, L., Quesada-Rico, J. A., McSherry, W., & Riquelme-Ros, L. (2024). Validation of Spanish version of the Spirituality and Spiritual Care Rating Scale (SSCRS-Sp) in nursing professionals. *Nursing Open*, 11, e70115. <https://doi.org/10.1002/nop2.70115>

Murgia, C., Notarnicola, I., Rocco, G., & Stievano, A. (2020). Spirituality in nursing: A concept analysis. *Nursing Ethics*, 27(5), 1327-1343. <https://doi.org/10.1177/0969733020909534>

Wang, W., Yang, J., Bai, D., Lu, X., Gong, X., Cai, M., & Gao, J. (2024). Nurses' perceptions and competencies about spirituality and spiritual care: A systematic review and meta-analysis. *Nurse Education Today*, 132, 106006. <https://doi.org/10.1016/j.nedt.2023.106006>

1. INTRODUCCIÓN La contención mecánica, práctica que inmoviliza al paciente limitando su libertad, se utiliza frecuentemente para prevenir caídas. En un 31-59% de los casos se utiliza en pacientes frágiles mayores de 65 años. Sin embargo, esta práctica puede generar consecuencias perjudiciales como lesiones de la dependencia, compresión nerviosa o vascular, contracturas e incluso estrangulamiento, siendo considerada por algunos como un fracaso terapéutico con pérdida de la dignidad de la persona usuaria y además un problema importante de seguridad del paciente.

Actualmente, en nuestro centro se impulsa un cambio de paradigma en la atención centrada en la dignidad de la persona atendida, con objetivos y acciones transversales en todos los servicios y unidades y categorías profesionales. Dentro de la Estrategia de Humanización impulsada por la Dirección se incluye la promoción de un uso limitado y justificado de las contenciones, con el objetivo final de trabajar y alcanzar la Contención Cero. Para lograrlo, se propone un proyecto con los siguientes objetivos:

2. OBJETIVOS (General y Específicos) Objetivo general

Alcanzar la contención cero en la Unidad de Atención Intermedia (UAI).

Objetivos secundarios

- Reducir el uso y el riesgo de inmovilización en el resto de unidades del hospital.
- Elaborar un plan de acción con medidas alternativas a la sujeción.
- Sensibilizar y capacitar a los profesionales en un modelo centrado en la persona y en la Contención Cero.
- Realizar un seguimiento de las caídas.

3. METODOLOGÍA Incluye la revisión de los protocolos de contención (2020), un grupo focal con profesionales para identificar barreras (primer trimestre de 2021) y un plan formativo sobre atención centrada en la persona, prevención de caídas y uso limitado de contenciones (desde el tercer trimestre de 2021). Paralelamente, valorando el riesgo de caídas con la escala de Downton (ingreso), se implementaron medidas como sensores de movimiento en las camas de hospitalización y sistemas de aviso con cámara. En enero de 2022 se alcanzó la Contención Cero en la UAI, iniciándose el despliegue en otras unidades, bajo seguimiento continuo de las medidas.

4. RESULTADOS En junio de 2019, el porcentaje de sujeciones físicas en la Unidad de Atención Intermedia era del 39%. Tras la implementación del proyecto y la formación y sensibilización del 87,4% de los profesionales asistenciales del centro de todas las categorías, las contenciones comenzaron a disminuir en octubre de 2021, alcanzándose la Contención Cero en febrero de 2022. Desde este momento, se han mantenido las medidas técnicas y organizativas propuestas así como el mantenimiento de la contención cero.

Paralelamente, las caídas disminuyeron un 19,14%, destacando una reducción del 3% en caídas moderadas y de alto riesgo. Lo cual supuso la confirmación de que la contención cero no aumenta el número de caídas ni su gravedad y un refuerzo positivo para continuar con las medidas.

Actualmente se han incorporado nuevas ayudas a las ya implementadas (cámaras de vigilancia en las habitaciones, sensores de movimiento en camas y sillones, brazaletes de control) como las camas "cota cero" que permiten la regulación a una altura mínima para evitar lesiones en las caídas y las rondas de vigilancia nocturnas.



5. CONCLUSIONES La Contención Cero es posible. La aplicación de medidas alternativas a la contención no aumenta el riesgo ni la gravedad de las caídas. El modelo implementado no ha requerido más personal asistencial.

La revisión de la práctica, las medidas organizativas, el soporte de material y la implicación y liderazgo de la Dirección han sido cruciales para el éxito del proyecto.

Este modelo se considera replicable en otros centros, destacando la importancia de la sensibilización profesional global en el ámbito de la Atención Centrada en la Persona para un cambio de paradigma.

6. BIBLIOGRAFÍA

Rodríguez, Pilar. (2010): La Atención Integral y Centrada en la Persona. Madrid: Informes del Portal Mayores Nº 106

Cacace Patricio J., Giménez-Lascano Gustavo. Modelos de atención centrados en la persona: evolución de conceptos humanizadores de nuestras prácticas. Rev. Mex. med. familiar [revista en la Internet]. 2022 Jun [citado 2026 Abr 02]; 9(2): 63-72. Disponible en: http://www.scielo.org.mx/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S2696-12962022000200063&lng=es. Epub 30-Ene-2023. <https://doi.org/10.24875/rmf.21000070>.

Prevención de caídas en pacientes hospitalizados: Revisión bibliográfica

DOI: <https://doi.org/10.56712/latam.v6i1.3467>

Kim H, Lee J, Park M, et al. Effects of nursing interventions for fall prevention in hospitalized patients: a meta-analysis. J Clin Nurs. 2020;29(23-24):4621-4633. Disponible en: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/26364522/>

Sociedad Española de Geriátría y gerontología. Comité Interdisciplinar de sujeciones. Documento de Consenso sobre Sujeciones Mecánicas y Farmacológicas. 2014. Disponible en: https://www.segg.es/media/descargas/Documento_de_Consenso_sobre_Sujeciones.pdf

Contenciones 0: Estrategias para la erradicación del uso de contenciones en los servicios y dispositivos de salud mental: https://federaciouveus.org/wp-content/uploads/2023/03/Adarve_Pradillo_Eiroa_2021_Erradicacio_contencions.pdf

CALIDAD DEL SUEÑO EN PACIENTES HOSPITALIZADOS: COMPARACIÓN ENTRE HOSPITALES DE UN ÁREA SANITARIA

Carmen Nión Seijas; Esther Cotos González; Berta María Iglesias Candal; Ana Parrondo Reino; Isabel Vázquez Castelos

Área Sanitaria A Coruña e Cee, A Coruña

carmen.nion.seijas@sergas.es

1. INTRODUCCIÓN El sueño es un proceso fisiológico esencial que influye directamente en la recuperación clínica de los pacientes hospitalizados, afectando a las funciones cognitivas, inmunológicas o a la percepción del dolor. La interrupción del sueño en entornos hospitalarios se asocia con mayor morbilidad, prolongación de la estancia y peor experiencia del paciente. Diversos factores contribuyen a la fragmentación del sueño, incluyendo ruidos ambientales, intervenciones del personal, luz artificial, presencia de otros pacientes, incomodidad por dispositivos y estrés o ansiedad. El cuestionario de Carrera et al. permite evaluar los factores que influyen en el descanso nocturno lo que nos proporciona información relevante. Además, el cuestionario de Richards-Campbell (RCSQ) es un instrumento validado que cuantifica la calidad del sueño percibida por el paciente. Evaluar tanto la calidad del sueño como

los elementos que lo alteran permite orientar intervenciones para optimizar la recuperación y la experiencia del paciente.

2. OBJETIVOS (General y Específicos) GENERAL: Comparar la calidad del sueño y los factores que influyen en el descanso nocturno de los pacientes hospitalizados en tres centros de un Área Sanitaria (HUAC, Oza y Cee).

ESPECÍFICOS:

-Evaluar y cuantificar la calidad del sueño percibida

-Identificar y comparar los factores ambientales y personales que influyen en la fragmentación del descanso nocturno.

-Orientar el diseño de estrategias de intervención específicas.

3. METODOLOGÍA Se realizó un estudio observacional descriptivo transversal en 1045 pacientes ingresados en tres hospitales durante 12 meses. Se recogieron los datos en dos cuestionarios validados, el RCSQ y el de Carrera et al. Los dos cuestionarios tienen una puntuación en escala numérica de 0mm a 100mm. Se recogieron variables sociodemográficas como edad, sexo y número de días ingresados. Los datos se describieron mediante medias y desviaciones estándar para variables continuas, y porcentajes para categóricas. Se analizaron mediante ANOVA con comparaciones post hoc ajustadas por Bonferroni. El análisis se realizó con software estadístico SPSS v26.

4. RESULTADOS De los tres hospitales analizados Oza presentó la mejor calidad de sueño global (76,8 DE± 25,3) y menor número de despertares. Cee mostró peor sueño (56,5 DE± 25,8), con mayor dificultad para volver a dormir y fragmentación del sueño. El HUAC presentó resultados intermedios. Entre los factores influyentes, el ruido de alarmas, monitores, oxígeno fue significativamente más alto en HUAC (20,8 DE± 26,44; $p < 0,001$), y la preocupación/nerviosismo también fue mayor en el HUAC. Otros factores, como luz ambiental y presencia de otros pacientes, tuvieron impacto leve y diferencias no significativas. Bonferroni confirmó diferencias significativas principalmente entre Oza y Cee y entre HUAC y Cee. También se analizaron variables sociodemográficas donde la edad media de los participantes fue de 65,74 años (DE:15,71) siendo el 63,93% hombres (670) y 35,69% mujeres (374).

En cuanto a la estancia en el hospital el 56,58% llevaban 7 días o menos ingresados y el 19,2 % más de 30 días. En Cee no se registraron estancias de más de 30 días.

5. CONCLUSIONES Existen diferencias significativas en la calidad del sueño y factores influyentes entre hospitales. Oza mostró el sueño más reparador, mientras que Cee y HUAC evidenciaron peor sueño. El HUAC se destacó por un mayor impacto del ruido y la preocupación. Estos hallazgos sugieren la necesidad de medidas específicas para cada hospital a la hora de mejorar la calidad del sueño hospitalario pudiendo partir de una estrategia común para minimizar el impacto de los factores que condicionan el descanso nocturno.

6. BIBLIOGRAFÍA

1. Freedman NS, Gazendam J, Levan L, Pack AI, Schwab RJ. Abnormal sleep/wake cycles and the effect of environmental noise on sleep disruption in the intensive care unit. *Am J Respir Crit Care Med* [Internet]. 2001;163(2):451-7. Disponible en: <http://dx.doi.org/10.1164/ajrccm.163.2.9912128>

2. Delaney LJ, Van Haren F, Lopez V. Sleeping on a problem: the impact of sleep disturbance on intensive care patients - a clinical review. *Ann Intensive Care* [Internet]. 2015;5(1):3. Disponible en: <http://dx.doi.org/10.1186/s13613-015-0043-2>

3. Elliott R, McKinley S, Cistulli P, Fien M. Characterisation of sleep in intensive care using 24-hour polysomnography: an observational study. *Crit Care* [Internet]. 2013;17(2):R46. Disponible en: <http://dx.doi.org/10.1186/cc12565>
4. Richards KC, O'Sullivan PS, Phillips RL. Measurement of sleep in critically ill patients. *J Nurs Meas* [Internet]. 2000;8(2):131-44. Disponible en: <http://dx.doi.org/10.1891/1061-3749.8.2.131>
5. Nicolás A, Aizpitarte E, Iruarizaga A, Vázquez M, Margall MA, Asiain MC. Percepción de los pacientes quirúrgicos del sueño nocturno en una Unidad de Cuidados Intensivos. *Enferm Intensiva* [Internet]. 2002;13(2):57-67. Disponible en: [http://dx.doi.org/10.1016/s1130-2399\(02\)78063-2](http://dx.doi.org/10.1016/s1130-2399(02)78063-2)
6. Carrera-Hernández L, Aizpitarte-Pejenaute E, Zugazagoitia-Ciarrusta N, Goñi-Viguria R. Percepción del sueño de los pacientes en una Unidad de Cuidados Intensivos. *Enferm Intensiva (Engl)* [Internet]. 2018;29(2):53-63. Disponible en: <http://dx.doi.org/10.1016/j.enfi.2018.01.002>
7. Sirera-Pérez PI, Martín-Sanjoaquín A, Juandeaburre-Pedroarena B, Luquin-Iturmendi I, Goñi-Viguria R. Calidad del sueño en pacientes ingresados en una unidad de cuidados intermedios. *Enferm Clin* [Internet]. 2025; Disponible en: <http://dx.doi.org/10.1016/j.enfcli.2024.10.009>
8. Ritmala M, Elliott R, Vahlberg T, Richards K, Axelin A. Richards Campbell sleep questionnaire cut-off scores for good quality sleep in non-ventilated ICU patients. *Aust Crit Care* [Internet]. 2022;35:S19. Disponible en: <http://dx.doi.org/10.1016/j.aucc.2022.08.069>

100

HUMANIZACIÓN DEL TRASPLANTE RENAL MEDIANTE UNA CONSULTA MULTIDISCIPLINAR: IMPACTO EN LA CALIDAD DE VIDA EN PACIENTES DE ALTA COMPLEJIDAD

Rocío Fernández Díaz; Daniel Parra Corral; Beatriz Rodríguez Cubillo; Patricia Mathieu Alonso; María Rosario Del Pino Jurado; Paula Gutiérrez Sanjuan

Hospital Clínico San Carlos. Madrid.

rfernandezdiaz@salud.madrid.org

1. INTRODUCCIÓN Los pacientes trasplantados renales, especialmente aquellos con alta comorbilidad, presentan con frecuencia una elevada carga de síntomas físicos, emocionales y espirituales que, en medida, permanecen infradiagnosticados e insuficientemente abordados en la práctica clínica habitual. Este sufrimiento, a menudo invisible, constituye un componente esencial de su experiencia vital y rara vez se integra de forma estructurada en los modelos asistenciales actuales.

A lo largo de la evolución de la enfermedad, estos pacientes se enfrentan a múltiples transiciones, pérdidas funcionales y afectivas, incertidumbre y procesos de duelo acumulativos. Aunque los avances clínicos han mejorado la supervivencia, aspectos clave como el afrontamiento emocional, la percepción de sentido o la fragilidad funcional siguen ocupando un segundo plano en el modelo asistencial convencional.

Ante esta realidad, resulta necesario replantear la atención hacia un enfoque más integral mediante el desarrollo de consultas multidisciplinares dirigidas a personas con necesidades complejas. En este contexto, la práctica enfermera desempeña un papel clave en la identificación precoz de necesidades, el acompañamiento continuado y la provisión de cuidados personalizados.

En conjunto, este abordaje multidisciplinar e integral representa una estrategia necesaria y transformadora, orientada a una atención centrada en la persona y alineada con los principios de humanización de la asistencia sanitaria.

2. OBJETIVOS (General y Específicos) Principal: Evaluar el impacto de una intervención multidisciplinar en la calidad de vida, carga sintomática y bienestar

emocional, social y espiritual en pacientes trasplantados renales con alta complejidad clínica.

Específicos: Analizar la evolución de la sintomatología, incluyendo ansiedad, depresión y estrés postraumático, así como la calidad de vida tras la intervención. Explorar cambios en el bienestar espiritual, el afrontamiento y la autonomía funcional, el riesgo social y el estado nutricional. Finalmente, valorar la experiencia del paciente sobre la atención recibida mediante PREMs y el impacto global del abordaje multidisciplinar sobre el sufrimiento no visibilizado en esta población.

3. METODOLOGÍA Estudio observacional descriptivo mixto con recogida prospectiva de datos, realizado en la consulta multidisciplinar de Nefrología de un hospital terciario de la Comunidad de Madrid entre febrero de 2024 y diciembre de 2025. Se incluyeron pacientes trasplantados renales evaluados en una consulta específica de calidad de vida. Se aplicaron escalas de comorbilidad, fragilidad, función, cognición, riesgo social y nutricional, así como PROMs (ESAS-r, DME, GES, SF-12) y PREMs. El análisis cualitativo de entrevistas grabadas se integró con los resultados cuantitativos, permitiendo una evaluación global del estado clínico, funcional, psicológico y social de los pacientes trasplantados renales incluidos en el estudio.

4. RESULTADOS Se incluyeron 226 pacientes y 59 entrevistas grabadas. La cohorte presentó una elevada complejidad clínica y social: con disconfort emocional moderado-intenso (74%), ≥ 3 comorbilidades (41,1%), desacondicionamiento o ingresos repetidos (34,2%), mal pronóstico a un año (30,1%) y cáncer metastásico (15,1%). El índice de Charlson medio fue de 6,8. Se observó fragilidad moderada-grave en el 31%, riesgo social en el 19,1%, deterioro cognitivo en el 17,8%, dependencia funcional moderada-severa en el 24,7% y riesgo nutricional en el 29%.

El 77,6 % recibió tratamiento sintomático y planificación anticipada de cuidados, y el 65,7 % atención psicológica individual. A los 6-12 meses se observó una reducción significativa de la carga sintomática (ESAS-r 35,3 a 18,6; $p < 0,01$) y del malestar emocional (DME: 12,5 a 6,6; $p < 0,001$), junto con una disminución de las preocupaciones emocionales y una mejora en el afrontamiento. El bienestar espiritual (GES) aumentó (17,2 a 20,1; $p = 0,026$) y la calidad de vida (SF-12) mejoró globalmente de 1,8 a 2,2. Las PREMs reflejaron alta satisfacción y mayor sensación de control.

El análisis cualitativo identificó cinco ejes principales de sufrimiento no visibilizado: fractura biográfica y pérdida de autonomía, culpa, proyectos vitales truncados, vulnerabilidad económica y desesperanza espiritual.

5. CONCLUSIONES Un modelo multidisciplinar estructurado en pacientes trasplantados renales con alta complejidad es factible y se asocia a una reducción significativa de la carga sintomática y del malestar emocional, junto con mejoras en el bienestar espiritual y la calidad de vida. Además, permite abordar dimensiones profundas del sufrimiento no visibilizado. Estos resultados apoyan la integración de modelos asistenciales centrados en la persona, con enfoque de humanización y potencial aplicación en unidades de trasplante y nefrología.

6. BIBLIOGRAFÍA

1. Kidney Disease: Improving Global Outcomes (KDIGO) Transplant Work Group. KDIGO clinical practice guideline on the evaluation and management of candidates for kidney transplantation. *Kidney Int Suppl* (2011). 2020;10(1 Suppl):1-155.
2. Selman LE, et al. The role of spiritual well-being in chronic disease outcomes. *Palliat Med*. 2023;37(2):189-201
3. Puchalski CM, et al. Spiritual care in nephrology and chronic illness: an integrative review. *BMC Nephrol*. 2021;22:89.

4. Aiyegbusi OL, et al. Patient-centered care and patient-reported outcomes in chronic kidney disease: a systematic review. *BMC Nephrol.* 2022;23:120.
5. Maglakelidze N, et al. Health-related quality of life after kidney transplantation: a systematic review of PROMs. *Nephrol Dial Transplant.* 2021;36(8):1395-1406.
6. Kidney Disease: Improving Global Outcomes (KDIGO). KDIGO clinical practice guideline for the care of kidney transplant recipients: a summary. *Am J Transplant.* 2020;20(Suppl 4):1-30. doi:10.1111/ajt.15859
7. Watanabe SM, et al. ESAS-r: revised Edmonton Symptom Assessment System and its clinical utility. *J Pain Symptom Manage.* 2020;59(3):651-659.
8. Ware JE, et al. SF-12 Health Survey: manual and interpretation updates. QualityMetric Publications. 2021.
9. Chen J, et al. Validation of patient-reported outcome measures in chronic kidney disease. *BMC Nephrol.* 2022;23:311.
10. Ong SW, et al. Multidisciplinary care in chronic kidney disease: impact on outcomes and quality of life. *Clin Kidney J.* 2021;14(6):1463-1472.
11. Haugen CE, et al. Frailty in kidney transplant candidates and recipients: a clinical review. *Am J Transplant.* 2022;22(10):2456-2467.
12. Ju A, et al. Patient-reported outcomes in kidney transplantation: current status and future directions. *Clin Transplant.* 2022;36(9):e14788.
13. Chow S, et al. Clinical complexity and multimorbidity in kidney transplant recipients. *Transpl Int.* 2023;36:11045.
14. Black C, Sharma P. Integrated care models in transplant medicine: improving outcomes through multidisciplinary approaches. *Transplant Rev (Orlando).* 2023;37(2):100718.
15. Verberne WR, et al. Conservative care and supportive nephrology: a growing paradigm. *Nephrol Dial Transplant.* 2023;38:1234-1242.

Póster

Nº	POSTER	PAG.
1	COMUNICACIÓN SIN BARRERAS: IMPLEMENTACIÓN DE PICTOGRAMAS EN LA ATENCIÓN SANITARIA DE PERSONAS CON DÉFICIT COGNITIVO	35
3	URGENCIAS: HUMANIZAR, TAN SENCILLO COMO OBSERVAR. IMPACTO DE LA ADECUACIÓN DEL ENTORNO EN EL PACIENTE FRÁGIL.	37
4	PRESCRIPCIÓN SOCIAL: UNA HERRAMIENTA DE HUMANIZACIÓN EN ATENCIÓN PRIMARIA	39
6	LA ESCUCHA ACTIVA COMO HERRAMIENTA TERAPÉUTICA EN TIEMPOS DE DIGITALIZACIÓN	40
8	CUANDO EL CUERPO HABLA: UNA MIRADA ENFERMERA DESDE LA HUMANIZACIÓN DEL CUIDADO EN ATENCIÓN PRIMARIA	42
9	PERCEPCIONES DE LOS PROFESIONALES EN ENFERMERÍA Y FAMILIAS RESPECTO DE LA POLÍTICA DE VISITAS DENTRO DE LA UNIDAD DE CUIDADOS INTENSIVOS	44
13	LA EXPLORACIÓN DEL ASOMBRO EN LA PRÁCTICA CLÍNICA COMO FACTOR HUMANIZADOR EN UN SERVICIO DE CIRUGÍA MAYOR AMBULATORIA	49
14	NARRATIVAS VISUALES PARA LA HUMANIZACIÓN DE LA NEUROMODULACIÓN PEDIÁTRICA: DESARROLLO DE UNA TRILOGÍA PSICOEDUCATIVA ILUSTRADA PARA PACIENTES Y FAMILIAS	52
15	LECTURA COMPARTIDA COMO HERRAMIENTA DE HUMANIZACIÓN EN PACIENTES CON CÁNCER: EXPERIENCIA DE UN CLUB DE LECTURA TERAPÉUTICO	54
16	EL CONSEJO ASESOR DE PACIENTES COMO ESTRATEGIA DE DETECCIÓN DE ÁREAS DE MEJORA	55
18	“UN PLAN DE HUMANIZACIÓN CON VOZ PROPIA: 257 PERSONAS CONSTRUYENDO UNA ATENCIÓN MÁS HUMANA”	56
19	TALLER “JUNTOS CUIDAMOS”, UNA ESCUELA PARA LOS FAMILIARES DE NUESTROS PACIENTES DE UCI	58
22	LAS ARTES EN SALUD CON LA HUMANIZACIÓN EN SALUD	60
23	MOSTRADOR Nº1: TRANSFORMANDO LA ORGANIZACIÓN HACIA UNA ATENCIÓN HUMANIZADA	62
25	“PLANIFICAR ES CUIDARSE: VOLUNTADES ANTICIPADAS EN SALUD MENTAL”	63
26	ESCUELA DE FAMILIAS EN UCI “CUÍDALO, APRENDIENDO JUNTOS”. ¿CUMPLE LAS EXPECTATIVAS PROYECTADAS?	65
27	ENFERMERÍA PENITENCIARIA EN SALUD MENTAL: INTERVENCIONES HUMANIZADAS PARA LA PREVENCIÓN DEL SUICIDIO.	67
28	CUIDARNOS PARA CUIDAR: EL PROYECTO NUS COMO MOTOR DE HUMANIZACIÓN EN EL ENTORNO LABORAL	69
29	PROMOVIENDO LA HUMANIZACIÓN DE LOS CUIDADOS EN SALUD MENTAL EN LA RED SALUD MENTAL DE BIZKAIA MEDIANTE MODELOS COLABORATIVOS DERIVADOS DE LA IMPLANTACIÓN DE GUÍAS BPSO®	71
30	IMPACTO DE LA GESTIÓN INDIVIDUALIZADA EN LA MEJORA DE LA EXPERIENCIA DEL PACIENTE Y LA REDUCCIÓN DE NO ASISTENCIAS EN PRUEBAS COMPLEMENTARIAS	73
31	IMPACTO DE UN PROGRAMA DE PRESCRIPCIÓN DE NATURALEZA EN EL BIENESTAR FÍSICO Y EMOCIONAL EN ATENCIÓN INTERMEDIA.	75
32	EL “BALCÓN DE LA ESPERANZA”: INNOVACIÓN ARQUITECTÓNICA PARA LA HUMANIZACIÓN EN CUIDADOS INTENSIVOS	77

33	INFORMAR TAMBIÉN ES HUMANIZAR: EXPERIENCIA CON LA PRIMERA ESCUELA DE PACIENTES EN ONCOLOGÍA RADIOTERÁPICA	78
35	MÚSICA Y SALUD: UN ENFOQUE COLABORATIVO PARA EL BIENESTAR INTEGRAL	79
36	TRIPLE LÍNEA DE ACCIÓN EN EL ABORDAJE DE LA AGRESIÓN SEXUAL A PERSONAS VULNERABLES EN HOSPITALES DE SALUD MENTAL: PREVENCIÓN, DETECCIÓN Y ACTUACIÓN	81
37	HUMANIZAR EL QUIRÓFANO: UNA MEDIA MARATÓN HACIA EL CUIDADO COMPASIVO. EXPERIENCIA ENFERMERA Y DAFO	83
38	NECESIDADES EMOCIONALES EN PERSONAS CON ENFERMEDADES CRÓNICAS COMPLEJAS: RESULTADOS PRELIMINARES DE UN ESTUDIO MIXTO CON METODOLOGÍA CUALITATIVA Y CUANTITATIVA	85
40	DISEÑO Y VALIDACIÓN INICIAL DE UN INSTRUMENTO DE COMPETENCIAS EN HUMANIZACIÓN EN SALUD	86
41	HERRAMIENTAS Y ESTRATEGIAS PARA UNA SALUD INCLUSIVA: GUÍA VISUAL DE ASISTENCIA SANITARIA	88
45	PROTOCOLO DE DESCANSO NOCTURNO PARA PACIENTES Y FAMILIARES EN UCIP.	90
47	LA FLAMA DEL PARC. CUANDO LA CULTURA ENCIENDE VÍNCULOS Y HUMANIZA EL CUIDADO	92
48	HUMANIZAR LA GESTIÓN: CULTURA DEL DIÁLOGO Y COHESIÓN DE EQUIPOS CON PONTS	94
49	HUMANIZACIÓN DE LOS ESPACIOS Y DE LA ATENCIÓN SANITARIA PEDIÁTRICA UTILIZANDO LAS NUEVAS TECNOLOGÍAS.	96
50	PROGRAMA MASKHOSPITAL	97
52	UNA UCI QUE ESCUCHA: PROPUESTA DE INTERVENCIÓN PARA HUMANIZAR LA NEURODIVERGENCIA	99
53	HUMANIZACIÓN Y REDISEÑO DEL PROCESO ASISTENCIAL EN FIBROMIALGIA: INTEGRACIÓN DE EXPERIENCIA DEL PACIENTE Y HERRAMIENTAS DIGITALES	101
54	FORMAR EN HUMANIZACIÓN: PLANTANDO LA SEMILLA.	103
55	ARTE Y SALUD EN UN HOSPITAL PÚBLICO: DE LA INICIATIVA INDIVIDUAL, AL PROYECTO INSTITUCIONAL	104
56	LA ESENCIA DEL CUIDADO: HUMANIZACIÓN EN CUIDADOS CRÍTICOS DESDE LA MIRADA DEL TCAE	106
57	LA FARMACIA HOSPITALARIA: HUMANIZANDO EL PROCESO DE DISPENSACIÓN A PACIENTES EXTERNOS	108
58	NO TE VAYAS CON DUDAS: HUMANIZAR EL ALTA HOSPITALARIA	110
59	ACOMPañAR PARA DAR SENTIDO: EL IMPACTO HUMANO DEL VOLUNTARIADO EN ONCOLOGÍA	111
61	KIT DE BIENVENIDA EN UCIP PARA PACIENTES MAYORES DE 12 AÑOS: HUMANIZACIÓN BASADA EN LA VOZ DEL ADOLESCENTE	113
62	HUMANIZAR DESDE EL ARTE Y EL BIENESTAR: UNA EXPERIENCIA COMUNITARIA EN REHABILITACIÓN	115
63	CALISEP: ¿PODEMOS MEJORAR LA CALIDAD DE VIDA TRAS LA SEPSIS?	117
65	ESCUELA DE PACIENTES ONCOLÓGICOS: “APRENDIENDO A VIVIR CON LA ENFERMEDAD”.	119
66	USO DE DIARIOS DE UCI EN UNA UNIDAD DE CUIDADOS INTENSIVOS PEDIÁTRICOS	120
67	PASEOS TERAPÉUTICOS EN UCIP: PERCEPCIÓN DEL EQUIPO SANITARIO COMO CLAVE PARA LA HUMANIZACIÓN ASISTENCIAL	123
68	EXPERIENCIA DEL PACIENTE Y HUMANIZACIÓN EN LAS URGENCIAS HOSPITALARIAS. VALIDACIÓN TRANSCULTURAL DEL CUESTIONARIO ED-PREM. FASE DE PILOTAJE	125

69	CUANDO LA MEDICINA SE CONVIERTE EN RELATO: HUMANIZACIÓN Y MEMORIA EN EL CERTAMEN DR. GUERRERO PABÓN	127
70	TRANSFORMAR EL RECUERDO, DISMINUIR EL MIEDO: EL PAPEL DE LA SEDACIÓN EN LA EXPERIENCIA FUTURA DEL PACIENTE	129
71	LA PARADOJA DEL BIENESTAR EN LAS PERSONAS CON ELA: UN ESTUDIO CUALITATIVO SOBRE LOS PROCESOS PSICOLÓGICOS EN LA ADAPTACIÓN A LA ENFERMEDAD	130
72	ADECUACIÓN DE LA SALA DE INFORMACIÓN DE URGENCIAS EN UN ESPACIO HUMANIZADO	132
73	HUMANIZAR LAS URGENCIAS: BENEFICIOS PERCIBIDOS DEL ACOMPAÑAMIENTO CONTINUO DESDE LA PERSPECTIVA DE PACIENTES Y ACOMPAÑANTES.	134
74	HUMANIZAR DONDE MÁS CUESTA: IMPLEMENTACIÓN PILOTO Y RESULTADOS PRELIMINARES EN SALUD MENTAL PENITENCIARIA	135
75	VITALBIKES: HUMANIZANDO LA SALUD MENTAL COMUNITARIA SOBRE DOS RUEDAS	138
76	CUIDANDO A LA FAMILIA: MÚSICA Y MUSICOTERAPIA COMO ESTRATEGIA DE HUMANIZACIÓN EN LA UCI	140
77	MICROCREDENCIAL UNIVERSITARIA "HUMANIZAR LA ATENCIÓN DE LA SALUD"	141
78	CERTIFICADO HUMAN-AA	143
79	"HUMANIZANDO EL ACCESO A LA SALUD MENTAL DE ESTUDIANTES UNIVERSITARIOS: BARRERAS EN LA BÚSQUEDA DE AYUDA"	144
80	HUMANIZACIÓN EN EL ENTORNO HOSPITALARIO: IMPLEMENTACIÓN DE INICIATIVAS CENTRADAS EN PACIENTES, FAMILIAS Y PROFESIONALES	146
81	FORMANDO ENFERMERAS DEL FUTURO: DE LA ACOGIDA A LA PRÁCTICA HUMANIZADA EN UCI. MÁS ALLÁ DE LA TÉCNICA: EVOLUCIÓN DE UNA GUÍA DE ACOGIDA PARA PROFESIONALES DE ENFERMERÍA EN UCI	148
82	ENFERMERA DE SALUD MENTAL: PILAR DE HUMANIZACIÓN EN EL DEBUT Y CRONICIDAD DE LA DIABETES	150
83	INCORPORACIÓN DEL DISEÑO BIOFÍLICO EN SALAS DE QUIMIOTERAPIA	152
84	HUMANIZAR DESDE DENTRO: SISTEMAS DE MEDIACIÓN COMO EJE DE TRANSFORMACIÓN Y CONCIENCIA DEL CONFLICTO Y SUS RELACIONES	154
85	PREVALENCIA DE ESTEREOTIPOS EDADISTAS EN ESTUDIANTES DE PRIMERO DE MEDICINA	156
87	CARE UP, LA APP QUE MOTIVA Y CUIDA A LAS ENFERMERAS	157
88	HOSPITAL PET FRIENDLY - INTEGRACIÓN DE INTERVENCIONES ASISTIDAS CON ANIMALES Y ACOMPAÑAMIENTO DE MASCOTAS EN LA HUMANIZACIÓN HOSPITALARIA	159
89	LA VOZ DEL PACIENTE: PERCEPCIÓN DE LOS PACIENTES HOSPITALIZADOS PREVIA A LA IMPLANTACIÓN DEL DECÁLOGO DEL PACIENTE HOSPITALIZADO EN EL HSJDA	161
90	¡RANDY RASS! LA MASCOTA QUE ACOMPAÑA A LOS NIÑOS DURANTE SU INGRESO HOSPITALARIO A TRAVÉS DE UN CUENTO	163
91	ELABORACIÓN DE UN ÍNDICE DE ACOMPAÑAMIENTO SOCIOEMOCIONAL PARA EL PACIENTE ONCOLÓGICO: HERRAMIENTA COR(E)	164
92	PROPUESTA FORMATIVA EN HUMANIZACIÓN SANITARIA APLICADA A PERSONAL DE SALUD PÚBLICA EN CHILE.	165
93	TRANSFORMANDO LA CULTURA DE TRANSMISIÓN DE INFORMACIÓN EN LA UCI MEDIANTE LA IMPLEMENTACIÓN DE UN MODELO DE COMUNICACIÓN CLÍNICA COMO EJE DE HUMANIZACIÓN Y SEGURIDAD DE PACIENTE	168



94	IMPACTO SOBRE LA CALIDAD DE VIDA A LOS TRES MESES DE INGRESO EN UN SERVICIO DE MEDICINA INTENSIVA	170
96	FACTORES PSICOSOCIALES Y ORGANIZATIVOS ASOCIADOS AL BIENESTAR EMOCIONAL DE LAS ENFERMERAS EN LAS UNIDADES DE CUIDADOS INTENSIVOS: UNA REVISIÓN NARRATIVA	171
98	PUERTAS ABIERTAS NOCTURNAS EN LA UNIDAD NEONATAL: IMPACTO EN LA ORGANIZACIÓN, EL ESTRÉS PROFESIONAL Y EL CUIDADO DEL RECIÉN NACIDO.	173
99	HUMANIZACIÓN DE LA ATENCIÓN EN EL CLIMATERIO MEDIANTE EDUCACIÓN PARA LA SALUD	176
101	SUFRIMIENTO NO VISIBLE EN EL TRASPLANTE RENAL: UNA MIRADA DESDE LA HUMANIZACIÓN DEL CUIDADO	178
102	ESPACIOS QUE CUIDAN: TRANSFORMANDO LAS INFRAESTRUCTURAS ASISTENCIALES MEDIANTE INTERVENCIONES DE ALTO IMPACTO Y BAJO COSTE EN REHABILITACIÓN	180

* **Premiada como Mejor Póster**

01

COMUNICACIÓN SIN BARRERAS: IMPLEMENTACIÓN DE PICTOGRAMAS EN LA ATENCIÓN SANITARIA DE PERSONAS CON DÉFICIT COGNITIVO

María Estrella López-Pardo Pardo; Laura Almeida López; Berta Blanco; Silvia López Díaz-Robles; Emma Cuesta; Ana Carracedo García

estrella.lopez.pardo@sergas.es

1. INTRODUCCIÓN La accesibilidad en atención sanitaria no debe limitarse únicamente a la eliminación de barreras físicas, sino que debe incorporar como esencial la accesibilidad cognitiva y comunicativa. Esta dimensión es especialmente relevante para personas con deterioro cognitivo, pues influye directamente en su seguridad, autonomía, bienestar emocional y capacidad para participar activamente en su propio cuidado. Las dificultades en la comprensión, memoria, atención o expresión del lenguaje pueden provocar errores en la medicación, incumplimiento de tratamientos, malentendidos clínicos, ansiedad y desconfianza hacia el sistema sanitario.

Diversas barreras dificultan una comunicación eficaz, como el uso de lenguaje técnico o complejo por los profesionales, la ausencia de apoyos visuales, la falta de tiempo en consulta y entornos sanitarios poco adaptados, ruidosos o confusos. Estas limitaciones no solo afectan a los pacientes, sino también a cuidadores y profesionales, aumentando el riesgo de complicaciones.

La accesibilidad cognitiva, a través de estrategias como el uso de lenguaje claro, pictogramas, apoyos visuales, planificadores y herramientas de comunicación aumentativa, facilita la comprensión de la información, fomenta la participación activa del paciente y refuerza la relación de confianza con los profesionales. Además, mejora la eficiencia, reduce errores y promueve una atención más humana, inclusiva y centrada en la persona.

2. OBJETIVOS (General y Específicos) Objetivo general: mejorar la comunicación entre profesionales sanitarios, pacientes con deterioro cognitivo y sus familiares mediante herramientas visuales que faciliten la planificación, la comprensión, la expresión de necesidades y la participación activa en los procesos de atención sanitaria.

Objetivos específicos: desarrollar materiales visuales adaptados; capacitar a profesionales y familiares en el uso de pictogramas y planificadores; facilitar la comprensión de rutinas y procedimientos diarios; promover la autonomía y reducir la ansiedad del paciente; y evaluar la eficacia de estas herramientas en la comunicación y satisfacción de pacientes, profesionales y familiares.

3. METODOLOGÍA La evaluación inicial de accesibilidad cognitiva permitió identificar barreras de comunicación y adaptar las intervenciones a las necesidades de cada paciente. Se realizó en la unidad de hospitalización pediátrica, centrada en niños con TEA, y en el Servicio de Urgencias con pacientes pediátricos y adultos con deterioro cognitivo. Se analizaron la comprensión, expresión, participación, orientación y respuesta a apoyos visuales. Los datos sirvieron para priorizar áreas de

intervención y diseñar estrategias personalizadas con pictogramas ARASAAC y planificadores visuales. Participó un equipo interdisciplinar del Área Sanitaria de Ferrol, integrado por profesionales sanitarios, educativos y sociales.

4. RESULTADOS Pictosalud es una herramienta de comunicación accesible orientada a mejorar la interacción entre pacientes con deterioro cognitivo, sus familias y los profesionales sanitarios mediante pictogramas ARASAAC y planificadores visuales. Su objetivo es facilitar la comprensión, la expresión de necesidades y la participación activa del paciente, promoviendo una atención más segura, personalizada y centrada en la persona.

El sistema incluye pictogramas de síntomas, emociones, actividades y procedimientos; fichas visuales explicativas de pruebas y tratamientos; planificadores diarios organizados en mañana, tarde y noche; y registros de seguimiento que permiten adaptar la comunicación a cada paciente. Sus funcionalidades abarcan la comunicación aumentativa, la anticipación de rutinas, la reducción de la ansiedad y la mejora de la autonomía, siendo adaptable a diferentes edades, grados de deterioro cognitivo y contextos.

Pictosalud se implementa en hospitalización infantil, urgencias, domicilio y entornos educativos, con la colaboración activa de profesionales sanitarios, familias, educadores y pacientes. La evaluación se realiza mediante pruebas piloto, observación directa y cuestionarios, utilizando indicadores de comprensión, participación y reducción de incidencias. Los resultados preliminares muestran una mejor comprensión, mayor autonomía del paciente y una valoración positiva por parte de profesionales y familiares, evidenciando su utilidad y potencial de mejora continua.

5. CONCLUSIONES Pictosalud es una herramienta de comunicación aumentativa que emplea pictogramas ARASAAC y planificadores para mejorar la interacción entre pacientes con deterioro cognitivo, familias y profesionales sanitarios. Facilita la comprensión de rutinas, reduce la ansiedad y promueve la autonomía del paciente, mejorando la seguridad y eficiencia de la atención. Los resultados piloto evidencian menor carga laboral y mayor calidad asistencial. Su futuro contempla personalización tecnológica mediante IA, formación continua y expansión a entornos educativos y domiciliarios. Pictosalud representa un modelo replicable que garantiza accesibilidad cognitiva y humanización en el cuidado sanitario.

6. BIBLIOGRAFÍA

Autismo España. (2024). El alumnado con autismo continúa entre los más vulnerables en el sistema educativo español. <https://autismo.org.es/actualidad/noticias/alumnado-autismo-curso-2022-2023/>

Ministerio de Sanidad. (2023). Plan integral de Alzheimer y otras demencias (2019-2023). https://www.sanidad.gob.es/profesionales/saludPublica/docs/Plan_Integral_Alzheimer_Octubre_2019.pdf

Plena Inclusión España. (2023). ¿Cuántas personas con discapacidad intelectual hay? <https://www.plenainclusion.org/discapacidad-intelectual/recurso/cuantas-personas-con-discapacidad-intelectual-hay/>

Mesa Delgado, T. (2025). "ComunicaTEA": Implementación de pictogramas en la consulta de enfermería de atención primaria para mejorar la comunicación en niños con Trastorno del Espectro Autista.

Tomalá Suárez, M. J. (2025). Autismo y comunicación no verbal. El papel de los pictogramas y herramientas visuales.

Infante-Sorrosal, L. M., Patlan-Pérez, J., & Martínez-Martínez, J. (2025). Efectividad de la comunicación usando pictogramas entre enfermería y pacientes críticos. Autor: Alejandro R. Creel, 13(2), 43-50.

Rossich-Verdés, R., Muyo-Hernandez, P., Cabanillas-Montferrer, T., & Rodríguez-Román, B. (2025). La comunicación como derecho: Estado actual de la comunicación aumentativa en la atención sanitaria. Atención Primaria, 57(11), 103310.



Pérez Socas, A. (2025). Empleo de pictogramas en el trastorno espectro autista. Intervención educativa para enfermeras pediátricas de atención primaria.

ARASAAC. (s.f.-b). Proceso de pictogramas para pacientes con trastornos del desarrollo, deprivación sensorial o dificultad de la lengua en urgencias, consultas o planta de hospitalización. Gobierno de Aragón. <https://www.arasaac.org>

Centro de Referencia Estatal de Autonomía Personal y Ayudas Técnicas (CEAPAT). (s.f.). Cuaderno de apoyo a la comunicación con el paciente. IMSERSO. <https://www.ceapat.es>

Desarrollo y evaluación de pictogramas para mejorar la adherencia al tratamiento en pacientes con diabetes tipo 2 e hipertensión arterial. (s.f.).

Pictogramas "LENGUAJE" para pacientes intubados en UCI. (s.f.).

03

URGENCIAS: HUMANIZAR, TAN SENCILLO COMO OBSERVAR. IMPACTO DE LA ADECUACIÓN DEL ENTORNO EN EL PACIENTE FRÁGIL.

Lorena Cuevas Simón; Clara Romero Rascón; Marta Berenguer Almudaina; Andrea Valdés Castiello; Antonia Villalba

lcuevas@cst.cat

1. INTRODUCCIÓN La saturación de las urgencias hospitalarias en España obliga a los pacientes geriátricos a permanecer en áreas de observación durante períodos prolongados, a menudo superiores a 24 horas, en entornos no adaptados. Esta situación compromete la autonomía, la intimidad y la seguridad del paciente frágil, incrementando el riesgo de desorientación y delirium. El proyecto "URGENCIAS: HUMANIZAR, TAN SENCILLO COMO OBSERVAR", enmarcado en el Plan de Humanización del Consorci Sanitari de Terrassa iniciado en 2020, aborda esta problemática de forma holística. El proyecto propone transformar el área de observación mediante la creación de microentornos terapéuticos que incluyen iluminación circadiana, elementos de orientación temporal y espacial (relojes, pizarras), y adecuación de zonas que preserven la dignidad. La iniciativa reconoce que la atención no debe limitarse a la consulta física, sino integrar todas las dimensiones de la persona para evitar el deterioro funcional asociado al ingreso. Ante un sistema tecnificado y burocratizado, este modelo prioriza la detección precoz de la vulnerabilidad y la adecuación del entorno como factores críticos para la seguridad y el bienestar emocional tanto del paciente como de su familia y del equipo multidisciplinar, devolviendo el valor a la observación y al acompañamiento humanizado.

2. OBJETIVOS (General y Específicos) General:

Evaluar el impacto de la adecuación ambiental y la humanización de los espacios de observación de urgencias en el bienestar del paciente frágil.

Específicos:

Reducir la incidencia de episodios de desorientación y delirium agudo mediante el uso de iluminación circadiana y herramientas de orientación.

Evaluar el grado de satisfacción de pacientes, familiares y profesionales con la creación de microentornos terapéuticos.

Analizar la efectividad de las medidas de apoyo a la autonomía (higiene, movilidad asistida y voluntariado) en el mantenimiento de las actividades de la vida diaria durante la espera de ingreso.

3. METODOLOGÍA Estudio descriptivo y prospectivo basado en la intervención ambiental realizada en el área de observación de urgencias del CST durante 2025. La muestra incluyó pacientes geriátricos con estancias superiores a 24 horas. La intervención consistió en la instalación de vinilos de entorno local, paneles de luz solar regulable, relojes de alta visibilidad y pizarras informativas en 5 boxes. Se evaluó la experiencia mediante encuestas estructuradas a 35 pacientes y sus acompañantes, analizando variables de confort, percepción de seguridad, desorientación y calidad del trato. El análisis estadístico se centró en la percepción del impacto directo de la infraestructura.

4. RESULTADOS Los resultados del informe técnico confirman el éxito rotundo del modelo. El 100% de los pacientes y familiares encuestados validaron positivamente la intervención, destacando el trato cercano y el respeto a la privacidad. Respecto a la desorientación y el delirium, el 97% de los acompañantes percibió una disminución significativa de la ansiedad y confusión del paciente atribuible al nuevo entorno. De igual forma, el 94,3% de los pacientes manifestó sentirse más orientado gracias al acondicionamiento visual del box (relojes y luz circadiana). La comodidad del mobiliario y la facilitación del acompañamiento constante fueron valorados positivamente por el 97,1% de los usuarios. Globalmente, el 97,1% de los participantes aseguró que el nuevo box mejoró sustancialmente su experiencia hospitalaria. Estos indicadores demuestran que la intervención no solo mejora el bienestar percibido, sino que actúa como una medida terapéutica eficaz contra el deterioro cognitivo agudo en urgencias. La iniciativa impacta potencialmente en unos 1.000 pacientes anuales, evidenciando que la adecuación de espacios es una estrategia de alta rentabilidad social y clínica que mejora las competencias profesionales y la seguridad del paciente, transformando una espera crítica en un proceso de cuidado digno.

5. CONCLUSIONES El proyecto demuestra que la humanización en urgencias, mediante cambios sencillos pero estratégicos en el entorno físico, es una herramienta potente para prevenir complicaciones geriátricas como el delirium. La creación de microentornos terapéuticos no solo garantiza la intimidad y la orientación del paciente frágil, sino que humaniza la labor asistencial y reduce la angustia familiar. La evidencia recogida subraya que humanizar es "tan sencillo como observar" las necesidades básicas del individuo, demostrando que la adecuación ambiental es una inversión imprescindible para garantizar una atención integral, segura y centrada en la persona.

6. BIBLIOGRAFÍA

- Ministerio de Sanidad. (2021). Plan de Humanización de la Asistencia Sanitaria: Estrategias para el abordaje de la cronicidad y la fragilidad. Gobierno de España.
- Pérez-Ardanaz, B., & García-Sánchez, M. (2023). El impacto del diseño arquitectónico en la percepción de seguridad del paciente geriátrico en servicios de urgencias: Una revisión sistemática. *Revista Española de Geriátrica y Gerontología*, 58(2), 112-120.
- Sánchez-Hernández, M. (2022). Humanización en el área de observación de urgencias: Un modelo de cuidados centrado en la persona. Editorial Ciencias Médicas.
- Abraha, I., Rimland, J. M., Trotta, F. M., Dell'Aquila, G., Cruz-Jentoft, A., Cherubini, A., & Guaita, A. (2020). Non-pharmacological interventions to prevent or treat delirium in older patients: An umbrella review of systematic reviews. *JACC: Clinical Reports*, 21(5), 556-568.
- López-García, J., & Martínez-Sanz, E. (2024). Iluminación circadiana en entornos hospitalarios: Reducción de la agitación y mejora de la orientación en pacientes con deterioro cognitivo. *Enfermería Clínica*, 34(1), 45-53.
- McDonagh, J. L., & Wright, R. K. (2021). Environmental interventions to prevent delirium in hospitalised older people: A systematic review. *Journal of Clinical Nursing*, 30(11-12), 1493-1510.
- Consorci Sanitari de Terrassa. (2020). Plan Estratégico de Humanización: Hacia un modelo asistencial basado en la observación y la dignidad. Documentación interna del CST.



- Morley, J. E., & Vellas, B. (2025). Prevention of functional decline in hospitalised older adults: The role of the emergency department environment. *The Lancet Healthy Longevity*, 6(1), e12-e21.
- Sanz-Rojo, S., & Valero-Canales, I. (2023). La importancia de la orientación espacial y temporal en el paciente frágil: Uso de pizarras y relojes de alta visibilidad en urgencias. *Gerokomos*, 34(2), 89-94.

O4

PRESCRIPCIÓN SOCIAL: UNA HERRAMIENTA DE HUMANIZACIÓN EN ATENCIÓN PRIMARIA

Ariadna Rando Segarra; Maria Jesus Marmol Cubillo; Hassan El Ghoulbzouri Ben Ali; Elisabeth Ledesma Peña

xusma18@gmail.com

1. INTRODUCCIÓN La prescripción social representa un cambio de paradigma en la atención sanitaria, situando a la persona en el centro del proceso terapéutico. Se define como un mecanismo colaborativo mediante el cual profesionales de la salud y pacientes identifican conjuntamente actividades comunitarias para mejorar la salud y el bienestar. Esta práctica ofrece alternativas a la medicalización de los malestares emocionales cotidianos, dirigiéndose especialmente a personas con limitado beneficio de la medicina tradicional que perciben falta de participación social, sentimiento de soledad o riesgo de aislamiento social.

2. OBJETIVOS (General y Específicos)

OBJETIVO PRINCIPAL

Educar sobre salud preventiva promoviendo la prescripción social como herramienta para mejorar el bienestar de la población.

OBJETIVOS ESPECÍFICOS

Conocer las necesidades y empoderar a las personas mediante estrategias de actividades para afrontar problemas de salud y desarrollar un espíritu crítico para una vida saludable.

Fomentar y transmitir hábitos saludables a la población; promover la participación comunitaria para evitar el aislamiento y la soledad.

Implementar la prescripción social como alternativa o complemento a la prescripción farmacológica, especialmente en casos de malestar emocional y problemas de salud mental; y disminuir la hiperfrecuentación en Atención Primaria.

3. METODOLOGÍA La implementación se fundamenta en un trabajo colaborativo intersectorial a través de un Grupo Motor integrado por el Equipo de Atención Primaria, Ayuntamiento, Agencia de Salud Pública y otros agentes y se articula mediante cinco estrategias clave que capacitan a las personas para aumentar el control sobre su salud y mejorar su bienestar: refuerzo de la acción comunitaria, reorientación de los servicios de salud, desarrollo de actividades y recursos personales, creación de entornos favorecedores de salud, y desarrollo de políticas sanitarias.

El proceso se desarrolla mediante un circuito que conecta: personas con necesidades, EAP, Facilitador y Recursos de la comunidad.

4. RESULTADOS PROCEDIMIENTO TÉCNICO

La implementación práctica se realiza mediante el módulo de prescripción social integrado en e-CAP, que permite realizar el Test de Bienestar Emocional y de Soporte Social, buscar y filtrar actividades por temas de interés, población y franja de edad, seleccionar conjuntamente la actividad con el/la paciente, imprimir los datos de la actividad, emitir la hoja de Prescripción Social para entregar al paciente, y establecer el seguimiento correspondiente.

5. CONCLUSIONES La prescripción social representa una práctica profundamente humanizadora que reconoce a la persona como agente activo de su propia salud, valora el contexto social y comunitario como determinante de salud, ofrece alternativas no medicalizadoras centradas en las necesidades reales, fomenta el empoderamiento y la autonomía personal, fortalece el tejido comunitario y reduce el aislamiento social, y redefine el rol del profesional sanitario como facilitador y acompañante.

Esta experiencia demuestra que es posible integrar la humanización en la práctica clínica cotidiana mediante herramientas sistemáticas que sitúan el bienestar integral de la persona en el centro de la atención sanitaria

6. BIBLIOGRAFÍA

1. Pola-García M, Domínguez García M, Gasch-Gallén Á, Lou Alcaine ML, Enríquez Martín N, Benedé Azagra CB. Implementación de un protocolo de recomendación formal de activos para la salud en los equipos de atención primaria aragoneses. *Aten Primaria*. 2022.
2. Gené-Badia J, Ruiz-Sánchez M, Obiols-Masó N, Oliveras Puig L, Lagarda Jiménez E. Aislamiento social y soledad: ¿qué podemos hacer los equipos de atención primaria? *Aten Primaria*. 2016.
3. Dandicourt Thomas C, Rodríguez Fajardo Y. Prescripción social. Propuesta de función para el profesional de enfermería comunitaria. *Investigación e Innovación: Revista Científica de Enfermería*. 2023.
4. Alonso MF, Ramírez F, Misol RC, Bentata LC, Campayo JG, Franco CM, et al. Programa de prevención en salud mental en atención primaria. 2007.
5. Fernández R, Muñoz B, Rodríguez SF, Alba R. Promoción de la salud basada en la evidencia: ¿realmente funcionan los programas de salud comunitarios? 2005.

06

LA ESCUCHA ACTIVA COMO HERRAMIENTA TERAPÉUTICA EN TIEMPOS DE DIGITALIZACIÓN

Carme Llorens Concustell; Maria Jesus Marmol cubillo; Alfons Perez; Toni Quesada;
Laia Garros

xusma18@gmail.com

1. INTRODUCCIÓN La Atención Primaria (AP) es el nivel inicial de asistencia sanitaria, proporcionando el primer contacto con el paciente y una puerta de entrada al sistema de salud. Es el lugar donde se construye la relación con las personas, siendo este vínculo uno de los pilares fundamentales de la práctica enfermera.

La incorporación de la tecnología ha mejorado significativamente la gestión y el seguimiento clínico de los pacientes. Los registros electrónicos de salud, los protocolos digitalizados y las herramientas de monitorización han optimizado muchos aspectos de la atención sanitaria. Sin embargo, un uso intensivo de estas tecnologías puede interferir en la relación profesional-paciente si no se integra de forma consciente y humanizada.

40

En el contexto actual de la AP, las consultas se han vuelto más cortas, con un aumento de pacientes y una disminución del tiempo disponible para cada uno de ellos. Esta situación genera una sobrecarga para los profesionales sanitarios y puede contribuir a una sensación de prisa que compromete la percepción del paciente de ser escuchado y comprendido. Como enfermera de AP con larga trayectoria profesional, he experimentado en primera persona este desafío: adaptarme a los cambios tecnológicos mientras mantengo la esencia humanizada de los cuidados enfermeros.

2. OBJETIVOS (General y Específicos) El objetivo principal de este trabajo es reflexionar, desde la experiencia personal como enfermera de Atención Primaria, sobre el impacto del uso de la tecnología en la consulta y la importancia de la escucha activa como herramienta terapéutica fundamental.

Como objetivos específicos se plantean:

- Analizar cómo la tecnología puede actuar como barrera en la comunicación profesional-paciente.
- Identificar los beneficios terapéuticos de la escucha activa en la práctica enfermera.
- Proponer estrategias para integrar la tecnología de manera humanizada en la consulta de AP.
- Visibilizar pequeños gestos que tienen un gran impacto en la calidad asistencial.

3. METODOLOGÍA Este trabajo se basa en una metodología de reflexión sobre la experiencia profesional, enmarcada dentro del paradigma cualitativo de investigación en enfermería. Se trata de una narrativa reflexiva que analiza la vivencia personal como enfermera de Atención Primaria en el contexto del uso creciente de la tecnología en la práctica clínica.

El contexto de análisis es la consulta de enfermería en un Centro de Atención Primaria, donde atiende a pacientes de forma continuada. La relación terapéutica que establece en este nivel asistencial característico por su longitudinalidad y su capacidad para acompañar a personas en procesos de salud y enfermedad.

4. RESULTADOS En el día a día de la consulta, la tecnología se ha vuelto imprescindible: los registros electrónicos de salud, los protocolos clínicos digitalizados, las pantallas donde se visualiza la información del paciente... Sin embargo, he experimentado en múltiples ocasiones la sensación de que, mientras miro el ordenador para introducir datos o consultar información, se debilita el vínculo con el paciente. La mirada se desvía de la persona hacia la pantalla, y con ella, se puede perder parte de la conexión terapéutica.

Como profesional con larga trayectoria, he tenido que realizar un gran esfuerzo para adaptarme a estos cambios tecnológicos. Este proceso de adaptación ha generado en mí sentimientos de duda e incertidumbre: ¿realmente el paciente se siente comprendido y escuchado cuando dedico parte del tiempo de consulta a tareas administrativas en el ordenador? ¿Estoy perdiendo información valiosa por no mantener el contacto visual? ¿Cómo puedo equilibrar la necesidad de registrar adecuadamente la información con la necesidad humana de ser escuchado?

5. CONCLUSIONES A partir de esta reflexión sobre la experiencia profesional en Atención Primaria, se pueden extraer las siguientes conclusiones:

- La humanización de la AP es plenamente compatible con el uso de la tecnología. No se trata de rechazar los avances tecnológicos, sino de integrarlos de manera consciente y al servicio de la persona, no en su detrimento.

- Humanizar la AP implica recordar constantemente que detrás de cada historia clínica digital hay una persona. Los datos en pantalla representan vidas, experiencias, miedos y esperanzas que merecen ser atendidos con la misma dignidad y respeto que siempre caracterizó a la enfermería.

6. BIBLIOGRAFÍA

- Benner, P., & Wrubel, J. (1989). *The primacy of caring: Stress and coping in health and illness*. Addison-Wesley.
- Borrell i Carrió, F. (2004). *Entrevista clínica: Manual de estrategias prácticas*. semFYC.
- Boykin, A., & Schoenhofer, S. O. (2001). *Nursing as caring: A model for transforming practice*. Jones & Bartlett Learning.
- Collière, M. F. (1993). *Promover la vida*. Interamericana McGraw-Hill.
- Consejo Internacional de Enfermeras. (2021). *Código deontológico del CIE para la profesión de enfermería*. CIE.
- García Campayo, J., & Demarzo, M. (2015). *Mindfulness y compasión: La nueva revolución*. Siglantana.
- Henderson, V. (1966). *The nature of nursing: A definition and its implications for practice, research, and education*. Macmillan.
- Leininger, M. M. (1991). *Culture care diversity and universality: A theory of nursing*. National League for Nursing Press.
- Morse, J. M., Bottorff, J., Anderson, G., O'Brien, B., & Solberg, S. (2006). Beyond empathy: Expanding expressions of caring. *Journal of Advanced Nursing*, 53(1), 75-87.
- Nightingale, F. (1859/1990). *Notas sobre enfermería: Qué es y qué no es*. Masson-Salvat Enfermería.
- Organización Mundial de la Salud. (1978). *Declaración de Alma-Ata: Conferencia Internacional sobre Atención Primaria de Salud*. OMS.
- Peplau, H. E. (1952). *Interpersonal relations in nursing*. G.P. Putnam's Sons.
- Rogers, C. R. (1961). *El proceso de convertirse en persona*. Paidós.
- Swanson, K. M. (1991). Empirical development of a middle range theory of caring. *Nursing Research*, 40(3), 161-166.
- Travelbee, J. (1966). *Interpersonal aspects of nursing*. F. A. Davis Company.
- Watson, J. (2008). *Nursing: The philosophy and science of caring (revised edition)*. University Press of Colorado.

08

CUANDO EL CUERPO HABLA: UNA MIRADA ENFERMERA DESDE LA HUMANIZACIÓN DEL CUIDADO EN ATENCIÓN PRIMARIA

Laia Garrós de la Rosa; Xus Marmol Cubillo; Toni Quesada; Carme Llorens

laiagarros1@gmail.com

1. INTRODUCCIÓN La Atención Primaria es, para muchas personas, el primer lugar al que acuden cuando algo no va bien, aunque no siempre sepan expresar qué les ocurre. En la consulta de enfermería es habitual atender a pacientes que refieren dolor, cansancio, insomnio, malestar general, u otros síntomas físicos persistentes sin una causa clínica clara. Desde la experiencia diaria, estas manifestaciones suelen estar relacionadas con situaciones de estrés, sobrecarga emocional, soledad o dificultades vitales que no siempre se expresan con palabras.

42

Vivimos en un contexto social en el que el sufrimiento emocional tiene poco espacio y en el que se tiende a buscar respuestas rápidas a través de pruebas o tratamientos farmacológicos. Sin embargo, muchas personas no necesitan más medicación, sino ser escuchadas, comprendidas y acompañadas. En muchos casos, el cuerpo se convierte en la forma que tiene la persona de pedir ayuda.

Los profesionales de Atención Primaria, por cercanía, continuidad y relación de confianza con la población, ocupamos una posición privilegiada para detectar este malestar no verbalizado, darle significado. Abordarlo desde una mirada humanizada permite ofrecer cuidados más integrales y, en muchas ocasiones, evitamos la medicalización innecesaria y ofreceremos cuidados más ajustados a las necesidades reales de la persona.

2. OBJETIVOS (General y Específicos) Objetivo general: Reflexionar, desde la experiencia personal como enfermera de Atención Primaria, sobre el papel de enfermería en la detección del malestar emocional expresado a través del cuerpo en la consulta.

Objetivos específicos:

- Identificar síntomas físicos frecuentes asociados a malestar emocional no verbalizado.
- Describir la intervención enfermera basada en la cercanía y la humanización.
- Analizar cómo este abordaje puede contribuir a evitar la medicalización innecesaria.

3. METODOLOGÍA Proyecto de observación, reflexión y experiencia personal basado en la práctica clínica cotidiana de una enfermera de Atención Primaria. A partir de la observación continuada de consultas, se identificaron situaciones en las que los síntomas físicos no se corresponden con hallazgos clínicos concluyentes y se relacionaban con contextos de malestar emocional. La reflexión se apoyó en experiencias asistenciales significativas, analizando la intervención enfermera desde una perspectiva de humanización, cercanía y acompañamiento, respetando en todo momento la confidencialidad y el anonimato de las personas atendidas.

4. RESULTADOS En la práctica clínica diaria se observa que una parte significativa de las consultas de enfermería incluyen síntomas físicos persistentes como dolor musculoesquelético difuso, cansancio mantenido, cefaleas, alteraciones del sueño o molestias gastrointestinales. Estas situaciones se presentan con mayor frecuencia en personas cuidadoras, pacientes con elevada carga familiar y personas mayores en situación de soledad.

La intervención enfermera basada en la cercanía, la escucha activa y la validación del malestar permite comprender el síntoma dentro del contexto vital de la persona. Explicar la posible relación entre cuerpo y emoción, normalizar el sufrimiento y ofrecer un espacio de confianza genera, en muchos casos, una disminución de la ansiedad y una mayor sensación de comprensión.

Este abordaje facilita evitar la búsqueda inmediata de soluciones farmacológicas, priorizando alternativas como el acompañamiento, la educación para la salud y el refuerzo de recursos personales. Además, se fortalece el vínculo terapéutico, aumentando la confianza y favoreciendo una relación más humana entre la enfermera y la persona atendida.

5. CONCLUSIONES Muchos síntomas físicos atendidos en Atención Primaria son una expresión de malestar emocional no verbalizado. Desde la experiencia enfermera, abordarlos desde la humanización y la cercanía permite ofrecer cuidados más integrales y, en numerosos casos, evitar la medicalización innecesaria. Validar el sufrimiento, aunque no exista un diagnóstico clínico claro, constituye en sí mismo una

intervención terapéutica. Poner en valor esta mirada enfermera contribuye a situar a la persona en el centro del cuidado y a reforzar el papel de la enfermería como elemento clave en una atención sanitaria más humana y consciente.

6. BIBLIOGRAFÍA

- Morse, J. M., & Field, P. A. (1995). *Qualitative research methods for health professionals*. Sage Publications.
- Benner, P. (2001). *From Novice to Expert: Excellence and Power in Clinical Nursing Practice*. Prentice-Hall.
- Halldórsdóttir, S., & Karlsdóttir, S. I. (2011). The Distinct Nature of Nursing as Caring: A Meta-Theoretical Overview and Comparison. *Scandinavian Journal of Caring Sciences*, 25(4), 806–818.
- Todres, L., Galvin, K., & Holloway, I. (2009). The Humanization of Healthcare: A Value Framework for Qualitative Research. *International Journal of Qualitative Studies on Health and Well-being*, 4(2), 68–77.

09

PERCEPCIONES DE LOS PROFESIONALES EN ENFERMERÍA Y FAMILIAS RESPECTO DE LA POLÍTICA DE VISITAS DENTRO DE LA UNIDAD DE CUIDADOS INTENSIVOS

Ana María Bejarano; Ana Delia Rougier

bejarano.ana@uader.edu.ar

1. INTRODUCCIÓN El ingreso en la UCI genera una carga emocional significativa para el paciente y su familia. Históricamente, las visitas han sido restringidas para mantener el control clínico y reducir riesgos nosocomiales; sin embargo, la evidencia reciente vincula horarios de visita no restringidos con menor incidencia de complicaciones cardiocirculatorias y menor ansiedad (Hunter et al., 2016). A pesar de ello, la implementación de políticas de puertas abiertas sigue limitada. La aceptación de estas políticas depende de las percepciones de los actores clave, entendidas como procesos subjetivos influidos por conocimientos, necesidades, intereses y emociones, cruciales para medir la humanización de la atención. Este estudio analizó, de forma sistémica y cuasi-cuantitativa, las percepciones de profesionales de enfermería y de familias respecto a la política de visitas en la UCI del Sanatorio La Entrerriana, Paraná, Entre Ríos, buscando contextualizar el fenómeno. Se empleó un diseño cuali-cuantitativo con cuestionario autoadministrado (22 ítems) validado por Kirchoff et al. (1993) y Simpson et al. (1996), complementado con datos sociodemográficos y sociolaborales para la interpretación. La doble contribución apunta a enriquecer la humanización en contextos críticos y a aportar insumos para la mejora de políticas de visitas y la calidad de la atención a nivel regional y nacional.

2. OBJETIVOS (General y Específicos) General

Conocer la percepción de las/os enfermeros/as y familias respecto a la política de visitas a la Unidad de Cuidados Intensivos (UCI) y su relación con factores sociolaborales y sociodemográficos durante el período junio a agosto de 2025.

Específicos

- Identificar las características sociodemográficas de la familia del paciente de la UCI
- Describir las características sociolaborales de las/os profesionales en enfermería
- Caracterizar percepciones de los enfermeros y de las familias acerca de la política de visitas según sus efectos sobre el paciente, sobre los familiares y sobre el propio personal de enfermería.

3. METODOLOGÍA Estudio descriptivo, con enfoque cuali-cuanti y diseño transversal. Recolección y análisis de datos para el estudio. Población: 18 enfermeras y 119 familiares de pacientes en la UCI del Sanatorio La Entrerriana, Paraná, 2025, muestreo intencional. Criterios de inclusión/exclusión: enfermería de planta; familiares de pacientes con ≥ 48 h en UCI; mayores de 18 años; excluir enfermeros eventuales y visitas iniciales. Instrumento: cuestionario semiestructurado basado en Kirchhoff et al. (1993) y Simpson (1996); 22 ítems para personal, 20 para familias; escala Likert de 4 puntos. Análisis: puntuaciones de acuerdo y promedios ponderados; consentimiento informado y confidencialidad. Con aprobación ética respectiva.

4. RESULTADOS Los resultados del análisis sobre las percepciones de familiares y enfermeros en la Unidad de Cuidados Intensivos (UCI) de una institución privada en Paraná, Entre Ríos, revelan puntos clave. Predomina la participación femenina entre los familiares, en su mayoría de 46 a 60 años, con un nivel educativo alto (64% terciario/universitario), sugiriendo buena comprensión de las indicaciones médicas. La presencia de familiares se considera esencial, con un 88% de acuerdo en que brinda apoyo emocional y reduce el aburrimiento y la ansiedad del paciente. La mayoría de los profesionales también reconoce beneficios, aunque algunos expresan preocupaciones sobre el impacto en la carga de trabajo. Además, el 66% de los familiares reside a menos de 10 km del sanatorio, facilitando su acceso. Las visitas de "puertas abiertas" son valoradas como un avance en humanización, contribuyendo a la recuperación del paciente y fortaleciendo la comunicación entre el equipo de salud y los familiares, aunque la gestión de esta flexibilidad debe ser cuidadosa para evitar conflictos en el entorno terapéutico. Las experiencias compartidas destacan un deseo por una mayor continuidad en la visita y una mejor comunicación sobre el estado del paciente y las políticas.

5. CONCLUSIONES La implementación de políticas de visita de "puertas abiertas" en las UCIs es fundamental para mejorar la atención centrada en el paciente y su familia. Las familias valoran positivamente esta flexibilización, reportando una reducción del estrés y un fortalecimiento del apoyo emocional, lo que contribuye a la recuperación del paciente. No obstante, el personal de enfermería expresa preocupaciones sobre el impacto en su carga laboral y su bienestar. Por lo tanto, es crucial que las instituciones de salud promuevan una cultura de cuidado humanizado, que combine la excelencia técnica con la empatía, y que se ajuste a las necesidades organizacionales.

6. BIBLIOGRAFÍA

Aguilar García, César Raúl, & Martínez Torres, Claudia. (2017). La realidad de la Unidad de Cuidados Intensivos. *Medicina crítica (Colegio Mexicano de Medicina Crítica)*, 31(3), 171-173. Recuperado en 23 de noviembre de 2025, de http://www.scielo.org.mx/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S2448-89092017000300171&lng=es&tlng=es.

Albornoz, E., Guzmán, M., Arteaga, Y., Ortega, N., Luna, H., Castillo, M., & Obando, F. (2022). Cuidados humanos como eje de la enfermería en la salud (1.ª ed., p. 269). Quito, Ecuador: Mawil Publicaciones de Ecuador.

Al Mutair, A., Plummer, V., Paul O'Brien, A., & Clerehan, R. (2014). Attitudes of healthcare providers towards family involvement and presence in adult critical care units in Saudi Arabia: A quantitative study. *Journal of Clinical Nursing*, 23(5-6), 744-755.

Álamo Urgelles, P., & Sánchez Garín, M. (2022). Los beneficios de integrar a la familia en la unidad de cuidados intensivos. *Revista Sanitaria de Investigación*, 3(1). <https://revistasanitariadeinvestigacion.com/los-beneficios-de-integrar-a-la-familia-en-la-unidad-de-cuidados-intensivos/>

Alonso-Rodríguez, A., Martínez-Villamea, S., Sánchez-Vallejo, A., Gallego-Lorenzo, J., & Fernández-Menéndez, M. (2020). Perspectivas de los profesionales de enfermería de cuidados intensivos sobre las visitas abiertas en una UCI. *Enfermería Intensiva*. <https://doi.org/10.1016/j.enfi.2020.02.005>



Ávila-González, M., Mora-Morales, D., Rivera-Rojas, F., & Ceballos-Vásquez, P. (2020). Aplicación de modelos y teorías en unidades de cuidados críticos: una revisión de la literatura. *Benessere. Revista De Enfermería*, 4(1). <https://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=8479908>

Baeza Gómez, I., & Quispe Hoxsas, L. C. (2020). Proyecto "Humanizando los Cuidados Intensivos", nuevo paradigma de orientación de los Cuidados Intensivos. *Revista de Bioética y Derecho*, (48), 111-126. http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1886-588720200001000008&lng=es&tlng=es.

Balón Lázaro, F. de L., Pincay Pinargote, J. A., & Alarcón Dalgo, C. M. de L. Á. (2024). Rol de la Enfermera en Cuidados Intensivos desde un Enfoque Humanizado. *Reincisol*, 3(6), 2015-2037. [https://doi.org/10.59282/reincisol.V3\(6\)2015-2037](https://doi.org/10.59282/reincisol.V3(6)2015-2037)

Bailey, R. L., Ramanan, M., Litton, E., Yan Kai, N. S., Coyer, F. M., Garrouste-Orgeas, M., Tabah, A., & Welcome ICU contributors. (2022). Percepciones del personal sobre las políticas de acceso y visitas familiares en las unidades de cuidados intensivos de Australia y Nueva Zelanda: La encuesta WELCOME-ICU. *Australian Critical Care*, 35(4), 383-390. <https://doi.org/10.1016/j.aucc.2021.06.014>

Bastable, S. (2020). Nurse as Educator. En *Principles of Teaching and Learning for Nursing Practice* (pág. 712). World Headquarters. Obtenido de https://swu.phinma.edu.ph/wp-content/uploads/2021/05/Nurse-as-Educator-Principles-of-Teaching-and-Learning-for-Nursing-Practice-by-Susan-B.-Bastable-z-lib.org_.pdf

Bello, N. A., & Torres, S. N. (2018). Percepción del familiar sobre el cuidado que brinda el personal de enfermería al paciente crítico en la unidad de terapia intensiva [Tesina de grado, Universidad Nacional de Cuyo]. Repositorio Digital de la Universidad Nacional de Cuyo. <https://bdigital.uncu.edu.ar/12771>

Benítez Pérez, M. E. (2017). La familia: Desde lo tradicional a lo discutible. *Revista Novedades en Población*, 13(26), 58-68. http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1817-40782017000200005&lng=es&tlng=es

Bernal-Ruiz, D., & Horta-Buitrago, S. (2014). Cuidado de enfermería para la familia del paciente crítico desde la teoría de la comprensión facilitada. *Enfermería universitaria*, 11(4), 154-163. Recuperado en 23 de noviembre de 2025, de http://www.scielo.org.mx/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1665-70632014000400006&lng=es&tlng=es.

Bonilla, A., Sánchez, M., Cabal, V., Vargas, L., Valle, R., Guarnizo, M., Antolínez, G. (2020). Características del modelo de prestación de servicios de enfermería. En *Modelo de prestación de servicios de enfermería centrados en la persona y su familia* (Primera ed., pág. 58). Bogotá, Colombia: Universidad El Bosque.

Brevis, I., & Silva, P. (2011). Creencias, sentimientos e incertidumbre frente a la enfermedad en familiares de pacientes ingresados a UCI. *Revista Chilena de Medicina Intensiva*, 26(1), 27-34. Recuperado de <http://www.medicina-intensiva.cl/revistaweb/revistas/indice/2011-1/5.pdf>

Candal, R. E., Kalakoti, P., Briones, B., et al. (2024). Healthcare Providers Preferences on Open versus Restricted Visiting Hours in Surgical Intensive Care Unit. *Cureus*, 16(9). <https://pmc.ncbi.nlm.nih.gov/articles/PMC11493465/>

Carmona, P. E. (2018). Unidad de cuidados intensivos de puertas abiertas [Trabajo Final Integrador de Especialización, Universidad Nacional de Córdoba]. Repositorio Institucional de la Universidad Nacional de Córdoba. <https://lildbi.fcm.unc.edu.ar/lildbi/tesis/carmona-patricia-delia.pdf>

Carreño Moreno, S. P., & Mayorga Álvarez, J. H. (2020). Estadística básica para la ciencia del cuidado humano. Universidad Nacional de Colombia.

Casabella García, C. A., Pálizas, F., Solano Rueda, C. A., Guantay, M. E., & Garay, C. D. (2020). Cambios en las visitas a cuidados intensivos durante la pandemia COVID-19. *Medicina (Buenos Aires)*, 80(Supl. 6), 119-120. https://www.scielo.org.ar/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0025-76802020001000119&lng=es&tlng=es

Cucchi, E. W., Kopec, S. E., & Lilly, C. M. (2022). COVID-19 and the Transformation of Intensive Care Unit Telemedicine. *Clinics in chest medicine*, 43(3), 529-538. <https://bit.ly/43V2Hlu>

Cullen, L., Titler, M., & Drahozal, R. (1999). Family and pet visitation in the critical care unit. *Critical Care Nurse*, 19(6), 84-87.

Da Silva Ramos, F. J., Fumis, R. R. L., Azevedo, L. C. P., & Schettino, G. (2013). Perceptions of an open visitation policy by intensive care unit workers. *Annals of Intensive Care*, 3(1), 34. <https://doi.org/10.1186/2110-5820-3-34>



Davidson, J. E., Aslakson, R. A., Long, A. C., Puntillo, K., Kross, E. K., Hart, J., et al. (2017). Guidelines for family-centered care in the neonatal, pediatric, and adult ICU. *Critical Care Medicine*, 45(1), 103-128. <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/27984278/>

Davis, M. E., & Clark, A. B. (2023). Stress and coping mechanisms in ICU patients and families. *Critical Care Nurse*, 43(1), 45-53. <https://doi.org/10.4037/ccn2023123>

De la Cueva Ariza, L., Zaforteza Lallemand, C., Igeño, J. C., & Ángel Sesmero, J. A. (2017). En G. Heras La Calle (Ed.), *Humanizando los cuidados intensivos: presente y futuro centrado en las personas* (pp. 103-128). ISBN 9789588813660.

Duque Delgado, L., Rincón Elvira, E. E., & León Gómez, V. E. (2020). Apoyo emocional de las familias a los pacientes en Unidades de Cuidados Intensivos: revisión bibliográfica. *Ene*, 14(3), e14308. Epub 05 de abril de 2021. Recuperado en 02 de mayo de 2025, de http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1988-348X2020000300008&lng=es&tlng=es.

Eugênio, C. S., Haack, T. D. S. R., Teixeira, C., Rosa, R. G., & Souza, E. N. (2022). Comparación entre las percepciones de familiares y profesionales sanitarios sobre un modelo de visitas flexible en una unidad de cuidados intensivos para adultos: un estudio transversal. *Revista Brasileira de Terapia Intensiva*, 34(3), 374-379. <https://doi.org/10.5935/O103-507X.20220114-pt>

Escudero, D., Martín, L., Viña, L., Quindós, B., Espina, M. J., Forcelledo, L., López-Amor, L., García-Arias, B., del Busto, C., de Cima, D., & Fernández-Rey, E. (2015). Política de visitas, diseño y confortabilidad en las unidades de cuidados intensivos españolas. *Revista de Calidad Asistencial*, 30(5), 243-250. <https://doi.org/10.1016/j.cali.2015.06.002>

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

Errasti-Ibarrondo, B., & Tricas-Sauras, S. (2012). La visita flexible en las unidades de cuidados intensivos: beneficios para los familiares del paciente crítico. *Enfermería Intensiva*. <https://doi.org/10.1016/j.enfi.2012.08.001>

Galvis, C. R., & Salamanca, E. (2014). Percepción de necesidades en cuidadores familiares de adultos internados en una unidad de cuidados intensivos de una institución prestadora de salud (IPS) privada en Villavicencio, Colombia. *Investigación en Enfermería: Imagen y Desarrollo*, 16(2), 81-94.

González, F. (2023). Teorías y modelos de enfermería en la atención de personas mayores. En *Manual de enfermería: Rol de la Enfermería Gerontogeriatrica en el Cuidado Continuo de las personas mayores* (1.ª ed., p. 236). DIPRECE.

Gorordo-Delsol, L. A., Garduño-López, J., & Castañón-González, J. A. (2020). Unidad de Cuidados Intensivos de puertas abiertas: la familia dentro de cuidados intensivos. *Revista Hospital Juárez de México*, 87(2). <https://doi.org/10.24875/RHJM.20000017>

Grupo de Trabajo de Certificación de Proyecto HU-CI. (2017). *Manual de Buenas Prácticas de Humanización en Unidades de Cuidados Intensivos*. Proyecto HU-CI. <http://humanizandoloscuidadosintensivos.com/wp-content/uploads/2017/11/Manual-Buenas-Practicas-HUCI.pdf>

Hernández-Sampieri, R., Fernández Collado, C., & Baptista Lucio, P. (2018). *Metodología de la investigación*. México: McGraw-Hill Interamericana. <https://dspace.scz.ucb.edu.bo/dspace/bitstream/123456789/21401/1/11699.pdf>

Hetland, B., Hickman, R., McAndrew, N., & Daly, B. (2017). Factors influencing active family engagement in care among critical care nurses. *AACN Advanced Critical Care*, 28(2), 160-170. <https://doi.org/10.4037/aacnacc2017118>

Hetland, B., McAndrew, N., Perazzo, J., & Hickman, R. (2018). A qualitative study of factors that influence active family involvement with patient care in the ICU: Survey of critical care nurses. *Intensive and Critical Care Nursing*, 44, 67-75. <https://doi.org/10.1016/j.iccn.2017.08.008>

Hunter, J., O'Connor, M., & Chalmers, J. (2016). The impact of unrestricted visiting hours on patient outcomes in the intensive care unit: A randomized controlled trial. *Australian Critical Care*, 29(3), 143-150. <https://doi.org/10.1016/j.aucc.2016.01.003>

Kynoch, K., Coyer, F., Mitchell, M., & McArdle, A. (2021). The intensive care unit visiting study: A multisite survey of visitors. *Australian Critical Care*, 34(6), 587-593. <https://doi.org/10.1016/j.aucc.2021.01.007>

King, I. M., & Fawcett, J. (2020). The Theory of Goal Attainment in nursing practice. *Nursing Science Quarterly*, 33(1), 21-28. <https://doi.org/10.1177/0894318420942789>



Kirchhoff, K. T., Pugh, E., Calame, R. M., & Reynolds, N. (1993). Nurses' beliefs and attitudes toward visiting in adult critical care settings. *American Journal of Critical Care*, 2(3), 238-245. <https://doi.org/10.4037/ajcc1993.2.3.238>

Leske, J. S. (1991). Internal psychometric properties of the critical care family needs inventory. *Heart & Lung*, 20(3), 236-244. [https://doi.org/10.1016/S0147-9563\(05\)80003-3](https://doi.org/10.1016/S0147-9563(05)80003-3)

Liu, L., Zhang, Y., Ma, Z., Zuo, Q., Sun, Z., & Chen, J. (2023). Effects of ICU admission on family dynamics and stress: A multicenter cross-sectional study. *BMC Health Services Research*, 23(1), 1083.

Maloh, H. I. A. A., Jarrah, S., Al-Yateem, N., Ahmed, F. R., & AbuRuz, M. E. (2022). Open visitation policy in intensive care units in Jordan: cross-sectional study of nurses' perceptions. *BMC Nursing*, 21(1), 336. <https://doi.org/10.1186/s12912-022-01116-5>

Marco Pérez, P. (2016). Influencia de las visitas flexibles en la Unidad de Cuidados Intensivos sobre las necesidades del paciente crítico y la familia [Tesis de Grado, Universidad Rovira i Virgili]. Repositorio Institucional de la Universidad Rovira i Virgili. <https://hdl.handle.net/20.500.11797/TFG920>

Marra, A., Ely, E. W., Pandharipande, P. P., & Patel, M. B. (2017). The ABCDEF Bundle in Critical Care. *Critical Care Clinics*, 33(2), 225-243. <https://doi.org/10.1016/j.ccc.2016.12.005>

Martín Pérez, S., Rubio Marco, E., Vázquez-Calatayud, M., Labiano Pérez-Seoane, C., Lizarraga Ursúa, Y., Bazanovis, M., & Andueza Alegría, I. (2015). Percepciones de los profesionales y familiares acerca de la política de visitas en una Unidad de Cuidados Especiales. *Enfermería en Cardiología*, 22(65), 38-43. <https://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=6286010>

Miracle, V. A. (2005). A closing word: Critical care visitation. *Dimensions of Critical Care Nursing*, 24(1), 48-49.

Mistraletti, G., Umbrello, M., Mantovani, E. S., et al. (2017). Un folleto de información familiar y un sitio web dedicado a mejorar la experiencia de los familiares de los pacientes en la UCI: un estudio multicéntrico italiano sobre el antes y el después. *Medicina Intensiva*, 43(1), 69-79. DOI: 10.1007/s00134-016-4592-4

Moreno, D. (2019). UCI de puertas abiertas como estrategia de humanización del cuidado: Revisión bibliográfica. *Revista Médica Clínica del Country*, (1). Recuperado de <https://revistamedicacountry.com>

Ochoa Parra, M. (2017). Historia y evolución de la medicina crítica: de los cuidados intensivos a la terapia intensiva y cuidados críticos. *Acta Colombiana de Cuidado Intensivo*. <https://doi.org/10.1016/j.acci.2017.08.006>

Onrust, M., Visser, A., van Veenendaal, N., Dieperink, W., Luttik, M. L., Derksen, M.-H. G., van der Voort, P. H. J., & van der Meulen, I. C. (2023). Physical, social, mental and spiritual functioning of COVID-19 intensive care unit-survivors and their family members one year after intensive care unit-discharge: A prospective cohort study. *Intensive and Critical Care Nursing*, 75, 103366. <https://doi.org/10.1016/j.iccn.2022.103366>

Paton, F., Bell, J., & Merwe, A. (2020). An introduction to th Ethos of Nursing. Africa: Pearson's editoria. Obtenido de https://za.pearson.com/content/dam/region-growth/south-africa/pearson-southafrica/TVET/localTitles/documents/9781776100293_An_Introduction_to_Ethos_of_Nursing_fourth_Edition_sample_chapter.pdf

Quille Manobanda, D. N., & Chipantiza Barrera, M. V. (2023). Percepción de los familiares de pacientes en unidades de cuidados intensivos sobre la atención recibida [Perception of Relatives of Patients in the Intensive Care Unit about the Care Received]. *LATAM V*, 4(1). <https://doi.org/10.56712/latam.v4i1.220>

Ramos Vázquez, E., & Merced Lebron, C. M. (2024). The integration of the family in patient care in the Critical Care Unit: Impact on recovery and emotional well-being. *Ocronos*, 7(10), 300.4. <https://revistamedica.com/integracion-familia-cuidados-criticos-impacto-recuperacion/>

Rojas, V. (2019). Humanización de los cuidados intensivos. *Revista Médica Clínica Las Condes*, 30(2), 120-125. <https://www.elsevier.es/es-revista-revista-medica-clinica-las-condes-202-articulo-humanizacion-de-los-cuidados-intensivos-S0716864019300240>

Rodríguez-Duarte, K. J., Cruz-Ortiz, M., & Pérez-Rodríguez, M. del C. (2020). Del cuidado intensivo al cuidado crítico, un cambio de nombre que refleja evolución. *Enfermería Intensiva*. <https://www.medigraphic.com/pdfs/enfermeriaimss/eim-2020/eim202g.pdf>

Rodríguez, C. (2023). Cómo brindar un sólido apoyo emocional al paciente: guía completa paso a paso. *Psicología en Digital*. <https://psicologiaendigital.com/>



- Roo, Q., Fuentes Fernández, E., Huichin-pool, M. A., Cante-hernández, D., & Román, M. A. P. (2018). Unidad crítica adultos de puertas abiertas: vivencias de enfermería en hospital público de Quintana Roo. *Rev Salud Quintana Roo*, 11(38), 17-21. <https://www.medigraphic.com/pdfs/salquintanaroo/sqr-2018/sqr1838d.pdf>
- Sánchez, L. A., Carmona, Y., Silva, Y. V., Garzón, L. F., y Medina, M. A. (2022). Significados de la humanización en cuidado crítico. Vivencias y acciones de profesionales sanitarios en Unidades de Cuidado Intensivo en Bogotá y Cartagena (Colombia). *Revista de Bioética y Derecho*, 56, 185-207. Recuperado de: <https://bit.ly/3ZHGRuO>
- Silva, F., Valdivia, B., Iop, R., Gutierrez, P. y Silva, R. (2013). Escalas y listas de evaluación de la calidad de estudios científicos. *Revista Cubana de Información en Ciencias de la Salud*, 24(3). Recuperado de <http://www.acimed.sld.cu/index.php/acimed/article/view/438/318>. [Links]
- Simpson T, Wilson D, Mucken N, Martin S, West E, Guinn N. Implementation and evaluation of a liberalized visiting policy. *Am J Crit Care*. 1996;5:420-6.
- Smith, J. A., Gillham, S., & Bressan, V. (2021). Challenges in providing holistic care in the intensive care unit: A systematic review. *Nursing in Critical Care*, 26(4), 481-490.
- Solanas Jaria, V., Salazar García, P., Chincolla Peña, A., Pardina Zamora, S., & Cillas Lasheras Mainer, M. (2024). La importancia de las UCIs abiertas y la percepción de las enfermeras. *Revista Sanitaria de Investigación*, 4(1). <https://revistasanitariadeinvestigacion.com/la-importancia-de-las-ucis-abiertas-y-la-percepcion-de-las-enfermeras/>
- Triviño, J., Curi, S., Jiménez, M., Muñoz, A., & Herrera, P. (2023). Acompañamiento al paciente en estado crítico: percepción del familiar/cuidadores sobre puertas abiertas. *Revista Bionatura*, 8(3), 16. <https://doi.org/10.21931/RB/2023.08.03.16>
- Ursúa, Y., Lizarraga Bazanovi, M., & Alegría, I. (2015). Percepciones de los profesionales y familiares acerca de la política de visitas en una unidad de cuidados especiales. *REDALYC*. España.
- Venuti, M. S., Pedace, M. L., Díaz, A., Roffo, A., Bejarano, A. M., Grieve, G., Do Pico, J. L., Quispe, R., Flores, D. M., & San Roman, J. E. (2021). Encuesta a familiares de pacientes internados en unidades de cuidados críticos sobre sus creencias religiosas, su opinión sobre cuidados de fin de vida y sus preferencias de horarios de visita. *Revista Argentina de Cardiología*, 89(2), 177-183. <https://doi.org/10.1016/j.acci.2021.02.003>
- Valls-Matarín, J., & del Cotillo-Fuente, M. (2022). Información enfermera en las unidades de cuidados intensivos españolas: ¿rol formal o informal? Estudio multicéntrico. *Enfermería Intensiva*, 33(4), 206-211. <https://doi.org/10.1016/j.enfi.2021.10.002>
- Vera-Carrasco, O. (2022). Los enfermos en estado crítico y las medidas de soporte vital en las unidades de cuidados intensivos. *Cuadernos Hospital de Clínicas*, 63(1), 76-82. http://www.scielo.org.bo/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1652-67762022000100011
- Wakefield, M (2021) The future of nursing 2020-2030. USA: National Academy of Science. Obtenido de https://www.researchgate.net/publication/356125792_The_future_of_nursing_2020-2030
- Wong, P., Redley, B., Digby, R., Correya, A., & Bucknall, T. (2020). Families' perspectives of participation in patient care in an adult intensive care unit: A qualitative study. *Australian Critical Care*, 33(4), 317-325. <https://doi.org/10.1016/j.aucc.2019.06.002>
- Yava, A. (2021). Transcultural nursing: benefits. En *Better & effective nursing education for improving transcultural nursing skills* (Primera ed., pág. 207). Ankara: Ankara Nobel Tıp Kitabevleri. Obtenido de <https://kurumsal.ankaranobel.com/wp-content/uploads/2022/02/TRANSCULTURAL-NURSING-book.pdf>
- Zhao, Y., Zhang, J., Li, X., Liu, C., & Wang, Y. (2023). The importance of emotional support from families in critical care: A qualitative study. *Journal of Intensive Care*, 11(1), 22.

LA EXPLORACIÓN DEL ASOMBRO EN LA PRÁCTICA CLÍNICA COMO FACTOR HUMANIZADOR EN UN SERVICIO DE CIRUGÍA MAYOR AMBULATORIA

Tania Herrera Romero; María Dolores Sánchez García; Ángel José López Amorós;
Natalia Serna González

t.h.romero@gmail.com

1. INTRODUCCIÓN La Cirugía Mayor Ambulatoria (CMA) constituye un entorno asistencial caracterizado por la recepción del paciente, su preparación preoperatoria, el acompañamiento en el despertar postanestésico y el alta domiciliaria el mismo día. En este contexto, la eficiencia organizativa y la protocolización resultan esenciales. Sin embargo, el desafío principal no es técnico, sino relacional: preservar la singularidad del paciente durante un tránsito asistencial breve y estructurado.

En CMA el riesgo principal no es técnico, sino reduccionista. El paciente puede quedar reducido a una secuencia operativa correctamente ejecutada. No obstante, atraviesa un momento de especial inquietud: afronta sedación, pérdida transitoria de control e incertidumbre. A ello se añade la necesidad de ofrecer información clara a familiares y acompañantes.

La humanización asistencial no depende necesariamente de añadir tiempo, sino de mantener una disposición de asombro en la práctica clínica ante la persona. La literatura describe el asombro como una ampliación de perspectiva que interrumpe el automatismo cognitivo, descentra al profesional de la mera ejecución técnica y amplía la percepción de la complejidad humana.

Aplicado al ámbito asistencial, el asombro puede entenderse como una disposición profesional estable que favorece una atención consciente y respetuosa con la singularidad del paciente más allá del procedimiento técnico.

2. OBJETIVOS (General y Específicos) Objetivo general: Explorar el asombro en la práctica clínica como condición de posibilidad para la

humanización en un servicio de CMA centrado en cuidados de enfermería y auxiliares.

Objetivos específicos:

1. Presentar una herramienta de autodiagnóstico dirigida a personal de enfermería y TCAE.

2. Favorecer la reflexión sobre posibles dinámicas reduccionistas derivadas de la protocolización asistencial.

3. Proponer micro-prácticas aplicables en la recepción, preparación, despertar y alta del paciente.

3. METODOLOGÍA Intervención formativa orientada a la reflexión clínica dirigida a profesionales de CMA. En este contexto se desarrolla la Escala de Asombro en la Práctica Clínica (EAPC-10), instrumento tipo Likert de cinco puntos concebido como herramienta de reflexión sobre la práctica habitual del profesional. La escala integra tres dimensiones: apertura cognitiva y metacognición clínica; reconocimiento de la singularidad del paciente; y su traducción en conductas asistenciales. Los ítems se elaboraron a partir de la literatura sobre el asombro como ampliación de perspectiva en la práctica clínica. El instrumento es un recurso exploratorio para estimular la reflexión sobre la propia práctica asistencial.

4. RESULTADOS El análisis del contexto asistencial de CMA, caracterizado por elevada protocolización y repetición técnica, permitió reconocer el riesgo de automatización de la atención y de que el paciente quede reducido a su procedimiento dentro de una secuencia operativa eficiente.

Esta reflexión evidenció en el propio servicio la necesidad de recuperar el asombro en la práctica clínica como actitud profesional capaz de interrumpir dichos automatismos y volver a percibir al paciente como una persona única que atraviesa un momento significativo de su vida.

Como resultado de este proceso se desarrolló la Escala de Asombro en la Práctica Clínica (EAPC-10), concebida como herramienta de reflexión sobre la práctica habitual de profesionales de CMA. La escala recoge diez ítems orientados a explorar apertura cognitiva ante el paciente, revisión del propio razonamiento profesional y reconocimiento de la singularidad humana en la relación asistencial.

La EAPC-10 se plantea como instrumento sencillo que permita a los profesionales tomar conciencia de posibles automatismos presentes en su práctica cotidiana.

Desde esta toma de conciencia pueden derivarse micromejoras en la rutina asistencial, orientadas a sostener el asombro ante el paciente y preservar la dimensión humana del cuidado.

5. CONCLUSIONES El reto de la humanización no consiste únicamente en modificar procedimientos, sino en sostener una mirada profesional abierta ante la persona atendida. La herramienta propuesta puede constituir un recurso inicial para explorar esta dimensión en la práctica cotidiana y favorecer la toma de conciencia sobre posibles automatismos presentes en la atención. Su futura aplicación permitirá valorar su grado de aceptación entre los profesionales del servicio y su capacidad para generar espacios breves de reflexión compartida. Este proceso podría facilitar pequeñas transformaciones en la rutina asistencial y contribuir a mantener el asombro clínico como actitud profesional.

6. BIBLIOGRAFÍA

1. Keltner D, Haidt J. Approaching awe: a moral, spiritual, and aesthetic emotion. *Cogn Emot.* 2003;17(2):297-314.
2. Yaden DB, Kaufman SB, Hyde E, Chirico A, Gaggioli A, Zhang JW, et al. The development of the Awe Experience Scale (AWE-S): a multifactorial measure for a complex emotion. *J Posit Psychol.* 2019;14(4):474-488.
3. Piff PK, Dietze P, Feinberg M, Stancato DM, Keltner D. Awe, the small self, and prosocial behavior. *J Pers Soc Psychol.* 2015;108(6):883-899.
4. Stellar JE, Gordon AM, Piff PK, Cordero D, Anderson CL, Bai Y, et al. Awe and humility. *J Pers Soc Psychol.* 2018;114(2):258-269.
5. Bai Y, Maruskin LA, Gordon AM, Stellar JE, McNeil GD, Peng K, et al. Awe, the diminished self, and collective engagement: universal and cultural-specific aspects. *J Pers Soc Psychol.* 2021;121(2):340-361.
6. Rudd M, Vohs KD, Aaker J. Awe expands people's perception of time, alters decision making, and enhances well-being. *Psychol Sci.* 2012;23(10):1130-1136.
7. Chirico A, Yaden DB, Riva G, Gaggioli A. The potential of virtual reality for the investigation of awe. *Front Psychol.* 2016;7:1766.
8. Charon R. *Narrative medicine: honoring the stories of illness.* New York: Oxford University Press; 2006.
9. Sinclair S, Norris JM, McConnell SJ, Chochinov HM, Hack TF, Hagen NA, et al. Compassion: a scoping review of the healthcare literature. *Patient Educ Couns.* 2016;99(9):1513-1527.
10. Torralba F. *Humanizar la asistencia sanitaria.* Bilbao: Desclee de Brouwer; 2004.
11. Jovell AJ. La confianza en la relación médico-paciente. *Med Clin (Barc).* 2006;127(5):187-189.
12. Watson J. *Human caring science: a theory of nursing.* Burlington: Jones & Bartlett Learning; 2012.
13. Borrell i Carrió F. *Entrevista clínica: manual de estrategias prácticas.* Barcelona: Elsevier; 2004.
14. Ruiz Moral R. *Comunicación clínica: principios y habilidades para la práctica.* Madrid: Médica Panamericana; 2013.
15. Epstein RM. *Attending: medicine, mindfulness, and humanity.* New York: Scribner; 2017.



16. Epstein RM, Krasner MS. Physician resilience: what it means, why it matters, and how to promote it. *Acad Med.* 2013;88(3):301-303.
17. García Campayo J, Demarzo M. La práctica de la atención plena (mindfulness) en medicina. Barcelona: Siglantana; 2015.
18. Croskerry P. The importance of cognitive errors in diagnosis and strategies to minimize them. *Acad Med.* 2003;78(8):775-780.
19. Croskerry P. A universal model of diagnostic reasoning. *Acad Med.* 2009;84(8):1022-1028.
20. Croskerry P, Singhal G, Mamede S. Cognitive debiasing 1: origins of bias and theory of debiasing. *BMJ Qual Saf.* 2013;22(Suppl 2):ii58-ii64.
21. Graber ML, Kissam S, Payne VL, et al. Cognitive interventions to reduce diagnostic error: a narrative review. *BMJ Qual Saf.* 2012;21(7):535-557.
22. Kahneman D. *Thinking, Fast and Slow.* New York: Farrar, Straus and Giroux; 2011.
23. Maslach C, Leiter MP. Understanding the burnout experience: recent research and its implications for psychiatry. *World Psychiatry.* 2016;15(2):103-111.
24. West CP, Dyrbye LN, Shanafelt TD. Physician burnout: contributors, consequences and solutions. *J Intern Med.* 2018;283(6):516-529.
25. West CP, Dyrbye LN, Erwin PJ, Shanafelt TD. Interventions to prevent and reduce physician burnout: a systematic review and meta-analysis. *Lancet.* 2016;388(10057):2272-2281.
26. Krasner MS, Epstein RM, Beckman H, Suchman AL, Chapman B, Mooney CJ, et al. Association of an educational program in mindful communication with burnout, empathy, and attitudes among primary care physicians. *JAMA.* 2009;302(12):1284-1293.

14

NARRATIVAS VISUALES PARA LA HUMANIZACIÓN DE LA NEUROMODULACIÓN PEDIÁTRICA: DESARROLLO DE UNA TRILOGÍA PSICOEDUCATIVA ILUSTRADA PARA PACIENTES Y FAMILIAS

Sandra María del Carmen Fonz Bujalance

sandrafonzbujalance@gmail.com

1. INTRODUCCIÓN La neuromodulación no invasiva se ha consolidado en los últimos años como una herramienta terapéutica prometedora en diferentes trastornos neurológicos y funcionales pero generalmente en población adulta. Técnicas como la estimulación cerebral no invasiva permiten modular la actividad neuronal y han mostrado resultados positivos en distintos contextos clínicos. Sin embargo, la complejidad de los conceptos neurofisiológicos y de los propios procedimientos puede dificultar su comprensión por parte de niños, adolescentes y sus familias. Esta falta de comprensión puede generar miedo, incertidumbre o percepciones erróneas sobre el tratamiento, afectando a la experiencia asistencial y, en algunos casos, a la adherencia terapéutica.

En el marco de la humanización de la atención sanitaria, resulta fundamental adaptar la comunicación clínica al nivel cognitivo y emocional del paciente pediátrico. En este contexto, las narrativas visuales y los cuentos psicoeducativos se han identificado como herramientas eficaces para facilitar la comprensión de procesos médicos complejos, utilizando metáforas, personajes y recursos visuales que favorecen la identificación emocional, el aprendizaje significativo y el juego.

Estas estrategias permiten transformar conceptos científicos en historias comprensibles, promoviendo una comunicación más cercana entre profesionales,

52



pacientes y familias, y contribuyendo a mejorar la experiencia del proceso terapéutico dentro del ámbito hospitalario.

2. OBJETIVOS (General y Específicos) Objetivo general

Desarrollar y presentar una trilogía de cuentos psicoeducativos ilustrados como herramienta de humanización, acompañamiento y apoyo para pacientes infanto-juveniles y sus familias que participan en protocolos de neuromodulación no invasiva.

Objetivos específicos

- Facilitar la comprensión de los procedimientos de neuromodulación mediante narrativas visuales adaptadas al nivel cognitivo infantil y adolescente.
- Reducir el miedo, la incertidumbre y el estigma asociados a los tratamientos mediante recursos narrativos y metáforas comprensibles.
- Promover la participación activa del paciente pediátrico y su familia en el proceso terapéutico y mejorar la experiencia asistencial dentro del entorno hospitalario.

3. METODOLOGÍA Se desarrolló un proyecto de diseño, elaboración e implantación los de cuentos psicoeducativos dirigidos a las patologías que participan en la investigación. El proceso incluyó la identificación de necesidades comunicativas accesibles en la práctica clínica, la revisión de literatura sobre humanización y educación sanitaria en población pediátrica, y la adaptación de contenidos neurofisiológicos a un lenguaje comprensible y visual. Los cuentos integran diferentes personajes e ilustraciones para explicar la fisiología, los procedimientos terapéuticos y la experiencia del tratamiento. Se entrega a los pacientes al primer contacto con la investigación.

4. RESULTADOS Los relatos incorporan la personificación de la tecnología terapéutica, transformando la máquina en un elemento cercano, amigable y comprensible para el niño. Este recurso narrativo favorece la familiarización con el entorno clínico, reduce la percepción de amenaza y promueve una actitud más tranquila y colaborativa durante el procedimiento. Además, los cuentos generan un espacio lúdico de distracción dentro del contexto hospitalario y fomentan el empoderamiento del paciente, que pasa a sentirse participante activo del proceso. Este clima de tranquilidad y confianza se extiende también a las familias, facilitando una experiencia asistencial más positiva. También es un recurso que puede favorecer la sensibilización e iniciativa de participación en ensayos clínicos.

5. CONCLUSIONES Las narrativas visuales y los cuentos psicoeducativos ilustrados representan una herramienta útil para favorecer la humanización de procedimientos complejos como la neuromodulación no invasiva en población pediátrica. Estos facilitan la anticipación, comprensión, reducción de sintomatología emocional asociada al entorno hospitalario y promueve una actitud más participativa por parte del paciente. Además, estos recursos contribuyen a generar un clima de confianza que también beneficia a las familias. La incorporación de estrategias narrativas en la comunicación clínica puede mejorar la experiencia asistencial y reforzar el enfoque centrado en el paciente dentro del ámbito hospitalario y aplicable a cualquier unidad y patología

6. BIBLIOGRAFÍA

Babarro Vélez, I., & Lacalle Prieto, J. (2018). La literatura como instrumento terapéutico en el proceso salud-enfermedad durante la infancia. *Enfermería Global*, 17(50), 586-616.

Caicedo, N. A. (2025). Aventuras literarias para el bienestar: una aproximación a la salud mental en preescolares a través de la literatura infantil.

García-Salido, A., La Calle, G. H., & González, A. S. (2019). Revisión narrativa sobre humanización en cuidados intensivos pediátricos: ¿dónde estamos?. *Medicina intensiva*, 43(5), 290-298.

Leguía, L. A. S., Trujillo, S. S., García, E. S., Romero, R. S., Cerda, V. V., & Ospino, C. V. (2022). Humanización en los servicios de urgencia: Revisión narrativa. *Horizonte de Enfermería*, 33(1), 83-95.

Oliveros-Donohue, M. Á. (2015). Humanización de la Pediatría. *Acta Médica Peruana*, 32(2), 85-90.

Ulrich, J. L. M., Vicente, C. P., & Garuz, M. C. M. (2017). Vulnerabilidad, riesgo social y resiliencia en la infancia: el cuento como recurso didáctico. *UTE Teaching & Technology (Universitas Tarraconensis)*, (2), 18-28.

15

LECTURA COMPARTIDA COMO HERRAMIENTA DE HUMANIZACIÓN EN PACIENTES CON CÁNCER: EXPERIENCIA DE UN CLUB DE LECTURA TERAPÉUTICO

Nieves Gascón Costoso; Sagrario Alegre Alonso; M. Ángeles Pérez Escutia
vecites22@gmail.com

1. INTRODUCCIÓN La humanización de la atención sanitaria se ha convertido en una prioridad en el abordaje integral de las personas con enfermedades oncológicas. Más allá del tratamiento médico, los pacientes con cáncer afrontan importantes desafíos emocionales, sociales y psicológicos derivados del diagnóstico y del proceso terapéutico. Así, las intervenciones basadas en actividades culturales y comunitarias contribuyen a mejorar el bienestar emocional, favorecen la expresión de experiencias y fortalecen el apoyo social entre pacientes. Los clubes de lectura compartida han demostrado ser una herramienta potencialmente útil para fomentar la reflexión y el acompañamiento en torno a la enfermedad. Este trabajo describe la experiencia de un proyecto de lectura compartida dirigido a pacientes con cáncer, desarrollado en colaboración con la Asociación Española Contra el Cáncer y una biblioteca pública de barrio.

2. OBJETIVOS (General y Específicos) El objetivo principal de este proyecto es explorar el impacto de un club de lectura mensual en la humanización de la atención a pacientes con cáncer.

Como objetivos específicos se plantean:

1. Favorecer espacios de encuentro y apoyo mutuo entre pacientes oncológicos.
2. Promover el bienestar emocional y la expresión de experiencias personales a través de la lectura y el diálogo.
3. Evaluar la aceptación y utilidad percibida de una actividad cultural comunitaria integrada en el acompañamiento de pacientes con cáncer.

3. METODOLOGÍA Proyecto de intervención grupal basado en un club de lectura mensual liderado por una Oncóloga Radioterápica y dirigido a pacientes oncológicos vinculados a la Asociación Española Contra el Cáncer.

Los libros utilizados en la actividad son proporcionados mediante préstamo por la Biblioteca Pública, lo que facilita la accesibilidad y refuerza el vínculo entre recursos sanitarios, sociales y culturales del entorno.

Durante las sesiones se realiza observación cualitativa de la participación, la interacción entre las pacientes y los temas emergentes en el debate.

54

4. RESULTADOS Intervienen 18 pacientes oncológicos, mujeres, mediana de edad 49 años, con diagnóstico de cáncer de mama.

El proyecto arrancó en Diciembre de 2023, habiendo leído hasta el momento 19 obras. Consiste en leer un libro al mes seleccionado para facilitar la reflexión emocional, social y personal. Tras la lectura, se realiza una sesión grupal en la que las participantes comparten impresiones, reflexiones y experiencias relacionadas con la obra.

Las sesiones de lectura compartida han mostrado una elevada participación y aceptación por parte de las pacientes. La dinámica grupal ha favorecido la creación de un espacio de confianza donde las participantes comparten emociones, preocupaciones y estrategias de afrontamiento relacionadas tanto con la enfermedad como con su vida cotidiana.

La lectura actúa como elemento facilitador del diálogo, permitiendo abordar temas complejos. En las sesiones se han identificado beneficios como la reducción del sentimiento de aislamiento, el fortalecimiento del apoyo entre iguales y la generación de momentos de disfrute alejados del contexto estrictamente sanitario.

Asimismo, las participantes destacan el valor de disponer de un espacio cultural y comunitario donde su identidad no se limita al rol de paciente, sino que pueden participar en una actividad enriquecedora desde una perspectiva personal y social.

5. CONCLUSIONES El club de lectura compartida se presenta como una intervención sencilla, accesible y de bajo coste que puede contribuir a la humanización de la atención en pacientes con cáncer. Este tipo de iniciativas favorece el bienestar emocional y fortalece las redes de apoyo entre pacientes.

La colaboración entre instituciones sanitarias, entidades sociales y recursos culturales resulta clave para el desarrollo de programas innovadores centrados en la persona.

Los resultados preliminares sugieren que la incorporación de actividades culturales participativas, como los clubes de lectura, puede constituir una herramienta valiosa dentro de las estrategias de humanización en oncología.

6. BIBLIOGRAFÍA

Group cohesion in online and in-person psychotherapy in a randomized control trial for cancer survivors. Bárcena, C., et al. (2025). *International Journal of Clinical and Health Psychology*.

Psychosocial benefits of the social support experienced at a community-based cancer wellness organization. Meluch, A. L. (2022). *Quality in Primary Care*.

Positive psychotherapy for distressed cancer survivors: Posttraumatic growth facilitation reduces posttraumatic stress. Carr, A., et al. (2016). *International Journal of Clinical and Health Psychology*, 16(2), 167-176.

Support groups for cancer patients. Weis, J. (2003). *Supportive Care in Cancer*, 11(12), 763-768.

DOI: 10.1007/s00520-003-0536-7

Experience, functions and benefits of a cancer support group. Docherty, A. (2004). *Patient Education and Counseling*, 55(1), 87-93.



1. INTRODUCCIÓN Un consejo asesor de pacientes en un hospital público es clave para integrar la voz real de quienes viven la atención sanitaria. Su participación permite identificar necesidades, mejorar la calidad asistencial y promover decisiones más humanas, transparentes y centradas en la experiencia del paciente.

2. OBJETIVOS (General y Específicos) Incorporar la voz del paciente en la toma de decisiones, detectar necesidades y oportunidades de mejora, fortalecer la calidad y seguridad asistencial, promover la participación activa y orientar el hospital hacia una atención más humana, eficiente y centrada en la experiencia.

3. METODOLOGÍA La creación de un consejo asesor de pacientes es una iniciativa orientada a integrar la perspectiva de quienes reciben atención sanitaria. El proyecto impulsa un espacio de participación donde pacientes, familiares y asociaciones pueden compartir necesidades, expectativas y propuestas de mejora. A través de reuniones, análisis de experiencias y diálogo directo con dirección, el consejo contribuye a identificar barreras, apoyar decisiones estratégicas y potenciar la calidad, seguridad y humanización de la asistencia. Busca reforzar la confianza, fomentar la transparencia y promover un modelo de hospital más cercano, dando valor a la experiencia del paciente como eje transformador de la organización.

4. RESULTADOS Como resultado de esta experiencia, se ha establecido una Escuela de pacientes, de la que ya se han realizado hasta la fecha 5 talleres y que ha tenido una asistencia mayor a la esperada con muy buena valoración por parte de los miembros del Consejo y de los participantes. También se ha incorporado a pacientes expertos en el asesoramiento y resolución de dudas de otros pacientes con los mismos problemas de salud, empoderando a los pacientes en el manejo activo de su proceso. Otras acciones de mejora han sido la realización de una ronda de accesibilidad con pacientes con deterioro de la movilidad en la que se han identificado barreras en el acceso a ciertas áreas del hospital.

5. CONCLUSIONES La puesta en marcha del consejo asesor de pacientes ha mostrado el valor de integrar de forma estructurada la voz de quienes viven la atención sanitaria. Su participación ha enriquecido la toma de decisiones y ha impulsado un modelo más humano, accesible y centrado en la experiencia del paciente. En conjunto, la iniciativa consolida un modelo participativo que genera mejoras reales y refuerza el compromiso del hospital con la calidad, la transparencia y la humanización asistencial.

6. BIBLIOGRAFÍA

- "Comités de Familiares de Pacientes en el Instituto Nacional de Salud Mental 'Honorio Delgado - Hideyo Noguchi'" (Chuchon, 2024)
- "Participación del paciente en la toma de decisiones compartidas: una revisión bibliográfica" (David et al., 2024)
- "Decreto 80/2015 por el que se crea y regula el Comité de Pacientes de la Comunitat Valenciana"
- "Reglamento de funcionamiento interno del Comité de Pacientes de la Comunidad Valenciana (CPCV).

“UN PLAN DE HUMANIZACIÓN CON VOZ PROPIA: 257 PERSONAS CONSTRUYENDO UNA ATENCIÓN MÁS HUMANA”

Juan José Jaras Bartolomé; Sara Jaras Santos; Rafael Sánchez Bernal; Beatriz Benítez Delgado; Izaskun Antúnez Tricio; Silvia Aránzazu Hernández León

juanjose.jarasbartolome@osakidetza.eus

1. INTRODUCCIÓN La humanización de la atención sanitaria constituye un eje fundamental para garantizar una asistencia segura, digna y orientada a las necesidades reales de las personas. En nuestra organización entendemos la humanización como un compromiso ético basado en el respeto a la dignidad humana, la sensibilidad ante la vulnerabilidad y la corresponsabilidad en el cuidado. Este enfoque requiere integrar dimensiones emocionales, relacionales, sociales y organizativas, y no limitarse únicamente a los aspectos clínicos.

Conscientes de que la humanización no puede quedar en una declaración de intenciones, asumimos la necesidad de desarrollar un Plan de Humanización estructurado, integral y sostenible, capaz de orientar y transformar la práctica asistencial. Sabemos también que solo es posible avanzar si se incorpora la diversidad de miradas presentes en la atención sanitaria. Por ello, el proceso de elaboración del Plan ha sido concebido desde el inicio como un ejercicio de participación amplia, en el que han intervenido profesionales de distintas categorías, pacientes, asociaciones y representantes de otras instituciones sanitarias.

El resultado es un proyecto compartido, fruto del diálogo, escucha activa y la reflexión conjunta, que busca establecer un modelo organizativo más humano y una atención sanitaria más cercana, respetuosa y coherente con los valores fundamentales del cuidado.

2. OBJETIVOS (General y Específicos) Objetivo general:

Elaborar un Plan de Humanización para los próximos cuatro años que sirva como marco estratégico de mejora continua.

Objetivos específicos:

- Integrar las expectativas y demandas de profesionales, pacientes, asociaciones y otros agentes sanitarios.
- Definir priorizar e implantar líneas estratégicas y acciones concretas.
- Identificar y sistematizar las iniciativas de humanización ya existentes en la organización.

3. METODOLOGÍA Se empleó la metodología de Investigación Acción Participativa (IAP), orientada a integrar activamente la voz de profesionales, pacientes, asociaciones y representantes de otras instituciones sanitarias. Para fomentar la participación se remitió una invitación por correo electrónico a toda la plantilla y se organizaron dos sesiones WOKA monográficas. En total participaron 257 personas: 217 profesionales, 30 pacientes y asociaciones de pacientes, y 10 profesionales de otras organizaciones sanitarias, quienes contribuyeron a identificar necesidades, priorizar propuestas y definir las líneas estratégicas del Plan de Humanización.

4. RESULTADOS El proceso participativo culminó en la elaboración del Plan de Humanización, estructurado en seis áreas estratégicas: Liderazgo y cultura para la humanización; Atención centrada en las personas; Participación e implicación; Entorno amable, confort y bienestar; Bienestar de profesionales; y Continuidad e integración de la atención sanitaria. El Plan recoge 359 acciones, diseñadas a partir de las aportaciones de profesionales, pacientes, asociaciones y otros agentes implicados.

Diversas acciones se han comenzado a implantar. Entre ellas destacan el Proyecto MASK Hospital, que permite la visita de mascotas a pacientes ingresados; la creación de mostradores específicos para personas con dificultades de comunicación; el proyecto “No te vayas del hospital con dudas”, mediante la carpeta de alta del paciente; programas de ejercicio físico para pacientes oncológicos; la activación de espacios de OSi Araba como escenario cultural con conciertos y recitales; el Proyecto

Hospital Silencioso; el acompañamiento de padres a hijos hasta el quirófano; sistemas de acogida a profesionales con diversidad funcional; la humanización de espacios comunes; y la mejora de la prestación de ayuda a morir; escuela familiares en Cuidados Intensivos.

5. CONCLUSIONES La humanización debe construirse desde valores y actitudes compartidas entre profesionales, pacientes, asociaciones y otras entidades sanitarias. El Plan constituye un logro colectivo que supera el mero cumplimiento normativo y promueve una cultura basada en la participación, el respeto y la corresponsabilidad. Su aplicación contribuirá a mejorar la experiencia de pacientes y familias, fortalecer el bienestar de los profesionales y consolidar una organización más cercana y coherente con la dignidad humana. El proceso participativo demuestra que la humanización avanza cuando toda la comunidad sanitaria se implica activamente en un proyecto común.

6. BIBLIOGRAFÍA

1. Gutiérrez R. Humanización de (en) la Asistencia Sanitaria. Rev RIECS. 2025;10(1):1-12.
2. March JC. Humanizar la sanidad para mejorar la calidad de sus servicios. Rev Calid Asist. 2017;32(5):245-247.
3. Correa Zambrano ML. La humanización de la atención en los servicios de salud: un asunto de cuidado. Rev Cuidarte. 2016;7(1):1227-1231.
4. Alcaine Omedas V, Bello Murillo L, Corthay Aznárez C, et al. Revisión bibliográfica sobre la humanización en el cuidado de la salud. Rev Sanitaria Investigación. 2025.
5. Gimeno Valdés MJ, Tomás Álvarez MP, Ledesma Sobaberas ER, et al. Humanización de la atención sanitaria: principios éticos, prácticas asistenciales y desafíos actuales. Ocronos. 2025;8(7):340-...
6. Busch IM, Moretti F, Travaini G, Wu AW, Rimondini M. Humanization of care: key elements identified by patients, caregivers, and healthcare providers. The Patient. 2019;12:461-474.
7. Gil-Sierra MD, Briceño-Casado MP, López-Briz E. El beneficio del paciente como objetivo de la humanización. Farm Hosp. 2022;46(6).
8. Osakidetza. Plan Estratégico 2023-2025. Departamento de Salud del Gobierno Vasco. Disponible en: <https://www.osakidetza.euskadi.eus>

19

TALLER “JUNTOS CUIDAMOS”, UNA ESCUELA PARA LOS FAMILIARES DE NUESTROS PACIENTES DE UCI

Sandra Portillo Sánchez; Ana Giménez Rozas; Teresa Castro Sánchez-Bermejo; Mónica Gutiérrez Sanz; Laura Barreiro Lafuente; Mónica Giménez Jiménez

sandra.portillo@quironsalud.es

1. INTRODUCCIÓN La hospitalización en una Unidad de Cuidados Intensivos (UCI) constituye una experiencia altamente estresante para los familiares de pacientes críticos, generando incertidumbre, ansiedad y una importante carga emocional. En los últimos años, el desarrollo de modelos asistenciales centrados en la persona ha puesto de relieve la necesidad de integrar a la familia como parte activa del proceso de cuidados. En este contexto, surgen estrategias orientadas a mejorar la experiencia de pacientes y familiares, así como a favorecer su participación en el entorno de cuidados críticos.

Entre estas iniciativas destacan las Escuelas de Familias, programas educativos diseñados para proporcionar información clara sobre el funcionamiento de la UCI,

58

facilitar la comprensión del proceso de enfermedad crítica y ofrecer un espacio de apoyo emocional y resolución de dudas. Estas intervenciones buscan reducir la incertidumbre asociada al ingreso, mejorar la comunicación con el equipo sanitario y fomentar la participación del familiar como colaborador activo en el cuidado.

Con este propósito se desarrolló en nuestra unidad el programa “Juntos Cuidamos”, una Escuela de Familias dirigida a acompañantes de pacientes ingresados en UCI mediante sesiones formativas participativas impartidas por un equipo multidisciplinar

2. OBJETIVOS (General y Específicos) Objetivo general

Describir la implementación y la evaluación inicial del programa “Escuela de Familias - Juntos Cuidamos” dirigido a familiares de pacientes ingresados en una UCI.

Objetivos específicos

- Analizar el grado de satisfacción de los participantes con el programa formativo.
- Evaluar el impacto educativo mediante la comparación de conocimientos antes y después de la intervención.
- Explorar la percepción de utilidad del programa como herramienta de apoyo durante el ingreso en UCI.

3. METODOLOGÍA Estudio observacional retrospectivo unicéntrico realizado en la UCI del Hospital Fundación Jiménez Díaz.

El programa consiste en talleres grupales bimensuales impartidos por un equipo multidisciplinar (Medicina, Enfermería, Psicología y Fisioterapia). Se emplea metodología participativa para explicar el funcionamiento de la UCI, los cuidados al paciente, la participación familiar y el afrontamiento emocional durante el ingreso.

Desde octubre de 2025 se han realizado 9 talleres con la participación de 28 familiares. Tras cada sesión se ofrece de forma voluntaria y anónima una encuesta de satisfacción y se evalúa el impacto educativo mediante un cuestionario administrado antes y después de la sesión.

4. RESULTADOS Un total de 28 familiares participaron en los talleres, de los cuales 26 completaron la encuesta de satisfacción. La edad media fue de 60,6 años, con predominio de mujeres (69%). Los vínculos familiares más frecuentes fueron pareja, hermanos e hijos.

La valoración global del programa fue altamente positiva, con puntuaciones medias superiores a 4,7 sobre 5 en la mayoría de las dimensiones evaluadas. La competencia docente obtuvo una media de 4,95/5 y los materiales didácticos la máxima puntuación (5/5). Los participantes destacaron especialmente la claridad de las explicaciones, la utilidad de los contenidos y la posibilidad de resolver dudas en un entorno cercano.

La organización del taller y el entorno de aprendizaje también recibieron valoraciones elevadas, situándose por encima de 4,6/5. Los asistentes señalaron como aspectos más valorados la accesibilidad del equipo profesional, el uso de recursos audiovisuales y el espacio de diálogo generado durante la sesión.

En relación con el impacto educativo, la comparación entre el cuestionario previo y posterior evidenció una mejora en el nivel de conocimientos sobre el entorno y los cuidados en UCI tras la intervención formativa.

5. CONCLUSIONES El taller “Juntos Cuidamos” constituye una intervención factible y valorada positivamente por los familiares de pacientes de UCI. Los resultados



sugieren que este tipo de iniciativas contribuyen a mejorar la comprensión del entorno de cuidados críticos, favorecer la comunicación y ofrecer un espacio de apoyo.

Además de su impacto en la experiencia familiar, el programa demuestra capacidad para mejorar el conocimiento sobre el funcionamiento de la UCI, lo que puede facilitar una participación más activa en el cuidado.

La implementación de Escuelas de Familias se presenta así como una herramienta relevante dentro de las estrategias de humanización sanitaria.

6. BIBLIOGRAFÍA

Davidson, J. E., Aslakson, R. A., Long, A. C., Puntillo, K. A., Kross, E. K., Hart, J., Cox, C. E., Wunsch, H., Wickline, M. A., Nunnally, M. E., Netzer, G., Kentish-Barnes, N., Sprung, C. L., Hartog, C. S., Coombs, M., Gerritsen, R. T., Hopkins, R. O., Franck, L. S., Skrobik, Y., & Curtis, J. R. (2017). Guidelines for family-centered care in the neonatal, pediatric, and adult ICU. *Critical Care Medicine*, 45(1), 103-128. <https://doi.org/10.1097/CCM.0000000000002169>

Azoulay, E., Pochard, F., Kentish-Barnes, N., Chevret, S., Aboab, J., Adrie, C., Annane, D., Bleichner, G., Bollaert, P. E., Darmon, M., Fassier, T., Galliot, R., Garrouste-Orgeas, M., Goulenok, C., Goldgran-Toledano, D., Hayon, J., Jourdain, M., Kaidomar, M., Laplace, C., ... Schlemmer, B. (2005). Risk of post-traumatic stress symptoms in family members of intensive care unit patients. *American Journal of Respiratory and Critical Care Medicine*, 171(9), 987-994. <https://doi.org/10.1164/rccm.200409-1295OC>

Cameron, J. I., Chu, L. M., Matte, A., Tomlinson, G., Chan, L., Thomas, C., Friedrich, J. O., Mehta, S., Lamontagne, F., Levasseur, M., Ferguson, N. D., Adhikari, N. K. J., & Herridge, M. S. (2016). One-year outcomes in caregivers of critically ill patients. *New England Journal of Medicine*, 374(19), 1831-1841. <https://doi.org/10.1056/NEJMoa1511160>

Vincent, J. L., Shehabi, Y., Walsh, T. S., Pandharipande, P. P., Ball, J. A., Spronk, P., Longrois, D., Strøm, T., Conti, G., Funk, G. C., Badenes, R., Mantz, J., Spies, C., Takala, J., & Mehta, S. (2016). Comfort and patient-centred care without excessive sedation: The eCASH concept. *Intensive Care Medicine*, 42(6), 962-971. <https://doi.org/10.1007/s00134-016-4297-4>

Happ, M. B., Seaman, J. B., Nilsen, M. L., Sciulli, A., Tate, J. A., Saul, M., & Sereika, S. (2017). The number of mechanically ventilated ICU patients meeting communication criteria. *Heart & Lung*, 46(1), 45-49. <https://doi.org/10.1016/j.hrtlng.2016.11.001>

Heras La Calle, G., Oviés, Á. A., Tello, V. G., Hernández, E. L., Pérez, M. T., & Damian, I. B. (2017). Humanizing intensive care: From theory to practice. *Medicina Intensiva*, 41(7), 395-397. <https://doi.org/10.1016/j.medin.2017.03.003>

Proyecto HU-CI. (2019). Manual de buenas prácticas de humanización en unidades de cuidados intensivos. Proyecto HU-CI.

1. INTRODUCCIÓN El paradigma de las Artes en la Salud (Arts in Health) ha sido reconocido por la fortaleza de su evidencia científica por la OMS (WHO,2019), y presenta un amplio consenso y aplicación internacional. El concepto de Arts in Health hace referencia a la integración de las artes en el contexto de la salud y la atención sanitaria con el objetivo de mejorar el bienestar físico, emocional y psicológico de los pacientes, además de su entorno de cuidados y del personal sanitario. Incluye las diversas formas de expresión artística clásicas, como la música, la danza, las artes visuales, el teatro, la literatura, como también el diseño de los espacios. El modelo aplica una metodología basada en la evaluación de los factores de mejora. Así se ha demostrado que estos procesos favorecen la recuperación física, reducen estresores,

mejoran la calidad de vida y promueven una interacción más humanizada entre pacientes y profesionales sanitarios.

El reto es introducir esta perspectiva no clínica, pero si salutógena y que complementa el abordaje integral de la salud en las organizaciones, y que desde la perspectiva de la Humanización en Salud favorezca la colaboración, hacia una calidad asistencial junto a la eficacia instrumental.

2. OBJETIVOS (General y Específicos) General :

Introducir el Modelo de las Artes en Salud como modelo dentro de la Humanización en Salud

Específicos:

a.-Conocer la evidencia científica sobre el papel del Modelo de Artes en Salud en las intervenciones en Salud

b.-Identificar factores comunes y potenciadores de las Artes en Salud respecto del Modelo de Humanización en Salud

3. METODOLOGÍA

1.-Definición sobre Artes en Salud, en relación a intervenciones vinculadas: arteterapia, arte y salud, psicoterapia artística, prescripción cultura, entre otras.

2.-Revisión de la literatura en cuatro bases de datos científicas, sobre la aplicación de las Artes en Salud. ha permitido identificar factores comunes en ambos paradigmas, donde las Artes en la Salud resultan una estrategia con buena aceptación por parte de las personas usuarias y el personal sanitario. Las medidas consideradas son de carácter cuantitativo y cualitativo.

3.-Identificar programas con la metodología de las Artes en Salud en contextos asistenciales y su efecto.

4. RESULTADOS

Presentación de los hallazgos en la Revisión de la literaturas sobre el Modelo de Arts In Health, con la evidencia acerca de su aceptabilidad, eficacia y eficiencia en los contextos de salud.

Resultados en relación a prácticas de Arte en Salud y sus efectos positivos en diagnósticos médicos y/o situaciones crónicas-

Identificación de los Factores comunes entre Artes en Salud y Humanización en Salud: cuidado integral, empatía y mejora en la comunicación, reducción de estresores y de la ansiedad, participación centrada en el paciente, fortalecimiento del vínculo asistencial

5. CONCLUSIONES

La evidencia científica sobre los beneficios de las Artes en Salud ha llevado a la OMS a indicar su aplicación e integración en las políticas sanitarias: “fomenta la resiliencia, mejora la comunicación, favorece la inclusión social y contribuye al bienestar mental en todas las etapas de la vida, además de evidenciar que produce mejoras en cuadros clínicos agudos y crónicos”. La incorporación de las artes en los sistemas sanitarios ha tenido efectos positivos en las relaciones entre pacientes y profesionales, tal como la Humanización en Salud está consiguiendo. Integrar ambos modelos, es un reto de la Salud Pública.

6. BIBLIOGRAFÍA

Bates, V (2018) ‘Humanizing’ healthcare environments: architecture, art and design in modern hospitals, Design for Health, 2:1, 5-19, DOI: 10.1080/24735132.2018.1436304



Bates, V(2025), Arts: Humanising healthcare August 2025, DOI:10.7765/9781526168528.0000

Corriero A, Giglio M, Soloperto R, Varrassi G, Puntillo F. Harnessing the healing power of creativity: exploring the role of art in healthcare through art, dance, and music therapy. *Adv Health Res* [Internet]. 2024 Jul. 11 [cited 2026 Mar. 18];1(1). Available from: <https://www.ahr-journal.org/site/article/view/17>

Ettenberger M, Calderón Cifuentes NP. Intersections of the arts and art therapies in the humanization of care in hospitals: Experiences from the music therapy service of the University Hospital Fundación Santa Fe de Bogotá, Colombia. *Front Public Health*. 2022 Dec 2;10:1020116. doi: 10.3389/fpubh.2022.1020116. PMID: 36530717; PMCID: PMC9757166.

Fancourt,D and Finn, S :What is the evidence on the role of the arts in improving health and well-being? A scoping review *Health Evidence Network synthesis report 67*, 2019

World Health Organization: <https://www.who.int/europe/publications/i?healthtopics=32947a1c-541a-4905-a75f-46562ff8045a>

Gallagher L, Shella T, Bates D, Briskin I, Jukic M and Bethoux F (2024) Utilizing the arts to improve health, resilience, and well-being (HeRe We Arts®): a randomized controlled trial in community-dwelling individuals with chronic medical conditions. *Front. Public Health* 12:1242798. doi: 10.3389/fpubh.2024.1242798

Gilbert,M, PhD: Artistic or aesthetic ways of knowing have long been embraced in many different cultures as forms of healing. *AMA J Ethics*. 2022;24(7):E546-548. doi: /amajethics.2022.546.

Sajani N, Fietje N. The Jameel Arts & Health Lab in collaboration with the WHO- Lancet Global Series on the Health Benefits of the Arts. *Lancet* 2023; 402: 1732-34

Vickhoff B. Why art? The role of arts in arts and health. *Front Psychol*. 2023 Mar 22;14:765019. doi: 10.3389/fpsyg.2023.765019. PMID: 37034911; PMCID: PMC10075207.

23

MOSTRADOR N°1: TRANSFORMANDO LA ORGANIZACIÓN HACIA UNA ATENCIÓN HUMANIZADA

Eva Blanco Domínguez; Juan José Jaras Bartolomé; Ireide Aldazabal Muniategui; Izaro Kortazar Zubizarreta; Fernando Martínez Carballal; Igor Gómez Gárate

eva.blancodominguez@osakidetza.eus

1. INTRODUCCIÓN Acudir a una consulta médica, para la mayoría de personas, supone un trámite sencillo. Sin embargo, para algunos pacientes —especialmente aquellos con riesgo de agitación, alteraciones conductuales o hipersensibilidad al entorno— una simple cita puede convertirse en una experiencia angustiosa. Las esperas prolongadas, los espacios ruidosos y la incertidumbre generan situaciones que afectan no solo a su bienestar, sino también al de sus familias, acompañantes y profesionales. Esta realidad fue identificada por la Comisión de Humanización de OSI Araba, que vio la necesidad de repensar el entorno asistencial desde una mirada centrada en la persona.

Con esta perspectiva, se diseñó un itinerario de acompañamiento en Consultas Externas basado en un punto de acogida específico —el Mostrador N°1— que ofrece un aterrizaje amable y adaptado. Más allá de agilizar procesos, este circuito se concibe como un espacio protegido donde el paciente es reconocido y se reduce la incertidumbre. El programa se puso en marcha el 14 de enero y actualmente se encuentra en fase de pilotaje.

2. OBJETIVOS (General y Específicos) Objetivo general:

Humanizar la atención en Consultas Externas del HUA mediante un circuito diseñado para ofrecer un acceso más seguro y respetuoso a pacientes con necesidades

62

especiales, minimizando situaciones de estrés y promoviendo una relación asistencial más cercana.

Objetivos específicos:

1. Reconocer y anticipar las necesidades de pacientes con riesgo de agitación y con riesgo de alteraciones conductuales graves.
2. Crear entornos más tranquilos y libres de sobreestimulación.
3. Facilitar la tramitación administrativa en mostrador diferenciado.
3. Ofrecer acompañamiento personalizado desde la llegada hasta el final de la visita.
4. Optimizar la coordinación interprofesional mediante herramientas tecnológicas de aviso inmediato.

3. METODOLOGÍA Se desarrolló un procedimiento estructurado que incluye: derivación por parte de profesionales clínicos mediante formulario de inclusión; entrega de tarjeta identificativa; recepción en el Mostrador nº1 gestionando cualquier trámite administrativo que requiera; tramitación de acompañamiento por celadores según necesidad; y comunicación directa al profesional mediante sistema informático de aviso, comunicando que el usuario ya está en la sala de espera. Prioriza la flexibilidad asistencial

El circuito se implantó en Consultas Externas y se inició en fase piloto el 14 de enero, con evaluación continua y posibilidad de extensión a otros perfiles y servicios.

4. RESULTADOS Desde su puesta en marcha el 14 de enero, el circuito ha permitido mejorar significativamente la experiencia de pacientes que vivían la visita al hospital como una situación difícil. Hasta la fecha, se han incluido ****26 usuarios**** en el programa, quienes han mostrado una mayor tranquilidad durante el proceso asistencial. Las familias refieren sentirse acompañadas y comprendidas, mientras que los profesionales destacan que el aviso temprano y la coordinación entre equipos favorece una atención más empática y reduce tensiones.

El sistema de aviso informático ha mejorado la coordinación entre los equipos administrativos y clínicos, permitiendo al profesional ajustar la dinámica de la consulta según la situación del paciente. Además, se observa una percepción positiva entre los equipos asistenciales, que subrayan la utilidad del circuito para una atención más fluida, ordenada y centrada en las necesidades individuales. Estos resultados preliminares apuntan a un impacto favorable en la calidad asistencial y en la seguridad tanto del paciente como del entorno.

5. CONCLUSIONES El circuito articulado a través del Mostrador N°1 demuestra que la humanización no siempre requiere grandes infraestructuras, sino cambios sensibles que transforman la experiencia del paciente.

Actualmente en fase de pilotaje, el programa se ampliará próximamente a las áreas de hospitalización, urgencias y atención primaria, consolidando un modelo de atención más cálido, accesible y centrado en las necesidades emocionales del paciente.

mar.garciaf@sjd.es

1. INTRODUCCIÓN El proyecto Decidir es Cuidarse, se desarrolla en los pisos con soporte para personas con problemas de salud mental del Parc Sanitari Sant Joan de Déu (PSSJD). Su finalidad es promover y evaluar la autonomía de las personas residentes, mayoritariamente diagnosticadas de trastorno mental grave y expuestas históricamente a vulnerabilidad y estigmatización, factores que han limitado su participación en decisiones relativas a su salud.

El Documento de Voluntades Anticipadas (DVA) es una herramienta fundamental para expresar preferencias terapéuticas en situaciones de incapacidad, favoreciendo la autodeterminación y la dignidad. Sin embargo, su uso en salud mental, continúa siendo escaso, lo que pone de manifiesto la necesidad de incorporarlo de manera efectiva en la práctica.

Desde el modelo de Atención Centrada en la Persona (ACP) y los principios de humanización, el proyecto propone una intervención formativa y de acompañamiento que sitúa a la persona como agente activo de decisión. La propuesta integra los ámbitos social y sanitario, fomentando no solo el acceso a la información, sino también la capacidad real de comprender, decidir y expresar la propia voluntad en relación con la salud, con el objetivo explícito de promover el uso del DVA y evaluar su impacto en la toma de decisiones.

2. OBJETIVOS (General y Específicos) Objetivo general:

Evaluar el impacto de una intervención formativa destinada a promover el empoderamiento en la toma de decisiones en salud a través del uso del Documento de Voluntades Anticipadas (DVA).

Objetivos específicos:

- Analizar la intención de cumplimentar el DVA
- Medir el cambio en el nivel de conocimiento pre-post intervención.
- Valorar el registro del DVA mediante la Historia Clínica Compartida (HC3).
- Evaluar el impacto formativo y la satisfacción de los profesionales.
- Evaluar la experiencia y la satisfacción de las personas usuarias.

3. METODOLOGÍA Estudio cuasi-experimental pre post sin grupo control, realizado en cuatro pisos con soporte (n=15 usuarios; n=3 profesionales). La intervención consistió en sesiones informativas adaptadas sobre el DVA, combinadas con acompañamiento individualizado. Se utilizaron cuestionarios para medir empoderamiento, intención, conocimiento, experiencia y satisfacción antes y después de la intervención. El estudio fue aprobado por el Comité de Ética Asistencial del PSSJD. Se trata de un proyecto piloto, con la propuesta de extenderlo a los servicios de vivienda, tanto a los pisos con soporte como a las residencias de salud mental, adaptándolo al perfil de cada dispositivo.

4. RESULTADOS El 53% de las personas participantes manifestó sentirse empoderada tras la intervención y el 87% expresó intención de cumplimentar el DVA. Se observó un incremento del conocimiento del 13,27% en usuarios y del 27,27% en profesionales. La satisfacción fue elevada (87% en usuarios; 100% en profesionales). La experiencia se valoró positivamente, destacando alta comprensión de la información, confianza en el equipo terapéutico y demanda de mayor acompañamiento. El registro efectivo del DVA en la HC3 fue del 6,66%

5. CONCLUSIONES La intervención demuestra que el DVA es una herramienta eficaz para promover el empoderamiento y la participación en decisiones de salud mental, en línea con la humanización y la atención centrada en la persona. El acompañamiento profesional, la accesibilidad de la información y la relación terapéutica basada en la confianza emergen como elementos clave.

Aunque el registro formal todavía es limitado, la elevada intención de uso indica un fuerte potencial. Es una intervención de bajo coste y replicable, ya incorporada al programa de pisos con soporte y prevista para extenderse a residencias con las adaptaciones necesarias

6. BIBLIOGRAFÍA

(1) Organización Mundial de la Salud, Oficina Regional para Europa. (2010). Empoderamiento del usuario de salud mental: declaración de la Oficina Regional para Europa de la OMS. Copenhague:OMS.

http://www.msps.es/organizacion/sns/planCalidadSNS/pdf/Declaracion_Empoderamiento_OMS.pdf

(2) Valery, Kevin-Marc, y Antoinette Prouteau. «Schizophrenia stigma in mental health professionals and associated factors: A systematic review». *Psychiatry Research* 290 (1 de agosto de 2020): 113068. <https://doi.org/10.1016/j.psychres.2020.113068>.

(3) «¿El estigma está presente entre los profesionales de salud mental? | SOM Salud Mental 360», 12 de enero de 2025. <https://estigma.som360.org/es/monografico/salud-mental-prision/articulo/estigma-esta-presente-profesionales-salud-mental>.

(4) Villanueva R. Autonomía y salud mental: la capacidad de decidir en el contexto de los trastornos mentales. Madrid: Editorial Alianza; 2015.

(5) García-Sánchez J, Píera M. Salud mental, ética y derecho: la regulación de las voluntades anticipadas en España. Valencia: Editorial Tirant lo Blanch; 2018.

(6) Ruiz R, Fernández C. La legislación sobre voluntades anticipadas en España: análisis y retos futuros. *Rev Esp Derecho Sanitario*. 2017;21(4):340-355.

(7) Catalán G. Derechos de los pacientes con trastornos mentales y voluntad anticipada. Barcelona: Editorial Planeta; 2010.

(8) Zaragoza Martí, M. F., Julià-Sanchis, R., & García-Sanjuán, S. (2020). El documento de voluntades anticipadas como instrumento de planificación ético-jurídico: especial atención a la salud mental. *Revista de Bioética y Derecho*, (49), 25-40. <https://doi.org/10.1344/rbd2020.49.28451>

(9) Ramos-Pozón, S., & Robles del Olmo, B. (2015). La relación médico-paciente en salud mental: el documento de voluntades anticipadas y la planificación de decisiones anticipadas. *Revista de Rehabilitación Psicosocial*,18-24.

(10) Informe sobre el registre del document de voluntats anticipades. Departament de Salut de la Generalitat de Catalunya Gener 2021.

<https://scientiasalut.gencat.cat/handle/11351/4021.3>

(11) Les hospitalitzacions involuntàries en l'atenció a la salut mental Comitè de Bioètica de Catalunya i el Comitè d'Ètica dels Serveis Socials de Catalunya Març 2021. Departament de Salut. Generalitat de Catalunya.

<https://canalsalut.gencat.cat/ca/detalls/noticia/Sobre-les-hospitalitzacions-involuntaries-en-lambit-de-la-salut-mental>

ESCUELA DE FAMILIAS EN UCI “CUÍDALO, APRENDIENDO JUNTOS”. ¿CUMPLE LAS EXPECTATIVAS PROYECTADAS?

María Dolores Rodríguez Huerta; Natalia González García; Elena Espiritu Jiménez;
Mario Reyes Torollo; Raquel Sánchez Torres; Rebeca Díaz Martín

lolaorkjo@hotmail.com

1. INTRODUCCIÓN El ingreso de un familiar en la UCI constituye una situación de incertidumbre para los familiares por dos motivos fundamentales: la dificultad de comprender el entorno y los procesos de la unidad, y el afrontamiento de una situación muy estresante, y a posteriori asumir progresivamente un rol de cuidador para el que no están capacitados. En definitiva, conlleva en la mayoría de los casos, la presencia de necesidades no cubiertas, que constituyen la base del síndrome post-UCI del familiar. Diversos estudios muestran como la implantación de diversas intervenciones, como las “puertas abiertas en UCI”, o la mejora en la información, apoyo y comunicación han revelado una mejora en la calidad percibida de los cuidados en la UCI y en el bienestar, depresión y ansiedad de la familia.

En este marco, la escuela de familiares en UCI (dos sesiones mensuales) se engloba en el Eje 1 del II Plan de Humanización de la Asistencia Sanitaria 2022-25, referido a la “Atención Centrada en la Persona”. Esta intervención está dirigida a promover y mejorar la situación tanto del enfermo como la de sus familiares, teniendo en cuenta a estos como una extensión del paciente, que experimentan el proceso de cuidado a su lado.

2. OBJETIVOS (General y Específicos) Objetivo general: conocer la satisfacción y las percepciones de los participantes en la escuela de familias de UCI en cuanto al cumplimiento de los objetivos que se pretenden conseguir con la actividad.

Objetivos específicos:

- Evaluar si la información recibida se traduce en una disminución de ansiedad y temor inherente al ingreso de un familiar en UCI.
- Evaluar si los conocimientos y habilidades adquiridos promueven la participación de las familias en el cuidado del paciente.
- Evaluar su percepción sobre los sentimientos de utilidad y autoestima como cuidadores derivada de la actividad.

3. METODOLOGÍA Estudio observacional mediante entrevista estructurada elaborada ad hoc, validada por 7 expertos mediante el método de agregados individuales. Se incluyeron 24 ítems en 6 secciones correspondientes a las áreas cubiertas en las sesiones. La satisfacción con la actividad se evaluó mediante el instrumento validado “Encuesta de satisfacción con el cuidado de la salud para personas con enfermedad crónica no transmisible” adaptado.

Muestreo no probabilístico por conveniencia, incorporando a participantes que habían otorgado su consentimiento para ser contactados telefónicamente, tras un periodo posterior al taller mínimo de 3 meses. También se analizaron las respuestas libres para conocer posibles áreas de mejora.

4. RESULTADOS En el año 2025 se han realizado 22 talleres, con 71 participantes, prevaleciendo el género femenino (69%), con media de edad 54 ± 14 años. Tras el análisis de las respuestas de 36 participantes, se consideró alcanzada la saturación de los datos, al observarse una notable reiteración tanto en las puntuaciones cuantitativas como en los comentarios cualitativos, sin que emergieran nuevas aportaciones relevantes. Todas las respuestas se puntuaron mediante una escala tipo Likert desde 1, nada de acuerdo, a 5, muy de acuerdo, para cada uno de los ítems. Las puntuaciones fueron de media entre $3,8 \pm 1,1$ a $5 \pm 0,1$, lo que muestra una valoración positiva. El grado de satisfacción no difería de la obtenida en el momento de la sesión, medias $4,8 \pm 1,2$ puntos. La valoración libre de los participantes mostró una opinión positiva en cuanto a relevancia y utilidad de todos los temas tratados, así como una disminución de la ansiedad tras recibir la información. Como áreas de mejora destacan la necesidad

de mayor formación en lo relacionado con las movilizaciones pasivas al paciente para realizarlas con una mayor seguridad, y aproximación de la realización del taller lo más cercano posible al ingreso.

5. CONCLUSIONES La adherencia y satisfacción con el programa de Escuela de Familias en UCI son buenas. Los datos muestran una repercusión en los familiares, ya que consideran relevante y útil la información y la formación que se les brinda, sienten que pueden integrarse y participar en los cuidados del paciente, mejoran el estrés y ansiedad que genera en las familias esta situación. En base a los resultados, un análisis mediante metodología cualitativa sería pertinente para evaluar en profundidad los efectos de la escuela sobre familiares y considerar la necesidad de cambios o mejoras.

6. BIBLIOGRAFÍA

- Netzer G, Sullivan DR. Recognizing, Naming, and Measuring a Family Intensive Care Unit Syndrome. *Annals of the American Thoracic Society*. 2014 Mar;11(3):435-41.
- Davidson JE, Jones C, Bienvenu OJ. Family response to critical illness. *Critical Care Medicine*. 2012 Feb;40(2):618-24.
- Shirasaki K, Hifumi T, Nakanishi N, Nosaka N, Miyamoto K, Komachi MH, et al. Postintensive care syndrome family: A comprehensive review. *Acute medicine & surgery*. 2024 Jan 1;11(1).
- Gravante Quality of life in ICU survivors and their relatives with post-intensive care syndrome: A systematic review. *Nurs Crit Care*. 2024; 29:807-823.
- II Plan de Humanización de la Asistencia Sanitaria 2022 2025 (Ref. 50581). Consejería de Sanidad - Dirección General de Humanización, Atención y Seguridad del Paciente. Madrid, España. ISBN: 978 84 451 3976 9.
- Nin Vaeza, N., Martín Delgado, M. C., y Heras La Calle, G. Humanizing Intensive Care: Toward a Human-Centered Care ICU Model. *Critical Care Medicine*. 2020; 48(3): 385.
- Ramírez O, Gómez J, Carrillo G M, Cárdenas D C. Encuesta de satisfacción con el cuidado de la salud en las personas con enfermedad crónica. *Enferm. glob*. 2016 Oct ; 15(44): 321-330.

27

ENFERMERÍA PENITENCIARIA EN SALUD MENTAL: INTERVENCIONES HUMANIZADAS PARA LA PREVENCIÓN DEL SUICIDIO.

Celia Cuadrado Vives; Rita Puig T Lam

celia.cuadrado@sjd.es

1. INTRODUCCIÓN El suicidio en el ámbito penitenciario supone un problema de salud pública de alta relevancia, con tasas entre 3 y 8 veces superiores en hombres respecto a la población general, y hasta 20 veces más en las mujeres. Los principales factores que afectan de manera directa al riesgo de la conducta suicida son: el aislamiento, los estresores propios del encarcelamiento, trastornos mentales y/o antecedentes de ellos y el consumo de estupefacientes. [1][2][3]

En este ámbito, el rol de la enfermería de salud mental desempeña un papel fundamental en la asistencia sanitaria de las personas internas [4]. Su función incorpora dimensiones relacionales y humanizadoras. Establece vínculo terapéutico a través de la escucha activa, del apoyo emocional y de la promoción de la dignidad en un entorno que tiende a la despersonalización [5][6]. Por lo que no se limita únicamente a la detección del riesgo suicida.

La atención centrada en la persona, más allá del diagnóstico o del contexto coercitivo, es considerado un aspecto fundamental y esencial de la práctica enfermera en salud

67



mental penitenciaria, con evidencia de impacto en la reducción de conductas suicidas y autolesiones [3][7].

2. OBJETIVOS (General y Específicos) General: Analizar el papel de las intervenciones de enfermería en salud mental en la prevención de conductas suicidas en población penitenciaria, desde una perspectiva de atención humanizada.

Específicos:

1. Identificar las intervenciones de enfermería con mayor evidencia de efectividad en el ámbito penitenciario.

2. Evaluar el impacto de estas intervenciones sobre la reducción de la ideación suicida, así como los intentos autolíticos y las autolesiones.

3. Analizar el rol de la relación terapéutica y la formación especializada como elementos empleados para facilitar la humanización asistencial.

3. METODOLOGÍA En primer lugar, se realiza una revisión de la literatura científica mediante búsqueda sistemática en bases de datos (PubMed, PsycINFO, BMC Nursing, Cochrane Library), incluyendo artículos y guías institucionales, entre otros. Como criterios de inclusión se tuvieron en cuenta estudios publicados entre 2015-2025, intervenciones lideradas o implementadas por personal de enfermería, y resultados relacionados con prevención de suicidio o autolesiones. Se priorizaron revisiones sistemáticas, metaanálisis, ensayos clínicos aleatorizados y guías de práctica clínica. La síntesis se estructura según elementos de intervención, de resultados clínicos y de recomendaciones para la práctica enfermera.

4. RESULTADOS La evidencia científica posiciona a la enfermería de salud mental como una figura referente en los programas de prevención del suicidio en el ámbito penitenciario, asociándole unos datos significativos en la reducción de la mortalidad por suicidio, así como de las autolesiones y la ideación suicida [3]. Entre las intervenciones con mayor respaldo empírico se encuentran el screening estructurado al ingreso mediante escalas validadas [8][9], la evaluación continua del riesgo [10], la entrevista terapéutica para fortalecer y crear el vínculo [5][11], la psicoeducación [4] y la contención y acompañamiento emocional en situaciones de crisis [10].

La atención centrada en la persona ha incrementado la detección de casos en un 25% y mejorado la adherencia terapéutica [12]. La formación específica de los profesionales es la herramienta clave, aunque su impacto directo en mortalidad requiere mayor evidencia [10]. Desde una perspectiva humanizadora, estas prácticas preservan dignidad y apoyo emocional, reduciendo ideación y autolesiones y aumentando la percepción de seguridad y bienestar.

5. CONCLUSIONES Las intervenciones enfermeras en salud mental penitenciaria, tales como las que incluyen la evaluación sistemática, así como la relación terapéutica y el acompañamiento humanizado, constituyen las herramientas que se han demostrado efectivas para la prevención de conductas suicidas en población penitenciaria. Así mismo, se constata que los programas que incluyen screening, la formación del personal y la supervisión de alto riesgo y tratamiento especializado han demostrado reducir significativamente la mortalidad por suicidio y las autolesiones en personas en situación de privación de libertad. La atención más humana y cercana del profesional contribuye a su recuperación y su bienestar integral.

6. BIBLIOGRAFÍA

Worldwide Incidence of Suicides in Prison: A Systematic Review With Meta-Regression Analyses. Mundt AP, Cifuentes-Gramajo PA, Baranyi G, Fazel S. The Lancet. Psychiatry. 2024;11(7):536-544. doi:10.1016/S2215-0366(24)00134-2.

Risk Factors for Suicide in Prisons: A Systematic Review and Meta-Analysis. Zhong S, Senior M, Yu R, et al. *The Lancet. Public Health*. 2021;6(3):e164-e174. doi:10.1016/S2468-2667(20)30233-4.

Preventing Suicidal and Self-Injurious Behavior in Correctional Facilities: A Systematic Literature Review and Meta-Analysis. Stijelja S, Mishara BL. *EClinicalMedicine*. 2022;51:101560. doi:10.1016/j.eclinm.2022.101560.

Correctional Nursing Interventions for Incarcerated Persons With Mental Disorders: An Integrative Review. Maruca AT, Shelton D. *Issues in Mental Health Nursing*. 2016;37(5):285-92. doi:10.3109/01612840.2016.1145308.

The Implementation of Correctional Nursing Practice-Caring Behind Bars: A Grounded Theory Study. Dhaliwal KK, Hirst SP, King-Shier KM, Kent-Wilkinson A. *Journal of Advanced Nursing*. 2021;77(5):2407-2416. doi:10.1111/jan.14772.

Ethical, Clinical, and Legal Challenges of Mental Health Care in Prisons: Between Constraints and Clinical Integrity. Alves BP, Pinto da Costa M, Pollmächer T, Schouler-Ocak M, Madeira L. *International Journal of Law and Psychiatry*. 2025;105:102165. doi:10.1016/j.ijlp.2025.102165.

Interventions to Reduce Suicidal Thoughts and Behaviours Among People in Contact With the Criminal Justice System: A Global Systematic Review. Carter A, Butler A, Willoughby M, et al. *EClinicalMedicine*. 2022;44:101266. doi:10.1016/j.eclinm.2021.101266.

Yield and Efficiency of Mental Health Screening: A Comparison of Screening Protocols at Intake to Prison. Martin MS, Potter BK, Crocker AG, Wells GA, Colman I. *PloS One*. 2016;11(5):e0154106. doi:10.1371/journal.pone.0154106.

Mental Health Screening Tools in Correctional Institutions: A Systematic Review. Martin MS, Colman I, Simpson AI, McKenzie K. *BMC Psychiatry*. 2013;13:275. doi:10.1186/1471-244X-13-275.

Mental Health of Prisoners: Prevalence, Adverse Outcomes, and Interventions. Fazel S, Hayes AJ, Bartellas K, Clerici M, Trestman R. *The Lancet. Psychiatry*. 2016;3(9):871-81. doi:10.1016/S2215-0366(16)30142-0.

The Core Elements of Psychiatric and Mental Health Nursing: Time, Honest Engagement, Therapeutic Relations, Professional Nursing and Lifetime-Perspective. Wangel AM, Persson K, Duerlund S, et al. *Issues in Mental Health Nursing*. 2024;45(4):399-408. doi:10.1080/01612840.2024.2305934.

From Positive Screen to Engagement in Treatment: A Preliminary Study of the Impact of a New Model of Care for Prisoners With Serious Mental Illness. Pillai K, Rouse P, McKenna B, et al. *BMC Psychiatry*. 2016;16:9. doi:10.1186/s12888-016-0711-2.

Ministerio de Justicia. Guía para la prevención del suicidio en el entorno penitenciario: personas privadas de libertad. Repositori Justicia Generalitat.

28

CUIDARNOS PARA CUIDAR: EL PROYECTO NUS COMO MOTOR DE HUMANIZACIÓN EN EL ENTORNO LABORAL

Teresa Martin Viñolas; Mari Ángeles Esteban Márquez; Carme Rovira Bach; Clàudia Campoy Clavero; Eli Ledesma Pena; Gemma Vila Espinalt

tmartin@althaia.cat

1. INTRODUCCIÓN La calidad de vida laboral de los profesionales sanitarios es un elemento clave para garantizar un sistema de salud sostenible, seguro y humanizado. La literatura científica señala que los profesionales de la salud constituyen uno de los colectivos con mayor riesgo de sufrir estrés laboral, baja calidad de vida y burnout, que impacta directamente en su salud y en la calidad de la atención que ofrecen. “La calidad de vida en el lugar de trabajo de los profesionales de la salud es uno de los temas más relevantes porque este grupo profesional ha sido identificado como uno de los que corre mayor riesgo de padecer mala calidad laboral, estrés laboral y burnout”.

69

Diversos estudios identifican factores determinantes de la calidad de vida laboral, entre los que destacan el entorno físico, las demandas del trabajo, el contenido de las tareas, los elementos económicos y contractuales, el desarrollo del rol, las nuevas tecnologías, las relaciones interpersonales, las oportunidades de carrera y las características institucionales. En el ámbito de la Atención Primaria, estos factores se intensifican por el envejecimiento de la población, el diagnóstico precoz de enfermedades crónicas, el aumento de la burocracia, la presión asistencial y las expectativas crecientes de la ciudadanía

2. OBJETIVOS (General y Específicos) En este contexto, nace la Comisión de Bienestar de las Personas en el Entorno Laboral de las ABS Althaia, un grupo interdisciplinar, abierto y voluntario, cuyo objetivo es “impulsar, coordinar, implantar y evaluar activos que mejoren el bienestar de los profesionales asistenciales y no asistenciales”. La Comisión parte de una premisa humanista: cuidarse para poder cuidar, sintetizada en los lemas “cuidarme para cuidarte” y “sentirme bien para hacerte sentir bien”.

3. METODOLOGÍA NUS, es un proyecto que simboliza conexión, transformación y bienestar. El nombre evoca la idea de vínculo y proceso: “Todo empieza con un nudo”. El proyecto se articula alrededor del concepto de activo en salud, entendido como cualquier recurso —estructural, emocional o relacional— que genera bienestar y refuerza la seguridad, la importancia y la conexión entre las personas ;este incluye varias fases: creación de la Comisión, consolidación del grupo, evaluación del bienestar, implementación de activos y valoración del impacto. La primera acción ha sido la elaboración de una encuesta de bienestar laboral, distribuida a todos los profesionales mediante código QR.

4. RESULTADOS Los resultados ofrecen una visión de la situación emocional del equipo. Como aspectos positivos destacan la muy buena comunicación entre compañeros (87 %,) un fuerte sentimiento de reconocimiento entre iguales y un elevado nivel de satisfacción global (85 %) También el apoyo mutuo y el acceso a la formación.

Sin embargo, la encuesta identifica áreas de mejora relevantes: 15% de los profesionales declara malestar tras la jornada laboral, un 74% considera que no dispone de espacios adecuados para desconectar, el 24 % no se siente suficientemente escuchado ni motivado en su día a día, el 28,2 % no percibe reconocimiento por parte de los mandos y el 37% manifiesta falta de equilibrio personal debido a la carga laboral.

El grupo focal complementa estos datos señalando causas como la presión asistencial, la falta de tiempo, la rotación constante y la dificultad para compartir preocupaciones.

Las propuestas de mejora surgidas del grupo son concretas, realistas y profundamente humanas: incluyen crear espacios de desconexión, evitar reuniones en momentos críticos, fomentar cohesión, habilitar zonas agradables, impulsar la gestión del estrés, promover encuentros informales y desarrollar programas de mentoría para nuevas incorporaciones. Las propuestas se han trabajado con el Equipo de Dirección

5. CONCLUSIONES El Proyecto NUS representa una apuesta valiente y necesaria para situar el bienestar profesional en el centro de la organización. Su fuerza reside en la participación voluntaria, la mirada positiva, la transversalidad y la convicción de que la humanización no es un discurso, sino una práctica cotidiana que empieza por las personas que cuidan. Este proyecto demuestra que, cuando un equipo se reconoce, se escucha y se cuida, se transforma no solo su experiencia laboral, sino también la calidad de la atención que ofrece a la comunidad.

6. BIBLIOGRAFÍA



1. Rodríguez-Marín J, Neipp MC. Manual de Psicología Social de la Salud. Madrid: Síntesis; 2008.
2. Casas J, Repullo JR, Lorenzo S, Cañas J. Dimensiones y medición de la calidad de vida laboral en profesionales sanitarios. Rev Admin Sanit. 2002;23:143-60.
3. Moncada S, Llorens C. Factores psicosociales. En: Ruiz-Frutos C, García AM, Delclòs J, Benavides FG, editores. Salud laboral. 3a ed. Barcelona: Masson- Elsevier; 2007. p. 397-406.
4. Garrido Elustondo S, García Esquina E, Viúdez Jiménez L, López Gómez C, Más Cebrián E, Ballarín Bardají M. Estudio de la Calidad de Vida Profesional en trabajadores de Atención Primaria del Área 7 de la Comunidad de Madrid. Rev Calid Asist. 2010;25:327-33

29

PROMOVIENDO LA HUMANIZACIÓN DE LOS CUIDADOS EN SALUD MENTAL EN LA RED SALUD MENTAL DE BIZKAIA MEDIANTE MODELOS COLABORATIVOS DERIVADOS DE LA IMPLANTACIÓN DE GUÍAS BPSO®

Ana Merino Rodríguez; Aurora Oña García; Alesandra Campo García; Izaskun Eraña Arana

ana.merinerodriguez@osakidetza.eus

1. INTRODUCCIÓN La humanización de la asistencia sanitaria implica situar a la persona en el centro del proceso de atención, reconociendo su experiencia, valores y preferencias y promoviendo su participación activa en la toma de decisiones relacionadas con su salud¹. Este enfoque busca avanzar hacia modelos asistenciales más respetuosos con la dignidad, la autonomía y las necesidades de las personas atendidas. En el ámbito de la salud mental, la humanización de los cuidados adquiere especial relevancia, ya que favorece modelos de atención orientados a la recuperación, el empoderamiento y la participación activa de las personas usuarias en su proceso terapéutico^{2,3}.

En este contexto, el programa Best Practice Spotlight Organization® (BPSO®), desarrollado por la Registered Nurses' Association of Ontario (RNAO), promueve la implantación de guías de buenas prácticas basadas en la evidencia con el objetivo de mejorar la calidad de los cuidados, los resultados en salud y la experiencia de las personas atendidas. La Red de Salud Mental de Bizkaia (RSMB) fue reconocida en 2021 como Centro Comprometido con la Excelencia en Cuidados® (CCEC®/BPSO®) tras la implantación de diversas guías orientadas a promover una atención centrada en la persona y la humanización de los cuidados.

2. OBJETIVOS (General y Específicos) Objetivo general

Humanización de los cuidados en la Red de Salud Mental de Bizkaia mediante la implantación de guías de buenas prácticas del programa BPSO® orientadas a la atención centrada en la persona y la creación de planes colaborativos.

Objetivos específicos

- Desarrollar instrumentos que faciliten la participación activa de las personas usuarias en su proceso de atención.
- Promover la toma de decisiones compartida entre profesionales y pacientes.
- Mejorar la calidad de los cuidados y la seguridad clínica mediante la aplicación de prácticas basadas en la evidencia.

3. METODOLOGÍA La implantación del programa tuvo lugar entre 2019 y 2021. La guía “Cuidados centrados en la persona y la familia” se implantó en dos hospitales de

día; la guía “Fomento de la seguridad: alternativas a la contención” se implantó tres unidades de rehabilitación y la guía “Intervención en crisis: abordaje del trauma en adultos en las cuatro primeras semanas” se implantó en tres dispositivos de primeros episodios psicóticos y un equipo de Tratamiento Asertivo Comunitario 4-6.

El proceso estuvo guiado por la “Herramienta de implantación de buenas prácticas” de RNAO, basada en el marco de “Conocimiento para la Acción” 7,8.

4. RESULTADOS La implantación de las guías dio lugar al desarrollo de tres planes colaborativos orientados a promover la humanización de los cuidados mediante una atención más participativa y centrada en la persona.

El Plan de Crisis Colaborativo, dirigido a personas atendidas en programas de primeros episodios psicóticos y equipos de Tratamiento Asertivo Comunitario, permite anticipar y gestionar situaciones de crisis mediante la identificación de señales de alerta, recursos personales y apoyos disponibles.

El Plan de Confort se desarrolló como estrategia individualizada para la prevención de la contención mecánica en unidades hospitalarias de rehabilitación. Este plan permite identificar, junto con la persona usuaria, señales de estrés, desencadenantes y estrategias de alivio, incorporando alternativas terapéuticas basadas en la desescalada verbal y otras medidas de confort.

El Plan de Atención Individualizado Compartido (PAIc) se implementó en hospitales de día mediante una valoración integral realizada conjuntamente por profesionales y pacientes. Este proceso permite identificar necesidades, definir objetivos terapéuticos y consensuar actuaciones orientadas a la recuperación.

Estos instrumentos facilitan la toma de decisiones compartida, incorporan la experiencia y las preferencias de las personas usuarias en la planificación de los cuidados y favorecen un modelo asistencial más respetuoso, participativo y orientado a la humanización de la atención.

5. CONCLUSIONES La implantación de GBP del programa BPSO® ha permitido desarrollar herramientas asistenciales orientadas a consolidar la humanización de los cuidados en salud mental, promoviendo la participación activa de las personas y la toma de decisiones compartida.

Los planes colaborativos favorecen modelos de atención centrados en la persona, incorporando sus preferencias y necesidades, contribuyendo a una atención más respetuosa con la autonomía y dignidad.

Asimismo, esta metodología basada en planes colaborativos se ha estandarizado en la organización, actualmente en tercera fase de sostenibilidad, garantizando la integración de prácticas humanizadas en la atención cotidiana y su mantenimiento a largo plazo.

6. BIBLIOGRAFÍA

1. Reyes-Téllez Á, et al. Humanization of nursing care: a systematic review. *Front Med (Lausanne)*. 2024;11:1446701. doi:10.3389/fmed.2024.1446701.
2. Khosravi M, et al. Principles and elements of patient-centredness in mental health services: a thematic analysis. *BMJ Open Qual*. 2024;13:e002719. doi:10.1136/bmjopen-2023-002719.
3. Vitger T, et al. Digital shared decision-making interventions in mental healthcare: systematic review and meta-analysis. *Front Psychiatry*. 2021;12:691251. doi:10.3389/fpsy.2021.691251.
4. Asociación Profesional de Enfermeras de Ontario (2015). *Cuidados centrados en la persona y familia*. Toronto, ON: Asociación Profesional de Enfermeras de Ontario.

5. 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.)]
6. 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.
7. 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.)]
8. 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.

30

IMPACTO DE LA GESTIÓN INDIVIDUALIZADA EN LA MEJORA DE LA EXPERIENCIA DEL PACIENTE Y LA REDUCCIÓN DE NO ASISTENCIAS EN PRUEBAS COMPLEMENTARIAS

Rosa María López Oliva; María José Piñol González; Montserrat Escalzo Piñol; Elisabet Melich Amado

rlopezo.hcme.ste@gencat.cat

1. INTRODUCCIÓN La humanización en la atención sanitaria se fundamenta en un modelo asistencial que reconoce a la persona como un ser integral con necesidades físicas, emocionales y sociales, promoviendo un trato digno y respetuoso en todos los niveles del proceso asistencial. Este enfoque surge como respuesta a los riesgos de despersonalización derivados de la tecnificación y la sobrecarga asistencial, proponiendo una práctica clínica más cercana y centrada en la persona atendida.

La evidencia señala que la humanización mejora la experiencia del paciente, generando mayor confianza y satisfacción.

En nuestro centro, se ha adoptado un modelo asistencial centrado en las personas, incorporando la humanización como una línea estratégica prioritaria.

En este contexto, desde la Unidad de Atención Especializada se identificó la necesidad de revisar y transformar el proceso de gestión de las pruebas complementarias (Audiometrías), para mejorar tiempos de espera, horarios poco adaptados a las necesidades individuales y disminuir las “no asistencias”.

2. OBJETIVOS (General y Específicos) Objetivo general

Mejorar la experiencia de las personas que acuden a realizar Audiometrías mediante un modelo de gestión individualizada y centrada en la persona.

Objetivos específicos

- Reducir las “no asistencias” el día de la prueba.
- Ajustar los tiempos asignados en función de las necesidades individuales.
- Facilitar la conciliación horaria con la vida laboral, escolar o funcionalidad de la persona usuaria..
- Evaluar la satisfacción de las personas atendidas para identificar puntos fuertes y áreas de mejora.

73

3. METODOLOGÍA Se realizó un análisis del perfil de usuarios que acuden a pruebas complementarias (Dispensario de Audiometrías), considerando edad, situación funcional, disponibilidad horaria y necesidades específicas.

La gestión de la agenda pasó a ser realizada por la TCAE referente del dispensario, quien contactó telefónicamente con cada persona para consensuar el horario y ajustar el tiempo necesario. Se buscó mejorar tanto la eficiencia del circuito asistencial como la experiencia subjetiva de quienes acuden al dispensario

Se realizó una encuesta de satisfacción tras la prueba, administrada aleatoriamente, para valorar la experiencia del paciente y detectar oportunidades de mejora en el proceso asistencial.

4. RESULTADOS La implementación de la gestión individualizada ha tenido un impacto positivo en la asistencia y en la experiencia del paciente.

En el último año, el porcentaje de "no asistencias" se ha reducido del 16,3% (media de ausencias de los años 2023 y 2024) al 10% (media de ausencias del año 2025), mostrando una mejora clara en el cumplimiento de las citas y en la eficiencia del circuito. Esta disminución se relaciona con el contacto directo, la adaptación horaria y la mayor facilidad para conciliar la visita (escuela, trabajo, dificultades en el transporte.)

Asimismo, se recogieron 47 encuestas de satisfacción en dos meses cuyos resultados reflejan una valoración muy positiva del nuevo modelo. El 98% de las personas encuestadas manifestó una satisfacción general alta, y el 100% afirmó que volvería a realizar la prueba en el centro. Entre los aspectos más destacados se encuentran el trato recibido por el profesional responsable de realizar la prueba complementaria la atención personalizada y la sensación de acompañamiento.

Por otro lado, como elementos de mejora, las personas señalaron el tiempo de espera previo a la prueba y la comodidad de la sala de espera, aspectos que se tienen que tener en cuenta para futuras intervenciones.

5. CONCLUSIONES • La gestión individualizada por parte de la TCAE referente de la consulta ha demostrado ser una estrategia eficaz para mejorar la experiencia del paciente y reducir significativamente las "no asistencias".

- El enfoque centrado en la persona, la adaptación horaria y la comunicación directa generan confianza, adhesión y una percepción más positiva del proceso asistencial.
- Los resultados obtenidos respaldan la continuidad y ampliación del modelo a otros dispensarios, así como la necesidad de abordar los aspectos identificados como mejorables, especialmente los relacionados con el tiempo de espera y el confort del entorno asistencial.

6. BIBLIOGRAFÍA

- Royo García A, Martín Fernández P, Pérez Herrero D, Palomar Mingote S, Royo Delgado F, Allueva Lainez P. Deshumanización de la profesión enfermera: revisión bibliográfica [Internet]. Rev Sanitaria de Investigación. 2024 Sep 1. Disponible en: <https://revistasanitariadeinvestigacion.com/deshumanizacion-de-la-profesion-enfermera-revision-bibliografica/>

- Reyes Torres SB, Mayorga Ponce RB, Sánchez Padilla ML, Roldan Carpio A. El profesional de enfermería y el cuidado humanizado [Internet]. Educ Salud Bol Cient Inst Cienc Salud Univ Aut Estado Hidalgo. 2022;10(20):1-10. Disponible en: <https://repository.uaeh.edu.mx/revistas/index.php/ICSA/article/view/906>

- Haque O, Waytz A. Dehumanization in Medicine: Causes, Solutions, and Functions. Perspectives on Psychological Science. 2012; 7 (2): 176-186.

Díaz-Rodríguez M, Alcántara Rubio L, Aguilar García D, Puertas Cristóbal E, Cano

Valera M. Orientaciones formativas para un cuidado humanizado en enfermería:

una revisión integrativa de la literatura. *Enfermería Global*. 2020;19(58):640-72.

- Villegas García Manuel, Alcaraz Martínez Julián, Pascual Saura Herminia, González Ortega Juan José, Ballesta Cabrero Antonia, Moreno Rodríguez José Manuel et al . Mejora de la gestión de las consultas externas hospitalarias mediante la cita automática directa de interconsultas. *Rev. Esp. Salud Pública* [Internet]. 2018 [citado 2026 Mar 25] ; 92: e201805012. Disponible en: http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1135-57272018000100133&lng=es. Epub 16-Oct-2024.

31

IMPACTO DE UN PROGRAMA DE PRESCRIPCIÓN DE NATURALEZA EN EL BIENESTAR FÍSICO Y EMOCIONAL EN ATENCIÓN INTERMEDIA.

M Pilar Vallano Laina; Rosa María Cervera Rodríguez; Magdalena Martínez Morelló; Alba Sancho Subirats; Emilio Arranz Burillo; Olga Piñol Gámez

pvallano.hcme.ste@gencat.cat

1. INTRODUCCIÓN El contacto regular con la naturaleza se ha consolidado en los últimos años como elemento para la promoción de la salud física, cognitiva y emocional. La literatura científica internacional identifica una asociación consistente entre la exposición a entornos naturales y mejoras en bienestar psicológico, función cognitiva, calidad del sueño, regulación cardiovascular y reducción de síntomas de ansiedad y estrés. La OMS subraya el papel esencial de los espacios verdes en la salud comunitaria y en la prevención de enfermedades crónicas y trastornos mentales. En este contexto desde 2023 se desarrolla en nuestro centro un programa de prescripción de naturaleza en colaboración con una Asociación promotora de la naturaleza territorial, con el objetivo de integrar actividades ambientales en la práctica sociosanitaria.

Este proyecto se dirige a personas ingresadas en la Unidad Intermedia y en el Hospital de Día, con el objetivo de fomentar experiencias terapéuticas en entornos naturales, mejorar el estado emocional e incentivar la participación en actividades significativas. La evaluación permite analizar el beneficio global del programa así como su relevancia como herramienta de prescripción social en el ámbito de la Unidades Intermedias aportando evidencia preliminar sobre efectos positivos inmediatos y el potencial de estas intervenciones en entornos asistenciales.

2. OBJETIVOS (General y Específicos) Objetivo general:

Analizar el impacto de la prescripción de actividades de naturaleza en la salud emocional y el bienestar de personas usuarias de la Unidad Intermedia y el Hospital de Día de un Hospital Comarcal.

Objetivos específicos:

1. Evaluar los cambios en ansiedad y depresión mediante la escala HADS.
2. Identificar la variación inmediata en el estado emocional antes y después de las actividades.
3. Medir los cambios fisiológicos a través de constantes vitales.
4. Valorar el grado de participación, interacción y relajación observada en las sesiones.
5. Analizar el nivel de satisfacción percibido y explorar las oportunidades de mejora.

75

3. METODOLOGÍA Se ha realizado un estudio casi experimental pre-post con un grupo existente de participantes de la Unitat Intermedia y el Hospital de Dia. Las actividades, dirigidas por una Asociación de naturaleza, se realizaron durante nueve semanas en espacios naturales y zonas verdes del centro. Se registraron escalas HADS en tres momentos (pre, mitad y post), emociones antes y después de cada sesión, constantes vitales, satisfacción y observaciones estructuradas. La muestra analizada incluye a 17 usuarios que completaron todas las sesiones y valoraciones. Se han obtenido datos descriptivos globales y de cambio individual entre el momento inicial y el final.

4. RESULTADOS Los resultados muestran una mejora en el ámbito emocional y fisiológico. Por lo que respecta a la escala HADS, se observa una disminución significativa en la ansiedad durante el período de intervención, con una reducción global de 29 puntos entre el inicio y el final del programa. Aunque un mes después los niveles repuntan ligeramente, se mantienen por debajo del valor inicial. La depresión no presenta cambios relevantes, manteniéndose estable a lo largo del proceso. En la comparación pre-post, 8 participantes mejoran en ansiedad, 3 se mantienen y 6 empeoran, mientras que en depresión la mayoría se mantiene estable.

El estado emocional inmediato muestra un impacto muy positivo: las emociones positivas aumentan del 71,7% al 90,9% después de cada actividad y las negativas desaparecen. El porcentaje de personas “muy contentas” se duplica. El nivel de satisfacción es elevado: cerca del 90% expresan que la actividad les ha gustado o gustado mucho.

Las constantes vitales indican una respuesta fisiológica compatible con relajación: descenso de la tensión arterial sistólica y diastólica y disminución de la frecuencia cardíaca. Las observaciones muestran un 79% de participación activa, relajación observable en 76,3%, buena interacción con profesionales (57,7%) e interacción moderada entre usuarios (52,6%).

5. CONCLUSIONES Las actividades de naturaleza han mostrado un impacto positivo en la reducción de la ansiedad, la mejora emocional inmediata y la relajación fisiológica de los participantes. El programa presenta un alto grado de aceptación y una elevada participación, reforzando su valor como intervención sociosanitaria centrada en la persona. Los resultados apoyan la continuidad y expansión del programa como herramienta efectiva de prescripción social. Si se amplía el programa, se recomendaría ampliar la muestra, incorporar seguimientos más largos de los resultados y reforzar dinámicas que potencien la interacción entre usuarios para mejorar los beneficios de este tipo de programas.

6. BIBLIOGRAFÍA

• Ulrich, R. S. (1984). View through a window may influence recovery from surgery. *Science*, 224(4647), 420-421. <https://www.science.org/doi/10.1126/science.6143402>

• Hospitecnia: <https://hospitecnia.com/sites/default/files/158828632081588286320.pdf>

• Ulrich, R. S. (1999). Effects of Gardens on Health Outcomes: Theory and Research. En *Health Gardens: Therapeutic Benefits and Design Recommendations*: Vol. Chapter 2 (pp. 27-86). John Wiley & Sons.

<https://es.slideshare.net/slideshow/zwy78/39661825>

• KAPLAN, Stephen. The restorative benefits of nature: Toward an integrative framework. *Journal of environmental psychology*, 1995, vol. 15, n° 3, pp. 169-182.

EL “BALCÓN DE LA ESPERANZA”: INNOVACIÓN ARQUITECTÓNICA PARA LA HUMANIZACIÓN EN CUIDADOS INTENSIVOS

María Dolores González Caro; Francisco Javier Arroyo Muñoz; María Carmen González Delgado; Zenaida España del Pino; Rodríguez Baquero, José Miguel
dolores.gonzalez.caro.sspa@juntadeandalucia.es

1. INTRODUCCIÓN Las Unidades de Cuidados Intensivos (UCI) han sido tradicionalmente percibidas como entornos hostiles, altamente tecnificados y con limitaciones en el contacto con familiares y el exterior, lo que impacta negativamente en la experiencia del paciente y su recuperación. La evidencia sugiere que el bienestar emocional y el contacto con entornos naturales influyen positivamente en los resultados clínicos de los pacientes críticos. En este contexto, surgen iniciativas orientadas a la humanización de los cuidados, como la incorporación de espacios terapéuticos dentro de la propia UCI.

2. OBJETIVOS (General y Específicos) Describir una intervención innovadora de humanización —el “Balcón de la Esperanza”— y analizar su impacto potencial en la experiencia del paciente crítico, su recuperación y el entorno familiar.

3. METODOLOGÍA Se presenta una experiencia de innovación estructural en una UCI, basada en la transformación de una terraza infrautilizada en un espacio terapéutico accesible. El área incluye una zona interior adaptada tipo “salón” y una terraza accesible, equipada con monitorización telemétrica y soporte clínico. Se diseñó un protocolo específico que regula la selección de pacientes, estratificación por niveles de complejidad (bajo, medio, alto), recursos materiales y humanos necesarios, así como las normas de uso, seguridad y acompañamiento familiar. El procedimiento incluye consentimiento informado, checklist de traslado y registro de incidencias, garantizando la seguridad durante toda la intervención.

4. RESULTADOS La implementación del “Balcón de la Esperanza” permite a los pacientes críticos acceder a un entorno con luz natural, ventilación y contacto con el exterior, favoreciendo la interacción con sus familiares en un espacio más amable. Se observa una mejora en el bienestar emocional, mayor conexión con la familia y una vivencia más positiva del proceso asistencial. Esta intervención contribuye a disminuir el impacto psicológico de la enfermedad crítica y favorece una recuperación más humanizada, especialmente en pacientes con estancias prolongadas. Asimismo, mejora la satisfacción familiar y refuerza el compromiso del equipo con un modelo centrado en la persona.

5. CONCLUSIONES El “Balcón de la Esperanza” constituye una intervención innovadora, segura y replicable que integra la tecnología con un enfoque humanizado del cuidado crítico. La incorporación de espacios exteriores terapéuticos en el diseño y organización de las UCI puede mejorar la experiencia del paciente, favorecer su recuperación integral y reforzar el papel de la familia en el proceso asistencial. Su implementación debería considerarse como parte de las estrategias de humanización en cuidados intensivos.

6. BIBLIOGRAFÍA

1. Azoulay E, Vincent J-L, Angus DC et al (2017) Recovery after critical illness: putting the puzzle together—a consensus of 29. *Crit Care* 21:296. <https://doi.org/10.1186/s13054-017-1887-7>
2. García-de-Lorenzo A, Añón JM, Asensio MJ, Burgueño P (2022) Chronic critical illness, how to manage it? *Med Intensiva (Engl Ed)* 46:277–279. <https://doi.org/10.1016/j.medine.2022.02.017>



3. Laupland KB, Ramanan M, Shekar K et al (2021) Long-term outcome of prolonged critical illness: a multicentered study in North Brisbane, Australia. PLoS One 16:e0249840. [https:// doi. org/ 10. 1371/ journ al. pone. 0249840](https://doi.org/10.1371/journal.pone.0249840)
4. Kotfis K, van Diem-Zaal I, Williams Roberson S et al (2022) The future of intensive care: delirium should no longer be an issue. Crit Care 26:200. [https:// doi. org/ 10. 1186/ s13054-022-04077-y](https://doi.org/10.1186/s13054-022-04077-y)
5. Ulrich RS, Cordoza M, Gardiner SK, et al. ICU patient family stress recovery during breaks in a hospital garden and indoor environments. HERD. 2020;13(2):83-102. doi:10.1177/1937586719867157
6. ICS Transfer to the outdoors. [https:// ics. ac. uk/ resou rce/ trans fer-outdo ors.html](https://ics.ac.uk/resources/transfer-outdoors.html)..Accessed 18 Dec 2022
7. (2018) 2018 Edition. In: FGI. [https:// fgigu ideli nes. org/ guide lines/ 2018-fgigu idelines/](https://fgiguideelines.org/guidelines/2018-fgiguideelines/).. Accessed 16 Jun 2022
8. Guidelines for the Provision of Intensive Care Services | The Faculty of Intensive Care Medicine. [https:// www. ficm. ac. uk/ stand ardsafety guidelines stand ards/ guide lines-for-the-provi sion-of-inten sive-care-services](https://www.ficm.ac.uk/standardsafetyguidelinesstandards/guidelines-for-the-provision-of-intensive-care-services). Accessed 16 Jun 2022

33

INFORMAR TAMBIÉN ES HUMANIZAR: EXPERIENCIA CON LA PRIMERA ESCUELA DE PACIENTES EN ONCOLOGÍA RADIOTERÁPICA

Nieves Gascón Costoso; Iria Álvarez Serer; Fernando García Luque; María Colmenero Hernández; Virginia Rodríguez González; M Ángeles Pérez Escutia

vecites22@gmail.com

1. INTRODUCCIÓN El diagnóstico del cáncer y el inicio del tratamiento con radioterapia generan con frecuencia ansiedad, inseguridad y muchas dudas en los pacientes. En la práctica clínica diaria es habitual encontrar pacientes que llegan a la consulta nerviosos, con miedo al tratamiento o con una idea poco clara de lo que va a ocurrir. Esta situación no sólo afecta a su bienestar emocional, sino a la forma en la que afrontan el tratamiento y a su implicación en el proceso.

Con el objetivo de mejorar la información que reciben los pacientes y ofrecer un espacio más cercano donde poder preguntar con tranquilidad, se ha puesto en marcha una escuela de pacientes en el servicio de Oncología Radioterápica del Hospital 12 de Octubre. Se trata de un proyecto dirigido especialmente a pacientes que se muestran más ansiosos, con muchas preguntas o con mayor dificultad para manejar el diagnóstico.

Este trabajo pretende analizar qué tipo de pacientes acuden a la escuela y valorar si este tipo de intervención puede tener un impacto real en su bienestar emocional.

2. OBJETIVOS (General y Específicos) Analizar el perfil de pacientes que participan en la escuela de Oncología Radioterápica y evaluar el impacto de las sesiones educativas en su bienestar emocional.

De forma secundaria, estudiar la relación entre variables clínicas y sociodemográficas (sexo, tipo de tumor, acompañamiento) y la mejoría en el manejo emocional tras la intervención.

3. METODOLOGÍA Se realizó un estudio retrospectivo incluyendo a todos los participantes de la Escuela de Pacientes entre febrero de 2024 y marzo de 2026. Los pacientes fueron seleccionados individualmente en consulta al detectar ansiedad, nerviosismo o alta necesidad de información.

78



El programa se estructuraba en dos sesiones presenciales. La primera, general sobre el cáncer y la radioterapia, respondiendo a las dudas más frecuentes. La segunda, específica según tipo de tumor.

Antes y después del programa, los pacientes completaron un cuestionario que evaluaba hábitos tóxicos, ejercicio y valoración subjetiva del bienestar emocional y del afrontamiento del proceso oncológico.

4. RESULTADOS Se incluyeron 141 pacientes, el 44% hombres y el 56% mujeres. Las patologías más frecuentes fueron cáncer de mama (29,79%), cáncer de pulmón (27,66%) y tumores del sistema nervioso central (21,99%). El 58,87% de los pacientes acudieron acompañados, siendo esta diferencia más frecuente en varones (72,58% vs 48,10%).

El 41,84% de los pacientes completó el programa. La mediana del manejo emocional mejoró significativamente tras la intervención, pasando de 5 a 3 puntos (en una escala de 0 a 15 en la que 15 implica peor manejo emocional) (Wilcoxon signed-rank test, $Z = -3.3$, $p = 0,001$, $r = 0,5$), siendo el impacto clínicamente relevante.

Por otra parte, no se observaron diferencias estadísticamente significativas en la mejoría del manejo emocional entre hombres y mujeres. Tampoco se observaron diferencias significativas entre tipos de tumor, indicando que todos los grupos se beneficiaron de forma similar.

5. CONCLUSIONES La escuela de pacientes en Oncología Radioterápica mejora el bienestar emocional y facilita que los pacientes afronten el tratamiento con menos ansiedad y mayor seguridad. Además, permite identificar subgrupos especialmente vulnerables que pueden beneficiarse de intervenciones dirigidas.

Este tipo de iniciativas no sólo mejora la información que recibe el paciente, sino que redefine su papel dentro del proceso oncológico, favoreciendo una participación más activa y una mejor adaptación emocional. También transforma la manera en la que se acompaña durante el tratamiento. Es necesario seguir desarrollando este modelo e integrarlo de forma más estructurada dentro de la práctica clínica habitual.

6. BIBLIOGRAFÍA

Manual de Psicooncología. Tratamientos psicológicos en pacientes con cáncer.

Revista de Psicopatología y Psicología Clínica. 2024; 29(1): 93-94.

Apoyo psicológico en oncología radioterápica. Oncología (Barcelona). 2004; 27(7): 28-31

La evaluación de la calidad de vida del paciente oncológico. El grupo de calidad de vida de la EORTC. Psicooncología. 2004; 1(1): 87-98.

Sanz, J.; Modolell, E. Oncología y psicología: un modelo de interacción. Psicooncología. 2004; 1(1): 3-12.

MÚSICA Y SALUD: UN ENFOQUE COLABORATIVO PARA EL BIENESTAR INTEGRAL

Silvia Aránzazu Hernández León; Juan José Jaras Bartolomé

beatriz.benitezdelgado@osakidetza.eus

1. INTRODUCCIÓN La música se ha consolidado como un complemento eficaz a los tratamientos médicos tradicionales, impactando positivamente en el bienestar

emocional y mental de las personas. El proyecto "Música y Salud" surge de una alianza estratégica entre el Conservatorio Jesús Guridi y la OSI Araba, con el fin de integrar las artes en el entorno sanitario. Esta iniciativa se enmarca en la misión de la comisión de humanización de la OSI Araba, reconociendo que la atención sanitaria debe trascender lo clínico para abordar la dimensión humana del paciente.

El hospital se transforma así en un espacio donde el arte actúa como catalizador de experiencias positivas, ayudando a gestionar emociones complejas como el dolor, el miedo o la incertidumbre. El proyecto busca no solo beneficiar a los pacientes y sus familias, sino también al personal sanitario, creando un ambiente de calma y distracción. Al unir fuerzas, ambas instituciones exploran nuevas formas de mejorar la calidad de vida, demostrando que la música es una herramienta valiosa para la humanización de la asistencia sanitaria.

2. OBJETIVOS (General y Específicos) El objetivo general es promover el bienestar integral mediante la integración de la música en el entorno de la salud de la OSI Araba como herramienta para mejorar la calidad de vida de los usuarios.

Como objetivos específicos se plantean:

1. Proporcionar formación cruzada: sobre el impacto de la música en la salud, y sobre autocuidado y salud para los integrantes del conservatorio.
2. Fomentar la colaboración interdisciplinaria entre ambas instituciones.
3. Disminuir la ansiedad de los pacientes y fomentar la interacción social.
4. Ofrecer espacios de expresión artística y creativa a través conciertos temáticos.

3. METODOLOGÍA El proyecto se desarrolla en cuatro fases:

1. Planificación: Reuniones institucionales para definir acciones e identificación de necesidades mediante encuestas y entrevistas a usuarios y profesionales.
2. Implementación: El Conservatorio organiza sesiones de música en vivo conciertos temáticos trimestrales y programas colaborativos con otras artes escénicas. Paralelamente, la OSI Araba imparte formación técnica a los músicos sobre cuidado sobre la voz, hábitos, sueño, e higiene postural.
3. Evaluación: Aplicación de encuestas de satisfacción y análisis de datos sobre la participación y las mejoras en el bienestar.
4. Retroalimentación: Reuniones de ajuste y difusión de resultados en medios académicos y sociales.

4. RESULTADOS Los resultados esperados y observados reflejan una mejora en el bienestar emocional y mental, así como una mayor satisfacción con la atención recibida en un entorno más humanizado. La música en directo genera conexión social y aumenta los niveles de confianza entre los participantes. El canto, específicamente, favorece la liberación de sustancias ligadas al placer y la activación cerebral integral.

Se ha constatado que la música emocionalmente significativa estimula la memoria y el recuerdo positivo, funcionando como una "puerta de acceso" a la identidad del paciente. Las intervenciones proporcionan momentos de atención plena y respiro, reduciendo la fatiga y la percepción de la propia ansiedad. Asimismo, se potencia la cohesión social y la sensación de seguridad en el hospital. Finalmente, los alumnos del conservatorio desarrollan una mayor conciencia social y emocional, enriqueciendo su formación artística y su sentido de contribución a la comunidad.

5. CONCLUSIONES La colaboración entre el Conservatorio Jesús Guridi y la OSI Araba demuestra que las artes son un complemento esencial en el cuidado de la salud. Este proyecto no solo transforma la experiencia hospitalaria de pacientes y familias al aportar calma y consuelo, sino que también fortalece la salud laboral y la formación de los futuros músicos. La integración de programas musicales en el ámbito clínico se consolida como una estrategia clave de humanización, probando que es posible crear vínculos enriquecedores que mejoren la calidad de vida y conviertan el entorno sanitario en un espacio más amable y acogedor para todos.

6. BIBLIOGRAFÍA

1. Fancourt D, Finn S. What is the evidence on the role of the arts in improving health and well-being? A scoping review [Internet]. Copenhagen: World Health Organization; 2019 [citado 26 mar 2026]. (Health Evidence Network synthesis report, No. 67). Disponible en: https://apps.who.int/iris/handle/10665/329834
2. Evans D. La música como procedimiento en el medio hospitalario. Best Practice [Internet]. 2001 [citado 26 mar 2026];5(4):1-6. Disponible en: https://www.evidenciaencuidados.es/(https://www.google.com/search?q=https://www.evidenciaencuidados.es/)
3. Bradt J, Dileo C, Magill L, Teague A. Music interventions for improving psychological and physical outcomes in cancer patients. Cochrane Database Syst Rev. 2016;(8):CD006745. doi: 10.1002/14651858.CD006745.pub3
4. Bradt J, Dileo C. Music interventions for mechanically ventilated patients. Cochrane Database Syst Rev [Internet]. 2014 [citado 26 mar 2026];(12):CD006902. Disponible en: https://doi.org/10.1002/14651858.CD006902.pub3(https://doi.org/10.1002/14651858.CD006902.pub3)
5. Thoma MV, Mewes R, Nater UM. The effect of music interventions on pain and anxiety in patients undergoing surgery: A systematic review and meta-analysis. J Music Ther. 2019;56(2):193-215. doi: 10.1093/jmt/thz001.
6. De Witte M, Spruit A, van Hooren S, Moonen X, Stams GJ. The effect of music interventions on physiological and self-reported stress: A systematic review and meta-analysis. Psychiatry Res. 2021;295:113596. doi: 10.1016/j.psychres.2020.113596.
7. Särkämö T, Tervaniemi M, Laitinen S, Forsblom A, Soininen H, Mikkonen M, et al. Music listening enhances cognitive recovery and mood after middle cerebral artery stroke. Brain. 2008;131(Pt 3):866-76. doi: 10.1093/brain/awn013.
8. García-Banda G, Pascual V, Chellew K, Meisel V, Fornes J, Cardo E, et al.*Efectos de la música en vivo sobre el estado emocional y parámetros fisiológicos de pacientes hospitalizados. Med Clin (Barc). 2016;146(2):51-6.
9. Osakidetza. Marco Estratégico de Humanización de la Asistencia Sanitaria en Euskadi [Internet]. Vitoria-Gasteiz: Servicio Vasco de Salud; 2022 [citado 26 mar 2026]. Disponible en: https://www.osakidetza.euskadi.eus/(https://www.osakidetza.euskadi.eus)
10. Reza Castiñeiras P. Sonidos para Sanar: El Poder de la Música en la Humanización Hospitalaria [Internet]. Madrid: Biblioteca Fundación Humans; 2024 [citado 26 mar 2026]. Disponible en: https://fundacionhumans.com/(https://fundacionhumans.com)
11. Clift S, Camic PM, editors. Oxford Textbook of Creative Arts, Health, and Wellbeing: Foundations, Practice and Research. 1st ed. Oxford: Oxford University Press; 2016.

aurora.onagarcia@osakidetza.eus

1. INTRODUCCIÓN En relación a la violencia sexual, la Ley Orgánica 10/2022, de 6 de septiembre, de garantía integral de la libertad sexual, más conocida como la ley de «solo sí es sí», se vertebra en dos ejes principales: consentimiento expreso y explícito y la eliminación de la distinción entre agresión y abuso sexual. Esta ley recoge en el Art. 178.: “...se consideran en todo caso agresión sexual los actos de contenido sexual que se realicen empleando violencia, intimidación o abuso de una situación de superioridad o de vulnerabilidad de la víctima, así como los que se ejecuten sobre personas que se hallen privadas de sentido o de cuya situación mental se abusare y los que se realicen cuando la víctima tenga anulada por cualquier causa su voluntad.”

Diversos estudios mencionan que las mujeres con trastorno mental grave y/o adicciones son más vulnerables a la violencia machista, en la que se encuadra la violencia sexual específicamente.

Las organizaciones sanitarias, tenemos que desarrollar actuaciones encaminadas a la detección e identificación de violencia sexual estableciendo medidas específicas, por ello hemos elaborado un procedimiento de prevención primaria, detección precoz y una intervención adecuada ante un caso de agresión sexual en medio hospitalario de salud mental.

2. OBJETIVOS (General y Específicos) Procedimentar la actuación en materia de prevención primaria y detección precoz de la violencia sexual, así como la atención de pacientes ingresados/as en una unidad de hospitalización de la Red de Salud Mental de Bizkaia que son víctimas de una agresión sexual, estableciendo el proceso a llevar a cabo, ya que en estos casos la atención y actuación sanitaria es específica dadas las medidas e implicaciones médico-forenses y legales que conlleva.

3. METODOLOGÍA Se creó un grupo de trabajo multidisciplinar incluyendo a la referente de igualdad y a la referente de violencia de género de la organización y se revisaron 1.286 referencias bibliográficas.

Se estableció un cronograma de reuniones tanto presenciales como vía ZOOM. Fruto de este trabajo se establecieron pautas contextualizadas agrupadas en tres bloques: prevención primaria, detección precoz y actuación ante un caso de agresión sexual.

Posteriormente, se realizó un contraste interno por responsables de las cuatro comarcas de Bizkaia en el ámbito comunitario y hospitalario. Para finalizar con un contraste externo con personas expertas en el tema.

4. RESULTADOS Prevención primaria: se contemplan medidas generales destacando la información, y educación afectivo-sexual, medidas para el entorno y para personas ingresadas a través de una valoración integral e identificación de necesidades y riesgos a través de diferentes herramientas disponibles en historia clínica según competencias, planificación de intervenciones, ejecución y evaluación.

Detección precoz: búsqueda activa para actuar de forma temprana y prevenir complicaciones. Además, es importante descartar la presencia de violencia de género, ya que su existencia implicaría, activar el procedimiento específico.

Actuación ante un caso: conjunto de actuaciones de atención a la víctima, la atención a la persona presunta agresora, comunicación al juzgado de guardia, descripción de pautas de actuación para recogida de información relevante y conservación de pruebas, traslado de la víctima al hospital general, notificación interna del Incidente (evento adverso) y el soporte a paciente y familia (1^{as} víctimas) así como el soporte al personal implicado y a otras personas ingresadas (2^{as} víctimas)



Todo ello gestionado por el “equipo de gestión del incidente” apoyado en un flujograma de actuación, así como direcciones y teléfonos de interés.

5. CONCLUSIONES La vulnerabilidad de las personas con enfermedad mental a la violencia machista, en la que se encuadra la violencia sexual, hace que sea imprescindible establecer medidas específicas para realizar prevención primaria, detección precoz y una intervención adecuada ante un caso de agresión sexual.

Este procedimiento implica directamente a los profesionales de enfermería ya que permanecen con el paciente hospitalizado las 24 h del día utilizando la observación de las conductas como predictor de riesgo potencial tanto del agresor como de la víctima. Además, son el pilar fundamental para la educación sanitaria afectivo sexual individual y/o grupal a los pacientes ingresados.

6. BIBLIOGRAFÍA

Cale, J., & Lussier, P. (2011). Toward a developmental taxonomy of adult sexual aggressors of women: Antisocial trajectories in youth, mating effort, and sexual criminal activity in adulthood. *Violence and victims*, 26(1), 16-32. Ovid MEDLINE(R) . <https://doi.org/10.1891/0886-6708.26.1.16>

Fedeafes. (2019). Investigación sobre violencia contra las mujeres con enfermedad mental. Informe de resultados. Investigación 2015 y 2016.

http://www.fedeafes.org/wp-content/uploads/2019/12/Salud-Mental-mujer-violencia_2017_final.pdf

Latalova K., Kamaradova D., & Prasko J. (2014). Violent victimization of adult patients with severe mental illness: A systematic review. *Neuropsychiatric Disease and Treatment*, 10((Latalova, Kamaradova, Prasko) Palacky University Olomouc, Olomouc, Czechia), 1925-1939. Embase. <https://doi.org/10.2147/NDT.S68321>

Ley 8/2021, de 2 de junio, por la que se reforma la legislación civil y procesal para el apoyo a las personas con discapacidad en el ejercicio de su capacidad jurídica. «BOE» núm. 132, de 03/06/2021. <https://www.boe.es/eli/es/l/2021/06/02/8/con>

Ministerio de Sanidad. (2023). Protocolo Común del SNS para la Actuación Sanitaria ante la Violencia Sexual. <https://www.sanidad.gob.es/organizacion/sns/planCalidadSNS/equidad/saludGenero/vcm/ccicv>

ggt/pcasvsex2023.htm

Osakidetza. (2024). Guía de actuación para profesionales de la salud ante la violencia sexual en mujeres mayores de 14 años. Administración de la Comunidad Autónoma del País Vasco Osakidetza. https://osakidetza.sharepoint.com/sites/Osakidetza_ReferenciaDocumental/Documentos%20compartidos/Forms/AllItems.aspx?id=%2Fsites%2FOsakidetza%5FReferenciaDocumental%2FDocumentos%20compartidos%2FAsistencia%2OSanitaria%2FCoordinaci%C3%B3n%20Hospitalaria%2FPoblaci%C3%B3n%20espec%C3%ADfica%2FGui%CC%81aViolenciaSexualC%2Epdf&parent=%2Fsites%2FOsakidetza%5FReferenciaDocumental%2FDocumentos%20compartidos%2FAsistencia%2OSanitaria%2FCoordinaci%C3%B3n%20Hospitalaria%2FPoblaci%C3%B3n%20espec%C3%ADfic

Toto, S. N. (2021). Examining the prevalence and predictors of inmate-on-inmate sexual violence among incarcerated men and women. *Dissertation Abstracts International: Section B: The Sciences and Engineering*, 82(5-B), No-Specified. APA PsycInfo

HUMANIZAR EL QUIRÓFANO: UNA MEDIA MARATÓN HACIA EL CUIDADO COMPASIVO. EXPERIENCIA ENFERMERA Y DAFO

María Estela Barzano Saiz; Alicia Alba López; Vanesa Palomares Gracia; Cristina Martín Argudo; Paloma Peña Cadahia

mestela.barzano@salud.madrid.org

1. INTRODUCCIÓN El entorno quirúrgico supone para el paciente un momento de especial vulnerabilidad, caracterizado por incertidumbre y ansiedad. La enfermería

desempeña un papel transformador: acompañar con presencia, compasión y comunicación puede marcar la diferencia entre una experiencia deshumanizada y un cuidado que preserve la dignidad. Humanizar el quirófano no es un sprint, sino una carrera de fondo.

2. OBJETIVOS (General y Específicos) OBJETIVO GENERAL

Describir la experiencia de profesionales de enfermería en el proceso de humanización en el quirófano, identificando fortalezas, debilidades, oportunidades y amenazas mediante un análisis DAFO.

OBJETIVOS ESPECÍFICOS

Describir las estrategias de enfermería para promover la humanización en el quirófano.

Explorar las percepciones y experiencias de los profesionales sobre la humanización.

Identificar factores organizativos y contextuales que facilitan o dificultan la humanización.

Analizar la utilidad del enfoque DAFO en el estudio de la humanización quirúrgica.

3. METODOLOGÍA Estudio cualitativo exploratorio basado en entrevistas a informantes clave con experiencia en cuidados humanizados en el ámbito quirúrgico. Los resultados se analizaron mediante una matriz DAFO.

4. RESULTADOS Los participantes destacaron dos fortalezas clave: motivación intrínseca y una cultura de equipo activa, orientada al cuidado compasivo. Señalaron como debilidades la soledad profesional y el desgaste emocional ante críticas del entorno. Como oportunidades, destacaron la consolidación del Referente de Humanización, formación en counselling y apoyo institucional. Entre las amenazas, mencionaron cambios organizativos, limitación de recursos para transformar el entorno físico y la falta de liberación de tiempo asistencial para que los profesionales participen en proyectos de humanización.

5. CONCLUSIONES Humanizar el quirófano es una media maratón: requiere constancia, actitud y coherencia. Los profesionales, mediante su compromiso con un cuidado compasivo y liderazgo cotidiano, son el motor principal de transformación de la cultura del cuidado quirúrgico.

6. BIBLIOGRAFÍA

1. Valenzuela-Millán J, Barrera-Serrano JR, Ornelas-Aguirre JM. Ansiedad preoperatoria en procedimientos anestésicos. *Cir Cir.* 2010;78(2):151-6.
2. Meléndez Moral JC, Galán Paredes A, Mayordomo López T. Nivel de ansiedad e información preoperatoria en pacientes programados para cirugía. *Rev Mex Anesthesiol.* 2016;39(1):17-24.
3. Heluy De Castro C, De Faria T, Cabañero Felipe R, Castelló Cabo M. Humanización de la atención de enfermería en el quirófano. *Index Enferm.* 2004;13(44-45):87-92.
4. Muñoz Devesa A, Morales Moreno I, Bermejo Higuera JC, Galán González-Serna JM. Orientaciones formativas para un cuidado humanizado en enfermería: una revisión integrativa de la literatura. *Enferm Global.* 2020;19(58):1-16.
5. Rodríguez Grande RM. ¿Cómo humanizar los cuidados en el entorno quirúrgico? *Rev Sanit Investig.* 2021;15(2):45-52.

NECESIDADES EMOCIONALES EN PERSONAS CON ENFERMEDADES CRÓNICAS COMPLEJAS: RESULTADOS PRELIMINARES DE UN ESTUDIO MIXTO CON METODOLOGÍA CUALITATIVA Y CUANTITATIVA

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

rosa.romero@urjc.es

1. INTRODUCCIÓN Desarrollar una enfermedad crónica compleja, como la enfermedad pulmonar obstructiva crónica (EPOC) y/o la insuficiencia cardíaca crónica (ICC), se asocia con elevados niveles de malestar emocional. La presencia de sintomatología depresiva y ansiosa en estos pacientes se relaciona con una menor calidad de vida, peor evolución de la enfermedad, mayor mortalidad y un incremento en el uso de servicios sanitarios. En este contexto, resulta fundamental identificar y abordar las necesidades emocionales de las personas con enfermedad crónica compleja, una población tradicionalmente infrarrepresentada en la investigación, con el fin de diseñar intervenciones psicológicas eficaces y avanzar en el conocimiento sobre los mecanismos de acción de las intervenciones.

2. OBJETIVOS (General y Específicos) El objetivo general del estudio fue identificar necesidades emocionales en personas con enfermedad crónica compleja (EPOC o/y ICC) a través de un estudio cualitativo. Además, se analizó específicamente a través de un estudio cuantitativo, la prevalencia de la sintomatología depresiva, ansiosa y la vergüenza sobre la enfermedad y el papel de procesos transdiagnósticos (compromiso con los valores personales, la trascendencia, la fusión cognitiva, la flexibilidad psicológica relacionada con la enfermedad) y la gratitud en el malestar emocional de los pacientes.

3. METODOLOGÍA Se siguió un diseño mixto que combina datos cualitativos y cuantitativos. La muestra incluyó 26 pacientes con enfermedad crónica (EPOC y/o ICC) en el estudio cualitativo, mediante grupos de discusión y entrevistas en profundidad. Además, se realizaron evaluaciones cuantitativas individuales a 71 pacientes. Se efectuó un análisis descriptivo cualitativo con análisis de contenido temático. En los 71 pacientes (edad media = 69.76; 59.2% hombres), se realizó un análisis descriptivo de variables psicológicas y regresiones jerárquicas para analizar el papel del compromiso con valores, trascendencia, fusión cognitiva, flexibilidad psicológica y gratitud en depresión, ansiedad y vergüenza, controlando la capacidad funcional.

4. RESULTADOS Los resultados del análisis cualitativo identificaron los siguientes temas centrales: 1) impacto emocional del proceso de la enfermedad: frustración y rabia por la pérdida de autonomía, sentimientos de inutilidad, ansiedad por disnea y miedo a la asfixia, percepción de vulnerabilidad e incompreensión e invisibilidad de la enfermedad; 2) dinámicas relacionales y ambivalencia entre dependencia y autonomía: percepción de ser una carga familiar, vergüenza por la enfermedad, ocultación de síntomas para no preocupar o dar pena, límites a la sobreprotección y resistencia a la dependencia y ayuda; 3) proceso de adaptación y afrontamiento: cambio en valores y sentido vital, activación conductual adaptada a limitaciones funcionales, desidentificación del rol de enfermo y gratitud.

El estudio cuantitativo mostró que el 22% y el 30,5% presentaron sintomatología depresiva y ansiosa clínicamente significativa, respectivamente. Asimismo, el 36.2% informó experimentar vergüenza asociada a la enfermedad, relacionada con sentimientos de insuficiencia. Los análisis de regresión indicaron que la fusión cognitiva, la flexibilidad psicológica y la capacidad funcional predijeron la depresión

(50.2%). En la ansiedad, la fusión cognitiva y el compromiso con valores fueron predictores (46.6%). Finalmente, la fusión cognitiva y la flexibilidad psicológica predijeron la vergüenza (52%).

5. CONCLUSIONES Los resultados sugieren la utilidad de diseñar intervenciones psicológicas dirigidas a reducir la ansiedad asociada a la disnea y la vergüenza relacionada con la enfermedad, así como a promover estrategias de comunicación más adaptativas con el entorno familiar. Asimismo, sugieren la importancia de fomentar el compromiso con actividades alineadas con valores personales, adaptadas a limitaciones funcionales, y de facilitar la aceptación de experiencias internas difíciles, como la pérdida de capacidades o roles. En conjunto, estos resultados respaldan intervenciones basadas en procesos, como la terapia de aceptación y compromiso, para mejorar el bienestar emocional en personas con enfermedad crónica.

6. BIBLIOGRAFÍA

Ahn, S., Esquivel, J. H., Davis, E. M., Logan, J. G., & Chung, M. L. (2022). Cardiovascular disease incidence and risk in family caregivers of adults with chronic conditions: A systematic review. *Journal of Cardiovascular Nursing*, 37(3), 47-60. <https://doi.org/10.1097/JCN.0000000000000816>

Badr, H., Federman, A. D., Wolf, M., Revenson, T. A., & Wisnivesky, J. P. (2017). Depression in individuals with chronic obstructive pulmonary disease and their informal caregivers. *Aging & mental health*, 21(9), 975-982. <https://doi.org/10.1080/13607863.2016.1186153>

Cousineau, N., McDowell, I., Hotz, S., & Hébert, P. (2003). Measuring chronic patients' feelings of being a burden to their caregivers: development and preliminary validation of a scale. *Medical Care*, 41(1), 110-118.

Crisan, A. F., Pescaru, C. C., Maritescu, A., Stoicescu, E. R., Carunta, V., & Oancea, C. (2025). The impact of chronic obstructive pulmonary disease severity on psychological and functional outcomes: A cross-sectional analysis. *Journal of Clinical Medicine*, 14(6), 1865. <https://doi.org/10.3390/jcm14061865>

Konstantinou, P., Ioannou, M., Melanthiou, D., Georgiou, K., Almas, I., Gloster, A. T., ... & 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, 240-252.

Ladwig, K. H., Baghai, T. C., Doyle, F., Hamer, M., Herrmann-Lingen, C., Kunschitz, E., Lederbogen, F., Albus, C., Lampert, R., Lainscak, M., Piepoli, M. F., Sorbets, E., Stoll, J., von Känel, R., & 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>

40

DISEÑO Y VALIDACIÓN INICIAL DE UN INSTRUMENTO DE COMPETENCIAS EN HUMANIZACIÓN EN SALUD

Claudio Aránguiz Bravo; Flavia Souza Ramos

claudio.aranguiz@usach.cl

1. INTRODUCCIÓN La formación del talento humano en salud continúa evidenciando una fragmentación en el desarrollo de competencias, priorizando en múltiples contextos la cantidad de profesionales por sobre la calidad e integralidad de sus capacidades (Fattahi et al., 2020). Esta situación se traduce en brechas en la integración de competencias generales y específicas, dificultando la preparación de profesionales capaces de enfrentar escenarios sanitarios complejos y dinámicos (MacKay et al., 2024).

En este contexto, la humanización en salud emerge como un enfoque integrador que articula dimensiones técnico-científicas con aspectos relacionales, emocionales, éticos

86



y culturales del cuidado. Desde esta perspectiva, la competencia se entiende como un conjunto integrado de conocimientos, habilidades, actitudes y valores que permiten un desempeño eficaz en contextos profesionales específicos (MacKay et al., 2024).

Sin embargo, existe una limitada disponibilidad de instrumentos que permitan evaluar de manera estructurada estas competencias en formación y ejercicio profesional. La construcción de instrumentos válidos y confiables constituye un desafío clave para avanzar hacia modelos educativos y asistenciales más humanizados (DeVellis & Thorpe, 2022). En este marco, el presente estudio busca desarrollar la primera versión de un instrumento de autoevaluación de competencias en humanización en salud (Bermejo et al, 2021)

2. OBJETIVOS (General y Específicos) Objetivo general:

Desarrollar la primera versión de un instrumento de autoevaluación de competencias en humanización en salud.

Objetivos específicos:

Definir un marco de competencias en humanización basado en evidencia y consenso experto.

Elaborar ítems representativos de las competencias y subcompetencias definidas.

Evaluar la validez de contenido mediante técnica Delphi.

Realizar un pretest del instrumento para analizar su claridad y consistencia interna.

3. METODOLOGÍA

Estudio de enfoque mixto y carácter instrumental. En una primera fase se generó evidencia de validez de contenido mediante revisión documental y un panel de expertos, con criterios de consenso basados en mediana y rango intercuartílico. El proceso se estructuró conforme a los Standards for Educational and Psychological Testing (AERA, APA, & NCME, 2014), considerando evidencia basada en contenido, proceso de respuesta y estructura interna. Posteriormente, se construyó el instrumento y se realizó un pretest en profesionales de atención primaria de salud mediante muestreo no probabilístico intencional, evaluando comprensión de ítems y consistencia interna mediante alfa de Cronbach.

4. RESULTADOS

El instrumento de autoevaluación fue estructurado en 49 ítems organizados en siete dimensiones: científico-técnica, relacional, emocional, ética, espiritual, cultural y de gestión, utilizando una escala tipo Likert de cuatro niveles.

El pretest fue aplicado a 58 profesionales de atención primaria de salud, con al menos un año de experiencia. El análisis de consistencia interna evidenció valores adecuados de confiabilidad, con un alfa de Cronbach global de 0,93, y coeficientes por dimensión que oscilaron entre 0,81 y 0,90, lo que indica una alta coherencia interna entre los ítems y los constructos evaluados.

En relación con la comprensión de los ítems, más del 85% de los participantes reportó claridad y coherencia en las preguntas, mientras que los análisis de frecuencia permitieron identificar una adecuada distribución de respuestas sin presencia de sesgos extremos. Las observaciones cualitativas recogidas permitieron ajustar la redacción de un número reducido de ítems, principalmente en términos de precisión semántica.

En conjunto, estos resultados evidencian que el instrumento presenta una estructura interna sólida y supera satisfactoriamente su primera etapa de validación, posicionándose como una herramienta preliminarmente válida y confiable para la evaluación de competencias en humanización en salud.



5. CONCLUSIONES El instrumento desarrollado presenta adecuada consistencia interna y comprensión en su aplicación inicial, respaldando su validez preliminar como herramienta de autoevaluación de competencias en humanización en salud. La estructura de siete dimensiones y 49 ítems demuestra coherencia y funcionalidad para su propósito evaluativo.

La autoevaluación conlleva un sesgo inherente asociado a la percepción subjetiva del desempeño. Sin embargo, constituye un paso relevante para identificar necesidades formativas en profesionales de salud. Como proyección, se propone el desarrollo de instrumentos complementarios que permitan evaluación en 360°, integrando la mirada de pares, usuarios y equipos para una evaluación más integral.

6. BIBLIOGRAFÍA

AERA, APA, & NCME. (2014). Standards for educational and psychological testing. American Educational Research Association.

Aránguiz-Bravo, C., & Arteaga-Ortiz, B. (2024). Analysis of the integration of competencies in a humanization curricular line: Case study on the curriculum of a technical career in health. *Salud, Ciencia y Tecnología*, 4, 985.

Bermejo, J. C., Muñoz, C., & Villaceros, M. (2021). Conceptualización de la competencia profesional en el ámbito de la humanización de la salud: Estudio Delphi. *Ética de los Cuidados*.

Coluci, M. Z. O., Alexandre, N. M. C., & Milani, D. (2015). Construção de instrumentos de medida na área da saúde. *Ciência & Saúde Coletiva*, 20(3), 925-936.

DeVellis, R. F., & Thorpe, C. T. (2022). Scale development: Theory and applications (4th ed.). SAGE Publications.

Fattahi, H., Gorji, H. A. G., & Bayat, M. (2020). Core competencies for health headquarters: A systematic review and meta-synthesis. *BMC Public Health*, 20, 891.

MacKay, M., Ford, C., Grant, L. E., Papadopoulos, A., & McWhirter, J. E. (2024). Developing competencies in public health: A scoping review of the literature on competency frameworks and workforce development. *Frontiers in Public Health*, 12, 1332412.

HERRAMIENTAS Y ESTRATEGIAS PARA UNA SALUD INCLUSIVA: GUÍA VISUAL DE ASISTENCIA SANITARIA

M. Cristina García Corvillo; Eva M^a Alameda López; Asociación MÁQueTEA; Equipo validadores Asociación AMADIBA

cristicorvi38@gmail.com

1. INTRODUCCIÓN El sistema sanitario actual avanza hacia un modelo inclusivo y accesible, adaptado a las necesidades de pacientes con dificultades cognitivas, del lenguaje o neurodivergencias. En este contexto nace la Guía Visual Asistencial, una herramienta física y digital(web-app) que utiliza apoyos visuales y pictogramas de ARASAAC para facilitar la comprensión, expresión y participación del paciente durante todo el proceso asistencial. Esta iniciativa reduce la ansiedad, previene conductas disruptivas y mejora la seguridad clínica al anticipar procedimientos y favorecer una comunicación clara y bidireccional

Un pilar fundamental del proyecto es la formación profesional, impulsada desde el Área de Humanización, Atención al Usuario y Formación del Servei de Salut de les Illes Balears, que desarrolla el programa "Herramientas y estrategias para una Atención Sanitaria Inclusiva: Guía Visual Asistencial". Este plan formativo, dirigido a diferentes gerencias y especialmente al ámbito pediátrico, garantiza que los profesionales

conozcan, comprendan y apliquen la guía en su práctica diaria, promoviendo una atención más humana, accesible y centrada en la persona

La Guía Visual Asistencial constituye así una herramienta transformadora que impulsa la equidad, la autonomía y la humanización en todos los entornos sanitarios.

2. OBJETIVOS (General y Específicos) Objetivo general:

Facilitar la comprensión y la comunicación de los pacientes mediante la Guía Visual Asistencial, promoviendo su autonomía y permitiendo que sean partícipes de su propia salud a través de apoyos visuales.

Objetivos específicos:

- Anticipar procedimientos para reducir la ansiedad y mejorar la colaboración.
- Mejorar la comunicación mediante SAAC y pictogramas validados.
- Garantizar una atención inclusiva basada en la accesibilidad cognitiva.
- Estandarizar los procesos asistenciales mediante secuencias visuales claras.
- Incrementar la seguridad clínica mediante apoyos visuales comprensibles.
- Formar a profesionales para asegurar un uso adecuado y humanizado de la guía.

3. METODOLOGÍA La guía se desarrolló mediante un diseño centrado en el paciente y su familia. Un equipo de sanitarios de la asociación MÁSqueTEA realizó la elaboración inicial y adaptación del material. La validación se llevó a cabo con personas con discapacidad intelectual de AMADIBA, mientras ARASAAC revisó y ajustó los pictogramas. La guía se estructuró en siete fases asistenciales, garantizando claridad y accesibilidad cognitiva. Desde el Área de Humanización del IB-Salut, este año se formarán a 288 profesionales de pediatría mediante el curso “Herramientas y estrategias para una Atención Sanitaria Inclusiva: Guía Visual Asistencial”.

4. RESULTADOS En el ámbito formativo, el Área de Humanización del IB-Salut desarrollará este año la capacitación de 288 profesionales de pediatría mediante el curso “Herramientas y estrategias para una Atención Sanitaria Inclusiva: Guía Visual Asistencial”, lo que garantizará una implementación homogénea y eficaz en la práctica clínica.

La implementación del proyecto ha permitido integrar recursos accesibles en distintos entornos asistenciales del IB-Salut. Destaca la incorporación del carro de materiales de regulación sensorial (carro de la calma), un apoyo clave para reducir la ansiedad, facilitar la autorregulación emocional y mejorar la experiencia de los pacientes pediátricos.

El proyecto cuenta con una amplia participación profesional y social. Colaboran sanitarios de distintas especialidades incluyendo la Unidad TEA y asociaciones como MÁSqueTEA, AMADIBA, Asperger Baleares, ELA Balears, Amadip-Esment, Autismo Balears, APROSCOM, TEA Menorca y ANSEDH, junto al Colegio Oficial de Terapeutas Ocupacionales de Baleares. Su contribución ha permitido validar materiales, identificar necesidades reales y enriquecer la accesibilidad de la guía.

La aplicación del proyecto de manera transversal en todas las gerencias del IB-Salut garantiza una atención más humana, comprensible y equitativa, promoviendo la accesibilidad cognitiva y la participación activa del paciente en su proceso de salud.

5. CONCLUSIONES La Guía Visual Asistencial y el programa formativo asociado constituyen un avance esencial hacia una atención sanitaria más inclusiva y comprensible. La guía facilita la comunicación, reduce la ansiedad y mejora la participación del paciente, mientras que la formación impartida desde el Área de Humanización del IB Salut garantiza que los profesionales sepan aplicarla correctamente en su práctica diaria. La combinación de ambos elementos impulsa la accesibilidad cognitiva, refuerza la humanización y promueve una atención equitativa, coherente y adaptada a la diversidad en todas las gerencias del sistema sanitario.

6. BIBLIOGRAFÍA

1. Universidad de Castilla-La Mancha. Herramientas para la Atención Sanitaria Inclusiva: Libro de la Salud y Enfermería especialista en TEA.
2. Hospital Universitario de Fuenlabrada. Programa TEAyudamos [Internet]. Madrid; [citado 2026 Mar 29]. Disponible en: <https://teayudamos.eu>
3. Hospital General Universitario Gregorio Marañón. AMITEA. Doctor TEA [Internet]. Madrid; [citado 2026 Mar 29]. Disponible en: <https://doctorteaa.org>
4. Hospital Universitario Virgen Macarena. HospiTEA. Sevilla.
5. ARASAAC – Centro Aragonés para la Comunicación Aumentativa y Alternativa [Internet]. Gobierno de Aragón; [citado 2026 Mar 29]. Disponible en: <https://arasaac.org>
6. Plena Inclusión [Internet]. [citado 2026 Mar 29]. Disponible en: <https://plenainclusion.org>
7. Oficina de Accesibilidad Cognitiva y Lectura Fácil de Extremadura (OACEX).
8. Centro Español de Accesibilidad Cognitiva (CEACOG).
9. Fundación para el Desarrollo de la Enfermería (FUDEN). Valoración y cuidados de enfermería en Salud Mental, Alzheimer y otras demencias.
10. Universidad Nacional de Educación a Distancia (UNED). Experto Universitario en Accesibilidad Cognitiva y Lectura Fácil.
11. Asociación MÁSqueTEA. Programas de accesibilidad cognitiva y apoyo a personas con TEA.
12. AMADIBA. Accesibilidad cognitiva y validación con personas con discapacidad intelectual.

45

PROTOCOLO DE DESCANSO NOCTURNO PARA PACIENTES Y FAMILIARES EN UCIP.

Irene Vicente Álvarez; Laura Álvarez Veiga; Patricia Corniero Alonso; Elisabet Puiggròs Ruiz; Omar Rodríguez Forner; Francisco José Cambra Lasaosa

irene.vicente@sjd.es

1. INTRODUCCIÓN El descanso nocturno es un elemento fundamental en el cuidado del paciente pediátrico ingresado en la Unidad de Cuidados Intensivos Pediátricos (UCIP). Durante el ingreso en UCIP, el sueño se ve frecuentemente alterado por factores ambientales como el ruido, la luz artificial y las alarmas, así como por las intervenciones asistenciales y la propia situación clínica. Estas alteraciones del ciclo sueño-vigilia impactan negativamente en la recuperación, aumentan el riesgo de delirium pediátrico y se asocian a un mayor desarrollo del síndrome post-cuidados intensivos pediátrico (PICS-p).

90



Asimismo, el descanso insuficiente de los familiares incrementa el estrés y la ansiedad, afecta a su experiencia durante el ingreso y limita su participación en el cuidado, favoreciendo el desarrollo del síndrome post-cuidados intensivos familiar (PICS-f).

En encuestas de satisfacción realizadas en la unidad, el descanso nocturno ha sido identificado como uno de los aspectos peor valorados por las familias.

En este contexto, la promoción del descanso nocturno se plantea como una intervención no farmacológica, segura y coste-efectiva. Este protocolo propone medidas estructuradas para optimizar el entorno y la organización de los cuidados, garantizando la seguridad del paciente.

2. OBJETIVOS (General y Específicos) Objetivo general:

Implementar un protocolo estructurado para mejorar el descanso nocturno del paciente pediátrico ingresado en UCIP y de sus familiares, optimizando el entorno y la organización de los cuidados.

Objetivos específicos:

- Reducir los estímulos ambientales durante el periodo nocturno.
- Favorecer la agrupación de cuidados y minimizar interrupciones innecesarias.
- Mejorar la calidad del sueño del paciente y su familia.
- Aumentar la satisfacción familiar respecto al descanso nocturno.
- Evaluar el impacto del protocolo mediante encuestas de satisfacción e indicadores de calidad del descanso.

3. METODOLOGÍA Se diseñó un protocolo basado en la revisión de la literatura y en el análisis de experiencias de otras unidades. Se establece un periodo de descanso nocturno entre las 22:00 y las 6:00 horas, durante el cual se reducen estímulos ambientales como luz y ruido, y se limitan las intervenciones no urgentes.

Se promueve la agrupación de cuidados, la individualización de las intervenciones según la edad y situación clínica del paciente, y la participación de la familia como elemento de confort.

La evaluación se realizará mediante encuestas de satisfacción post implementación, junto con indicadores de calidad del descanso.

4. RESULTADOS Dado que el descanso nocturno ha sido identificado como uno de los aspectos peor valorados en las encuestas de satisfacción de la unidad, la implementación de este protocolo pretende revertir esta percepción negativa.

Se espera una mejora significativa en la valoración del descanso nocturno por parte de las familias, reflejada en las encuestas de satisfacción tras la implantación del protocolo. Asimismo, se prevé una mejora en la calidad del sueño tanto del paciente como de sus familiares, favoreciendo un entorno más tranquilo y humanizado.

La reducción de estímulos ambientales y la limitación de intervenciones no urgentes durante la noche podrían contribuir a disminuir las interrupciones del sueño, mejorar el confort y facilitar la recuperación clínica.

Además, se espera un impacto positivo en variables relacionadas con el bienestar, como la disminución del estrés y la ansiedad en los familiares, así como una posible reducción de factores de riesgo asociados al delirium pediátrico y al desarrollo de PICS-p y PICS-f.

5. CONCLUSIONES La implementación de un protocolo de descanso nocturno en UCIP es una intervención factible, segura y coste-efectiva. Su aplicación permite mejorar la calidad del entorno asistencial, optimizar la organización de los cuidados y favorecer un descanso más adecuado del paciente y su familia.

Además, contribuye a mejorar la percepción de la atención recibida y la satisfacción familiar, aspectos clave en la humanización de los cuidados intensivos pediátricos.

Este tipo de intervenciones puede tener un impacto positivo tanto en la experiencia como en la evolución clínica, siendo potencialmente extrapolable a otras unidades.

6. BIBLIOGRAFÍA

Rivkees SA. The development of circadian rhythms: From animals to humans. *Sleep Med Clin.* 2007;2(3):331-341.

Wen-Chun Chiu, Po-Shuo Chang, Cheng-Fang Hsieh, Chien-Ming Chao, Chih-Cheng Lai. The impact of windows on the outcomes of medical intensive care unit patients. *International Journal of Gerontology.* Volume 12. Issue 1. 2018. Pages 67-70. ISSN 1873-9598. <https://doi.org/10.1016/j.ijge.2017.06.002>.

Lee HJ, Bae E, Lee HY, Lee SM, Lee J. Association of natural light exposure and delirium according to the presence or absence of windows in the intensive care unit. *Acute Crit Care.* 2021;36(4):332-341. DOI:10.4266/acc.2021.00556.

Patel J, Baldwin J, Bunting P, Laha S. The effect of a multi-faceted intervention on sleep and delirium in the ICU. *Crit Care Med.* 2014;42(3):1026-1033.

Shepley MM, Gerbi RP, Watson AE, Imgrund S, Sagha-Zadeh R. The impact of daylight and views on ICU patients and staff. *Herd.* 2012;5(2):46-60.

6. Roepke SE, Ancoli-Israel S. Sleep disorders in the elderly. *Indian J Med Res.* 2010;131(2):302-310.

7. Smonig R, Magalhaes E, Bouadma L, Andremont O, de Montmollin E, Essardy F, Mourvillier B, Lebut J, Dupuis C, Neuville M, Lermuzeaux M, Timsit JF, Sonnevill R. Impact of natural light exposure on delirium burden in adult patients receiving invasive mechanical ventilation in the ICU: a prospective study. *Ann Intensive Care.* 2019 Oct 17;9(1):120. doi: 10.1186/s13613-019-0592-x. PMID: 31624936; PMCID: PMC6797676.

8. Park MY, Chai CG, Lee HK, Moon H, Noh JS. The Effects of Natural Daylight on Length of Hospital Stay. *Environ Health Insights.* 2018 Dec 3;12:1178630218812817. doi: 10.1177/1178630218812817. PMID: 30546262; PMCID: PMC6287302.

9. J. Zaai I, F. Spruyt C, M. Peelen L, M.J. Can Eijk M, Wientjes R, M.E. Schneider M, Kesecioglu J, C. Slooter A. Intensive care unit environment may affect the course of delirium. *Intensive care Medicine.* 2012; 39: 481-488

10. A. Pisani M, S. Friese R, K. Gehbach B, J. Schwab R, L. Weinhouse G, F. Jones S. Sleep in the intensive care unit. *Am J Respir Crit Care Med.* 2015; 191(7): 731-738

11. Joel Kian Boon L, Vicknesan Jeyan M, Jan Hau L. Delirium: the next vital sign in the PICU. *Pediatr Crit Care Med.* 2023; 24(5): 422-425

12. Silver G, Traube C. A systematic approach to family engagement: Feasibility pilot of a pediatric delirium management and prevention toolkit. *Palliat Support care.* 2019; 17(1): 42-45

13. R.S. Ulrich. View through a window may influence recovery from surgery. *Science.*, 224 (1984), pp. 420-421

1. INTRODUCCIÓN La humanización de la atención implica reconocer a cada persona en su dimensión plena: emocional, social y comunitaria. En el Parc Sanitari Sant Joan de Déu (PSSJD), este compromiso se traduce en iniciativas que fortalecen el vínculo entre profesionales, personas atendidas y comunidad, promoviendo espacios donde la dignidad, la participación y el sentido de pertenencia sean protagonistas.

En este contexto nace “La Flama del Parc”, proyecto impulsado desde la Dirección de Personas y Valores junto a profesionales no asistenciales. La iniciativa busca acercar a personas con problemas de salud mental y discapacidad intelectual a la experiencia cultural del “correfoc”, una tradición profundamente arraigada en la cultura catalana.

El proyecto propone la creación de una “colla de diables” inclusiva, donde personas usuarias, familiares, profesionales, voluntariado y ciudadanía comparten un espacio cultural y comunitario en igualdad. A través de la adaptación de roles y actividades, se facilita la participación activa de personas que habitualmente encuentran barreras para acceder a experiencias culturales significativas.

“La Flama del Parc” se convierte en un espacio de encuentro que favorece la inclusión social, el reconocimiento de capacidades y la construcción de vínculos humanos que trascienden el ámbito clínico, reforzando así una mirada profundamente humanizadora del cuidado.

2. OBJETIVOS (General y Específicos) El proyecto busca promover la humanización del cuidado a través de una iniciativa cultural inclusiva que favorezca la participación, la dignidad y el sentido de pertenencia de personas con problemas de salud mental y discapacidad intelectual. Para ello, se propone facilitar el acceso de personas en situación de vulnerabilidad a experiencias culturales comunitarias, fortaleciendo el vínculo entre personas usuarias, profesionales, voluntariado y comunidad. Asimismo, busca fomentar la autoestima, la expresión personal y la participación social de las personas participantes. Finalmente, la iniciativa pretende explorar el potencial de las tradiciones culturales como herramientas de inclusión, bienestar y construcción de comunidad.

3. METODOLOGÍA “La Flama del Parc” se ha desarrollado entre 2022 y 2025 mediante un enfoque participativo e inclusivo. Se creó un grupo motor voluntario formado por profesionales no asistenciales, personas usuarias y voluntariado.

La metodología incluyó formación específica, ensayos periódicos y acompañamiento técnico y psicosocial para garantizar la participación segura y significativa de todas las personas. Se adaptaron los roles tradicionales de las “collas de diables” para asegurar la accesibilidad y la diversidad de participación.

Asimismo, se diseñaron vestuario y materiales seguros mediante colaboración interdepartamental. “La colla” participó en actividades culturales internas y comunitarias, especialmente en “correfocs” y celebraciones locales.

4. RESULTADOS Durante el periodo de desarrollo, más de 300 personas participaron directa o indirectamente en el proyecto, incluyendo personas usuarias, profesionales, familiares y voluntariado.

Los resultados evidencian un impacto significativo en términos de humanización e inclusión. Las personas usuarias manifestaron un aumento en la autoestima, el reconocimiento de sus capacidades y el sentimiento de pertenencia a una comunidad. La participación en un contexto cultural normalizado favoreció relaciones más horizontales y auténticas con profesionales y otros participantes, generando vínculos que trascienden el entorno asistencial.

Asimismo, el proyecto fortaleció el compromiso de los profesionales, quienes encontraron en esta iniciativa una forma de conectar con el propósito institucional desde la solidaridad, la creatividad y la cooperación. Este proceso generó un círculo virtuoso de cuidado mutuo, donde cuidar y ser cuidado adquiere una dimensión comunitaria.

“La Flama del Parc” también despertó interés en el entorno social e institucional, siendo reconocida como una experiencia innovadora de inclusión cultural. El proyecto demuestra que las tradiciones culturales adaptadas pueden convertirse en herramientas poderosas para la participación, el bienestar emocional y la cohesión social.

5. CONCLUSIONES “La Flama del Parc” muestra cómo la cultura y la tradición pueden convertirse en potentes herramientas de humanización del cuidado. Al generar espacios de participación real, se favorece la dignificación de las personas en situación de vulnerabilidad y se fortalecen los vínculos entre usuarios, profesionales y comunidad.

El proyecto evidencia que las experiencias culturales inclusivas contribuyen al bienestar emocional, la autoestima y el sentido de pertenencia. Además, refuerzan el compromiso de los profesionales con los valores institucionales.

Su carácter adaptable lo convierte en un modelo replicable en otros contextos, demostrando que la humanización también se construye desde la cultura compartida.

6. BIBLIOGRAFÍA

<https://www.pssjd.org>

Orden Hospitalaria de San Juan de Dios (2019). Modelo de Atención Centrada en la Persona.

Orden Hospitalaria de San Juan de Dios (2021). Valores de la Hospitalidad.

Bauman, Z. (2003). Comunidad. En busca de seguridad en un mundo hostil. Madrid: Siglo XXI.

OMS - Organización Mundial de la Salud (2013). Mental health action plan 2013-2020.

HUMANIZAR LA GESTIÓN: CULTURA DEL DIÁLOGO Y COHESIÓN DE EQUIPOS CON PONTS

María Luisa Sanz Villa; Sara Davi; Sandra Vázquez; Cristina Juárez

marialuisa.sanz@sjd.es

1. INTRODUCCIÓN La humanización no solo debe enfocarse en la atención al paciente, sino también en cuidar y acompañar a los profesionales que brindan esa atención. En este contexto, la iniciativa Ponts, gestionada por la Dirección de Personas i Valors del Parc Sanitari Sant Joan de Déu, se ha centrado en el bienestar y la atención a los equipos, reconociendo que para ofrecer una atención de calidad, los profesionales deben sentirse cuidados, escuchados y apoyados. Ponts se ha convertido en un espacio de mediación y escucha activa donde los profesionales pueden expresar sus necesidades, gestionar conflictos y buscar apoyo emocional en un entorno seguro. Este modelo integra la importancia de un cuidado preventivo y el fomento del compromiso con la organización, creando una cultura de bienestar y de respeto mutuo. La dirección de esta iniciativa reconoce que solo cuando los equipos de trabajo se sienten acompañados, es posible brindar una atención humana y de calidad a los pacientes.



2. OBJETIVOS (General y Específicos) Objetivo General:

Promover el bienestar de los profesionales de la salud mediante la creación de espacios de escucha, apoyo y mediación que fortalezcan su compromiso con la atención humanizada.

Objetivos Específicos:

- Establecer mecanismos de apoyo emocional y comunicación para los profesionales de la salud.
- Fomentar una cultura de respeto, cuidado y escucha dentro del equipo sanitario.
- Mejorar el compromiso de los profesionales con los valores de la organización, favoreciendo una atención centrada en la persona.

3. METODOLOGÍA Ponts emplea un enfoque participativo basado en la mediación y la escucha activa. Se promueven espacios de diálogo y reflexión donde los profesionales pueden compartir sus experiencias, expresar sus preocupaciones y recibir el apoyo necesario para afrontar las demandas de su labor. Además, se implementan sesiones formativas y actividades de autocuidado para promover el bienestar emocional de los equipos, mejorando la comunicación y la colaboración entre los profesionales. Estos espacios son gestionados por un equipo especializado que ofrece apoyo individual y grupal para resolver conflictos, prevenir el agotamiento profesional y fortalecer el compromiso de los trabajadores.

4. RESULTADOS Los resultados de la implementación de Ponts han sido notoriamente positivos. Los profesionales reportan un aumento significativo en su satisfacción laboral y en su bienestar emocional, gracias a los espacios de escucha y apoyo proporcionados por la iniciativa. La disminución del estrés y el agotamiento profesional ha permitido una mayor calidad en la atención que brindan a los pacientes, contribuyendo al ambiente de trabajo positivo y a un equipo más cohesionador. Además, el compromiso con la organización se ha visto fortalecido, ya que los profesionales se sienten más valorados y respaldados en su labor diaria. La implementación de este modelo ha mostrado ser un factor esencial para la sostenibilidad de una atención de calidad y humanizada.

5. CONCLUSIONES El bienestar de los profesionales de la salud es un elemento esencial para garantizar una atención humanizada y de calidad. La iniciativa Ponts, impulsada por la Dirección de Personas i Valors, demuestra que cuando los profesionales se sienten escuchados, cuidados y acompañados, aumenta su compromiso con la organización y mejora la atención a las personas atendidas. El modelo de apoyo, mediación y escucha activa de Ponts favorece una cultura organizacional basada en el respeto y el cuidado de los equipos. Este enfoque integral impacta directamente en el clima laboral y la calidad asistencial.

6. BIBLIOGRAFÍA

Novel Martí, G. (2012). Mediación en salud: un nuevo paradigma cultural en organizaciones que cuidan. Madrid: Editorial Reus.

Novel Martí, G. (2010). Mediación organizacional: desarrollando un modelo de éxito compartido. Madrid: Editorial Reus.

Novel Martí, G. (2013). Sistemas de mediación en organizaciones de salud: un caso de éxito. En La mediación: nuevas realidades, nuevos retos. Madrid: Editorial Reus.

Gálvez Herrero, M. et al. (2017). Humanización de la sanidad y salud laboral: implicaciones y estado de la cuestión. Medicina y Seguridad del Trabajo.

HUMANIZACIÓN DE LOS ESPACIOS Y DE LA ATENCIÓN SANITARIA PEDIÁTRICA UTILIZANDO LAS NUEVAS TECNOLOGÍAS.

Raquel Calzada Pacheco; María Mercedes Aizpurúa Olano

mertxe.aizpurua1@gmail.com

1. INTRODUCCIÓN La ansiedad y el miedo infantil durante procedimientos médicos invasivos dificultan la colaboración clínica, prolongan los tiempos de atención y aumentan la necesidad de sedación. Para mitigar este impacto, este proyecto propone integrar nuevas tecnologías y herramientas digitales como mecanismos de distracción terapéutica. El objetivo es reducir la percepción del dolor, transformar la atmósfera hospitalaria en un entorno confortable y optimizar la seguridad del paciente.

La iniciativa, financiada mediante un Bottom up en colaboración con el instituto de investigación sanitaria Biogipuzkoa, se desarrollará entre enero de 2025 y junio de 2026. Dirigido a pacientes con edades comprendidas entre 2 y 16 años que acudan a las Urgencias del Hospital Universitario de Donostia (HUD) y/o Hospitalización.

Se centrará en el uso de impresión 3D y otros recursos tecnológicos para humanizar la asistencia y favorecer el aprendizaje continuo del personal sanitario.

2. OBJETIVOS (General y Específicos) General: Implementación mediante las nuevas tecnologías y el juego en la humanización de la asistencia pediátrica: reducción del dolor y la ansiedad de nuestros pacientes durante los procedimientos, así como favorecer la formación del personal sanitario mediante algunas de estas técnicas.

Específicos:

- Evaluar y medir la satisfacción y utilidad de los métodos de distracción
- Determinar el impacto de los métodos en el paciente y en el procedimiento médico
- Analizar la adopción e implementación de los métodos por los profesionales
- Caracterizar el uso de los métodos y recoger oportunidades de mejora
- Desarrollo de herramientas de valoración del dolor

3. METODOLOGÍA Es un estudio cuasi-experimental, transversal, prospectivo, en sujetos de 2 y 16 años que estén hospitalizados o acudan a urgencias del hospital infantil. La satisfacción de las herramientas, se medirá mediante una encuesta anonimizada, a unos 150 progenitores y 150 profesionales. Las variables a recoger en el caso de los progenitores serán sociodemográficas, del uso de los métodos de distracción y de valoración de la satisfacción de los mismos. Proyecto aprobado por el Comité de Ética. De los resultados se realizará un análisis cuantitativo mediante el software R.

4. RESULTADOS En este momento no disponemos de resultados definitivos pues estamos recogiendo actualmente las encuestas de satisfacción de profesionales y pacientes.

Evaluaremos la satisfacción de profesionales y pacientes en cuanto al uso de las herramientas implantadas: métodos de training, regla para valoración del dolor, trompeta para administración de inhaladores, maletín portasueros, gafas de realidad virtual, proyectores de galaxias, vinilos decorativos para espacios pediátricos.

5. CONCLUSIONES De manera subjetiva concluimos que el uso de los modelos de training está instaurado en las formaciones periódicas, teniendo buena aceptación entre estos. Los modelos de maletín portasueros y trompeta para inhaladores no han tenido la aceptación esperada. El uso de la regla de dolor depende de la implicación de los profesionales y su uso es desigual en los diferentes servicios. Hemos detectado que el uso de proyectores en procesos invasivos disminuye la ansiedad en los pacientes.

6. BIBLIOGRAFÍA

Comparcini, D., Simonetti, V., Galli, F., et al. (2023). Immersive and non-immersive virtual reality for pain and anxiety management in pediatric patients with hematological or solid cancer: A systematic review. *Cancers*, 15(3), 985. <https://doi.org/10.3390/cancers15030985>

Dolovich MB, Dhand R. (2011) Aerosol drug delivery: developments in device design and clinical use. *Lancet*, 377(9770):1032-45. doi:10.1016/S0140-6736(10)60926-9.

Erdős, S., & Horváth, K. (2023). The impact of virtual reality (VR) on psychological and physiological variables in children receiving chemotherapy: A pilot cross-over study. *Integrative Cancer Therapies*, 22, 15347354231168984. <https://doi.org/10.1177/15347354231168984>

Garate Andikoetxea, B. et al. (2023) 'Towards a radiation free numerical modelling framework to predict spring assisted correction of scaphocephaly', *Computer Methods in Biomechanics and Biomedical Engineering*, pp. 1-10. Available at: <https://doi.org/10.1080/10255842.2023.2294262>.

Garra, G., Singer, A. J., Taira, B. R., Chohan, J., Cardoz, H., Chisena, E., & Thode, H. C. Jr. (2010). Validation of the Wong-Baker FACES Pain Rating Scale in pediatric emergency department patients. *Academic Emergency Medicine*, 17(1), 50-54. <https://doi.org/10.1111/j.1553-2712.2009.00620.x>

Lawson, S. L., Hogg, M. M., Moore, C. G., & et al. (2021). Pediatric pain assessment in the emergency department: Patient and caregiver agreement using the Wong-Baker FACES and the Faces Pain Scale-Revised. *Pediatric Emergency Care*, 37(12), e950-e954. <https://doi.org/10.1097/PEC.0000000000001837>

Ozturk, C. S., & Toruner, E. K. (2023). Effectiveness of virtual reality in anxiety and pain management in children and adolescents receiving cancer treatment: A systematic review and meta-analysis of randomized controlled trials. *Journal of Medical Systems*, 47(1), 103. <https://doi.org/10.1007/s10916-023-01995-4>

Savino, F., Vagliano, L., Ceratto, S., Oggero, R., & Silvestro, L. (2013). Pain assessment in children undergoing venipuncture: The Wong-Baker Faces Scale versus skin conductance fluctuations. *PeerJ*, 1, e37. <https://doi.org/10.7717/peerj.37>

Schultz, A., Le Souëf, T. J., Venter, A., et al. (2010). Aerosol inhalation from spacers and valved holding chambers requires few tidal breaths for children. *Pediatrics*, 126(6), e1493-e1498. <https://doi.org/10.1542/peds.2010-1377>

Starosolski, Z.A. et al. (2014) 'Application of 3-D printing (rapid prototyping) for creating physical models of pediatric orthopedic disorders', *Pediatric Radiology*, 44(2), pp. 216-221. Available at: <https://doi.org/10.1007/s00247-013-2788-9>.

Tomlinson, D., von Baeyer, C. L., Stinson, J. N., & Sung, L. (2010). A systematic review of faces scales for the self-report of pain intensity in children. *Pediatrics*, 126(5), e1168-e1198. <https://doi.org/10.1542/peds.2010-1609>

Tripodi, M. et al. (2017) 'Humanization of pediatric care in the world: focus and review of existing models and measurement tools', *Italian Journal of Pediatrics*, 43(1), p. 76. Available at: <https://doi.org/10.1186/s13052-017-0394-4>.

Uçgun, T., & Çitak, E. A. (2025). Virtual reality for cancer symptom management: A systematic review of randomized controlled trials. *Supportive Care in Cancer*, 33(8), 672. <https://doi.org/10.1007/s00520-025-09738-6>

David.silvagomez@osakidetza.eus

1. INTRODUCCIÓN La etiología canina aplicada al estudio del vínculo humano-animal, demuestra que la relación entre ambos establece un profundo lazo afectivo bidireccional basado en el apego hasta el punto de que cuando se ven obligados a separarse ambos sufren emocionalmente. El ingreso hospitalario de una persona que convive con su perro justifica poder recibir su visita. El plan de humanización de la OSI Araba 2022-2026 se caracteriza por ser integrador y colaborativo: son usuarios y profesionales quienes lo construyen desde sus iniciativas. el programa MASKHOSPITAL nació en 2025 como respuesta a una de las iniciativas presentadas ante la Comisión de Humanización, quien lideró su implementación con la colaboración del Ilustre Colegio Oficial de Veterinarios de Álava como garante de la Salud Pública de la Osi Araba.

" cuando una MASKota cruza la puerta de un hospital, no solo entra un animal, entra la esperanza, el cariño y el recuerdo de casa que facilita la estancia.

2. OBJETIVOS (General y Específicos) OBJETIVO GENERAL:

1. Facilitar el bienestar emocional y psicológico de los pacientes mediante un programa que permita las visitas programadas de sus mascotas caninas en el hospital, promoviendo momentos de confort, vínculo afectivo, y calidad de vida durante el ingreso.

OBJETIVOS ESPECIFICOS

1. Fomentar el vínculo afectivo entre los pacientes y sus perros.
2. Garantizar un entorno seguro y adecuado.
3. Evaluar el impacto emocional de las visitas.
4. Sensibilizar al personal de salud sobre sus beneficios terapéuticos integrándolo en los cuidados del paciente.
5. Desarrollar un plan de logística y organización.
6. Establecer un sistema de seguimiento.

3. METODOLOGÍA 1. Planificación: Reuniones institucionales lideradas por la Dirección de la OSI Araba y su comisión de Humanización para definir las acciones a llevar a cabo.

2. Implementación: Desarrollo de las visitas programadas a través del establecimiento de un circuito en el que es el celador la persona encargada de recibir y acompañar a la MASKota y su acompañante.

3. Evaluación: Aplicación de las encuestas de satisfacción y análisis de datos.

4. Retroalimentación: Reuniones de la Comisión de Humanización en las que se trabajan los datos obtenidos y áreas de futuras mejoras.

4. RESULTADOS 1. Mejora del estado emocional del paciente al objetivarse una reducción del estrés, la ansiedad y la tristeza. La presencia animal puede liberar oxitocina y disminuir los niveles de cortisol.

2. Beneficios fisiológicos: Disminución de la presión arterial y el ritmo cardiaco tan solo con acariciar al perro y un beneficio en la respuesta inmunológica al mejorar el estado emocional del paciente fortaleciendo indirectamente el sistema inmune.



3. Estimulación cognitiva y reducción del aislamiento social, máxime en pacientes con demencia.

4. Apoyo en los cuidados paliativos dirigidos al paciente, al representar la presencia de la mascota un momento de paz y alegría emocional que permite evocar recuerdos familiares compartidos, ayudando a reducir el sufrimiento psicológico y el miedo a la muerte.

5. Impacto positivo en la Mascota, que ve a su dueño mermado el sufrimiento por separación y mantiene el lazo afectivo con claros beneficios conductuales para el animal.

6. Mejora del ambiente hospitalario. La presencia de un perro en este entorno, genera un clima cálido y humano que ayuda a romper con la rutina al estimularse la interacción entre personal y pacientes, creando una atmósfera más social y menos aislante.

5. CONCLUSIONES Los resultados de las encuestas de satisfacción nos conceden la máxima puntuación otorgable, un diez y el agradecimiento sincero de las familias, que establecen un vínculo afectivo con los profesionales de la salud.

Las actividades colaborativas con la ciudadanía proyectadas desde la escucha real y la comunicación efectiva cobran especial relevancia por su elevado impacto social.

Es necesario seguir rompiendo el techo de cristal, siendo sensibles a las necesidades de nuestros pacientes porque siendo humanos seguiremos creciendo como personas y como profesionales. Desde la OSI Araba seguiremos siendo embajadores de la Humanización.

6. BIBLIOGRAFÍA

1. OSI Araba. Proyecto MASK-Hospital: Plan de Humanización. Vitoria-Gasteiz: Osakidetza; 2025.
2. Colegio Oficial de Veterinarios de Álava. Colaboración Proyecto MASK-Hospital OSI Araba. 2025.
3. Servicio Vasco de Salud (Osakidetza). Programa de humanización hospitalaria en Álava. 2025.
4. Hospital Universitario Poniente. Proyecto "Tu Mascota Contigo". Almería; 2023.
5. Elaboración propia del Grupo de Trabajo de Mask-Hospital: Silva Gómez, D; Jaras Bartolomé, JJ; Sánchez Bernal, R. Unidad de Gestión Sanitaria. OSI Araba. Osakidetza

UNA UCI QUE ESCUCHA: PROPUESTA DE INTERVENCIÓN PARA HUMANIZAR LA NEURODIVERGENCIA

Gemma Guillaumet Justribo; Eva Méndez Ribaudi; Esther Rubio Diaz; Lidia Cuenca Sánchez; Meritxell Capdevila Casoliva; M^a Jesús Rodríguez Claraco

gguillaumet@althaia.cat

1. INTRODUCCIÓN La atención en las unidades de cuidados intensivos (UCI) se caracteriza por un entorno altamente tecnificado que, aunque necesario para la supervivencia, puede resultar despersonalizante. Los pacientes neurodivergentes (p.ej., TDAH, TEA, hipersensibilidad sensorial) constituyen un grupo especialmente vulnerable debido a sus dificultades en la comunicación, procesamiento sensorial y adaptación a entornos desconocidos. Estas características aumentan el riesgo de ansiedad, agitación, sobrecarga sensorial, peor experiencia asistencial y delirium, especialmente en situaciones de aislamiento o ventilación mecánica. La humanización

de los cuidados se plantea como una estrategia clave para mejorar su experiencia y resultados clínicos.

2. OBJETIVOS (General y Específicos) Diseñar una intervención enfermera, orientada a la humanización de los cuidados en pacientes neurodivergentes ingresados en UCI para mejorar su atención, seguridad y bienestar.

3. METODOLOGÍA Se ha realizado una revisión bibliográfica narrativa mediante la consulta de bases de datos biomédicas como PubMed, CINAHL y Scopus, conjuntamente con la revisión de buenas prácticas en humanización de los cuidados. La estrategia de búsqueda incluyó los términos: neurodivergencia, unidad de cuidados intensivos (UCI), delirium y enfermería.

Se establecieron como criterios de inclusión artículos publicados entre 2020 y 2026, que abordaran intervenciones enfermeras, humanización de cuidados, incluyendo población con vulnerabilidad neurológica o cognitiva.

Los artículos fueron analizados de forma cualitativa para identificar intervenciones relevantes y propuestas aplicables a la práctica clínica enfermera.

4. RESULTADOS Se propone una intervención estructurada basada en varios ejes:

- Valoración individualizada, identificar sensibilidades y preferencias.
- Adaptación del entorno evitando la sobreestimulación reducción de estímulos nocivos como el ruido y la iluminación.
- Estrategias de comunicación aumentativa o alternativa.
- Participación activa de la familia como elemento regulador emocional.
- Minimización de la sedación y fomento de la movilización precoz.
- Formación y sensibilización al equipo asistencial.

5. CONCLUSIONES La humanización de los cuidados en pacientes neurodivergentes en UCI es esencial para reducir complicaciones como el delirium y mejorar la calidad asistencial. La implementación de intervenciones enfermeras estructuradas, centradas en la persona, puede favorecer una atención más segura, ética y eficaz. En el futuro se pueden evaluar el impacto de estas estrategias en resultados clínicos y experiencia del paciente.

Palabras clave: UCI; humanización; enfermería; neurodivergencia; delirium.

6. BIBLIOGRAFÍA

- Baruah R. Autism in ICU. J Intensive Care Soc [Internet]. 2024 [citado 26 mar 2026]; 25(2):165-171. Disponible en: <https://journals.sagepub.com/doi/10.1177/17511437241249847>

- American Association of Critical-Care Nurses (AACN). Nurses Offer Insights Into Caring for Neurodiverse Patients [Internet]. Aliso Viejo, CA: AACN; 2025 [citado 26 mar 2026]. Disponible en: <https://www.aacn.org/newsroom/nurses-offer-insights-into-caring-for-neurodiverse-patients>

- Match E. Caring for Patients With Neurodivergence [Internet]. Cleveland Clinic Consult QD; 2025 [citado 26 mar 2026]. Disponible en: <https://consultqd.clevelandclinic.org/caring-for-patients-with-neurodivergence>

- Raigal-Frances S. Intervenciones de Enfermería en el manejo de niños con Trastorno del Espectro Autista (TEA) [Internet]. Alicante: Universidad de Alicante; 2017 [citado 26 mar 2026].

HUMANIZACIÓN Y REDISEÑO DEL PROCESO ASISTENCIAL EN FIBROMIALGIA: INTEGRACIÓN DE EXPERIENCIA DEL PACIENTE Y HERRAMIENTAS DIGITALES

(Premiada como mejor póster)

Laura Nieves Sánchez; Mónica Pinzón Iriarte; Diana de la Fuente de Dios

nievas.hv@gencat.cat

1. INTRODUCCIÓN La fibromialgia es una condición crónica que impacta significativamente en la calidad de vida y plantea retos relevantes para los sistemas sanitarios, a nivel clínico y organizativo. Su abordaje suele estar marcado por una elevada fragmentación asistencial, variabilidad en la atención y dificultades de coordinación entre niveles, lo que repercute negativamente en la experiencia del paciente. Este contexto ha impulsado el desarrollo de modelos de atención integrada y centrada en la persona, que priorizan la coordinación asistencial y los valores del paciente como eje del sistema (World Health Organization, 2015; Zonneveld et al., 2018).

En el área metropolitana sur de Barcelona, esta situación se traduce en circuitos asistenciales poco eficientes, tiempos de espera prolongados y una percepción frecuente de falta de acompañamiento por parte de los pacientes, en línea con experiencias descritas en contextos similares (Mas et al., 2021).

Ante este escenario, se desarrolló una intervención de rediseño asistencial centrada en la humanización de la atención, incorporando de forma estructurada la experiencia del paciente, la innovación organizativa y el uso de herramientas digitales. Su implementación ha demostrado potencial para mejorar el acceso y la experiencia en atención primaria (Paddison & McGill, 2022; Mace & Menter, 2021; Healthwatch et al., 2020).

2. OBJETIVOS (General y Específicos) El objetivo principal fue transformar el modelo de atención a pacientes con fibromialgia hacia un enfoque más integrado, eficiente y centrado en la persona.

Como objetivos específicos:

- Identificar barreras organizativas y puntos críticos del proceso asistencial.
- Incorporar la experiencia del paciente en el diseño del nuevo modelo.
- Mejorar la coordinación interdisciplinar y entre niveles asistenciales.
- Favorecer el autocuidado y la participación activa del paciente.
- Integrar soluciones digitales como apoyo al seguimiento y educación en salud.

3. METODOLOGÍA Se realizó un proyecto de mejora centrado en el usuario, combinando herramientas de análisis de procesos, gestión del cambio y co-creación con pacientes.

El proceso incluyó:

Análisis del circuito asistencial (técnicas de mapeo de procesos).

Trabajo multidisciplinar con profesionales de diferentes ámbitos.

Investigación cualitativa con pacientes (entrevistas, grupos focales y análisis del recorrido asistencial).

Priorización de intervenciones en base a impacto y viabilidad.

Las acciones implementadas se orientaron a la reorganización del circuito asistencial, la incorporación de nuevos perfiles profesionales y el desarrollo de una herramienta digital de apoyo al paciente enfocado en información, autocuidado y personalización de contenidos.

4. RESULTADOS Tras la implementación del nuevo modelo asistencial, se observaron mejoras relevantes en indicadores organizativos y de participación:

- Reducción del absentismo en intervenciones grupales (del 50% al 34%).
- Disminución del número de pacientes en lista de espera (de 270 a 86; reducción del 68%).
- Reducción del tiempo de espera para intervención grupal (de 8-10 meses a 2-4 meses).
- Alta adherencia a la herramienta digital, con un 93% de uso activo entre los pacientes.

Asimismo, se evidenció una mayor integración del abordaje multidisciplinar y una mejora en la continuidad asistencial percibida.

5. CONCLUSIONES El rediseño del proceso asistencial desde una perspectiva centrada en la persona permite mejorar simultáneamente la eficiencia organizativa y la experiencia del paciente en patologías crónicas complejas como la fibromialgia.

La incorporación activa de pacientes en el diseño, junto con la reorganización de recursos y el apoyo de herramientas digitales, constituye una estrategia efectiva y replicable en otros contextos asistenciales.

Este modelo refuerza la humanización de la atención sanitaria al situar las necesidades, expectativas y vivencias del paciente como eje central del proceso asistencial.

6. BIBLIOGRAFÍA

Healthwatch, National Voices, & Traverse. (2020). The doctor will Zoom you now: Getting the most out of the virtual health and care experience. https://www.healthwatch.co.uk/sites/healthwatch.co.uk/files/The_Dr_Will_Zoom_You_Now_Insights_Report.pdf

Mace, S., & Menter, A. (2021). The impact of digital services on patients' experiences of accessing primary care. NHS Gloucestershire Clinical Commissioning Group.

Mas, M. À., Miralles, R., Heras, C., Ulldemolins, M. J., Bonet, J. M., Prat, N., Isnard, M., Pablo, S., Rodoreda, S., Verdaguer, J., Lladó, M., Moreno-Gabriel, E., Urrutia, A., Rocabayera, M. A., Moreno-Millan, N., Modol, J. M., Andrés, I., Estrada, O., Ara Del Rey, J., & ProPCC-Badalona Group. (2021). Designing a person-centred integrated care programme for people with complex chronic conditions: A case study from Catalonia. *International Journal of Integrated Care*, 21(4), 22. <https://doi.org/10.5334/ijic.5653>

Paddison, C. A. M., & McGill, I. (2022). Digital primary care: Improving access for all? Rapid evidence review. Nuffield Trust. <https://www.nuffieldtrust.org.uk/research/digital-primary-care-improving-access-for-all-rapid-evidence-review>

World Health Organization. (2015). WHO global strategy on people-centred and integrated health services: Interim report (WHO/HIS/SDS/2015.6). World Health Organization.

Zonneveld, N., Driessen, N., Stüssgen, R. A. J., & Minkman, M. M. N. (2018). Values of integrated care: A systematic review. *International Journal of Integrated Care*, 18(4), 9. <https://doi.org/10.5334/ijic.4172>

FORMAR EN HUMANIZACIÓN: PLANTANDO LA SEMILLA.

Isabel Amparo Vázquez Castelos; Alejandra Lidia Pérez Calvo; Patricia Naveira Iglesias; Manuel Xosé Porteiro Sánchez

aisavc@gmail.com

1. INTRODUCCIÓN La humanización en la asistencia sanitaria no debe entenderse como un evento puntual, sino como un proceso dinámico y continuo de transformación cultural. En la Unidad de Cuidados Críticos Quirúrgicos y Reanimación del Hospital de A Coruña, esta transición se inició formalmente en 2018, bajo la premisa de que las competencias en humanización no sólo se ejercen, sino que requieren un aprendizaje estructurado.

Durante los últimos dos años, se han implementado actividades formativas dirigidas a estudiantes de Grado en Enfermería y residentes de Anestesiología, con el objetivo de integrar la humanización en las etapas más tempranas de su desarrollo profesional. Recientemente, esta formación se extendió a todo el personal del servicio, complementándose con un análisis cuantitativo y cualitativo de sus percepciones mediante encuestas de opinión.

Las personas en formación son la semilla para consolidar un modelo de atención centrado en la persona. Es crucial hablar de este cambio de paradigma en la asistencia sanitaria, sobre todo a los que todavía no tienen la mente anclada con viejas costumbres de “esto siempre se ha hecho así”. El presente estudio analiza el impacto de la formación en la sensibilidad hacia este tema de los asistentes a dichas actividades formativas.

2. OBJETIVOS (General y Específicos) Conocer las impresiones de los asistentes a tres actividades formativas sobre humanización impartidas en la unidad por integrantes del grupo de trabajo de Humanización.

Conocer los aspectos que más interesaron y los puntos a mejorar de las sesiones formativas, pudiendo usar ese feedback para las siguientes ediciones.

3. METODOLOGÍA Se diseñaron tres actividades formativas vertebradas a través de las líneas del Manual de buenas prácticas y dando a conocer, además, los avances del grupo de humanización. La metodología integró recursos audiovisuales con testimonios reales, teatralizaciones y entrevistas a pacientes.

Para la evaluación, se empleó una encuesta de satisfacción ad hoc mixta. Los datos cuantitativos se midieron mediante una escala Likert (1-5), mientras que los cualitativos se obtuvieron a través de preguntas de respuesta abierta. Este enfoque permitió analizar tanto el grado de satisfacción, como las percepciones detalladas de los asistentes sobre la formación recibida.

4. RESULTADOS Se obtuvieron un total de 30 respuestas a la encuesta de satisfacción. Los resultados cuantitativos reflejan una valoración muy positiva: el 80% de los participantes otorgó la máxima puntuación, tanto al contenido teórico como a su utilidad y aplicabilidad en el trabajo diario. Asimismo, el 76,7% de los encuestados afirmó haber ampliado sus conocimientos y calificó la actividad con la máxima nota global.

En el análisis cualitativo de las respuestas abiertas, destaca que 20 de los 30 asistentes señalaron el testimonio y las experiencias de los pacientes como el aspecto más valorado. Respecto a los puntos de mejora, 7 encuestados mencionaron el horario o la carga teórica, aunque la mayoría no identificó elementos negativos.

En cuanto a futuras ediciones, la mayor parte de los encuestados no realizaría modificaciones en la manera de impartirlas, destacando sugerencias para incrementar la frecuencia de este tipo de sesiones durante el curso. Finalmente, la propuesta de incluir la humanización en los currículos de las formaciones regladas sanitarias recibió una aceptación unánime, con comentarios exclusivamente positivos por parte de todos los participantes.

5. CONCLUSIONES A pesar de la limitación del tamaño muestral, los resultados confirman un alto interés profesional por la humanización en el cuidado. Queda patente que valoran positivamente la formación de este tipo, destacando la experiencia de las personas enfermas como el factor que mayor interés suscita.

Aunque se identifican áreas de mejora, las sesiones formativas se consolidan como una buena práctica esencial para la transformación constante e imparable del sistema sanitario donde el cuidado se centrada en la persona.

6. BIBLIOGRAFÍA

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

Díaz Rodríguez, M. et al. 2020. Orientaciones formativas para un cuidado humanizado en enfermería: una revisión integrativa de la literatura. *Enfermería Global*. 19, 2 (mar. 2020), 640-672. DOI:<https://doi.org/10.6018/eglobal.392321>.

55

ARTE Y SALUD EN UN HOSPITAL PÚBLICO: DE LA INICIATIVA INDIVIDUAL, AL PROYECTO INSTITUCIONAL

Irene Feliu Pérez; Silvia Millat Servent; Antonia Castro Pérez; Juan Carlos González Acebedo; M. Salud Santos Pérez; Andreu Gabarrós Canals

ifeliu@bellvitgehospital.cat

1. INTRODUCCIÓN El año 1946 la Organización Mundial de la Salud (OMS) establece que hablamos de salud cuando nos referimos al estado completo de bienestar físico, mental o social, y no meramente a la ausencia de afecciones o enfermedades.

En el año 2019 publica un informe que recoge evidencias científicas sobre los efectos de las artes en la salud y el bienestar. Recomendaba incorporar el arte y la cultura en los sistemas sanitarios. Concluía que la participación en actividades artísticas contribuía a la promoción de la salud, la prevención de las enfermedades y a la gestión y tratamiento de las diversas condiciones de salud. Hizo una llamada a:

- . Reconocer la creciente evidencia del papel de las artes en la mejora de la salud y el bienestar.
- . Valorar el potencial de la participación en actividades artísticas para la salud.
- . Fomentar la colaboración entre los ámbitos del arte y de la salud.

El Hospital Universitario de Bellvitge inició, el año 2017, un primer proyecto que vinculaba arte y salud, a iniciativa de una profesional del centro. Actualmente, distintas iniciativas de arte y salud se han consolidado en el centro sanitario, cristalizando en proyectos vinculados a la escritura y a la música.

2. OBJETIVOS (General y Específicos) General

- Ofrecer el arte como una herramienta para la mejora del bienestar físico y mental.
- Incorporar el arte en la salud, como soporte terapéutico añadido a las curas y atención que recibe el paciente.

Específicos

- Invitar a pacientes a escribir un relato durante su ingreso hospitalario
- Acercar la música a los pacientes ingresados o tratados en el Hospital.
- Hacer de la música una herramienta de recuperación del paciente, y un vehículo de acercamiento de la enfermedad al resto de la ciudadanía
- Incorporar el cuidador como pieza fundamental del proceso de recuperación del paciente.

3. METODOLOGÍA RelatHos: Invitar a los pacientes ingresados a escribir un relato durante su ingreso. Se proporciona una carpeta con el material y se publican los relatos.

De viva voz: Lectura en voz alta, una vez al mes y en diferentes espacios asistenciales del hospital, de poemas, relatos, ...

Ressona: actuaciones en diferentes servicios del hospital de un grupo musical formado por profesionales.

Cor respira: Grupo coral formado por pacientes con enfermedades con patologías respiratorias

Simfonia dels Herois (Sinfonía de los Héroes): reconocimiento al esfuerzo de recuperación de pacientes intervenidos de tumores cerebrales y, todos ellos, vinculados al mundo de la música.

4. RESULTADOS RelatHos: Se han publicado 4 libros y está en producción el quinto. Casi 300 relatos recogidos. El 100% de los relatores manifiesta estar muy satisfecho con el proyecto y lo recomendaría. Así mismo, el 100% de los profesionales encuestados valora como muy positivo el proyecto y lo recomendaría.

De viva veu y Ressona: una vez al mes se participa en diferentes unidades del hospital. Estas actuaciones son muy bien acogidas por los pacientes ingresados.

Cor Respira: No se han encontrado mejoras significativas en la función pulmonar ni en la distancia de la prueba de marcha de seis minutos, pero la disnea, la actividad física y el nivel de ansiedad tienden a mejorar. El análisis cualitativo destaca la importancia de la conexión social, experiencia y el bienestar emocional.

Simfonia dels Herois: Se ha editado un disco que incluye las nueve canciones dedicadas a los pacientes y la sinfonía coral. Se realizan conciertos solidarios del grupo musical Dorigen, impulsor de la iniciativa y liderado por el Jefe de Servicio de Neurocirugía del hospital, con la participación de los pacientes y de voces conocidas de la canción. Se ha realizado un documental que se ha proyectado en festivales y en televisión.

5. CONCLUSIONES • La escritura es un instrumento útil para el paciente, ya que le permite reflexionar sobre sus vivencias, y aleja la sensación de soledad. Aporta tranquilidad al paciente y a sus familiares/cuidadores, que conocen así su vivencia.

- La música aporta bienestar y, en algunas experiencias, ha sido vínculo de unión entre los pacientes y sus patologías.

- El arte, ya sea escritura o música, proporciona a los profesionales sanitarios una herramienta más de “cuidado” del paciente.
- Incluir la participación del paciente en actividades artísticas ayuda a mejorar su bienestar físico y emocional, y también el de los profesionales.

6. BIBLIOGRAFÍA

1.- World Health Organization. (1946). Definición de Salud.

<https://www.who.int/es/about/governance/constitution>

2. World Health Organization. (2019). Arts and Health. OMS.

<https://www.who.int/initiatives/arts-and-health>

3. Fancourt, D., & Finn, S. (2019). What is the evidence on the role of the arts in improving health and well-being? A scoping review. Health Evidence Network report 67, WHO Regional Office for Europe.

4. Dow, R., Warran, K., Letrondo, P., & Fancourt, D. (2023). The arts in public health policy: progress and opportunities. The Lancet Public Health, 8(2), e155-e160.

<https://www.thelancet.com/journals/lanpub/article/PIIS2468-2667%2822%2900313-9/fulltext>

5. Arts Culture Health Wellbeing Scotland. (2025, 2 juliol). First Comprehensive Hospital Arts Guidance Launched to Transform NHS Creative Health Programmes.

<https://achws.org/first-comprehensive-hospital-arts-guidance-launched-to-transform-nhs-creative-health-programmes/>

6. MNAC & Jameel Arts & Health Lab (amb OMS). (2025). ‘Las artes nos cuidan, la cultura es salud’: Healing Arts Barcelona – Nota de premsa.

https://culturunners-healingarts.files.svdcdn.com/production/uploads/ha-barcelona/NdP_Despliegament-Healing-Arts-Barcelona_ES.pdf?dm=1760440446

7. Hospital Clínic de Barcelona. (2025). Arts in Health: integrant la cultura en els processos assistencials.

<https://www.clinicbarcelona.org/ca/activitats/arts-in-health-integrant-la-cultura-en-els-processos-assistencials>

8. Agència de Salut Pública de Catalunya. (2026). Museus i salut.

<https://salutpublica.gencat.cat/ca/detalls/Article/museus-i-salut>

9. Arts in Health International Foundation. (2026). Les Arts en la Salut (Arts in Health).

<http://artsinhealthfoundation.org/web/les-arts-en-la-salut-arts-in-health>

10. Museu Nacional d’Art de Catalunya (MNAC). (2026). Healing Arts Barcelona | MNAC Arts & Health Projects.

<https://www.healingartsbarcelona.org/en/mnac-arts-health-projects>

56

LA ESENCIA DEL CUIDADO: HUMANIZACIÓN EN CUIDADOS CRÍTICOS DESDE
LA MIRADA DEL TCAE

Inmaculada Sánchez Piris; Shirley Dyann Sánchez Nieto-Polo; Ximena Burgos Ipial

ispiris@salud.madrid.org

1. INTRODUCCIÓN Las Unidades de Cuidados Intensivos (UCI) constituyen uno de los entornos más hostiles para el paciente y familiares, donde siempre ha prevalecido

106

un alto nivel de tecnología y de cuidados al paciente, relegando a un segundo plano a las familias.

El cuidado centrado en la familia es un enfoque innovador basado en asociaciones beneficiosas, toma de decisiones y cuidado del paciente, entre los proveedores de salud y las familias, y es necesario porque estas viven el proceso paralelamente. Intervenciones como la flexibilización del acompañamiento familiar, la escuela de familias y otras actividades informativas se combinan con los cuidados técnicos necesarios, para cuidar desde una visión más humana con el objetivo de lograr una mejora del confort ambiental, apoyo psicológico y disminuir secuelas, mediante atenciones integrales multidisciplinares, involucrando a los familiares como parte activa de la recuperación del paciente, con efectos beneficiosos también para los allegados al sentirse útiles y parte del proceso.

Nuestra figura como Técnicos en Cuidados auxiliares de Enfermería (TCAES) constituye una parte fundamental en este proceso, ya que estamos en contacto directo con el paciente y familiares, garantizando nuestros cuidados básicos apropiados, confort, seguridad y aportando apoyo emocional en un entorno tan hostil como es la UCI.

2. OBJETIVOS (General y Específicos) Objetivo general: presentar la participación de los profesionales TCAE en una intervención educativa mediante talleres dirigidos al familiar o cuidador principal del paciente y con ello mejorar la humanización en la unidad de cuidados intensivos.

Objetivos específicos:

- Familiarizar a las familias del paciente ingresado en la Unidad de Cuidados Intensivos con el entorno.
- Brindar la posibilidad a los familiares de participar en el cuidado del paciente.
- Promover su colaboración para favorecer la recuperación y mejorar la situación durante el ingreso en UCI.
- Darles herramientas para afrontar mejor el paso a planta de hospitalización.

3. METODOLOGÍA En 2018 se inició en el Hospital Universitario de la Princesa, el programa de Escuela de familias en UCI “cuídalo, aprendiendo juntos”, impartido por profesionales de enfermería, TCAE y fisioterapeutas. Incluye dos sesiones o talleres mensuales de 90 minutos de duración. Los contenidos se distribuyen en 6 áreas. Los profesionales TCAES explicamos alimentación, higiene del paciente y prevención de la transmisión de microorganismos. Además de estas sesiones diariamente a pie de cama, continuamos resolviendo dudas, les hacemos partícipes de los cuidados que realizamos, aportando información efectiva y significativa facilitándoles su participación en los cuidados.

4. RESULTADOS En el curso del año 2025, se han realizado 22 talleres, con un total de 71 participantes, entre 3 y 8 personas por taller, prevaleciendo el género femenino (69%), con media de edad 54 ± 14 años. Se evaluó la satisfacción de los participantes mediante una adaptación de la “Encuesta de satisfacción con el cuidado de la salud para personas con enfermedad crónica no trasmisible (ECNT)”. Las respuestas siguen una escala tipo Likert de 5 ítems cuyos rasgos de puntuación van desde 1 (muy insatisfecho) a 5 (muy satisfecho). La media de puntuación de cada ítem de la encuesta fue de 4,5 a 5 puntos, siendo 3 la mínima otorgada.

También se analizaron las respuestas libres de los participantes por parte del equipo que interviene en la actividad. Las familias expresaron una valoración muy positiva de

la actividad en cuanto a los contenidos que se abordan, lo consideran útil y agradecieron esta intervención.

5. CONCLUSIONES Las familias constituyen un recurso eficaz y favorecedor en el cuidado y la recuperación de los pacientes.

Los participantes otorgaron una satisfacción alta y expresaron una valoración muy positiva de la actividad considerándola muy útil y de gran ayuda para ellos.

La participación en este programa de los profesionales tan cercanos al cuidado diario del paciente como son los TCAES mejora la comunicación y relación con los familiares, da visibilidad al trabajo, la atención clínica y la importancia de los cuidados de estos profesionales para la recuperación y calidad de vida del paciente durante su ingreso.

6. BIBLIOGRAFÍA

- 1) Pardavila Bello MI, Vivar CG. Needs of the family in the intensive care units: a review of the literature. *Enferm Intensiva*. 2012; 23 (2): 51-67. <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/21775182/>
- 2) -Chien WT, Chiu YL, Lam LW, Ip WY. Effects of a needs-based education programme for family carers with a relative in an intensive care unit: A quasi-experimental study. *Int J Nurs Stud* 2006; 43: 39-50.
- 3) 9-Santana Freitas K, Kimura M, São Leão Ferreira KA. Family members' needs at intensive care units: comparative analysis between a public and a private hospital. *Revista Latinoamericana Enfermagem* 2007; 15: 84-92.
- 4) 10- Maxwell KE, Stuenkel D, Saylor C. Needs of family members of critically ill patients: A comparison of nurse and family perceptions. *Heart Lung* 2007; 36: 367-376.
- 5) Kirchhoff KT, Song MK, Kehl K. Caring for the family of the critically ill patient. *Crit. Care Clin*. 2004; 20 (3): 453-466. <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/15183213/>
- 6) Wilson ME, Kaur S, Gallo De Moraes A, Pickering BW, Gajic O, Herasevich V. Important clinician information needs about family members in the intensive care unit. *J. Crit. Care*. 2015; 30 (6): 1317-1323. <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/26320406/>
- 7) Ramírez Olga Janeth Gómez, Carrillo Gloria Mabel, Cárdenas Diana Carolina. Encuesta de satisfacción con el cuidado de la salud en las personas con enfermedad crónica. *Enferm. glob*. 2016 Oct; 15(44):321-330. http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1695-61412016000400013&lng=es

57

LA FARMACIA HOSPITALARIA: HUMANIZANDO EL PROCESO DE DISPENSACIÓN A PACIENTES EXTERNOS

Rosana Santos Pérez; Sara Jaras Santos; Ana Cristina Mínguez Cabeza; Roberto Herranz Chaves; Bouchra Hibich Zannouti; Edurne Martín Alda

rosanasantosperez@osakidetza.eus

1. INTRODUCCIÓN La humanización de la atención sanitaria implica transformar los procesos asistenciales para que sean más accesibles, equitativos, cercanos y adaptados a las necesidades reales de cada persona. En la Farmacia Hospitalaria, esta perspectiva cobra especial relevancia al tratarse de un servicio que combina alta complejidad técnica con una relación directa y continuada con pacientes, familias y profesionales de múltiples especialidades. En los últimos años, el Servicio de Farmacia del Hospital Universitario Araba (HUA) ha emprendido diversas líneas de trabajo con el objetivo de mejorar la experiencia de pacientes y familias, aumentar la equidad en el acceso a los tratamientos y promover un entorno asistencial más digno, seguro y comprensible. En este marco, se han implementado cuatro proyectos clave: la dispensación gratuita de leche adaptada para lactantes expuestos a infección perinatal

108

por VIH materno, la implantación de la nutrición parenteral domiciliaria en coordinación con NUTRISERVICE, la mejora del circuito de atención mediante un gestor de colas y la renovación de la sala de espera, y el desarrollo de la telefarmacia y el envío domiciliario de medicación. Estos proyectos representan un avance significativo hacia una Farmacia Hospitalaria más humana, eficiente y centrada en la persona.

2. OBJETIVOS (General y Específicos) Objetivo general: Integrar acciones de humanización en los procesos de atención de la Farmacia Hospitalaria del HUA para mejorar la experiencia del paciente, garantizar la equidad y fomentar un modelo asistencial más accesible y digno. Objetivos específicos: Facilitar el acceso a tratamientos y productos esenciales para pacientes y familias vulnerables; reducir desplazamientos innecesarios y mejorar la continuidad asistencial; ordenar y dignificar espacios y circuitos; potenciar la autonomía del paciente y su calidad de vida; favorecer la comunicación mediante atención presencial y no presencial.

3. METODOLOGÍA Se realizó una implantación progresiva de cuatro proyectos independientes pero complementarios, basados en el análisis de necesidades detectadas. Cada intervención siguió un enfoque multidisciplinar, integrando diferentes servicios y empresas colaboradoras. Se elaboraron circuitos, documentación, agendas y protocolos. La evaluación se realizó mediante observación directa, percepciones de pacientes y profesionales, análisis de tiempos y seguimiento de actividad.

4. RESULTADOS La dispensación gratuita de leche adaptada permitió apoyar a familias vulnerables, reduciendo carga económica y asegurando alimentación segura. La nutrición parenteral domiciliaria favoreció autonomía y calidad de vida, reduciendo visitas hospitalarias y permitiendo administración segura en el hogar. El gestor de colas y la renovación de la zona de espera mejoraron organización, equidad y confort. La telefarmacia consolidó un modelo accesible para pacientes con dificultades de desplazamiento, aumentando su satisfacción y reduciendo barreras.

5. CONCLUSIONES La integración de proyectos de humanización en la Farmacia Hospitalaria del HUA ha mejorado la equidad, accesibilidad, organización y calidad de la atención. Estas intervenciones demuestran que es posible combinar complejidad técnica con una atención cercana y adaptada, impactando positivamente en satisfacción, autonomía y bienestar. Se plantea continuar ampliando líneas de humanización y reforzar la evaluación sistemática de resultados.

6. BIBLIOGRAFÍA

1. España. Ministerio de Sanidad. Resolución de 20 de julio de 2023, de la Dirección General de Salud Pública, por la que se publica el Convenio con la Fundación de Pediatría Hospitalaria y la Asociación de Fabricantes de Productos de Dietética Infantil para la dispensación gratuita de leche adaptada a lactantes expuestos a infección perinatal por VIH. BOE n.º 197; 2023.
2. Asociación Española de Pediatría (AEPED). La Asociación Española de Pediatría trabaja para mejorar la calidad de vida de los niños con VIH. AEPED; 2023.
3. Sociedad Española de Farmacia Hospitalaria (SEFH). Documento de posicionamiento sobre humanización en Farmacia Hospitalaria. SEFH.
4. World Health Organization (WHO). Framework on Integrated, People Centred Health Services. WHO; 2016.
5. Ministerio de Sanidad. Estrategia de Humanización del Sistema Nacional de Salud. Gobierno de España.
6. Baxter/Nutriservice. Estándares de preparación de nutrición parenteral según GMP/GLP.
7. SEFH - Grupo de Telefarmacia. Recomendaciones para la implantación de programas de telefarmacia en servicios de farmacia hospitalaria. SEFH.

NO TE VAYAS CON DUDAS: HUMANIZAR EL ALTA HOSPITALARIA

Silvia Aránzazu Hernández León; Beatriz Benítez Delgado; Juan José Jaras
Bartolomé

silviaranzazu@icloud.com

1. INTRODUCCIÓN El alta hospitalaria constituye un momento crítico en la continuidad de cuidados, donde la adecuada transmisión de información y el acompañamiento emocional son esenciales. La humanización de la atención busca garantizar que pacientes y familias se sientan comprendidos, seguros y apoyados durante la transición del hospital al domicilio.

Bajo esta premisa, la Comisión de Humanización de OSI Araba impulsó el proyecto “No te vayas con dudas”, centrado en la creación de una carpeta de alta, diseñada como una herramienta pedagógica destinada a reforzar la comunicación, la educación sanitaria y la participación del paciente y su familia. Este recurso, además, busca transformar el alta de un mero trámite administrativo, a un acto de cuidado humanizado, alineándose con los estándares de excelencia en la atención centrada en la persona.

2. OBJETIVOS (General y Específicos) El objetivo general fue diseñar, implementar y evaluar la carpeta de alta “No te vayas con dudas” como

un vector estratégico de humanización en una unidad de hospitalización. Como objetivos específicos se definieron:

1. Analizar la claridad, accesibilidad y organización de la información incluida en la carpeta del usuario final.
2. Evaluar el impacto en la comprensión, seguridad y participación activa de pacientes y familiares.
3. Identificar su impacto potencial en la adherencia terapéutica y la prevención de complicaciones post -hospitalarias.

3. METODOLOGÍA Se realizó un análisis descriptivo y cualitativo sobre el contenido de la carpeta de alta. Esta herramienta fue elaborada por la Comisión de Humanización, incluyendo apartados clave sobre diagnóstico, tratamiento, medicación, signos de alarma, recomendaciones y seguimiento y, utilizando un lenguaje sencillo y estructurado de manera intuitiva.

Posteriormente, se pilotó en una unidad de hospitalización observando su uso y recabando retroalimentación de pacientes, familiares y profesionales de la salud. Se evaluaron categorías relacionadas con claridad, utilidad, accesibilidad, humanización y seguridad mediante entrevistas breves y observaciones directas sobre el proceso del alta.

4. RESULTADOS El pilotaje mostró resultados positivos y evidencia de impacto en la experiencia del proceso del alta: la carpeta “No te vayas con dudas” presenta una estructura clara, organizada y centrada en las necesidades del paciente.

Entre los aspectos más destacados se encuentran:

- Claridad y comprensión: los pacientes y familias reportaron que la información era accesible, comprensible y útil para el autocuidado.
- Organización efectiva: la estructura por secciones permitió localizar fácilmente la información relevante, disminuyendo ansiedad y facilitando la gestión de cuidados en domicilio.
- Prevención de riesgos: la identificación de signos de alarma y pautas claras de actuación mejoró la percepción de seguridad y la capacidad de respuesta ante complicaciones.
- Participación activa: invita al paciente y familia a plantear preguntas, fortaleciendo la comunicación empática con el equipo asistencial
- Valor humanizador: la herramienta promovió una sensación de acompañamiento y cercanía alineada con los principios de humanización en la atención sanitaria.

5. CONCLUSIONES La carpeta de alta “No te vayas con dudas” se consolida como un instrumento eficaz de comunicación, educación sanitaria y acompañamiento del paciente en la transición hospital-domicilio. Su diseño centrado en el paciente facilita la comprensión, promueve la autonomía, mitiga la incertidumbre y refuerza la seguridad clínica. Su implementación sistemática contribuye a prevenir eventos adversos y reingresos a la vez que mejora la experiencia emocional de pacientes y familias.

La carpeta representa una estrategia práctica de humanización integrando tanto información, acompañamiento y participación activa, como elementos clave del cuidado centrado en la persona y siendo extrapolable a otras unidades hospitalarias

6. BIBLIOGRAFÍA

- 1.- Ramos MM. Evaluación de la calidad del informe de alta hospitalaria y de la planificación del alta: satisfacción del paciente y del médico de familia [Tesis doctoral]. Alicante: Universidad de Alicante; 2014 [citado 1 abr 2026].
- 2.- Consejo de Europa. Recomendación Rec(2003)15 del Comité de Ministros a los Estados miembros sobre la prevención de las deficiencias de la información en el momento del alta hospitalaria. Estrasburgo: Consejo de Europa; 2003.
- 3.- España. Ley 41/2002, de 14 de noviembre, básica reguladora de la autonomía del paciente y de derechos y obligaciones en materia de información y documentación clínica. Boletín Oficial del Estado, n.º 274, (15-11-2002).
- 4.- Gutiérrez-Rodríguez L, García-Pérez M, Rodríguez-Pérez M, Fernández-Álvarez C. El informe de alta hospitalaria: un documento clave para la continuidad asistencial. Rev Clin Esp. 2010;210(5):234-40. doi: 10.1016/j.rce.2009.11.006.
- 5.- Martínez-Cid M, García-Sánchez A, López-Martín V. Manual de recomendaciones al alta hospitalaria: cuidados de enfermería y signos de alarma. Soria: Gerencia de Asistencia Sanitaria de Soria; 2021 [citado 1 abr 2026]. Disponible en: sanidadSORIA.es
- 6.- Sociedad Española de Medicina de Familia y Comunitaria (semFYC). La comunicación entre niveles asistenciales: el informe de alta. Barcelona: semFYC; 2018.
- 7.- World Health Organization. Patient Safety Solutions: Communication During Patient Hand-overs. Geneva: WHO; 2007 [citado 1 abr 2026]. Disponible en: who.int

ana.villar@contraelcancer.es

1. INTRODUCCIÓN La humanización en la atención sanitaria subraya la importancia de comprender a la persona más allá de su diagnóstico, atendiendo a sus necesidades emocionales, físicas, sociales y espirituales. En este marco, el voluntariado se ha consolidado como un recurso clave que contribuye al bienestar de los pacientes oncológicos, ofreciendo apoyo y acompañamiento, escucha activa y desahogo emocional. La presencia del voluntariado genera espacios de confianza y vínculo personal que complementan la atención sanitaria profesional y favorecen una experiencia más cercana y humana.

La Asociación Española Contra el Cáncer cuenta con más de 34.000 personas voluntarias que acompañan a pacientes y familias a lo largo de su proceso oncológico. Numerosos estudios reflejan que la acción voluntaria no solo influye positivamente en quienes reciben el acompañamiento, sino también en quienes lo ofrecen. Las personas voluntarias expresan que el contacto con los pacientes transforma su perspectiva vital, fortalece su resiliencia y contribuye a un sentido de vida más profundo.

2. OBJETIVOS (General y Específicos) El objetivo general de este trabajo es analizar el sentido de vida y la positividad de las personas voluntarias de la Asociación que acompañan a pacientes oncológicos.

En concreto, nuestros objetivos específicos son:

- Describir los niveles de positividad y sentido vital.
- Detallar las características de la muestra de voluntariado de la Asociación
- Visibilizar el papel del voluntariado como agente de humanización.

3. METODOLOGÍA Se administraron mediante Google Forms dos instrumentos validados a 440 personas voluntarias: la Escala de Positividad y el cuestionario Purpose in Life (PIL). Además, se realizaron preguntas para la identificación demográfica de las personas voluntarias encuestadas, relacionadas con la edad, el sexo, los estudios y la antigüedad como voluntario/a.

4. RESULTADOS La muestra estuvo compuesta mayoritariamente por mujeres (78%), con edades entre 50 y 70 años (70%), llevando el 45% de las personas voluntarias más de cinco años realizando voluntariado.

Las puntuaciones en los cuestionarios superaron los valores medios esperables en población general, mostrando una elevada positividad y un fuerte sentido vital en el equipo de voluntariado de la AECC de Madrid.

Se observa que las personas voluntarias mayores de 50 años (el 70% de la muestra) tienen mayor percepción de que su vida tiene sentido, sin embargo, puntúan menos en positividad que las personas voluntarias con edades comprendidas entre los 18 y los 50 años.

Las personas voluntarias que llevan más años en la Asociación presentan mayor satisfacción vital que aquellos que llevan 10 años o menos.

En general, en la escala de Positividad predominó una visión optimista del presente y el futuro, y en la prueba de Sentido de Vida destacaron la claridad de metas, la coherencia vital y la orientación a valores humanistas.

5. CONCLUSIONES La experiencia voluntaria con pacientes oncológicos supone un proceso de crecimiento personal, resiliencia y comprensión profunda del sufrimiento humano.



Las personas voluntarias mostraron altos niveles de positividad y sentido vital, muy necesarios en la atención integral a personas con cáncer en entornos sanitarios. Las personas voluntarias son una pieza clave en la humanización de la atención sanitaria, ya que aportan presencia, empatía y acompañamiento emocional.

El paciente y su familia se sienten entendidos y acompañados, a la vez que el equipo de voluntariado encuentra sentido y humaniza la atención integral necesaria en un entorno sanitario.

6. BIBLIOGRAFÍA

-Dávila de León, M.C. y Díaz Morales, J.F. (2005). Voluntariado y Satisfacción vital. *Intervención psicosocial*, Vol.14 N°1 pags.81-94.

-Caprara G. V., et al. (2012). The Positive Scale. *Psychological Assessment*, 24(3), 701-712.

-Kwok, Y. Y., Chui, W. H., & Wong, L. P. (2012) Need Satisfaction Mechanism Linking Volunteer Motivation and Life Satisfaction: A Mediation Study of Volunteers Subjective Well-Being. *Social Indicators Research*, 1, 1-15.

- Meyer, A., Moran, C., Fitzpatrick, T., Ernst, J., & Körner, A. (2018). Oncology volunteers: The effect of a personal cancer history on compassion and psychological well-being. *Clinical Journal of Oncology Nursing*, 22(4), 398-406. <https://doi.org/10.1188/18.CJON.398-406>

61

KIT DE BIENVENIDA EN UCIP PARA PACIENTES MAYORES DE 12 AÑOS: HUMANIZACIÓN BASADA EN LA VOZ DEL ADOLESCENTE

Irene Vicente Álvarez; Patricia Corniero Alonso; Elisabeth Puiggròs Ruiz; Santiago Cortés Mata; Maryam Velasco Páez; Omar Rodríguez Forner

patricia.corniero@sjd.es

1. INTRODUCCIÓN El ingreso en una Unidad de Cuidados Intensivos Pediátricos (UCIP) supone una experiencia estresante y con alto impacto emocional, especialmente en adolescentes. En esta etapa vital, la necesidad de autonomía, intimidad e identidad cobra especial relevancia; sin embargo, el entorno UCIP se caracteriza por la exposición constante, el ruido ambiental, la alteración del sueño y la sensación de pérdida de control. Estas circunstancias favorecen sentimientos de vulnerabilidad, ansiedad y malestar.

En un encuentro con adolescentes con procesos oncológicos tras su ingreso en UCIP se propusieron iniciativas para favorecer su bienestar y experiencia durante el ingreso en UCIP: Entre las propuestas destacaron la disponibilidad de tapones para el ruido, antifaz para el descanso nocturno y calcetines para mejorar el confort.

A partir de estas aportaciones se diseñó una prueba piloto que incluyó la elaboración de un kit de bienvenida para pacientes mayores ≥ 12 años, incorporando sus preferencias como eje central de una estrategia de humanización basada en la experiencia del paciente.

2. OBJETIVOS (General y Específicos) Objetivo general:

Diseñar, implementar y evaluar un prototipo de kit de bienvenida para pacientes mayores de 12 años ingresados en UCIP, basado en sus preferencias, para mejorar la experiencia del paciente y su familia.

Objetivos específicos:

113

Identificar necesidades percibidas por adolescentes hospitalizados.

Evaluar la utilidad del kit mediante encuestas de satisfacción y Net Promoter Score (NPS).

Analizar la experiencia del paciente mediante entrevistas personalizadas.

Adaptar y optimizar el contenido del kit en función de los resultados obtenidos.

3. METODOLOGÍA Se diseñó un kit de bienvenida compuesto por antifaz, tapones para los oídos, cepillo con espejo, peine, gel de baño, jabón y calcetines.

Se realizó un estudio con enfoque mixto en una muestra piloto de pacientes ≥ 12 años y sus familias. La recogida de datos cuantitativa se realizó mediante un cuestionario que evaluó la utilidad percibida del kit, la satisfacción y la probabilidad de recomendación. Se desarrolló un análisis cualitativo mediante entrevistas semiestructuradas a adolescentes, orientadas a explorar la experiencia subjetiva durante el ingreso, el uso de los elementos del kit, su valor funcional y emocional y propuestas de mejora.

4. RESULTADOS Se recogieron 6 encuestas de familiares y 12 de adolescentes. En el grupo familiar, el 83% de las respuestas correspondieron a madres. El 50% recomendaría el uso del kit (NPS de 50). El 83,3% consideró el kit útil y el 67% no realizaría modificaciones.

En adolescentes, el 78% de las encuestas fueron respondidas por el propio paciente. El NPS fue de 67. El 58,3% lo consideró muy útil y el 83% no modificaría el kit. El 18% utilizó cepillo y pasta dental, y el 10% esponja, gel y peine. El elemento mejor valorado fue el cepillo con espejo.

Uno de cada dos adolescentes refirió que el kit mejoró su estancia en UCIP. Las entrevistas cualitativas permitieron incorporar mejoras como rotuladores para personalizar calcetines, pegatinas decorativas y tarjetas identificativas con el nombre del paciente.

5. CONCLUSIONES La implementación de un kit de bienvenida co-diseñado con adolescentes muestra una alta aceptabilidad y un impacto positivo en la experiencia percibida durante el ingreso. La incorporación de sus preferencias permitió identificar necesidades clave relacionadas con el confort, descanso y autonomía, reforzando el valor de la participación del paciente.

Estos resultados sugieren que las estrategias de humanización basadas en la experiencia del adolescente son factibles y potencialmente efectivas en entornos de UCIP, contribuyendo a mejorar el bienestar de paciente y familia.

Se requieren estudios con mayor tamaño muestral para confirmar estos hallazgos y evaluar su impacto a largo plazo.

6. BIBLIOGRAFÍA

Rennick, J. E., & Rashotte, J. (2009). Psychological outcomes in children following pediatric intensive care unit hospitalization: a systematic review of the research. *Journal of child health care*, 13(2), 128-149.

Clarke, S. (2022). An exploration of the child's experience of staying in hospital: Communication, environment, and developmental differences. <https://doi.org/10.1080/13691058.2021.2023061>

Zogas, A., Tobiano, G., & Hayward, B. (2024). Strategies for engaging patients in co-design of an intervention to improve patient participation in hospital discharge medication communication. *Health Expectations*. Advance online publication. <https://doi.org/10.1016/j.healthx.2024.06.011>



Zeballos-Palacios, C. L., Hargraves, I. G., Noseworthy, P. A., Branda, M. E., Kunneman, M., Burnett, B., ... & McBane, R. (2019, April). Developing a conversation aid to support shared decision making: reflections on designing anticoagulation choice. In *Mayo Clinic Proceedings* (Vol. 94, No. 4, pp. 686-696). Elsevier.

McAndrew NS, Schiffman RF, Leske JS. Experiences of adolescents and young adults in the pediatric intensive care unit. *J Pediatr Nurs*. 2022;64:45-52.

Raymond TT, Ravindranath TM, Gilmore R. Teenagers in intensive care: adult or pediatric ICU? *Paediatr Anaesth*. 2008;18(10):938-944.

Coyne I, Harder M. Children's participation in decision-making: Balancing protection with shared decision-making using a situational perspective. *J Child Health Care*. 2011;15(4):312-319.

Davidson JE, Aslakson RA, Long AC, et al. Guidelines for family-centered care in the neonatal, pediatric, and adult ICU. *Crit Care Med*. 2017;45(1):103-128.

Richards CA, Starks H, O'Connor MR, Bourget E, Hays RM, Doorenbos AZ. Elements of family-centered care in the pediatric intensive care unit: An integrative review. *J Clin Nurs*. 2017;26(23-24):4489-4505.

Hill C, Knafl KA, Santacroce SJ. Family-centered care from the perspective of parents of children cared for in a pediatric intensive care unit: An integrative review. *J Pediatr Nurs*. 2018;41:22-33.

Olafson K, et al. Family-centered care in the pediatric intensive care unit: A review of current practices and future directions. *J Pediatr Intensive Care*. 2026.

62

HUMANIZAR DESDE EL ARTE Y EL BIENESTAR: UNA EXPERIENCIA COMUNITARIA EN REHABILITACIÓN

Romina Martínez; Ana María Bejarano

bejarano.ana@uader.edu.ar

1. INTRODUCCIÓN Los procesos de rehabilitación suelen estar atravesados por tiempos de recuperación o mejora prolongados, recaídas, fines de semana con menor oferta terapéutica, ausencia de familiares y una fuerte necesidad de sostener el bienestar emocional de pacientes y familias.

En este contexto, surgió la propuesta de implementar un programa mensual de actividades comunitarias, artísticas y terapéuticas, orientado a humanizar los espacios de cuidado, promover la participación activa y fortalecer el vínculo entre pacientes, familias y equipo de salud.

El programa comenzó con una proyección de entre 20 a 30 participantes por jornada, pero rápidamente se consolidó como un espacio significativo dentro del centro, alcanzando entre 25 y 40 personas por actividad (superando a veces esta cifra), incluyendo pacientes, familiares y acompañantes.

2. OBJETIVOS (General y Específicos) Promover la humanización de los cuidados mediante actividades artísticas, lúdicas,

sensoriales y terapéuticas que favorezcan el bienestar emocional, la creatividad, la autonomía y la participación comunitaria de los pacientes en rehabilitación.

3. METODOLOGÍA El programa se desarrolla los fines de semana, con una propuesta diferente cada jornada.

Las actividades son diseñadas y coordinadas por un equipo externo al centro, con participación de profesionales y acompañantes. Tipos de actividades

115



Arte y creatividad

Bienestar y autocuidado

Terapias complementarias: Reiki, yoga adaptado, Barras de Access

Juego y recreación

Cultura y comunidad: feria del libro y de la rehabilitación, actividades intergeneracionales

Características del programa

Actividades accesibles para todas las capacidades.

Participación activa de familias.

Espacios de relajación y regulación emocional.

Materiales individuales y compartidos.

Acompañamiento respetuoso y centrado en la persona.

4. RESULTADOS Cuantitativos:

- Participación duplicada en tres meses.
- 4-5 actividades mensuales sostenidas.
- Más de 120 personas beneficiadas mensualmente.
- Incorporación de profesionales especializados (masajistas, manicuristas, reikistas, arteterapeutas, profesoras de yoga).

Cualitativos:

- Bienestar emocional: disminución de ansiedad, mayor calma, disfrute durante las jornadas.
- Autonomía y autoestima: sensación de logro, creatividad, participación activa.
- Vínculo comunitario: integración entre pacientes, familias y equipo.
- Humanización real: espacios cálidos, accesibles, respetuosos y significativos.
- Impacto ampliado: los materiales que sobran se distribuyen entre pacientes que no pueden asistir o quedan disponibles para uso terapéutico durante la semana.
- Participación de diferentes familiares y edades de los mismos: nietos, sobrinos, grupos numerosos de personas en días de juego o peñas

Dificultades y aprendizajes:

- Incrementos en materiales, traslados y honorarios profesionales.
- Necesidad de reorganizar recursos para sostener la calidad del programa.
- Necesidad de interpretar, comprender y facilitar actividades en relación a lo que los pacientes necesitan y disfruten

- Importancia del trabajo interdisciplinario y de la flexibilidad creativa.
- Valor del acompañamiento institucional para garantizar continuidad

5. CONCLUSIONES El programa demuestra que la humanización de los cuidados depende de más que intervenciones clínicas: el arte, el juego, el bienestar sensorial, la creatividad, la presencia humana y la construcción de comunidad. Estas prácticas impactan a pacientes, fortalecen la participación familiar y transforman fines de semana en espacios de encuentro, dignidad y alegría. Es replicable, sostenible y adaptable a otros centros. Surgió como prueba ante la actividad de fin de semana y superó expectativas: pacientes esperan esos días y familiares promueven la creatividad. Se crean cajas de juego, arte y biblioteca, y herramientas como el oráculo CAICE y memorias colectivas.

6. BIBLIOGRAFÍA

Bang, Claudia. (2011). Prácticas participativas que utilizan arte, creatividad y juego en el espacio público: un estudio exploratorio desde la perspectiva de Atención Primaria de Salud Integral con enfoque en Salud Mental. Anuario de investigaciones, 18, 331-338.

Zurru. R. (2018). Proyecto final de Estrategias Creativas en Neurorehabilitación. Hospital Vithas VITHAS Valencia al Mar

Ávila, N. y Acaso, M. (2011): Una profesión reconocida en contextos de la salud: la educación artística. Arte, Individuo y sociedad, Vol.23, Núm. Especial, 19-27. Ávila, N; Orellana, A; Cano, M. G.; Antúnez, N. y Claver, D. (2014). Arte, salud y

prevención: primeras colaboraciones. Gaceta Sanitaria, 28(6), 501-504. <https://dx.doi.org/10.1016/j.gaceta.2014.07.002>.

Ávila Valdés N. (2013) Un modelo de integración de Arte y Salud en España: El Proyecto curArte I+D. Hacia la Promoción de la Salud, Volumen 18, No.1, 120-137. <http://www.scielo.org.co/pdf/hpsal/v18n1/v18n1a10.pdf>

CALISEP: ¿PODEMOS MEJORAR LA CALIDAD DE VIDA TRAS LA SEPSIS?

Esther García Villabona; Carmen Vallejo Lantero; Fernando Ramasco Rueda

esthergarcia villabona@gmail.com

1. INTRODUCCIÓN La sepsis constituye una de las principales causas de morbimortalidad a nivel mundial. Aunque la mortalidad hospitalaria ha disminuido en las últimas décadas gracias a los avances en el manejo intensivo, un número creciente de pacientes sobrevive al episodio agudo y puede presentar secuelas físicas, cognitivas y funcionales a largo plazo, englobadas dentro del síndrome post-cuidados intensivos (PICS).

2. OBJETIVOS (General y Específicos) Evaluar la calidad de vida relacionada con la salud y el estado funcional a largo plazo (hasta 3 años de seguimiento) en pacientes supervivientes a la sepsis ingresados en UCI tras activación del Código Sepsis.

3. METODOLOGÍA Estudio observacional de cohortes con diseño ambispectivo realizado en el Hospital Universitario La Princesa (Madrid). Se incluyeron pacientes adultos con activación del Código Sepsis que requirieron ingreso en UCI y sobrevivieron al alta hospitalaria. Los datos del episodio agudo se obtuvieron mediante revisión de historia clínica electrónica y el seguimiento se realizó mediante entrevista telefónica estructurada. Se evaluaron fragilidad (Clinical Frailty Scale), calidad de vida (EQ-5D-5L), estado cognitivo (Mini-MoCA), presencia de secuelas y rehospitalizaciones.

4. RESULTADOS Se incluyeron 78 pacientes con una edad media de $65,4 \pm 13,1$ años y un tiempo medio de seguimiento de $32,7 \pm 15,5$ meses. Se observó un deterioro funcional significativo, con un incremento medio de $+0,97$ puntos en la Clinical Frailty Scale ($p < 0,001$) y una duplicación de la prevalencia de fragilidad. Aproximadamente dos tercios de los pacientes desarrollaron algún grado de síndrome post-UCI y el deterioro cognitivo estuvo presente en el 49,1% de los pacientes evaluados. Más de la mitad de los pacientes requirió al menos un reingreso hospitalario durante el seguimiento.

5. CONCLUSIONES Los supervivientes de sepsis que precisan ingreso en UCI presentan una elevada carga de secuelas a medio y largo plazo, con deterioro funcional, cognitivo y un impacto clínico relevante tras el alta hospitalaria. Estos resultados sugieren la necesidad de desarrollar programas estructurados de seguimiento tras el alta de UCI orientados a la detección precoz de secuelas y a la optimización del seguimiento clínico de estos pacientes.

6. BIBLIOGRAFÍA

1. Rudd KE, Johnson SC, Agesa KM, Shackelford KA, Tsoi D, Kievlan DR, et al. Global, regional, and national sepsis incidence and mortality, 1990–2017: analysis for the Global Burden of Disease Study. *Lancet*. 2020;395(10219):200-211.
2. Singer M, Deutschman CS, Seymour CW, Shankar-Hari M, Annane D, Bauer M, et al. The Third International Consensus Definitions for Sepsis and Septic Shock (Sepsis-3). *JAMA*. 2016;315(8):801-810.
3. Prescott HC, Angus DC. Enhancing recovery from sepsis: a review. *JAMA*. 2018;319(1):62-75.
4. Needham DM, Davidson J, Cohen H, Hopkins RO, Weinert C, Wunsch H, et al. Improving long-term outcomes after discharge from intensive care unit: report from a stakeholders' conference. *Crit Care Med*. 2012;40(2):502-509.
5. Iwashyna TJ, Ely EW, Smith DM, Langa KM. Long-term cognitive impairment and functional disability among survivors of severe sepsis. *JAMA*. 2010;304(16):1787-1794.
6. Pandharipande PP, Girard TD, Jackson JC, Morandi A, Thompson JL, Pun BT, et al. Long-term cognitive impairment after critical illness. *N Engl J Med*. 2013;369:1306-1316.
7. Prescott HC, Langa KM, Iwashyna TJ. Readmission diagnoses after hospitalization for severe sepsis and other acute medical conditions. *JAMA*. 2015;313(10):1055-1057.
8. Alam N, Nannan Panday RS, Heijnen JR, van Galen LS, Kramer MHH, Nanayakkara PWB. Long-term health related quality of life in patients with sepsis after intensive care stay: a systematic review. *Acute Med*. 2017;16(4):164-169.
9. van der Slikke EC, Beumeler LFE, Holmqvist M, Linder A, Mankowski RT, Bouma HR. Understanding post-sepsis syndrome: how can clinicians help? *Infect Drug Resist*. 2023;16:6493-6511.
10. Flaatten H, De Lange DW, Morandi A, Andersen FH, Artigas A, Bertolini G, et al. The impact of frailty on ICU and 30-day mortality and the level of care in very elderly patients (≥ 80 years). *Intensive Care Med*. 2017;43(12):1820-1828.
11. Brummel NE, Girard TD, Pandharipande PP, Thompson JL, Jarrett RT, Raman R, et al. Prevalence and course of frailty in survivors of critical illness. *Crit Care Med*. 2020;48(10):1419-1426.
12. Herridge MS, Tansey CM, Matté A, Tomlinson G, Diaz-Granados N, Cooper A, et al. Functional disability 5 years after acute respiratory distress syndrome. *N Engl J Med*. 2011;364(14):1293-1304. doi:10.1056/NEJMoa1011802.
13. Davidson JE, Jones C, Bienvenu OJ. Family response to critical illness: post-intensive care syndrome-family. *Crit Care Med*. 2012;40(2):618-624. doi:10.1097/CCM.0b013e318236ebf9.
14. Herridge MS, Moss M, Hough CL, Hopkins RO, Rice TW, Bienvenu OJ, et al. Recovery and outcomes after the acute respiratory distress syndrome (ARDS) in patients and their family caregivers. *Intensive Care Med*. 2016;42(5):725-738. doi:10.1007/s00134-016-4321-8.

ESCUELA DE PACIENTES ONCOLÓGICOS: “APRENDIENDO A VIVIR CON LA ENFERMEDAD”.

Montserrat Sánchez Pellitero; Paloma Barba Gil; Nuria Díaz Gallego; María Jesús Paredes González.; María Amparo Corral Rubio; María Pilar Castillejo Carretero.

sanchezpellitero@gmail.com

1. INTRODUCCIÓN El medio hospitalario puede ser muy hostil cuando el diagnóstico oncológico irrumpe en la vida de un paciente. Un largo camino de incertidumbre, miedo y desinformación entra a formar parte de un proceso cargado de dudas y a veces, sufrimiento.

La idea de la creación de una escuela de pacientes oncológicos nace de la necesidad de acercar al paciente con el profesional que le atenderá en la enfermedad. Se trata de un encuentro del paciente con los distintos profesionales que pueden surgir durante la evolución de su enfermedad: diagnóstico, tratamiento, evolución, remisión o recaída.

Entendemos así nuestra escuela como una herramienta de acompañamiento en el proceso de la enfermedad compartiendo miedos y resolviendo dudas. Creemos que el acercamiento de paciente y profesionales resta angustia y “humaniza” el proceso.

2. OBJETIVOS (General y Específicos) **PRINCIPAL:** Acercar al paciente a los distintos profesionales que le puedan atender durante el proceso de su enfermedad mediante sesiones formativas disipando dudas, ansiedad y temores de su enfermedad oncológica.

ESPECÍFICOS: Ofrecer información de todos los recursos disponibles (humanos y materiales), que pudieran ayudar al paciente en el transcurso de su enfermedad para una buena toma de decisiones.

3. METODOLOGÍA Se realizó una reunión informativa con los profesionales que podían participar en la formación elaborando una estrategia. Se creó un equipo multidisciplinar para impartir las sesiones: oncóloga, paliativista, trabajo social, psicología, enfermería, fisioterapeutas, nutricionista, farmacéutica y coordinadora de AECC. En dicha reunión se acordaban los contenidos de las sesiones y duración.

A través de las consultas de oncología, voluntariado de la AECC y difusión por cartelería se inscribían los pacientes.

Se programa una sesión formativa un día por semana (los martes) durante dos meses. Cada sesión duraba 1,5 horas con turno de preguntas y café posterior con los ponentes.

4. RESULTADOS Se inscribieron 29 pacientes oncológicos. Realizamos 9 sesiones formativas los martes desde el 11 de marzo al 13 de mayo del año 2025. Se trataron temas como cáncer: mitos y realidades, cuidados paliativos, cuidados de enfermería, nutrición, ejercicio físico y fisioterapia, cuidado emocional, sexualidad, ayudas desde trabajo social, farmacología y recursos desde la AECC.

En cada sesión los pacientes recibían información sobre el tema expuesto. Aclaraban tras la exposición del tema sus dudas en turno de preguntas. Tras cada sesión pacientes y profesionales compartían un café / desayuno en un ambiente informal y distendido.

Al final de cada sesión los pacientes rellenaban una encuesta en la que evaluaban al ponente y el interés del tema expuesto. La calificación fue muy buena destacando la utilidad de los temas expuestos y agradeciendo especialmente el café con los



profesionales posterior a cada exposición. Destacaron la sensación de “no sentirse solos” estando acompañados por pacientes en situación similar a la suya y por profesionales.

Los trabajadores de nuestro hospital implicados en la escuela recibieron un diploma de reconocimiento y agradecimiento del hospital valorando su participación en el proyecto. Los ponentes manifestaron su compromiso con futuras ediciones ya que recibieron feedback positivo de los asistentes.

5. CONCLUSIONES La creación de la escuela fue muy positiva para asistentes y ponentes creando acercamiento real entre ellos. El interés de los temas impartidos, el espacio de dudas, preguntas y el momento del café fue especialmente enriquecedor para ambas partes.

Entre una edición y otra hubo un incremento de participación del 20% de los asistentes lo que denota gran interés del proyecto.

Actualmente se está impartiendo la tercera edición de la escuela contando cada año con más profesionales.

Desde nuestro proyecto “hemos creado escuela” con futuras ediciones y creación de nuevos proyectos poniendo el foco en la atención al paciente.

6. BIBLIOGRAFÍA

1. LÓPEZ, Natalia Ramírez. Importancia de los Grupos de Apoyo de salud en pacientes Oncológicos. Ciencia Latina Revista Científica Multidisciplinar, 2023, vol. 7, no 5, p. 5088-5101.

2. Torres, A. P., León, K. C., Arévalo, X. E., Hernández, J. P., & Zambrano, S. M. H. (2020). Experiencias de educación inter pares para favorecer el autocuidado del paciente oncológico. Duazary: Revista internacional de Ciencias de la Salud, 17(2), 45-57.

3. PRIETO RODRÍGUEZ, María Angeles. Impacto de la escuela de pacientes en la autogestión de las enfermedades crónicas. 2019. Tesis Doctoral. Universidad de Sevilla.

USO DE DIARIOS DE UCI EN UNA UNIDAD DE CUIDADOS INTENSIVOS PEDIÁTRICOS

Júlia Bassedas Peña; Ignacio del Castillo Velilla; Carla Otero Arus; Omar Rodríguez Forner; Daniel Penela Sánchez; Francisco José Cambra Lasaosa

juliabassedas@gmail.com

1. INTRODUCCIÓN Los diarios de UCI constituyen una herramienta de humanización orientada a

acompañar al paciente y su familia durante la estancia en unidades de cuidados

intensivos, y se consideran una estrategia potencial para prevenir el síndrome postcuidados intensivos (SPCI) y su impacto en familiares (SPCI-F).

Su uso se basa en el valor terapéutico de la escritura, permitiendo expresar

emociones, registrar experiencias significativas y facilitar la reconstrucción posterior

de los acontecimientos vividos. Esto puede contribuir a disminuir la aparición de

recuerdos fragmentados o distorsionados, frecuentes tras ingresos prolongados en

UCI.

En el ámbito pediátrico, la implicación de la familia es esencial, por lo que herramientas que favorezcan la comunicación, la participación y la comprensión del proceso asistencial adquieren especial relevancia dentro de los modelos de atención centrados en el paciente y la familia.

2. OBJETIVOS (General y Específicos) Objetivo general:

Evaluar la utilidad y el impacto del uso de diarios en pacientes y familias ingresados en una Unidad de Cuidados Intensivos Pediátricos (UCIP).

Objetivos específicos:

1. Conocer el grado de uso y la percepción de utilidad de los diarios por parte de pacientes y familias.

2. Determinar los beneficios del uso de los diarios durante y tras la hospitalización en UCIP.

3. Analizar su influencia en la relación entre profesionales, pacientes y familias.

4. Evaluar el nivel de satisfacción de pacientes, familias y profesionales sanitarios con respecto a esta herramienta.

3. METODOLOGÍA Se diseñaron diarios adaptados a población pediátrica con distintos apartados

(presentación, instrucciones de uso, registro diario, diccionario de la UCI, emociones y dedicatorias).

Entre abril de 2024 y marzo de 2026 se entregaron 80 diarios a pacientes con ingresos previstos superiores a 5 días.

Se realizó un estudio descriptivo cualitativo mediante encuestas de satisfacción enviadas por vía electrónica al mes y a los 6 meses tras el alta de la UCIP, así como al personal sanitario tras un año de implementación del proyecto.

4. RESULTADOS Durante el ingreso en UCIP, el 92% de las familias consideró el diario muy

útil y el 85% refirió que les ayudó a expresar sus emociones. Un 32% lo utilizó como entretenimiento, un 50% como distracción y otro 50% señaló que les permitió sentirse útil en la recuperación de su hijo/a. El 75% indicó que facilitó la comprensión de procedimientos y un 50% que mejoró la comunicación con los profesionales.

En los casos en los que los profesionales escribieron en los diarios (50%), todas las

familias valoraron esta aportación como muy útil.

Al mes y a los 6 meses del alta, el 78% continuó percibiendo el diario como útil. El 72,8% afirmó que les ayudó a hablar sobre su experiencia al mes del alta y el 66,6% a los 6 meses. El 82% lo consideró útil para el futuro y el 55,5% recurrió al diario a los 6 meses.

El 100% de los encuestados recomendaría su uso. La puntuación global fue de 9,2/10.

Al año de la implementación del proyecto, el personal sanitario: 98% conocía el proyecto, 75% había consultado el diario, 41,5% lo había entregado y 25% había escrito en él, aunque el 70% reconocía beneficios.

5. CONCLUSIONES Los diarios de UCIP se perciben como una herramienta útil tanto durante como

después del ingreso, contribuyendo a la gestión emocional, la comprensión del proceso asistencial y la comunicación entre familias y profesionales.

Su uso podría tener un papel relevante en la prevención del SPCI y SPCI-F, así como en la humanización de los cuidados en el entorno pediátrico.

A pesar de la baja participación activa de los profesionales en la escritura, su implicación es altamente valorada por las familias, lo que refuerza la necesidad de fomentar su uso.

6. BIBLIOGRAFÍA

- Elliott D, Davidson JE, Harvey MA, Bemis-Dougherty A, Hopkins RO, IwashYNA tj, ET AL. Exploring the Scope of Post-Intensive Care Syndrome Therapy and Care: Engagement of Non-Critical Care Providers and Survivors in a Second Stakeholders Meeting. *Crit Care Med.* 2014;42:2518-26.

- Herrup, E. A.; Wieczorek, Beth DNP, PNP-AC1; Kudchadkar, Sapna R. MD, PhD1-3 Feasibility and Perceptions of PICU Diaries. *Pediatric Critical Care Medicine:* 2019; Volume 20: 83-90. Disponible en: https://journals.lww.com/pccmjournals/fulltext/2019/02000/feasibility_and_perceptions_of_picu_diaries_.33.aspx

- López Fernández E, Oviedo Melgares L, Ordoñez Sáez O et al. Viabilidad y aceptación de los diarios de la UCI adaptados al paciente pediátrico, ¿una nueva herramienta congrua el síndrome poscuidados intensivos familiar? <https://doi.org/10.1016/j.anpedi.2022.09.007>

- Mikkelsen G. The meaning of personal diaries to children and families in the paediatric intensive care unit: A qualitative study. *Intensive and Critical Care Nursing.* 2018; 14: 25-30. Disponible en: <https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S0964339717301325?via%3Dihub>

- Board R. The therapeutic effects of journal writing for parents of PICU patients: A research brief. *The Journal for Specialists in Pediatric Nursing.* 2021; 26. Disponible en: <https://onlinelibrary.wiley.com/doi/full/10.1111/jspn.12329>

- Dryden-Palmer, K. PICU Diaries: A Simple and Promising Family-Centered Intervention. *Pediatric Critical Care Medicine:* 2019; Volume 20: 208-209 Disponible en: https://journals.lww.com/pccmjournals/Fulltext/2019/02000/PICU_Diaries__A_Simple_and_Promising.26.aspx

PASEOS TERAPÉUTICOS EN UCIP: PERCEPCIÓN DEL EQUIPO SANITARIO COMO CLAVE PARA LA HUMANIZACIÓN ASISTENCIAL

Júlia Bassedas Peña; Patricia Corniero Alonso; Ainhoa Martín Gómez; Ignacio Del Castillo Velilla; Laura Olmo Ramírez; Francisco José Cambra Lasasa

juliabassedas@gmail.com

1. INTRODUCCIÓN La humanización en las unidades de cuidados intensivos pediátricos (UCIP) constituye una prioridad orientada a mejorar la experiencia del paciente crítico, su familia y los profesionales sanitarios. Los paseos terapéuticos (PT) representan una intervención que permite al paciente salir temporalmente del box bajo criterios clínicos y de seguridad previamente definidos.

La evidencia científica sugiere que los PT proporcionan beneficios físicos y emocionales en pacientes y familias, favoreciendo el confort y el bienestar psicológico.

La implementación de estas intervenciones depende en gran medida del conocimiento, percepción de seguridad y aceptación del equipo sanitario, así como de las condiciones organizativas de la unidad.

Evaluar estos factores resulta imprescindible para consolidar los PT dentro de un modelo de atención centrado en el paciente y su familia.

2. OBJETIVOS (General y Específicos) Objetivo General:

Analizar la percepción del personal sanitario sobre los PT en una UCIP

Objetivos específicos:

- Evaluar el conocimiento y claridad del protocolo vigente.
- Analizar la percepción de seguridad y utilidad del check-list.
- Identificar el impacto percibido en paciente, familia y profesionales.
- Detectar barreras para su implementación y áreas de mejora.

3. METODOLOGÍA Estudio descriptivo transversal mediante encuesta estructurada dirigida a profesionales de una UCIP. El cuestionario recogió variables sociodemográficas y aspectos relacionados con el conocimiento del protocolo de PT, percepción de seguridad, beneficios atribuidos, barreras organizativas y recomendaciones de mejora.

El análisis estadístico se realizó mediante estadística descriptiva, expresando los resultados en frecuencias, porcentajes y medianas con rango intercuartílico. Se calculó el Net Promote Score (NPS) como indicador de recomendación de los PT.

4. RESULTADOS Se recogieron 45 encuestas: 48% fue contestada por personal de enfermería y 32% por el pediatra intensivista. Respecto a la experiencia profesional el 28% tenía una experiencia entre 1-5 años y el 26% entre 5-10 años.

El 90% conoce el protocolo de PT aunque el 42% refirió conocerlo en profundidad. El 41.9% está muy de acuerdo con las indicaciones y el 54.8% con las contraindicaciones. El 61% considera fácil identificar al paciente candidato de PT. El 65% conoce el check-list previo y el 83.9% afirmó que mejora la seguridad de los PT.

Respecto a las limitaciones para realizar los PT, el 58.1% señaló que solo a veces se dispone del personal necesario, el 28% refirió alta carga asistencial y el 25% falta de personal. Como puntos de mejora el 27% propone facilitar la disponibilidad del personal, el 23% mejorar la coordinación y el 26% disponer de espacios exteriores adecuados.

Respecto a los beneficios de los PT el 77.4% refiere mejoría del confort y el 93% disminución del dolor. El 87.1% destacó el fortalecimiento del vínculo terapéutico con la familia y el 96.8% su contribución a la humanización. El 71% ha realizado PT y el NPS fue del 48%.

5. CONCLUSIONES Los PT presentan una elevada aceptación por parte de los profesionales, con una percepción positiva respecto al impacto clínico y emocional en pacientes y familia. Se consideran una intervención segura cuando se aplica el protocolo y el check-list establecido. Las principales barreras identificadas son organizativas, especialmente la disponibilidad de recursos humanos.

La realización de PT parece una estrategia viable y segura, aunque requiere intervenciones organizativas que faciliten su implementación.

6. BIBLIOGRAFÍA

Sasano H, Takahashi K, Yamamoto S, et al. ICU nurses' perceptions of family-inclusive outdoor excursions: a cross-sectional survey. *Intensive Crit Care Nurs.* 2026;67:103256. doi:10.1016/j.iccn.2025.103256

Goodson CM, Smith JL, Burns KEA, et al. Perceived barriers to mobility in a medical ICU: a survey of healthcare providers. *Crit Care Med.* 2019;47(2):e150-e157. doi:10.1097/CCM.0000000000003528

Dafoe J, Stiller K, Chapman M. Staff perceptions of barriers to ICU patient mobilization. *J Crit Care.* 2018;46:165-170. doi:10.1016/j.jcrc.2018.04.012

Akhtar S, Deoshmukh S. Knowledge, attitudes, and perceived barriers of healthcare providers toward early mobilization of adult critically ill patients in intensive care units: a cross-sectional study. *J Crit Care.* 2021;62:13-19. doi:10.1016/j.jcrc.2020.12.005

Avsar U, Kara B, Aydin F, et al. Healthcare professionals' attitudes, behaviors, and barriers toward patient physical activity: a systematic review. *PLoS One.* 2025;20(1):e0330861. doi:10.1371/journal.pone.0330861

Gilgado J, Martínez A, Fernández R, et al. Therapeutic walks beyond the ICU: implementing outdoor mobility programs for critically ill patients. *Crit Care.* 2025;29:45. doi:10.1186/s13054-025-05766-0

Hodgson C, Berney S, Harrold M, et al. The ICU mobility scale: a tool to measure progress in early mobilization. *Crit Care.* 2014;18(5):R148. doi:10.1186/cc13949

Schweickert WD, Pohlman MC, Pohlman AS, et al. Early physical and occupational therapy in mechanically ventilated, critically ill patients: a randomized controlled trial. *Lancet.* 2009;373(9678):1874-1882. doi:10.1016/S0140-6736(09)60658-9

Igeño-Cano JC. Benefits of walks in the outdoor gardens of the hospital in critically ill patients, relatives and professionals. #healingwalks. *Med Intensiva (Engl Ed).* 2020 Oct;44(7):446-448. English, Spanish. doi:10.1016/j.medin.2019.09.007. Epub 2019 Nov 2. PMID: 31690465.

Lenker H, Kim Y, Wiczorek B, Kudchadkar SR. Acute rehabilitation and early mobility in the pediatric intensive care unit. 2021;845-54.

Walker TC, Kudchadkar SR. Early mobilization in the pediatric intensive care unit. *Transl Pediatr.* 2018;7(4):308-13.

Gomes SGCN, Nakano LCU, Pinto ACPN, Avila RBD, Santos FKY, Areias LL, et al. Early mobilization for children in intensive therapy: A protocol for systematic review and meta-analysis. *Medicine (Baltimore).* 2020;99(30):1-6.

Morrow BM. Building a culture of early mobilization in the pediatric intensive care unit—a nuts and bolts approach. *Transl Pediatr.* 2021;10(10):2845-57.

EXPERIENCIA DEL PACIENTE Y HUMANIZACIÓN EN LAS URGENCIAS HOSPITALARIAS. VALIDACIÓN TRANSCULTURAL DEL CUESTIONARIO ED-PREM. FASE DE PILOTAJE

Benjamín Yáñez Caballero; José Carlos Canca Sánchez; Marta Aranda Gallardo; Francisco Rivas; Ana María Rodríguez Chaves; Antonio Prieto Molina

byanez75@gmail.com

1. INTRODUCCIÓN La experiencia del paciente se ha convertido en el tercer elemento de la calidad asistencial junto a la efectividad y la seguridad clínica.

Desde la óptica de la humanización en ecosistemas tan complejos como SUH, los Patient Reported Experience Measure (PREM) son una herramienta esencial al medir la experiencia reportada por los propios pacientes, en forma de cuestionarios y fáciles de cumplimentar, lo que posibilita implementar intervenciones centradas en las personas. Existen diferentes PREM validados en las urgencias hospitalaria, ninguno en español.

Nuestro objetivo es realizar la validación transcultural al español de Emergency Department Patient-Experiences Measures (ED PREM) por su calidad metodológica, en tres fases secuenciales y de forma multicéntrica en diferentes unidades de urgencias del SSPA de la provincia de Málaga (H. Universitario Costa del Sol, H. de Benalmádena, H.Universitario Virgen de la Victoria, H. Universitario Regional de Málaga).

2. OBJETIVOS (General y Específicos) General:

Validación transcultural al español 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 METODOLOGÍA: VALIDACIÓN TRANSCULTURAL AL ESPAÑOL ED-PREM

Muestra:

Reclutamiento directo a los pacientes que cumplan los criterios de inclusión: mayores de 18 años, que comprendan el español y que tengan la capacidad de contestar de manera autónoma el cuestionario

Metodología:

Estudio en tres fases secuenciales:

1- Validación en español del cuestionario. REALIZADO

2- Prueba piloto de comprensión de la escala. REALIZADO

3- Estudio de las propiedades psicométricas de validez, fiabilidad y sensibilidad al cambio del cuestionario. EN PROCESO

4. RESULTADOS 1- Validación en español del cuestionario.

Realizada la traducción doble por traductores profesionales y consenso por panel de expertos, retrotraducción por nativa y consenso con autora del cuestionario . ED-PREM1

2- Prueba piloto de comprensión de la escala.

Realizado el pilotaje con 30 pacientes.

UTILIDAD DE ÍTEMS: buen grado de comprensión, no ambigüedad, no aparecen ítems nulos, puntuado con 9,25 (1difícil-10 fácil) en relación a su facilidad de realización. Solo el ítem 2 2. El personal sanitario fue empático) ha presentado una tasa de respuesta con el mismo ítems del 95%)Tiempo entre 8-9 minutos para cumplimentarlos, por teléfono o telemáticamente.

AJUSTES DE LA ESCALA: tiempo promedio en torno 8-9 minutos, no observada dificultad para realización del cuestionario ni especial capacitación, tanto formato on line como telefónico da respuesta a las necesidades del cuestionario.

VALORACIÓN APARENTE. Con una muestra de 10 pacientes y 5 enfermeras y 5 médicos, el 90% de los ítems explican el dominio al que pertenecen.

Tras el análisis del comité de experto de los resultados, solo se han realizado cambios con las palabras esmero, discutir, animar e involucrar, y uso del singular en algunos ítems, conformándose el ED-PREM2

5. CONCLUSIONES El profundo trabajo durante proceso de adaptación transcultural realizado (ED-PREM1) y la rigurosa metodología seguida, junto al análisis minucioso realizado durante la fase de pilotaje (ED-PREM2), permite afrontar con garantías el proceso de validación psicométrica en el que actualmente se encuentra el cuestionario.

Se han precisado hacer mínimos cambios en el ED-PREM1 a la luz del análisis realizado para desarrollar el ED-PREM 2, como cuestionario base para su validación psicométrica.

6. BIBLIOGRAFÍA

Yáñez-Caballero, Benjamín. ¿Es necesario humanizar los servicios de urgencias hospitalarias?. Enfermería Docente. 2025; (122): 45-1. <https://ciberindex.com/c/ed/1224551ed>

Tuinte RAM, Bull C, Hoonhorst JM, Akkermans RP, Moors ML, Ten Oever J, Hulscher ME, Hoogerwerf JJ. Person-centred emergency care: translation and cross-cultural validation of the Australian Emergency Department Patient-Reported Experience Measure (ED PREM) in the Netherlands. Emerg Med J. 2025 Jul 29;emermed-2024-214536. doi: 10.1136/emermed-2024-214536. Epub ahead of print. PMID: 40730461.

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.

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.



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.

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.

Sonis JD, Aaronson EL, Lee RY, Philpotts LL, White BA. Emergency Department Patient Experience. J Patient Exp. junio de 2018;5(2):101-6.

Wolf J, Niederhauser V, Marshburn D, LaVela S. Defining Patient Experience. Patient Exp J. 30 de abril de 2014;1(1):7-19.

69

CUANDO LA MEDICINA SE CONVIERTE EN RELATO: HUMANIZACIÓN Y MEMORIA EN EL CERTAMEN DR. GUERRERO PABÓN

Leila Chimali Cobano; Ignacio Durban García; Rosa Pérez Manrique; Manuel Aguilera Peña; Emilio del Campo Molina; M.^a del Carmen Salcedo Sánchez

leilachimali@yahoo.es

1. INTRODUCCIÓN Los hospitales son espacios donde ciencia y la tecnología conviven con experiencias profundamente humanas. En ellos se concentran momentos significativos de la vida: nacimiento, enfermedad, esperanza, superación o despedida. Sin embargo, muchas de estas vivencias permanecen únicamente en la memoria de quienes las protagonizan y rara vez se transforman en relatos compartidos.

Con el objetivo de dar voz a estas experiencias y contribuir a la humanización de la asistencia sanitaria, nació el Certamen de Relatos “Dr. Guerrero Pabón”, impulsado inicialmente desde el Hospital de Montilla con la colaboración de las Unidades de Cuidados Intensivos de los hospitales de la provincia de Córdoba. El proyecto surgió como homenaje al Dr. Guerrero Pabón, ex-jefe de servicio de UCI del Hospital Reina Sofía, cuya trayectoria profesional y humana marcó profundamente generaciones de médicos.

El certamen busca recoger relatos reales que reflejen emociones y aprendizajes vividos en el entorno hospitalario. Estas narraciones permiten construir una memoria colectiva de la medicina

Tras la experiencia de los dos primeros certámenes, esta iniciativa continúa con el III Certamen de Relatos “Dr. Guerrero Pabón”, iniciado el 1 de marzo con motivo del 50^º Aniversario del Hospital Reina Sofía, bajo el lema “Hospital Reina Sofía: medio siglo cuidando historias”.

2. OBJETIVOS (General y Específicos) Objetivo general

-Promover la humanización de la medicina mediante la recopilación y difusión de relatos que reflejen experiencias vividas por pacientes, familiares y profesionales en el entorno hospitalario.

Objetivos específicos

-Dar voz a las vivencias humanas que se generan en los hospitales.

-Contribuir a la memoria emocional de la asistencia sanitaria.

-Favorecer la participación de profesionales, pacientes y familias en proyectos culturales vinculados a la medicina.

127

-Homenajear la figura del Dr. Guerrero Pabón y su legado docente y humano en la formación de intensivistas.

3. METODOLOGÍA Se realizó una convocatoria abierta de relatos dirigida a pacientes, familiares y profesionales vinculados a hospitales de España. Los textos debían ser originales y basarse en experiencias vividas en ámbito hospitalario.

La convocatoria fue difundida a través de profesionales sanitarios y redes de colaboración entre unidades de cuidados intensivos. Los relatos recibidos fueron evaluados por un jurado multidisciplinar que valoró la autenticidad de las vivencias narradas, la capacidad de transmitir emociones y la calidad literaria.

Los relatos finalistas fueron seleccionados para su difusión mediante publicaciones y actividades culturales destinadas a acercar estas experiencias al ámbito sanitario y a la sociedad.

4. RESULTADOS Los dos primeros Certámenes de Relatos “Dr. Guerrero Pabón” generaron una amplia participación de autores procedentes de distintos hospitales de España y permitieron recoger numerosas experiencias vinculadas al mundo sanitario.

Como resultado del proyecto se editaron tres libros que recopilan relatos escritos por pacientes, familiares y profesionales sanitarios. Estas publicaciones reúnen testimonios profundamente humanos relacionados con la enfermedad, la recuperación, el acompañamiento familiar y la vocación de quienes ejercen la medicina.

Asimismo, algunos de los relatos fueron adaptados en dos representaciones teatrales, que permitieron trasladar estas historias desde el texto escrito al escenario, acercando las emociones vividas en el hospital a la sociedad.

El proyecto culminó con dos celebraciones de entrega de premios, que se convirtieron en encuentros especialmente emotivos donde autores, profesionales sanitarios y ciudadanos compartieron historias nacidas entre las paredes de los hospitales.

El impacto humano y cultural generado por estas iniciativas ha permitido dar continuidad al proyecto con el inicio del III Certamen de Relatos “Dr. Guerrero Pabón” el 1 de marzo, coincidiendo con la conmemoración del 50º Aniversario del Hospital Reina Sofía, con el objetivo de seguir recogiendo las historias que nacen en la práctica diaria de la medicina.

5. CONCLUSIONES El Certamen de Relatos “Dr. Guerrero Pabón” ha demostrado que la narrativa puede convertirse en una herramienta valiosa para la humanización de la medicina.

La recopilación de historias escritas por pacientes, familiares y profesionales permite preservar la memoria emocional de los hospitales, mostrando otra dimensión de la asistencia sanitaria

Los relatos reflejan sentimientos, decisiones y aprendizajes que forman parte esencial del ejercicio de la medicina, reconociendo la vulnerabilidad del paciente, la fortaleza de las familias y la vocación de los profesionales.

Los hospitales se sostienen sobre conocimiento y tecnología, pero perduran en la memoria gracias a las historias vividas.

6. BIBLIOGRAFÍA

I y II Certamen de Relatos “Dr. Guerrero Pabón”

TRANSFORMAR EL RECUERDO, DISMINUIR EL MIEDO: EL PAPEL DE LA SEDACIÓN EN LA EXPERIENCIA FUTURA DEL PACIENTE

Leila Chimali Cobano; Ignacio Durban García; Rosa Pérez Manrique; Sandra M.^a Gómez Espejo; Samar Kadi Ayad; Emilio del Campo Molina

leilachimali@yahoo.es

1. INTRODUCCIÓN El miedo anticipatorio ante procedimientos digestivos como la colonoscopia y la endoscopia digestiva alta constituye un factor determinante en la vivencia del paciente. La ansiedad previa se ha relacionado con mayor percepción de dolor, menor tolerancia al procedimiento y peor adherencia a futuras exploraciones, afectando no solo al confort sino también a la calidad asistencial.

La sedación ha demostrado mejorar la tolerancia intraprocedimiento y la satisfacción global. Sin embargo, más allá de su efecto farmacológico inmediato, la experiencia previa con sedación podría influir en la memoria emocional del paciente y modificar su percepción anticipatoria ante procedimientos posteriores.

Desde la perspectiva de la humanización asistencial, comprender cómo la experiencia previa condiciona el miedo permite diseñar estrategias centradas en la persona, orientadas a reducir ansiedad, mejorar la confianza y favorecer una relación terapéutica basada en seguridad y acompañamiento.

El presente estudio analiza el impacto de la sedación previa sobre el miedo anticipatorio antes de técnicas digestivas, en un periodo continuado de ocho años de práctica clínica real.

2. OBJETIVOS (General y Específicos) Objetivo general:

Evaluar si los pacientes con antecedente de sedación previa presentan menor miedo anticipatorio antes de una nueva técnica digestiva.

Objetivos específicos:

1. Comparar el nivel de miedo (escala 1-10) entre pacientes con y sin sedación previa.
2. Analizar si la diferencia se mantiene según tipo de técnica (colonoscopia o endoscopia).
3. Evaluar la consistencia del efecto según sexo

3. METODOLOGÍA Estudio observacional retrospectivo realizado entre julio de 2017 y Diciembre de 2025.

Total: 7256 pacientes sedados para técnicas digestiva (EDA y colonoscopia).

Se recogieron los datos de este estudio dos días en semana, de Enero 2023 a Diciembre 2025.

Para el análisis se incluyeron 2162 pacientes con una edad media 55,3 años (14-88). Hombres-Mujeres (44,54%-54,46%).

Se registró el nivel de miedo (escala numérica 1-10; 1 = sin miedo; 10 = miedo máximo), inmediatamente antes del procedimiento.

Se compararon pacientes con y sin sedación previa mediante pruebas t de Welch y Mann-Whitney.

Se calculó tamaño del efecto (Cohen d).

4. RESULTADOS Tras aplicar criterios de inclusión, se analizaron 2.146 pacientes: 1.597 sin sedación previa y 549 con sedación previa.

El nivel medio de miedo fue significativamente menor en pacientes con experiencia previa de sedación ($3,98 \pm 2,15$) frente a aquellos sin sedación previa ($7,62 \pm 2,11$). La diferencia de medias fue de $-3,64$ puntos (IC95% $-3,85$ a $-3,44$; $p < 0,001$). El tamaño del efecto fue muy grande (Cohen $d = -1,72$).

En colonoscopia, el miedo medio fue 7,48 sin sedación previa frente a 3,84 con sedación previa ($p < 0,001$). En endoscopia digestiva alta: 7,86 frente a 4,37 respectivamente ($p < 0,001$).

La reducción del miedo se observó tanto en hombres como en mujeres, manteniéndose diferencias estadísticamente significativas en ambos grupos.

En términos prácticos, en aproximadamente el 88% de comparaciones individuales, el paciente con sedación previa presentó menor miedo que el paciente sin experiencia previa.

5. CONCLUSIONES La experiencia previa con sedación se asocia a una reducción profunda y clínicamente significativa del miedo anticipatorio antes de técnicas digestivas.

Estos resultados sugieren que la sedación no solo actúa durante el procedimiento, sino que deja una huella emocional que transforma la vivencia futura del paciente.

Una experiencia asistencial vivida con calma y seguridad se convierte en un recuerdo que reduce el temor ante lo desconocido.

Humanizar no es únicamente aliviar el dolor físico, sino también disminuir el miedo. Generar experiencias positivas hoy puede significar pacientes más confiados y tranquilos mañana.

6. BIBLIOGRAFÍA

- 1.Elphick DA, Donnelly MT, Smith KS, Riley SA. Factors associated with abdominal discomfort during colonoscopy: a prospective analysis. *Eur J Gastroenterol Hepatol.* 2009;21(9):1076-1082.
- 2.Ko HH, Zhang H, Telford JJ, Enns R. Factors influencing patient satisfaction when undergoing endoscopic procedures. *Gastrointest Endosc.* 2009;69(4):883-891.
- 3.McQuaid KR, Laine L. A systematic review and meta-analysis of randomized, controlled trials of moderate sedation for routine endoscopic procedures. *Gastrointest Endosc.* 2008;67(6):910-923.
- 4.Riphaus A, Wehrmann T, Hausmann J, et al. S3-guidelines: sedation for gastrointestinal endoscopy. *Z Gastroenterol.* 2015;53(8):802-842.
- 5.Byrne MF, Chiba N, Singh H, Sadowski DC. Propofol use for sedation during endoscopy in adults. *Cochrane Database Syst Rev.* 2008;(4):CD006268.

maria.ramos.lopez@urjc.es

1. INTRODUCCIÓN La Esclerosis Lateral Amiotrófica (ELA) es una enfermedad neurodegenerativa de carácter progresivo y sin tratamiento curativo actual. A pesar del impacto del diagnóstico, la investigación sobre salud mental en ELA revela un fenómeno inesperado: los niveles de síntomas de depresión y ansiedad no presentan una severidad clínica mucho más elevada a la presentada en población general, manteniéndose incluso en rangos similares.

De forma similar, se ha observado que el bienestar psicológico tiende a la estabilidad durante la evolución de la enfermedad, sin una correlación directa con el grado de deterioro funcional. Estos hallazgos sugieren que la adaptación emocional no depende exclusivamente de variables biomédicas, pudiendo indicar que los procesos psicológicos pueden jugar un papel relevante. En este sentido, si bien constructos como la aceptación, la defusión cognitiva y los valores han demostrado ser determinantes en el ajuste a otras enfermedades crónicas, su estudio en la ELA sigue siendo limitado. Profundizar en estos mecanismos es clave para comprender la resiliencia y el bienestar subjetivo de estos pacientes.

2. OBJETIVOS (General y Específicos) El objetivo del presente estudio es identificar los procesos psicológicos y las variables positivas que emergen del análisis de la experiencia del proceso de la enfermedad en personas con esclerosis lateral amiotrófica. Para ello, los objetivos específicos consisten en explorar la vivencia del proceso diagnóstico y de la evolución de la enfermedad, así como las estrategias de afrontamiento y recursos de adaptación psicológica.

3. METODOLOGÍA Participaron 25 personas con ELA. Se realizaron 19 entrevistas en profundidad y se enviaron 6 cuestionarios a aquellos participantes que, por motivos médicos, no podían realizar la entrevista oralmente. Las entrevistas fueron grabadas en formato de audio, siendo transcritas posteriormente. Se efectuó un análisis cualitativo de contenido temático organizado en ejes, subtemas y categorías, en el que se analizaron dimensiones relativas al proceso diagnóstico, la evolución de la enfermedad, el afrontamiento, la identidad, los valores y la trascendencia.

4. RESULTADOS Se identificaron 30 códigos, que se agruparon en 13 subtemas, de los cuales emergieron 6 temas principales: 1) Proceso y vivencia del diagnóstico (shock inicial, negación, evitación, aceptación, falta de empatía, incertidumbre); 2) Deterioro físico y funcional (pérdida de la movilidad, pérdida de la intimidad, pérdida de la comunicación verbal, pérdida de la capacidad de respiración, incremento de la autonomía personal mediante el uso de tecnologías de apoyo, adaptación a la progresión lenta); 3) Estrategias de afrontamiento y adaptación psicológica durante el proceso de la enfermedad (positividad y optimismo, aceptación de la enfermedad, sentido del humor como recurso psicológico, defusión cognitiva, miedo, tristeza, ansiedad, frustración, gratitud); 4) Identidad y Self (pérdida de roles, desidentificación del yo con la enfermedad); 5) Valores (redefinición de valores y prioridades vitales, reajuste de metas); 6) Trascendencia (creencias religiosas como marco de significado, conexión trascendente con la idea de un legado y el resto de personas, propósito de vida basado en la contribución social y aceptación de la muerte).

5. CONCLUSIONES Los temas emergentes subrayan la importancia de diversos procesos psicológicos y variables positivas implicadas en la adaptación y el bienestar de los pacientes con ELA. Los resultados sugieren que la aceptación, la defusión cognitiva y la redefinición de valores personales desempeñan un papel fundamental. También, el propósito basado en la contribución social y la gratitud emergen como variables positivas. En este sentido, la terapia basada en procesos constituye un marco especialmente adecuado para comprender e intervenir sobre estos mecanismos, al



centrarse en los procesos psicológicos que promueven la flexibilidad y el ajuste adaptativo más allá de los síntomas.

6. BIBLIOGRAFÍA

Aoun, S. M., Chochinov, H. M., Kristjanson, L. J., D'Este, C., & Draper, B. (2013). Do models of palliative care influence bereavement outcomes? *Palliative Medicine*, 27(8), 789-798. <https://doi.org/10.1177/0269216313477177>

Graham, C. D., Gouick, J., Krahé, C., & Gillanders, D. (2016). Una revisión sistemática del uso de la Terapia de Aceptación y Compromiso (ACT) en enfermedades crónicas y condiciones de larga duración. *Clinical psychology review*, 46, 46-58. <https://doi.org/10.1016/j.cpr.2016.04.009>

Larsson, B. J., Nordin, K., & Nygren, I. (2023). Symptoms of anxiety and depression in patients with amyotrophic lateral sclerosis and their relatives during the disease trajectory. *Journal of the Neurological Sciences*, 455, 122780. <https://doi.org/10.1016/j.jns.2023.122780>

O'Doherty, L. J., Hickey, A., & Hardiman, O. (2010). Measuring life quality, physical function and psychological well-being in neurological illness. *Amyotrophic Lateral Sclerosis*, 11(5), 461-468. <https://doi.org/10.3109/17482960903552488>

Taylor, L., Wicks, P., Leigh, P. N., & Goldstein, L. H. (2010). Prevalence of depression in amyotrophic lateral sclerosis and other motor disorders. *European Journal of Neurology*, 1331.2010.02960.x

Pagnini, F. (2013). Psychological wellbeing and quality of life in amyotrophic lateral sclerosis: a review. *International Journal of Psychology*, 48(3), 194-205.

72

ADECUACIÓN DE LA SALA DE INFORMACIÓN DE URGENCIAS EN UN ESPACIO HUMANIZADO

Isabel Morató Lorente; Gemma Franch Devesa; Eva Vidal Saavedra; Eva Delgado Ruiz; Maria Carmen del Caño Castillo; Dolors Rebula Giménez

imorato2@gmail.com

1. INTRODUCCIÓN Los servicios de urgencias hospitalarias se caracterizan por ser un entorno con elevada exigencia asistencial y una gran carga emocional, que impacta directamente en pacientes, familia y profesionales.

Este proyecto propone la adecuación de la sala ya existente de comunicación con las familias, en una sala humanizada de comunicación y soporte emocional. El objetivo es garantizar un entorno cálido, tranquilo y respetuoso para transmitir la información médica, especialmente cuando se trata de situaciones graves o de alta vulnerabilidad.

Justificación:

El presente proyecto surge con el objetivo de humanizar la atención sanitaria, en consonancia con las directrices y planes de salud establecidos por el Departamento de Salud y el propio hospital. Esta iniciativa responde a una necesidad real identificada por el personal sanitario del área de urgencias, quienes han manifestado la falta de un espacio adecuado para la comunicación con las familias.

Asimismo, se pretende mejorar la experiencia de los familiares mediante la creación de un entorno más respetuoso, empático y adecuado para la transmisión de información en situaciones de especial vulnerabilidad. Del mismo modo, el proyecto busca reforzar la labor del personal sanitario, facilitando su tarea comunicativa en un espacio digno y adaptado a las necesidades asistenciales.

2. OBJETIVOS (General y Específicos) Objetivo general

Diseñar y habilitar una sala dentro del área de urgencias para la comunicación con los familiares con un enfoque humanizado.

Objetivos específicos

Reconvertir un espacio físico existente en una sala de comunicación.

Crear una atmósfera acogedora y privada mediante elementos de diseño humanizador.

Dotar el espacio de mobiliario y equipamiento adecuado.

Establecer protocolos de uso de la sala.

Formar al personal sanitario en habilidades comunicativas y de soporte emocional.

3. METODOLOGÍA Este proyecto transformará una sala de urgencias en un espacio humanizado para la comunicación con las familias. Se realizará un análisis del espacio para identificar necesidades y limitaciones. Durante el diseño, se elegirán colores neutros, luz cálida, mobiliario cómodo, plantas y cuadros para generar un ambiente acogedor. En la ejecución, se pintará, se decorará, instalará iluminación suave y señalización clara garantizando la accesibilidad. Se establecerán protocolos y formación al personal en normas de uso de la sala y comunicación empática. Finalmente, se realizará la evaluación, recogiendo feedback del personal y valorando periódicamente la efectividad y el uso de la sala.

4. RESULTADOS Se prevé que la creación de una sala humanizada en urgencias proporcione un entorno más cálido, tranquilo y respetuoso para los familiares. Este espacio facilitará la comunicación de información médica delicada, favoreciendo la comprensión y reduciendo la ansiedad durante momentos de alto impacto emocional.

El uso de colores neutros, luz cálida, mobiliario cómodo y elementos decorativos orientados a generar confort emocional, se espera que genere una sensación de bienestar y cercanía.

Se estima que los protocolos de uso y la formación del personal en comunicación empática y apoyo emocional incrementarán la seguridad y confianza del equipo sanitario al interactuar con familiares.

A través de encuestas y observación, se podrá evaluar la eficacia del espacio, su funcionalidad y el impacto en la experiencia de los familiares.

En conjunto, se anticipa que el proyecto favorecerá una atención más empática, mejorando tanto la vivencia de los familiares como la calidad del trabajo del personal.

5. CONCLUSIONES El proyecto de adecuación de la sala de urgencias a un espacio humanizado para la comunicación con las familias responde a una necesidad real, emocional y ética dentro de nuestro Hospital.

Esta actuación, con una inversión moderada, supone una mejora significativa en la calidad de la atención y la vivencia de momentos difíciles por parte de las familias y de los profesionales que los atienden.

Con este proyecto pretendemos ofrecer una atención más empática, respetuosa y centrada en las personas.

6. BIBLIOGRAFÍA



Landa-Ramírez, E., López-Gómez, A., Jiménez-Escobar, I., & Sánchez-Sosa, J. J. (2017). Comunicación de malas noticias en urgencias médicas: recomendaciones y retos futuros. *Revista Médica del Instituto Mexicano del Seguro Social*, 55(6), 736-747.

García Salgueiro, C. (2025). Humanización en la atención de urgencias: revisión bibliográfica (Trabajo de fin de grado). Universidade da Coruña.

Sánchez, C. I. A. (2014). Factores que influyen y dificultan la comunicación de malas noticias en el personal de salud. *Revista de Investigación en Salud*. <https://www.redalyc.org/pdf/416/41632450003.pdf>

Proyecto HU-CI. (2019). Rediseñando la sala de información. <https://proyectoहुci.com/es/redisenando-la-sala-de-informacion/>

73

HUMANIZAR LAS URGENCIAS: BENEFICIOS PERCIBIDOS DEL ACOMPAÑAMIENTO CONTINUO DESDE LA PERSPECTIVA DE PACIENTES Y ACOMPAÑANTES.

Noelia Martin Ramirez; Lorena Cuevas Simón

nlmartin@gmail.com

1. INTRODUCCIÓN La humanización de la asistencia sanitaria promueve un modelo centrado en la persona que integra dimensiones emocionales, relacionales y sociales del proceso de enfermedad [1]. En los servicios de urgencias, la incertidumbre clínica, la elevada presión asistencial y la vulnerabilidad de pacientes y familiares pueden afectar a la experiencia asistencial, especialmente cuando no se permite el acompañamiento, situación que se ha asociado a mayor sufrimiento emocional en pacientes y familiares [2].

Aunque la literatura ha analizado la presencia familiar en situaciones críticas y procedimientos invasivos [3], existe menor evidencia sobre el valor del acompañamiento continuo durante la estancia en urgencias.

Desde este enfoque asistencial, la participación del acompañante puede favorecer el apoyo emocional, la comunicación y la comprensión de la información clínica [4,5], asociándose además con beneficios emocionales y mayor percepción de seguridad durante la atención urgente [4]. No obstante, las normas de acompañamiento pueden variar entre centros. En este contexto, resulta relevante explorar cómo pacientes y acompañantes perciben el acompañamiento continuo durante la atención en urgencias.

2. OBJETIVOS (General y Específicos) Objetivo general:

Analizar los beneficios percibidos del acompañamiento continuo durante la atención en urgencias desde la perspectiva de pacientes y acompañantes.

Objetivos específicos:

Explorar la importancia percibida del acompañamiento, así como identificar los beneficios emocionales y psicológicos asociados

Analizar la influencia del acompañamiento en la comunicación con los profesionales sanitarios y en la comprensión de la información clínica

Describir la relación del acompañamiento con la percepción de seguridad y confianza en la atención recibida

3. METODOLOGÍA Estudio observacional descriptivo de corte transversal realizado en un hospital de segundo nivel. Se incluyeron pacientes adultos atendidos en urgencias y acompañantes, con capacidad para comprender el cuestionario y participación voluntaria.

Se utilizó un cuestionario ad hoc, autoadministrado y anónimo, con ítems en escala Likert de 1 a 5 y una pregunta de valoración global de 0 a 10. La recogida de datos se realizó en el primer trimestre del 2026. Se efectuó un análisis descriptivo mediante frecuencias, porcentajes y medias.

El estudio fue aprobado por el CEIM (código 05-26-120-036).

4. RESULTADOS Se analizaron 57 cuestionarios; el 51% correspondió a pacientes y el 49% a acompañantes. La mayoría refirió estancias superiores a 6 horas en el servicio de urgencias.

El acompañamiento fue considerado importante por el 96,5% y el 98,2% opinó que debería permitirse siempre que fuera posible.

Los principales beneficios percibidos fueron el apoyo emocional (94,7%), una atención más humana (93,0%) y la disminución de la ansiedad (91,2%).

Además, los participantes señalaron mejor comunicación con los profesionales sanitarios (89,5%), mayor comprensión de la información clínica (87,7%), mayor sensación de seguridad (92,2%) y mayor confianza en la atención recibida (89,5%).

La valoración global del acompañamiento alcanzó una media de 9,2 sobre 10.

5. CONCLUSIONES Pacientes y acompañantes perciben el acompañamiento continuo en urgencias como un elemento clave de humanización asistencial. Su presencia se asocia, desde la experiencia de los participantes, con beneficios emocionales, comunicativos y relacionales, así como con mayor seguridad y confianza. Incorporar políticas flexibles de acompañamiento podría contribuir a una atención urgente más centrada en la persona.

6. BIBLIOGRAFÍA

[1] Santana MJ, Manalili K, Jolley RJ, Zelinsky S, Lu M. How to practice person-centred care: a conceptual framework. *Health Expect.* 2018; 21:429-40. doi:10.1111/hex.12640

[2] Barreto MS, Garcia-Vivar C, Dupas G, Matsuda LM, Silva Marcon S. La ausencia familiar en la atención de urgencia conlleva sufrimiento en pacientes y familiares. *Enferm Intensiva.* 2020;31(2):71-81. doi:10.1016/j.enfi.2019.03.003

[3] De Stefano C, Normand D, Jabre P, Azoulay E, Kentish-Barnes N, Lapostolle F, et al. Family presence during resuscitation: a qualitative analysis from a national multicenter randomized clinical trial. *PLoS One.* 2016;11(6): e0156100. doi: 10.1371/journal.pone.0156100

[4] Barreto MS, Garcia-Vivar C, Santos JLG, Maciel DGS, Matsuda LM, Marcon SS. Meanings attributed by family and patients to family presence in emergency rooms. *Rev Bras Enferm.* 2019;72(6):1684-91. doi:10.1590/0034-7167-2018-0814

[5] Østervang C, Lassen AT, Jensen CM, Coyne E, Dieperink KB. What are the needs and preferences of patients and family members discharged from the emergency department within 24 hours? A qualitative study towards a family-centred approach. *BMJ Open.* 2021;11: e050694. doi:10.1136/bmjopen-2021-050694

David Peña Llorach; Aitor Eneko Olivé Albiztur

david.pena@sjd.es

1. INTRODUCCIÓN La atención en salud mental penitenciaria constituye uno de los mayores retos asistenciales actuales, marcada por la alta complejidad clínica, un entorno restrictivo y el riesgo de vulneración de derechos. Las personas privadas de libertad con sufrimiento psicosocial presentan mayor riesgo de suicidio, cronificación y estigmatización, lo que exige modelos centrados en la dignidad, la recuperación y el respeto a los derechos humanos.

En este contexto, el Parc Sanitari Sant Joan de Déu impulsa un cambio de paradigma mediante la implementación del modelo Libera-Care, orientado a la eliminación de sujeciones y al desarrollo de una atención centrada en la persona, en alineación con el programa QualityRights de la OMS.

A diferencia de aproximaciones exclusivamente teóricas o normativas, este trabajo adopta una perspectiva aplicada centrada en la implementación real del modelo. Se enmarca en un plan estratégico institucional más amplio de humanización de la atención en salud mental penitenciaria (2026–2028), focalizándose en su fase inicial de despliegue.

En 2026 se inicia una experiencia piloto, junto con un plan estructurado de formación dirigido a profesionales sanitarios y personal penitenciario. Este trabajo presenta los primeros avances del proceso, aportando resultados preliminares y líneas de desarrollo futuro.

2. OBJETIVOS (General y Específicos) General: Implementar un modelo de atención humanizada en salud mental penitenciaria basado en derechos humanos, mediante la introducción de Libera-Care y la formación en QualityRights.

Específicos:

- Iniciar la implantación del modelo Libera-Care.
- Formar a profesionales sanitarios y personal penitenciario en atención sin sujeciones, Quality Rights y cultura de derechos.
- Promover el cambio cultural hacia un modelo centrado en la persona.
- Evaluar de forma preliminar la aceptación y el impacto inicial del programa en profesionales.
- Establecer bases para su futura extensión al conjunto del área penitenciaria.

3. METODOLOGÍA Estudio descriptivo de implementación con enfoque mixto, desarrollado en salud mental penitenciaria siguiendo el cronograma de la Norma Libera-Care (sensibilización, formación, diagnóstico y asesoramiento). Este diseño se orienta a evaluar la viabilidad, aceptación y primeras implicaciones del modelo en un contexto asistencial real, diferenciándose de propuestas exclusivamente estratégicas o de planificación.

Se constituye un equipo líder multidisciplinar con profesionales sanitarios y personal de seguridad de prisiones. Paralelamente, se implementa un plan formativo en QualityRights impulsado desde enfermería. Se recogen datos preliminares mediante indicadores de proceso y valoración cualitativa inicial sobre el cambio de modelo y su aplicabilidad clínica.

4. RESULTADOS Durante la fase inicial (2026), se ha puesto en marcha el proyecto de implantación del modelo Libera-Care en la UHRPI, iniciando las primeras acciones formativas y de sensibilización dirigidas tanto a profesionales sanitarios como a personal funcionario.

Se ha constituido el equipo líder del proyecto y se ha desarrollado la sesión de presentación institucional, junto con el inicio del bloque formativo en “no sujeciones” y cultura de cuidados dignos. El cronograma contempla la formación progresiva de toda la organización, así como fases posteriores de diagnóstico y acompañamiento.

En paralelo, se ha impulsado la formación en QualityRights, habiéndose formado hasta la fecha aproximadamente 50 profesionales de enfermería. Está prevista la ampliación durante el presente año al colectivo de TCAES de la Unidad Hospitalaria Psiquiátrica Penitenciaria.

Los primeros resultados cualitativos muestran una buena aceptación del modelo, destacando una mayor sensibilización hacia los derechos humanos, la necesidad de cambio cultural y la importancia del trabajo interdisciplinar. Asimismo, se identifica el papel clave del personal funcionario como agente activo en la humanización del entorno.

Estos avances configuran una base sólida para la consolidación y expansión del modelo en fases posteriores.

5. CONCLUSIONES La implementación inicial del modelo Libera-Care y la formación en QualityRights representan un paso relevante hacia la humanización de la atención en salud mental penitenciaria. Los resultados preliminares evidencian una alta aceptación profesional y un cambio incipiente en la cultura asistencial, orientado a los derechos humanos y la atención centrada en la persona.

La formación conjunta y la participación interdisciplinar emergen como elementos clave para el éxito del proceso. Este enfoque permite transformar progresivamente prácticas restrictivas en intervenciones más terapéuticas, seguras y dignas.

El proyecto sienta las bases para su evaluación futura y escalabilidad en todo el sistema penitenciario.

6. BIBLIOGRAFÍA

1. Zabala, C., Prevalencia de trastornos mentales en prisión: análisis de la relación con delitos y reincidencia. Ministerio del Interior, Secretaría General Técnica, Madrid, 2017, 328 p.
2. Calcedo-Barba A, Antón-Basanta J, Paz Ruiz S. Libro Blanco sobre la atención sanitaria a las personas con trastornos mentales graves en los centros penitenciarios de España. Ed. SEPL Madrid y SESP Barcelona. Junio 2023
3. Guidance on policy and strategic actions for mental health and the health sector. Geneva: World Health Organization; 2025 (Mental health and well-being across government sectors). Licence: CC BY-NC-SA 3.0 IGO.
4. WHO QualityRights tool kit to assess and improve quality and human rights in mental health and social care facilities. Geneva, World Health Organization, 2012.
5. Cuidados Dignos. Libera Care [Internet]. Madrid: Cuidados Dignos; [citado 2026 Ene 23]. Disponible en: <https://cuidadosdignos.org/libera-care>
6. Antares. Model d'atenció a la salut mental i addiccions en l'àmbit d'execució penal a Catalunya. Caracterització del Model d'atenció a la salut mental i addiccions. Departament de Salut. 2023.
7. Costa G, García M, Gutiérrez E, Ibáñez E, Lao L, Melloni B, et al. La Salud mental en el sistema penitenciari català. Visió de conjunt i reptes. 2023.

VITALBIKES: HUMANIZANDO LA SALUD MENTAL COMUNITARIA SOBRE DOS RUEDAS

Hilari Andrés Mora; Montse Escuté Amat
hilari.andres@sjd.es

1. INTRODUCCIÓN La atención a la salud mental comunitaria exige una presencia constante en el territorio, tradicionalmente ligada a desplazamientos motorizados que generan estrés, sedentarismo e impacto ambiental.

Bajo el lema "Conciencia de Humanización", el proyecto VitalBikeS propone un cambio de paradigma: integrar la bicicleta como herramienta de proximidad y autocuidado.

Humanizar implica tomar conciencia de que la calidad del encuentro clínico comienza por el bienestar integral del profesional y el respeto al entorno compartido.

Al sustituir el motor por el pedal en las visitas domiciliarias, transformamos el desplazamiento en un acto de salud, eliminando barreras físicas y ganando accesibilidad y calidez en la atención.

Esta iniciativa no solo reduce la huella de carbono, sino que refuerza la identidad humanizadora de la institución, alineando la sostenibilidad con una asistencia más cercana y consciente.

VitalBikeS es, en definitiva, una apuesta innovadora por "cuidar al que cuida", redescubriendo el territorio desde una movilidad más humana, saludable y conectada con la vida comunitaria.

2. OBJETIVOS (General y Específicos) Objetivo General:

Generar una cultura de "conciencia de humanización" en la salud mental comunitaria, integrando la bicicleta como una herramienta que transforma el desplazamiento en un acto de proximidad, autocuidado y respeto al entorno.

Objetivos Específicos:

Incrementar la calidez y accesibilidad eliminando barreras físicas para fortalecer el vínculo terapéutico con personas y familias.

Fomentar la conciencia de autocuidado en los profesionales bajo la premisa de 'cuidar al que cuida', promoviendo su bienestar integral y reduciendo el estrés laboral mediante la actividad física integrada en la jornada.

Reducir el impacto ambiental (CO2 y ruido) como compromiso con la salud global comunitaria

3. METODOLOGÍA El proyecto se ejecuta en cuatro fases:

1. Sensibilización y formación: Sesión obligatoria sobre seguridad vial, ergonomía y beneficios de la movilidad sostenible

2. Dotación: Subvención de 50 abonos anuales (Bicing/AMB Bicibox) y entrega de equipamiento de seguridad homologado (casco y chalecos)

3. Implementación operativa: Integración de la bicicleta en la jornada laboral para visitas domiciliarias y coordinaciones territoriales

4. Evaluación: Seguimiento mensual de actividad y realización de encuestas de bienestar y calidad percibida (inicial/final) a profesionales y personas atendidas

4. RESULTADOS Como propuesta de nueva implantación se pretende alcanzar los siguiente resultados esperados:

Humanización y Proximidad: Lograr que al menos el 50% de las visitas domiciliarias se realicen en bicicleta, mejorando la percepción de calidez, accesibilidad y humanidad de la atención recibida.

Bienestar Consciente: Aumento de la vitalidad física y reducción del estrés percibido en los 50 profesionales participantes, reforzando la cultura del autocuidado.

Eficiencia y Calidad del Tiempo: Mejora en la puntualidad de las visitas y optimización de los desplazamientos. El tiempo recuperado al evitar atascos y búsquedas de aparcamiento se traduce en una mayor disponibilidad emocional y calidad en la intervención comunitaria

Sostenibilidad Comunitaria: Recorrer un mínimo de 5.000 km anuales, reduciendo las emisiones de CO2 y el ruido, consolidando el compromiso con la salud global del entorno. Este compromiso con el entorno del Baix Llobregat y Barcelona refuerza la salud global y posiciona a la institución como referente en los ODS.

5. CONCLUSIONES VitalBikeS demuestra que la conciencia de humanización comienza por el bienestar integral del profesional y el respeto profundo al entorno compartido.

Más que un transporte, la bicicleta transforma el modelo asistencial eliminando barreras para aportar proximidad, calidez y accesibilidad al vínculo con las personas y sus familias.

Al priorizar el autocuidado de los equipos "cuidar al que cuida", se genera una atención más consciente y de mayor calidad emocional.

VitalBikeS posiciona a la institución como un agente de transformación alineado con los ODS, demostrando que la humanización es la base de una asistencia sanitaria más saludable y sostenible.

6. BIBLIOGRAFÍA

Berrie, L., Feng, Z., Rice, D., Clemens, T., Williamson, L., & Dibben, C. (2024). Does cycle commuting reduce the risk of mental ill-health? *International Journal of Epidemiology*.

Chen, W., et al. (2022). Historical patterns and sustainability implications of worldwide bicycle ownership and use. *Communications Earth & Environment*.

Friel, C., Walsh, D., Whyte, B., Dibben, C., Feng, Z., Baker, G., et al. (2024). Health benefits of pedestrian and cyclist commuting. *BMJ Public Health*.

De Hartog, J. J., Boogaard, H., Nijland, H., & Hoek, G. (2010). Do the health benefits of cycling outweigh the risks? *Environmental Health Perspectives*.

Millard-Ball, A., Reginald, M., Yusuf, Y., & Bian, C. (2025). Global health and climate benefits from walking and cycling infrastructure. *PNAS*.

Rojas-Rueda, D., et al. (2011). Health risks and benefits of cycling in urban environments compared with car use. *BMJ*.

Scrivano, L., Tessari, A., Marcora, S. M., & Manners, D. N. (2024). Active mobility and mental health: A scoping review towards a healthier world. *Cambridge Prisms: Global Mental Health*.

University of Edinburgh. (2024). Cycling to work linked with better mental health.

World Health Organization. (2026). Promoting mental health through cycling and walking: A win-win approach for health and sustainability.

76

CUIDANDO A LA FAMILIA: MÚSICA Y MUSICOTERAPIA COMO ESTRATEGIA DE HUMANIZACIÓN EN LA UCI

Guacimara Molina Sosa; María Desamparados Bernat Adell; Luciano Santana Cabrera; Cristina Escot Rodríguez; José J Blanco López; Marta Santana Martín

musicoterapia@guacimaramolina.com

1. INTRODUCCIÓN La humanización de los Cuidados Intensivos (UCI) se ha consolidado como un eje fundamental en la mejora de la calidad asistencial, promoviendo una atención más centrada en la persona y su familia (1). Especialmente en el contexto de la UCI, la familia requiere una atención específica por los elevados niveles de estrés que sufre (2)

Diversas iniciativas han demostrado que favorecer la presencia, la comunicación y el acompañamiento emocional de las familias contribuye a mejorar su experiencia, así como la relación con el equipo asistencial (3,4). Sin embargo, la implementación de estas estrategias en la práctica clínica diaria no está exenta de dificultades, derivadas tanto de factores organizativos como culturales.

Por ello, resulta relevante no solo describir las medidas de humanización implementadas, sino también analizar el proceso real de integración de las mismas en el entorno asistencial, incluyendo los elementos que facilitan o dificultan su desarrollo.

2. OBJETIVOS (General y Específicos) Objetivo general:

Describir el proceso de implementación de estrategias de humanización, a través de la música y la musicoterapia, para las familias de pacientes hospitalizados en una UCI de un hospital de tercer nivel.

Objetivos específicos:

- Identificar las principales acciones desarrolladas dirigidas a las familias.
- Explorar los principales facilitadores y barreras en su implementación dentro del equipo interdisciplinar.

3. METODOLOGÍA Estudio descriptivo y retrospectivo (años 2024 y 2025), basado en la experiencia de implementación de estrategias de humanización a través de la música centradas en familiares. Se realizó en una UCI de un hospital de tercer nivel.

Las estrategias implementadas y medidas fueron conciertos, sesiones de musicoterapia y sesiones de musicoterapia ambiental. Los datos se recogieron mediante una hoja de recogida de datos que incluía: registros de cada estrategia y observación clínica.

Los resultados se expresaron como frecuencias.

4. RESULTADOS Los resultados de las acciones implementadas fueron:

- Conciertos: Se realizaron 3 conciertos en el área de acceso a UCI, zona de espera para familiares. El número de familiares beneficiados por estos conciertos fue 38.

- Sesiones de musicoterapia ambiental: Se efectuaron 67 sesiones de MT ambiental en total. Las sesiones de musicoterapia ambiental se ejecutan en cada uno de los módulos de la unidad. El número de familiares beneficiados fue de 397.

- Sesiones de musicoterapia: Se realizaron 5 sesiones de musicoterapia dirigidas exclusivamente a familiares. Se llevaron a cabo dentro de la Unidad, antes de la hora de visita. El número de familiares que acudieron a estas sesiones fue de 49.

La participación y la buena acogida por parte de familiares se identifican como logros.

Las barreras fueron: variabilidad en la implicación de los profesionales encargados de comunicar o facilitar información a las familias sobre las acciones de música y musicoterapia, desconocimiento por parte de las familias sobre el empleo de la musicoterapia como disciplina profesional y limitaciones organizativas y estructurales del propio hospital.

5. CONCLUSIONES La implementación de estrategias de humanización con música y musicoterapia centradas en la familia en UCI es factible y aporta beneficios en la experiencia asistencial, especialmente en términos de comunicación y acompañamiento emocional. Sin embargo, su integración efectiva requiere no solo el diseño de protocolos con intervenciones específicas, sino también un compromiso sostenido del equipo sanitario y cambios organizativos que favorezcan su desarrollo.

La identificación de barreras reales en la práctica clínica permite orientar futuras acciones hacia modelos de humanización más integrados, sostenibles y alineados con las necesidades tanto de las familias como de los profesionales.

6. BIBLIOGRAFÍA

- 1.- Kvande ME, Angel S, Højager Nielsen A. "Humanizing intensive care: A scoping review (HumanIC)". *Nursing Ethics*. 2022;29(2):498-510. doi:10.1177/09697330211050998
- 2.- Abdul Halain, A., Tang, L. Y., Chong, M. C., Ibrahim, N. A., & Abdullah, K. L. (2022). Psychological distress among the family members of Intensive Care Unit (ICU) patients: A scoping review. *Journal of Clinical Nursing*, 31, 497-507. <https://doi.org/10.1111/jocn.15962>
3. Bosco, V., Mercuri, C., Nocerino, R. et al. Family members' experiences with intensive care unit diaries. *BMC Anesthesiol* 25, 210 (2025). <https://doi.org/10.1186/s12871-025-03083-1>
- 4.- Naef R, Jeitziner M, Riguzzi M, et al. Nurse-Led Family Support Intervention for Families of Critically Ill Patients: The FICUS Cluster Randomized Clinical Trial. *JAMA Intern Med*. 2025;185(9):1138-1149. doi:10.1001/jamainternmed.2025.340

77

MICROCREDENCIAL UNIVERSITARIA "HUMANIZAR LA ATENCIÓN DE LA SALUD"

Geno Ochando Ortiz; Conchi Moreno Sousa

geno.ochando.ortiz@navarra.es

1. INTRODUCCIÓN Impulso de una formación universitaria desde la Universidad Pública de Navarra, en coordinación y colaboración con el Departamento de Salud de Navarra, concretamente desde el Servicio de Humanización de dicho dpto, durante los años 2025 y 2026, con un total de cuatro ediciones de una Microcredencial sobre "Humanizar la atención de la Salud".

141

El diseño de contenidos se ha realizado desde el Servicio de Humanización y está alineado con las líneas estratégicas de la Estrategia de Humanización del sistema sanitario público de Navarra:

- Cuidado y bienestar profesional
- Accesibilidad Universal
- Calidez de trato y autonomía de pacientes
- Participación

2. OBJETIVOS (General y Específicos) - Proporcionar conocimientos y herramientas a los y las profesionales del ámbito de la salud en materia de humanización de la asistencia sanitaria.

- Dar a conocer los fundamentos de la humanización de la atención sanitaria.
- Promover los principios y valores de la humanización en la atención sanitaria, así como la utilización de estrategias de comunicación que favorezcan y potencien dicha humanización, enfatizando los cuidados humanizados.
- Mejorar las competencias relacionales, emocionales y éticas para la humanización de la atención.

3. METODOLOGÍA La metodología utilizada incluye: actividades de aprendizaje cooperativo, análisis y resolución de casos, debates, ejercicio/trabajo grupal, lectura de materiales y sesiones expositivas/participativas, prácticas y teóricas.

Docencia presencial, experiencial y participativa.

4. RESULTADOS Se han formado un total de 128 profesionales.

Alto grado de satisfacción de la participación por parte del alumnado, con un 8,71/10, y la del profesorado de 8,62/10.

Elevada valoración de contenidos nucleares (bioética, liderazgo y atención centrada en la persona).

5. CONCLUSIONES Objetivos formativos alcanzados, con un elevado interés por los contenidos.

Satisfacción alta del alumnado en relación a contenidos impartidos y calidad de las exposiciones de los docentes.

Esta formación consta de 30 horas lectivas, equivalentes a 3 ECTS. Tras la evaluación, el alumnado indica que las horas lectivas son insuficientes para la cantidad de contenidos a tratar e impiden que pueda ser una formación más amplia.

Dada la multidisciplinariedad del alumnado, se considera la necesidad de adaptar los contenidos de los módulos y extender la formación a todos los ámbitos del sistema sanitario.

6. BIBLIOGRAFÍA

Estrategia de Humanización del Sistema Público de Navarra 2024 - 2028. Dirección General de Salud de Navarra; 2024. <https://www.navarra.es/NR/rdonlyres/CA9441D2-2B3B-4A42-84A1-FF41AAED2F8A/493013/EstrategiaHumanizacion202428CastNAVEGABLE.pdf>

Orden Foral 334E/2024, 30 de octubre, del consejero de Salud, por la que se aprueba la Estrategia de Humanización del Sistema Sanitario Público de Navarra y se establecen las estructuras organizativas y de

CERTIFICADO HUMAN-AA

Geno Ochando Ortiz; Conchi Moreno Sousa; Patxi Ander Galiano Ureña; Susana Muro Arbizu; M^a Carmen Migueliz Beaumont

geno.ochando.ortiz@navarra.es

1. INTRODUCCIÓN “Human-AA”, es un proyecto que surge de la línea de “Calidez de trato y autonomía de pacientes” de la Estrategia de Humanización del sistema sanitario público de Navarra.

Entre la población que utiliza los servicios sanitarios se encuentran personas con diagnósticos de diferentes enfermedades y trastornos de conducta asociados, que pueden presentar situaciones de mayor vulnerabilidad y tener dificultades en las diferentes atenciones sanitarias, lo que repercute negativamente en el estado emocional y en la conducta de estas personas.

El sistema sanitario debe contemplar estas situaciones individualmente y considerar diferentes aspectos con el objetivo de establecer medidas de discriminación positiva para mejorar la atención, el acceso al sistema sanitario, así como intentar que puedan estar acompañadas el mayor tiempo posible por sus familiares o por personas de su entorno que les puedan ayudar en el marco de su relación asistencial para una correcta comunicación. Resulta necesario:

- Que la organización sanitaria y sus profesionales, adapten el modelo de atención a las características de las personas con alteraciones de conducta que requieran una asistencia diferenciada e integral.
- Generar medidas de apoyo adecuadas a las necesidades y características individuales potenciando un modelo de atención integral y centrado en la persona.

2. OBJETIVOS (General y Específicos) Mejorar la atención de estas y estos pacientes, así como de sus acompañantes, a través de la implementación de medidas organizativas encaminadas a facilitar el Acceso y el Acompañamiento (“Human-AA”) necesarios para recibir una asistencia sanitaria humanizada, integral y de calidad en personas con trastornos de conducta asociados a determinados diagnósticos.

3. METODOLOGÍA La solicitud puede ser realizada por:

- Pacientes, sus familiares o sus representantes legales.
- De oficio, por profesionales de medicina, enfermería, trabajo social etc.

a través de los y las profesionales de enfermería de los Centros de Salud.

Una vez habilitado el Certificado “Human-AA” ,se entregará al o a la paciente un informe en el que consten los datos de identificación de la persona y las prestaciones que acompañan a dicha habilitación, que deberá presentarse en los diferentes centros sanitarios en los que requiera ser atendido/a.

Dicho informe será también publicado en la CPS del o la paciente.



4. RESULTADOS A enero 2026, 613 personas cuentan ya con el Certificado “Human-AA” .

El 42% del total de los certificados aparece en la categoría “Trastorno generalizado del desarrollo”, destacando por frecuencia el Trastorno del Espectro Autista (TEA).

Atendiendo a la edad de las personas que han obtenido el Certificado Human-AA, en la franja de edad comprendida entre los 51 y 60 años es en la que más certificados HUMAN-AA se han emitido con un total de 92 que suponen un 15% del total, siguiéndoles de cerca las franjas de 1 a 10 años y de 11 a 20 años con 87 (14%) y 86 (14%) certificados respectivamente.

Para la realización de este certificado, ha sido muy positiva la participación de asociaciones de pacientes en el ámbito de la salud y entidades de personas con discapacidad.

5. CONCLUSIONES Permite reducir al mínimo los tiempos de espera, lo que previene posibles crisis de conducta, aumentando la seguridad tanto de pacientes como de los profesionales.

Facilita el tránsito por los centros sanitarios, siendo menos estresante para personas con dificultades de autorregulación.

Ayuda a que el personal sanitario identifique de forma rápida las necesidades del o de la paciente desde el momento de su llegada.

Su desarrollo es el resultado de un trabajo conjunto entre el Departamento de Salud de Navarra y asociaciones de pacientes, lo que garantiza que responda a necesidades reales.

6. BIBLIOGRAFÍA

Estrategia de Humanización del Sistema Público de Navarra 2024 - 2028. Dirección General de Salud de Navarra; 2024. <https://hostyurl.com/KB0vyG>

Orden Foral 334E/2024, 30 de octubre, del consejero de Salud, por la que se aprueba la Estrategia de Humanización del Sistema Sanitario Público de Navarra y se establecen las estructuras organizativas y de gestión para el impulso de la Estrategia de Humanización del Sistema Sanitario Público de Navarra. Boletín Oficial de Navarra, n.º 242 (28-11-2024)

Ley Foral 31/2022, de 28 de noviembre, de atención a las personas con discapacidad en Navarra y garantía de sus derechos.

79

“HUMANIZANDO EL ACCESO A LA SALUD MENTAL DE ESTUDIANTES UNIVERSITARIOS: BARRERAS EN LA BÚSQUEDA DE AYUDA”

Ariadna M^a de la Vega Castelo; Jorge Leocadio-Baño; Celia Nogales González; Carlos Vara García; María Ramos López; María del Sequeros Pedroso Chaparro

ariadna.delavega@urjc.es

1. INTRODUCCIÓN Según un estudio reciente elaborado en 2023 por el Ministerio de Universidades y el Centro de Investigación Biomédica CIBERSAM la presencia de problemas de salud mental en el estudiantado de las universidades españolas (públicas y privadas) es elevado, encontrando por ejemplo que uno de cada dos estudiantes que completaron la encuesta presenta sintomatología ansiosa o depresiva y uno de cada cinco, presentan ideaciones suicidas. Sin embargo, según datos de la Organización Mundial de la Salud (2018), sólo uno de cada ocho recibe un tratamiento

profesional. Por tanto, es de vital importancia estudiar los factores que suponen una barrera para la petición de ayuda efectiva.

2. OBJETIVOS (General y Específicos) Evaluar la presencia de barreras para la petición de ayuda profesional ante un problema de salud mental (problemas psicológico, emocional o relacional), en estudiantes universitarios. Como objetivos específicos se evaluará la importancia de las distintas barreras y a quién se realiza la petición de ayuda.

3. METODOLOGÍA Participaron en el estudio 432 estudiantes de la URJC de distintas titulaciones de grado (91%) y de postgrado, con una edad media de 22.21 años (DT=7.70; Rango=18-64) y 72.9% mujeres. Se administró un cuestionario online de manera anónima para evaluar su salud mental percibida, si realizaban o no petición de ayuda y a quién y las potenciales barreras que encontraban para la petición de ayuda por problemas de salud mental (ej., estigma, falta de información, falta de tiempo o coste económico, entre otros). Se realizaron análisis de frecuencias mediante el programa SPSS.

4. RESULTADOS De los 432 estudiantes participantes, 120 (27.8%) contestaron “claramente o con gran frecuencia” a la pregunta de si presentaban en la actualidad algún problema psicológico, emocional o relacional; 177 (el 41%) contestaron que “a veces o un poco”; 131, (30.3%) contestaron “No, en absoluto” y 4 estudiantes (0.9%) no contestaron a esa pregunta. De entre los 120 estudiantes que claramente reconocían tener un problema de salud mental, una amplia mayoría, el 90.8% solicitó a algún tipo de ayuda. Sin embargo, entre las fuentes de ayuda a las que se recurre, 43 personas (35.8%) no realizaron dicha petición de ayuda a un profesional sanitario. De esas 43 personas el 37.2% le pide ayuda a la Inteligencia Artificial (IA). Además, de entre las personas que claramente admitían tener problemas, informaron de las siguientes barreras por orden de importancia: les resulta difícil hablar de sus problemas a un 49,2%, creen que podrían resolverlo solos el 46.7%, mientras que el 40.8% informa de no disponer de los recursos económicos para costeárselos, manifestando el 63,3% que le gustaría tener más información sobre recursos de ayuda disponibles en salud mental.

5. CONCLUSIONES Las implicaciones prácticas de este trabajo indican la necesidad de abordar las siguientes problemáticas que suponen barreras para la búsqueda de ayuda profesional para problemas psicológicos en estudiantes universitarios que tienen conciencia del problema, en la línea con lo encontrado en trabajos previos: la incomodidad para hablar de los problemas (Lipson y cols., 2019), falta de información sobre recursos asistenciales o baja alfabetización mediática Hyseni-Duraku y Davis, 2024), falta de recursos económicos (Bruffaerts, 2019) y creencias de autosuficiencia (Shea, 2019).

6. BIBLIOGRAFÍA

Ministerio de Universidades. (2023). La salud mental en el estudiantado de las universidades españolas. Ministerio de Ciencia, Innovación y Universidades. https://www.ciencia.gob.es/dam/jcr:0de3e888-9c3d-4746-9067-e16fc2f3a4e9/Estudio_SaludMentalEstudiantado_jul2023.pdf

Auerbach, R. P., Mortier, P., Bruffaerts, R., Alonso, J., Kessler, R. C., & Cuijpers, P. (2018). WHO World Mental Health Surveys International College Student Project: Prevalence and distribution of mental disorders. *Journal of Abnormal Psychology, 127*(7), 623-638. <https://doi.org/10.1037/abn0000362>

Lipson, S. K., Lattie, E. G., & Eisenberg, D. (2019). Increased rates of mental health service utilization by U.S. college students: 10-year population-level trends. *Psychiatric Services, 70*(1), 60-63. <https://doi.org/10.1176/appi.ps.20180033>

Hyseni Duraku, Z., & Davis, H. (2024). Overcoming mental health challenges in higher education: A narrative review. *Frontiers in Psychology, 15*, 1466060. <https://doi.org/10.3389/fpsyg.2024.1466060>



Bruffaerts, R., Mortier, P., Kiekens, G., et al. (2019). Mental health problems in college freshmen: Prevalence and academic functioning. *Journal of Affective Disorders*, 249, 111-119. <https://doi.org/10.1016/j.jad.2017.07.044>

Shea, M., Wong, Y. J., Nguyen, K. K., & Gonzalez, J. (2019). College students' barriers to seeking mental health counseling: A latent profile analysis. *Journal of Counseling Psychology*, 66(6), 727-739. <https://doi.org/10.1037/cou0000356>

80

HUMANIZACIÓN EN EL ENTORNO HOSPITALARIO: IMPLEMENTACIÓN DE INICIATIVAS CENTRADAS EN PACIENTES, FAMILIAS Y PROFESIONALES

Dara Carolina Soria Martín; Fayna Sánchez Barber; Yeray Gabriel Santana Padilla; Isabel Hernández Rodríguez; María del Mar Peñate Rodríguez

darasoria@hotmail.es

1. INTRODUCCIÓN La humanización de la atención sanitaria se ha consolidado en los últimos años como un elemento clave para mejorar la calidad asistencial. Este enfoque reconoce al paciente desde una perspectiva integral, considerando no sólo los aspectos clínicos de la enfermedad, sino también sus necesidades emocionales, psicológicas y sociales durante el proceso de atención sanitaria.

La humanización también implica integrar a las familias como parte activa del proceso asistencial, favoreciendo su participación en los cuidados y en la toma de decisiones.

En el ámbito pediátrico, la hospitalización puede generar ansiedad, miedo y estrés tanto en los niños como en sus familias, quienes se enfrentan a situaciones de especial vulnerabilidad. Por ello, resulta fundamental promover estrategias que reduzcan el impacto emocional de la enfermedad y de la estancia hospitalaria, creando entornos más amables y adaptados a las necesidades de los pacientes.

Asimismo, el bienestar de los profesionales sanitarios constituye un elemento esencial, ya que un entorno laboral saludable favorece la empatía, el trabajo en equipo y una atención más cercana y personalizada.

En este contexto, el Hospital Universitario Materno Infantil de Canarias (HUMIC) ha desarrollado diversas iniciativas dirigidas a promover una atención más humana, centrada en pacientes, familias y profesionales.

2. OBJETIVOS (General y Específicos) Objetivo general

-Desarrollar estrategias de humanización en el entorno hospitalario para optimizar la experiencia asistencial de pacientes, familias y profesionales.

Objetivos específicos

-Fomentar un modelo de atención centrado en la persona que promueva la comunicación empática y la participación activa de la familia.

-Impulsar acciones dirigidas al bienestar y motivación de los profesionales sanitarios.

-Transformar el espacio hospitalario para favorecer un entorno más acogedor y adaptado a las necesidades de los pacientes.

-Diseñar actividades que mitiguen el impacto emocional del ingreso hospitalario y promuevan el bienestar de los pacientes.

3. METODOLOGÍA Se desarrolló una intervención institucional basada en la implementación de diferentes proyectos de humanización en el Hospital Universitario Materno Infantil de Canarias durante el periodo 2023-2025.

Las iniciativas fueron coordinadas desde la Subdirección de Enfermería y el Área de Gestión de la Calidad, en colaboración con distintos servicios hospitalarios y asociaciones/entidades externas.

Las acciones se dirigieron a pacientes pediátricos y adultos, sus familias y los profesionales sanitarios, abarcando diferentes ámbitos de actuación: actividades terapéuticas y lúdicas, adaptación de espacios hospitalarios, mejora de la información y comunicación con las familias, así como programas orientados al bienestar de los profesionales.

4. RESULTADOS Durante el periodo 2023-2025, el HUMIC consolidó una estrategia transversal de humanización estructurada en seis ejes estratégicos (ver Tabla 1). En el ámbito asistencial, destacaron los programas de bienestar terapéutico (musicoterapia y terapia asistida) y el refuerzo de la humanización quirúrgica mediante el modelo de cuidados 360° liderado por enfermeras de enlace y continuidad. La adecuación del entorno priorizó la creación de espacios exteriores amigables y áreas recreativas adaptadas. El apoyo familiar se fortaleció mediante el acompañamiento permanente y la digitalización de guías informativas vía QR. Respecto al desarrollo profesional, se implementaron programas de acogida y sistemas de acompañamiento por pares para personal de refuerzo, además de sesiones de autocuidado. Finalmente, se potenció la concienciación mediante la visibilización de días temáticos de salud.

Tabla 1. Proyectos de Humanización

CATEGORÍA ACTIVIDADES REALIZADAS

- *Bienestar -Musicoterapia
 - Lectura terapéutica
 - Terapia asistida con perros
- *Entorno - Áreas recreativas exteriores
 - Ambientación de espacios
- *Humanización Quirúrgica -Traslados lúdicos
 - Cuidados 360° (enfermera de enlace)
- *Familia -Acompañamiento 24h
 - Salas de respiro y descanso
 - Guías informativas digitales
- *Ocio/Educación -Continuidad escolar
 - Sesiones de cine
 - Visitas lúdicas e institucionales
- *Profesional -Sesiones de mindfulness
 - Buzón de ideas

-Programas de acogida

*Concienciación -Paneles y tótems informativos (Cáncer infantil, Diabetes, Salud Mental, Lactancia)

5. CONCLUSIONES La implementación de proyectos transversales de humanización en el ámbito hospitalario contribuye a mejorar la experiencia asistencial de pacientes, familias y profesionales. La adecuación de entornos amigables y el soporte al equipo asistencial permiten mitigar el impacto emocional de la hospitalización, especialmente en pediatría.

La estrategia desarrollada en el HUMIC confirma que las acciones multidisciplinares transforman la cultura organizacional, consolidando una asistencia de mayor calidad, más empática y centrada en la humanización de la asistencia sanitaria.

6. BIBLIOGRAFÍA

Reyes-Téllez, Á., González-García, A., Martín-Salvador, A., Gázquez-López, M., Martínez-García, E., & García-García, I. (2024). Humanization of nursing care: a systematic review. *Frontiers in Medicine*, 11. <https://doi.org/10.3389/fmed.2024.1446701>.

García-Fernández, J., Delgado-Hito, P., Benito-Aracil, L., & Romero-García, M. (2025). Good practices for humanization in pediatric intensive care units: a national Delphi consensus study.. *Intensive & critical care nursing*, 104247. <https://doi.org/10.1016/j.iccn.2025.104247>.

Allande-Cussó, R., Mejías-Martín, Y., Quiñoz-Gallardo, M., & Porcel-Gálvez, A. (2025). The impact of humanising hospital care on health outcomes: an observational study protocol. *BMC Nursing*, 24. <https://doi.org/10.1186/s12912-025-03105-w>.

Santana-Medina, J., & Rodríguez-Suárez, C. (2023). Necesidades de atención domiciliaria en el paciente paliativo pediátrico percibidas por los profesionales: Una teoría fundamentada. *Enfermería Clínica*. <https://doi.org/10.1016/j.enfcli.2023.01.015>.

Hodgson, C., Mehra, R., & Franck, L. (2024). Child and Family Outcomes and Experiences Related to Family-Centered Care Interventions for Hospitalized Pediatric Patients: A Systematic Review. *Children*, 11. <https://doi.org/10.3390/children11080949>.

Meneses-La-Riva, M., Suyo-Vega, J., & Fernández-Bedoya, V. (2021). Humanized Care From the Nurse-Patient Perspective in a Hospital Setting: A Systematic Review of Experiences Disclosed in Spanish and Portuguese Scientific Articles. *Frontiers in Public Health*, 9. <https://doi.org/10.3389/fpubh.2021.737506>.

Cohen, C., Pignata, S., Bezak, E., Tie, M., & Childs, J. (2023). Workplace interventions to improve well-being and reduce burnout for nurses, physicians and allied healthcare professionals: a systematic review. *BMJ Open*, 13. <https://doi.org/10.1136/bmjopen-2022-071203>.

Adnan, N., Dafny, H., Baldwin, C., Jakimowitz, S., Chalmers, D., Aroury, A., & Chamberlain, D. (2022). What are the solutions for well-being and burn-out for healthcare professionals? An umbrella realist review of learnings of individual-focused interventions for critical care. *BMJ Open*, 12. <https://doi.org/10.1136/bmjopen-2022-060973>.

1. INTRODUCCIÓN Las Unidades de Cuidados Intensivos (UCI) son entornos complejos que requieren cuidados especializados y una atención constante. Para una enfermera que se incorpora por primera vez, este contexto puede resultar exigente y generar dudas o inseguridad. Por ello, es fundamental acompañar este proceso de adaptación de forma cercana y estructurada.

La guía de acogida se plantea como una herramienta de apoyo que orienta al nuevo profesional en sus primeros pasos en la unidad. No solo organiza el aprendizaje y facilita la adquisición progresiva de competencias, sino que también incluye un sistema de evaluación que permite identificar avances y necesidades, siempre desde un enfoque constructivo.

Este recurso ayuda a ganar confianza, comprender el funcionamiento del servicio y familiarizarse con los cuidados y los equipos propios de la UCI. Además, promueve una formación homogénea que garantiza la seguridad del paciente y la calidad de la atención.

Asimismo, se incorpora la importancia de la humanización del cuidado, fomentando valores como la comunicación, el respeto, la dignidad y el acompañamiento emocional.

El apoyo de compañeros con experiencia es clave, ya que proporciona guía, seguridad y un espacio donde aprender, preguntar y crecer profesionalmente.

2. OBJETIVOS (General y Específicos) Describir el proceso de evolución de una guía de acogida en UCI, integrando progresivamente elementos de humanización del cuidado en la formación y evaluación de nuevas enfermeras.

3. METODOLOGÍA Se desarrolló un proceso de mejora continua de una guía de acogida para enfermeras de nueva incorporación en UCI. Inicialmente centrada en competencias clínicas y organizativas, la guía se revisó periódicamente según necesidades formativas, experiencia profesional y reflexión sobre la práctica. Con el tiempo, se incorporaron contenidos de humanización del cuidado, como la comunicación terapéutica, el respeto a la dignidad e intimidad del paciente, la participación familiar y el acompañamiento emocional. La formación se organizó en un itinerario teórico-práctico, combinando aprendizaje online, presencial y clínico. Además, se implementó una evaluación de competencias que integra aspectos técnicos, relacionales y éticos

4. RESULTADOS La evolución de la guía ha permitido ampliar el enfoque formativo, pasando de un modelo centrado principalmente en competencias técnicas a un modelo más integral que incorpora de forma explícita la humanización del cuidado.

Se han introducido cambios en los contenidos formativos y en los criterios de evaluación, incorporando indicadores relacionados con la comunicación con el paciente y la familia, el respeto a la autonomía y la toma de decisiones compartida. Asimismo, se ha reforzado el papel del profesional referente como facilitador no solo del aprendizaje técnico, sino también del desarrollo de competencias relacionales y actitudinales.

Este proceso ha favorecido una mayor coherencia en la formación, una integración más progresiva de los nuevos profesionales y una mayor sensibilización hacia la importancia de la humanización en el entorno de cuidados críticos.

5. CONCLUSIONES La evolución de una guía de acogida en UCI desde un enfoque técnico hacia un modelo integral que incorpora la humanización del cuidado constituye una estrategia clave para mejorar la formación de las nuevas enfermeras.

Integrar la dimensión humanizadora en los procesos de acogida no solo contribuye a una atención más centrada en la persona, sino que también favorece la adaptación profesional, el desarrollo competencial y la construcción de una cultura asistencial más reflexiva y comprometida con la calidad de los cuidados.

6. BIBLIOGRAFÍA

- Pascual J. Certificación de la competencia profesional de la enfermera de Cuidados Intensivos: encuesta de opinión. *Enfermería Intensiva* 1998;9:16-20
- Incidentes y eventos adversos en medicina intensiva. Seguridad y riesgo en el enfermo crítico. SYREC 2007. Informe. Mayo 2009 Informes, estudios e investigación 2009. Ministerio de sanidad y política social.
- MAPA DE COMPETENCIAS ENFERMERO/A Perfil de Cuidados Críticos y Urgencias <http://www.carloshaya.net/recursoshumanos/files/Mapas/2.pdf> revisat el 16 octubre 2009
- Certificación de enfermería en cuidados al paciente crítico (cEcc). Sociedad Española de Enfermería Intensiva y Unidades Coronarias (SEEIUC)
- Morris, Linda L. Diseñar un odelo de orientación de cuidados (StaffDevelopment). *Critical Care Enfermera*;1-dec-2007 <http://www.accessmylibrary.com>

82

ENFERMERA DE SALUD MENTAL: PILAR DE HUMANIZACIÓN EN EL DEBUT Y CRONICIDAD DE LA DIABETES

Dara Carolina Soria Martín; Fayna Sánchez Barber; Yeray Gabriel Santana Padilla; Isabel Hernández Rodríguez; Sonia Ramírez Medina; Cristina Medina Castellano

darasoria@hotmail.es

1. INTRODUCCIÓN El diagnóstico de Diabetes Mellitus tipo 1 (DM1) constituye un evento de alto impacto emocional que sumerge al menor y a su entorno familiar en una transición caracterizada por el miedo, la incertidumbre y una elevada sobrecarga emocional. Este momento crítico requiere un abordaje que trascienda el control metabólico y la educación técnica, integrando el soporte emocional como parte esencial del tratamiento de la cronicidad. La respuesta asistencial debe incluir las necesidades psicosociales para favorecer la adaptación emocional y reforzar la resiliencia familiar.

Para responder a esta realidad, se ha incorporado la figura de la Enfermera Especialista en Salud Mental (EESM) en el equipo de atención a la cronicidad. Su intervención se basa en establecer relaciones de confianza que aseguren un proceso terapéutico humanizado, integrando los cuidados físicos con los emocionales. Al actuar desde las primeras fases del diagnóstico, la EESM ayuda a prevenir complicaciones derivadas de una gestión inadecuada del impacto emocional, promoviendo una mayor adherencia al tratamiento y una mejor calidad de vida para el paciente pediátrico y sus cuidadores.

2. OBJETIVOS (General y Específicos) General:

-Incorporar a la EESM en el equipo multidisciplinar para garantizar el soporte emocional especializado al niño con DM1 y su familia.

Específicos:

-Sistematizar el acompañamiento psicosocial inicial para facilitar la adaptación al diagnóstico y la gestión del duelo.

-Capacitar a los cuidadores en estrategias de afrontamiento ante las demandas de la enfermedad crónica.

-Identificar barreras emocionales específicas que dificultan la adherencia y el control metabólico.

3. METODOLOGÍA Estudio descriptivo, observacional y retrospectivo de la actividad asistencial de la EESM en cronicidad pediátrica (2024-2025). El circuito se inicia mediante interconsulta desde Hospitalización y Educación Diabetológica. La EESM ejerce un liderazgo clínico a través de la valoración autónoma por patrones funcionales y la entrevista clínica, diseñando e implementando el plan de cuidados emocionales. Se analizaron variables de cobertura y adherencia en debuts de DM1 e ingresos por descompensación metabólica mediante la explotación de datos de la historia clínica electrónica.

4. RESULTADOS La actividad de la EESM en el soporte a la DM1 se ha consolidado como un pilar fundamental de la atención integral en el HUMIC. Durante el año 2025, se realizaron un total de 85 intervenciones específicas en esta patología, lo que representa el 45,4% del volumen asistencial total del servicio especializado.

El análisis detallado de la atención prestada revela:

Atención al Debut: Se brindó soporte emocional inicial a 40 pacientes y sus familias durante la fase de diagnóstico. Estas intervenciones se centraron en el acompañamiento terapéutico y la gestión del impacto emocional primario.

Abordaje del Mal Control: Se realizaron 45 intervenciones motivadas por un control glucémico deficiente, orientadas a identificar barreras emocionales, distrés por la enfermedad o dificultades de afrontamiento en el entorno familiar.

Cobertura y Eficiencia: El modelo ha permitido transitar hacia una figura transversal que ofrece soporte especializado en patologías orgánicas de alto impacto emocional. La respuesta asistencial masiva tras la ampliación de la cartera de servicios demuestra que el recurso es indispensable para el flujo diario del hospital.

5. CONCLUSIONES La integración sistemática de la EESM en el proceso de atención de la DM1 consolida un modelo de cuidados transversales que da respuesta al impacto emocional de la cronicidad pediátrica. Su intervención temprana facilita la adaptación familiar y fortalece las estrategias de afrontamiento y autocuidado desde el diagnóstico. Este modelo, centrado en la persona, refuerza la seguridad clínica y el bienestar emocional, demostrando que la especialización en salud mental es un recurso esencial para garantizar una atención pediátrica integral, excelente y sensible a las necesidades psicosociales.

6. BIBLIOGRAFÍA

Holmström Rising, M., & Söderberg, S. (2023). Experiences of transitions in daily life for parents of children with type 1 diabetes: An interpretive description. *Research in Nursing & Health*, 46, 313-322. <https://doi.org/10.1002/nur.22303>

Rankin, D., Harden, J., Waugh, N., Noyes, K., Barnard, K. D., & Lawton, J. (2016). Parents' information and support needs when their child is diagnosed with type 1 diabetes: A qualitative study. *Health Expectations*, 19(3), 580-591. <https://doi.org/10.1111/hex.12244>



Silva, B. B., Lima, M. H. M., & Saidel, M. G. B. (2023). Mental health nursing care for people with diabetes mellitus: An integrative review. *Revista Latino-Americana de Enfermagem*, 31, e4074. <https://doi.org/10.1590/1518-8345.6827.4073>

Stanek, K. R., Noser, A. E., Patton, S. R., Clements, M. A., Youngkin, E. M., & Majidi, S. (2020). Stressful life events, parental psychosocial factors, and glycemic management in school-aged children during the 1-year follow-up of new-onset type 1 diabetes. *Pediatric Diabetes*, 21(4), 673–680. <https://doi.org/10.1111/pedi.13012>

Commissariat, P. V., Harrington, K. R., Whitehouse, A. L., Miller, K. M., Hilliard, M. E., Van Name, M., et al. (2020). "I'm essentially his pancreas": Parent perceptions of diabetes burden and opportunities to reduce burden in the care of children under 8 years old with type 1 diabetes. *Pediatric Diabetes*, 21(2), 377–383. <https://doi.org/10.1111/pedi.12956>

Kumar, A., et al. (2020). The role of psychiatric mental health nurse practitioners in improving mental and behavioral health care delivery for children and adolescents. *Journal of the American Psychiatric Nurses Association*. Recuperado de <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/33032746/>

MacKay, L. J., Chang, U., Kreiter, E., Nickel, E., Kamke, J., Bahia, R., Shantz, S., & Meyerhoff, H. (2024). Exploration of trust between pediatric nurses and children with a medical diagnosis and their caregivers on inpatient care units: A scoping review. *Journal of pediatric nursing*, 78, e1–e30. <https://doi.org/10.1016/j.pedn.2024.05.030>

83

INCORPORACIÓN DEL DISEÑO BIOFÍLICO EN SALAS DE QUIMIOTERAPIA

Renata Nanni

reninanni@gmail.com

1. INTRODUCCIÓN Recientemente, se ha comprobado que el entorno influye en el bienestar de las personas. Diversas investigaciones han demostrado que incorporar elementos de la naturaleza en espacios interiores tiene efectos positivos en la salud física y emocional. A partir de esto, el diseño biofílico surge como una herramienta para reconectar a las personas con lo natural dentro del espacio construido, favoreciendo entornos más agradables.

En el ámbito sanitario, el vínculo de las personas con los espacios adquiere mucha importancia. En tratamientos prolongados, estos espacios se vuelven parte de la vida cotidiana del paciente. Sin embargo, los espacios de salud, tanto a nivel global como local, suelen estar atravesados por un estigma asociado a lo blanco, lo estéril y lo impersonal, configurando entornos poco acogedores.

Según artículos, en las últimas décadas, la inversión en el diseño hospitalario se ha centrado en la asepsia y el cumplimiento de protocolos, pero el diseño centrado en la experiencia del paciente, continúa siendo un área poco explorada.

Frente a este contexto, este proyecto plantea el diseño como una herramienta para generar bienestar, situando en el centro la experiencia del paciente, e integrando elementos que evocan a la naturaleza con el objetivo de generar entornos más humanos.

2. OBJETIVOS (General y Específicos) General: Mejorar la comodidad y el bienestar emocional de los pacientes oncológicos durante su tratamiento.

Específicos:

Brindar a los pacientes la posibilidad de adaptar el entorno a sus necesidades.

Generar un ambiente confortable que le permita al paciente desconectar mediante descanso, ocio o relajación, conservando la sensación de grupo.

152

Promover la comodidad mediante elementos personalizables que aporten privacidad y autonomía en el uso del espacio.

Fomentar la calma y la calidez mediante el uso de colores y materiales, propios del diseño biofílico y la psicología del color.

Estimular los sentidos a través de elementos que remitan a la naturaleza.

3. METODOLOGÍA La metodología adoptada es de carácter cualitativo, basada en la comprensión de la experiencia del usuario en contextos reales. Se realizaron visitas a salas de quimioterapia, en la ciudad de Rosario, Argentina, permitiendo observar su funcionamiento, dinámicas de uso y comprender las normativas de higiene y seguridad que condicionan el diseño. Paralelamente, se llevaron a cabo entrevistas a pacientes, médicos oncólogos y personal de enfermería, profundizando en la experiencia del tratamiento.

4. RESULTADOS Las entrevistas evidenciaron que las necesidades de los pacientes no son homogéneas. Mientras algunos valoran realizar el tratamiento en un entorno grupal, donde se genera una sensación de acompañamiento y comunidad, otros necesitan de momentos de privacidad para descansar o despejar la mente.

Asimismo, se identificó la importancia de la autogestión del entorno: la posibilidad de tomar decisiones durante el tratamiento contribuye a disminuir la sensación de vulnerabilidad y a promover una mayor percepción de libertad.

A partir de estos hallazgos, la propuesta se centra en la búsqueda de un equilibrio entre refugio y panorama —patrones propios del diseño biofílico—, brindando privacidad y autonomía sin perder la conexión con el entorno y los demás pacientes.

Se proponen módulos individuales integrados al espacio, con elementos personalizables que permiten adaptar el entorno según las preferencias del usuario, como una mesa auxiliar multiposición, iluminación individual, espacio de guardado, carga USB, entre otros.

La iluminación adquiere un rol central, priorizando la generación de interés visual a través de la superposición de luces y sombras - propia de la experiencia cotidiana en la naturaleza -, mientras que las formas, materiales y colores, son inspirados en la naturaleza y responden también a la psicología del color.

5. CONCLUSIONES El proyecto evidencia el potencial del diseño como herramienta para humanizar los entornos sanitarios, situando la experiencia del paciente como eje central. A partir de la comprensión de sus necesidades y limitaciones, se propone una solución que equilibra contención, privacidad y autonomía, favoreciendo el bienestar durante el tratamiento.

La incorporación de principios del diseño biofílico contribuye a reducir el estrés y generar entornos más cálidos y contenedores. En este sentido, la propuesta no solo mejora la calidad de vida del paciente, sino que también aporta valor a las instituciones de salud, abriendo nuevas posibilidades para el diseño en contextos sanitarios.

6. BIBLIOGRAFÍA

AD Magazine. (2020, agosto 17). ¿Qué es el diseño biofílico y por qué será tendencia? <https://www.admagazine.com/interiorismo/que-es-diseno-biofilico-por-que-sera-tendencia-20200817-7281-articulos>

ConSalud.es. (s. f.). El diseño de salas de quimioterapia como aliado para sobrellevar la enfermedad.

<https://www.consalud.es/pacientes/diseno-salas-quimioterapia-aliado-sobrellevar-enfermedad.html>



Green Furniture Concept. (s. f.-a). Bienestar a través del diseño: placemaking de hospitales. <https://greenfc.com/es/historias/bienestar-a-traves-del-diseno-placemaking-de-hospitales/>

Green Furniture Concept. (s. f.-b). La naturaleza como diseñadora: diseño biofilico en la creación de lugares modernos.

<https://greenfc.com/es/historias/la-naturaleza-como-disenadora-diseno-biofilico-en-creacion-placemaking-de-lugares-modernos/>

Hospitecnia. (s. f.). El diseño biofilico en hospitales.

<https://hospitecnia.com/arquitectura/el-diseno-biofilico-en-hospitales/>

Interface Blog. (s. f.). El diseño biofilico puede mejorar el bienestar emocional. <https://blog.interface.com/es/el-diseno-biofilico-puede-mejorar-el-bienestar-emocional/>

Simbiotia. (s. f.). ¿Qué es el diseño biofilico?

<https://www.simbiotia.com/diseno-biofilico/>

Terrapin Bright Green. (2014). 14 patrones del diseño biofilico. https://www.terrapinbrightgreen.com/wp-content/uploads/2016/10/14-Patrones-Terrapin-espanol_para-email_1.4MB.pdf

YouTube. (s. f.). [Video sobre diseño biofilico].

<https://www.youtube.com/watch?v=cpTeG74pfUw>

YouTube. (s. f.). [Video sobre diseño biofilico].

<https://www.youtube.com/watch?v=16C8qjBOjHM>

Material complementario

Nanni, R. (2026). Video de presentación del proyecto [Video].

<https://drive.google.com/file/d/1g18WnK-c2IoszxVoMchOOsoBCa48EcK/view>

HUMANIZAR DESDE DENTRO: SISTEMAS DE MEDIACIÓN COMO EJE DE TRANSFORMACIÓN Y CONCIENCIA DEL CONFLICTO Y SUS RELACIONES

Sara Davi Fernández; Sandra Vázquez Varela; Gloria Novel Martí; Cristina Juárez Sánchez; Isabel Miranda Villalba; Joaquim Margenat Arxé

sdavi@dialegs360.com

1. INTRODUCCIÓN Las organizaciones sanitarias, caracterizadas por su elevada complejidad estructural y funcional, constituyen entornos en los que convergen múltiples interacciones, incrementando la probabilidad de aparición de conflictos. Estos contextos están marcados por la gestión de situaciones altamente sensibles, una intensa interdependencia entre profesionales y la presión de un sistema tensionado que busca sostener un modelo de atención sanitaria universal con recursos limitados.

En este escenario, se evidencia una progresiva deshumanización de las relaciones, favorecida por dinámicas de competencia y afrontamiento orientadas a la supervivencia organizacional ante la escasez.

Ante esta realidad, nuestra experiencia aplicando sistemas de mediación desde hace más de 20 años nos permite afirmar que este modelo de intervención representa una estrategia eficaz para la gestión de conflictos y la humanización de la relaciones entre profesionales. Si se tiene en cuenta que su aplicación no sólo permite abordar las divergencias de intereses, sino también incorpora una dimensión reflexiva orientada a

la toma de conciencia sobre la calidad de las relaciones, contribuyendo a su fortalecimiento y a la humanización del entorno sanitario. Lo que ha supuesto una evidencia perceptiva durante años recientemente lo podemos empezar a afirmar a través del reciente estudio hecho en usuarios que han utilizado dicho sistema.

2. OBJETIVOS (General y Específicos) Objetivo general

Analizar la contribución de los sistemas de mediación en la gestión de conflictos entre profesionales sanitarios y su impacto en la humanización de las relaciones interprofesionales.

Objetivos específicos:

1. Describir el papel de los sistemas de mediación como estrategia para la gestión estructurada de conflictos entre profesionales.
2. Explorar la dimensión reflexiva de la mediación en la toma de conciencia sobre las relaciones interpersonales.
3. Analizar la contribución de los sistemas de mediación a la humanización del entorno organizativo sanitario por lo que respecta a asegurar espacios de diálogo más seguros y cuidados.

3. METODOLOGÍA Este estudio analiza la influencia de los sistemas de mediación en la humanización de los espacios sanitarios mediante un enfoque mixto y un diseño descriptivo. Durante el año 2025, se recopilaron encuestas de satisfacción voluntarias dirigidas a profesionales participantes en actividades de mediación en diversas instituciones sanitarias, utilizando un muestreo no probabilístico de tipo consecutivo.

Asimismo, se incorporó la observación participante por parte de mediadores durante las intervenciones, lo que permitió enriquecer la interpretación de los resultados y favorecer su triangulación con las valoraciones cualitativas expresadas por los profesionales participantes.

4. RESULTADOS Del estudio realizado, y a modo de resumen, se han obtenido los siguientes resultados:

Respecto a valorar el grado de afectación antes de iniciar el trabajo de mediación: la mayoría indica algún grado de afectación, entre alto, medio y bajo, acercándose prácticamente al 80%.

Respecto a valorar lo que les ha aportado el servicio de mediación, la mayoría de personas encuestadas manifiestan que han podido entenderse mejor, a sí mismos, a los demás y la situación vivida; han ampliado su capacidad de gestión del conflicto; han podido integrar mejor sus emociones favoreciendo su bienestar personal; han adquirido nuevos aprendizajes. Tan solo alrededor del 16% de los casos no saben o no contestan respecto si los sistemas de mediación les han aportado alguno de los beneficios indicados.

En el apartado de observaciones personales los comentarios manifiestan que su paso por mediación les ha ayudado a: tener más empatía, conciencia, ser más transparentes, aprende a escuchar, hablar sin juzgar, entender que detrás de cada reacción hay una historia, a ser más respetuosa, sentirse acompañado, integrar de forma más saludable las emociones, aprender a gestionar mejor el conflicto, etc. Valoraciones que se han visto confirmadas 100% a través de la observación participada.

5. CONCLUSIONES Los sistemas de mediación contribuyen a la humanización del sistema sanitario al fomentar la toma de conciencia sobre la calidad de las relaciones humanas.

- En este sentido, promueven la adopción de un paradigma colaborativo mediante la adquisición de herramientas para abordar los conflictos con mayor receptividad y sensibilidad, entendiendo el conflicto como parte inherente de la experiencia humana.
- Asimismo, favorecen el reconocimiento de las partes como interlocutores legítimos, integrando sus vivencias y situando la relación en el centro.
- Finalmente, facilitan la transformación relacional al generar espacios seguros que permiten abordar conversaciones difíciles y recuperar el bienestar.

6. BIBLIOGRAFÍA

Novel Martí G. Mediación organizacional: desarrollando un modelo de éxito compartido. Madrid: Editorial Reus; 2010.

Novel Martí G. Mediación en salud: un nuevo paradigma cultural en organizaciones que cuidan. Madrid: Editorial Reus; 2012.

Novel Martí G. Mediación sanitaria: proyecto de innovación para la gestión de conflictos en las organizaciones de salud. Saarbrücken: Editorial Académica Española; 2011.

Munduate L, Medina FJ, Euwema MC. La mediación: una herramienta de gestión constructiva del conflicto en el lugar de trabajo. Rev Psicol Trab Organ. 2022;38(3):147-156. doi:10.5093/jwop2022a20.

85

PREVALENCIA DE ESTEREOTIPOS EDADISTAS EN ESTUDIANTES DE PRIMERO DE MEDICINA

Jorge Leocadio-Baño; Ariadna de la Vega-Castelo; Rosa Romero-Moreno; Carlos Vara-García; María Ramos-López; María del Sequeros Pedroso-Chaparro

jorge.leocadio@urjc.es

1. INTRODUCCIÓN El edadismo, definido por la Organización Mundial de la Salud (OMS, 2022), como los estereotipos, prejuicios y discriminación hacia las personas, debido a su edad, supone uno de los mayores desafíos a los que nos enfrentamos como sociedad debido al envejecimiento poblacional. En España estudios previos encuentran altos porcentajes de estereotipos edadistas en los profesionales sanitarios y en estudiantes de ciencias de la salud (Iglesias-Gómez et al., 2022; Leocadio et al., 2025), lo que supone un problema a abordar, teniendo en cuenta las consecuencias negativas que conllevan para la salud de las personas, junto con un aumento de costes sanitarios (OMS, 2022).

2. OBJETIVOS (General y Específicos) Evaluar la presencia de estereotipos edadistas en estudiantes del grado de medicina. Como objetivo específico se pretende detectar qué dimensiones de estereotipos negativos asociados a la vejez son más prevalentes entre los futuros profesionales de medicina.

3. METODOLOGÍA Participaron en el estudio 168 estudiantes de primero de medicina de la URJC con una edad media de 20.53 años; DT=3.81; Rango=18-54 y 70.8% mujeres. Los niveles de estereotipos negativos hacia la vejez 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 de las siguientes tres dimensiones: a) salud b) carácter y personalidad c) factores sociales y motivación, tomando como puntos de corte los identificados por León et al. (2015).

4. RESULTADOS La puntuación media global en la escala CENVE fue de 32.25 (DT 6.68; Rango 15-46). Atendiendo a los puntos de corte, el el 23.8 % de los

156

participantes mostraron estereotipos negativos hacia la vejez. Con respecto a las dimensiones, cabe destacar que el 26,8% de los estudiantes de medicina mostraron estereotipos negativos en la dimensión de salud, el 30.3% lo hicieron para la dimensión de carácter y personalidad y, finalmente, el 26.3% (presentaron estereotipos negativos para la dimensión de factores sociales y motivación).

5. CONCLUSIONES Los resultados sugieren que prácticamente una cuarta parte de los estudiantes presentan niveles elevados de estereotipos edadistas. Estos hallazgos son consistentes con investigaciones previas en medicina (López-Vargas et al., 2023) y en terapia ocupacional (Leocadio-Baño et al., 2025). Por lo tanto, implementar formaciones desde las entidades universitarias y desde el sistema sanitario que sensibilicen contra el edadismo es esencial para garantizar que los futuros profesionales ofrezcan una atención clínica de calidad, igualitaria, centrada en la persona y libre de prejuicios.

6. BIBLIOGRAFÍA

Blanca, M. J., Sánchez-Palacios, C., y Trianes, M. (2005). Cuestionario de evaluación de estereotipos negativos hacia la vejez. *Revista Multidisciplinar de Gerontología*, 15(4), 212-221.

Iglesias-Gómez, R., Álvarez-Estévez, L., González-Rodríguez, C., Amaro-Vazquez, N., Rodríguez-Pastoriza, S., Sanchez Sanchez, 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)

Leocadio-Baño, J., Vega-Castelo, A., Vara-García, C., Romero-Moreno, R., Pedroso-Chaparro M(2025). Are Future Occupational Therapists Sufficiently Prepared to Take Care of Older Adults? Prevalence of Negative Age Stereotypes in Occupational Therapy Undergraduate Students: A Cross-sectional Study. *Archive of Gerontology and Geriatrics Research* 10(1):001-005. Available from: <http://dx.doi.org/10.17352/aggr.000039>

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 Multidisciplinar*, 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>

CARE UP, LA APP QUE MOTIVA Y CUIDA A LAS ENFERMERAS

Moisés Arencibia Sánchez; Patricia Arencibia Sánchez

humanizo@outlook.com

1. INTRODUCCIÓN La relación profesional de enfermería-paciente es considerada como una de las más importantes en el proceso de otorgar unos cuidados humanizados, con el compromiso ético de considerar a la persona en su globalidad.

La deshumanización del sistema sanitario y de los profesionales de enfermería, viene a redundar en la necesidad de mejorar la formación que reciben estos profesionales, en áreas como la bioética, la comunicación interpersonal, valores humanísticos y humanización de los cuidados.

En este proceso se destaca la motivación como un factor importante y necesario, que impulsa el cambio de comportamientos para lograr los objetivos deseados. En consecuencia, unido al hecho que se demuestran respuestas más positivas con los equipos que comparten una identidad unificada, una mayor comunicación y

cooperación, obtendremos beneficios de identidad común del equipo, generando intercambio de información sobre tareas comunes, como la realización de unos cuidados más humanizados en el caso de los profesionales de enfermería.

Demostrada la efectividad en los resultados de nuestro estudio realizado entre 2022 y 2023 respecto a la sensibilización sobre el cuidado humanizado en la exposición a mensajes persuasivos de tipo motivacional entre el personal de enfermería, comienza la fase para el desarrollo de una app denominada Care Up.

2. OBJETIVOS (General y Específicos) Desarrollo e implementación de la app Care Up, en centros sanitarios piloto para incorporar su uso como herramienta de motivación extrínseca dirigida a las profesionales de enfermería.

Evaluar la utilidad, satisfacción y expectativas de la app Care Up por parte de las profesionales de enfermería participantes

3. METODOLOGÍA Se está realizando un estudio transversal mediante una técnica mixta, compuesta por la utilización de la app Care Up para el envío de mensajes motivacionales personalizados al inicio de cada turno y durante dos meses, y posteriormente la realización del cuestionario MAUQ de utilidad y satisfacción de Care Up por los profesionales de enfermería participantes.

Se ha creado un formulario ad hoc anonimizado dividido en tres dominios basados en el cuestionario MAUQ: un primer dominio valorando la utilidad, un segundo dominio que valora la satisfacción, y un último dominio que valora las expectativas a futuro.

4. RESULTADOS En nuestro estudio de 2023 se observa una mejora en la puntuación de la escala HUMAS post exposición a los mensajes personalizados en todas las competencias personales que se valoraban. 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. Por ello se ha considerado el desarrollo e implementación de la app Care Up para poder realizar esta segunda fase donde comprobar si la efectividad se mantiene junto con el uso de la app en periodos más amplios de los estudiados.

5. CONCLUSIONES Se destaca que el desarrollo de la app Care Up está en la última fase previa a su implementación definitiva.

Se comprueba que existe una base importante y suficiente dentro del estudio previo que demuestra la efectividad de la mejora en la sensibilización del cuidado humanizado en las competencias evaluadas.

6. BIBLIOGRAFÍA

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), pp. 32-36.

Azoulay, É. et al. (2025) «Positive communication for decreasing burnout in intensive-care-unit staff: a cluster-randomized trial», *Intensive Care Medicine* [Preprint]. Disponible en: <https://doi.org/10.1007/s00134-025-08134-2>.

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>.

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>



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>.

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>.

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>.

Monasor Ortola, D., Mira Solves, J.J. y Esteve Ríos, A. (2025) «Análisis de habilidades y percepciones sobre mHealth en el manejo de pacientes crónicos por profesionales de atención primaria», *Atención Primaria*, 57(2). Disponible en: <https://doi.org/10.1016/j.aprim.2024.103142>.

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>

88

HOSPITAL PET FRIENDLY - INTEGRACIÓN DE INTERVENCIONES ASISTIDAS CON ANIMALES Y ACOMPAÑAMIENTO DE MASCOTAS EN LA HUMANIZACIÓN HOSPITALARIA

María del Mar Peñate Rodríguez; Fernando Fernández Fuertes; Dara Soria Martín; Estefanía Ramírez Santana; Fayna Sánchez Barber; Virginia León Armas

mpenrody@gobiernodecanarias.org

1. INTRODUCCIÓN La humanización de la atención sanitaria exige incorporar, junto a la excelencia clínica, intervenciones que atiendan las dimensiones emocionales, afectivas y relacionales de pacientes y familias. En entornos hospitalarios complejos, especialmente en pediatría, cuidados paliativos y procesos de larga estancia, la hospitalización puede generar ansiedad, aislamiento, sufrimiento emocional y ruptura del vínculo con el entorno cotidiano. En este contexto, el vínculo humano-animal ha demostrado aportar beneficios terapéuticos relevantes, favoreciendo el bienestar psicológico, la reducción del estrés y la mejora de la experiencia asistencial. El Complejo Hospitalario Universitario Insular-Materno Infantil de Gran Canaria identificó la necesidad de desarrollar un modelo innovador de atención PET Friendly que integrara intervenciones asistidas con animales y visitas reguladas de mascotas personales como estrategia de humanización. Este enfoque busca reforzar una atención centrada en la persona, promoviendo entornos más acogedores, empáticos y respetuosos con las necesidades emocionales de pacientes, familias y profesionales. El objetivo fue diseñar e implementar un modelo hospitalario PET Friendly, evaluando su impacto en la experiencia emocional, la percepción de humanización y el clima asistencial.

2. OBJETIVOS (General y Específicos) Objetivo general

Diseñar e implementar un modelo hospitalario PET Friendly que integre intervenciones asistidas con animales y visitas controladas de mascotas personales, evaluando su impacto en la experiencia del paciente y su familia.

Objetivos específicos

Promover una atención sanitaria empática, respetuosa y centrada en la persona.

Favorecer la participación activa de las familias en el proceso asistencial.

Crear espacios hospitalarios más acogedores y adaptados a las necesidades emocionales de los pacientes.

Desarrollar actividades terapéuticas y lúdicas que reduzcan el impacto emocional de la hospitalización.

Impulsar acciones dirigidas al bienestar y motivación de los profesionales sanitarios.

3. METODOLOGÍA Se diseñó un programa estructurado en tres líneas de actuación:

- Intervenciones asistidas con animales mediante colaboración con entidades especializadas.

- Visitas controladas de mascotas personales en situaciones de especial vulnerabilidad, principalmente en cuidados paliativos.

- Desarrollo progresivo de un entorno PET Friendly estructurado.

Se aplicaron protocolos de bioseguridad, criterios de selección de pacientes y coordinación multidisciplinar.

Las acciones se dirigieron a pacientes pediátricos y adultos, familias y profesionales, incluyendo adaptación de espacios, circuitos asistenciales y estrategias de información y acompañamiento.

4. RESULTADOS En la implantación del modelo PET Friendly se observaron beneficios clínico-emocionales y organizativos significativos.

Los pacientes participantes mostraron disminución de ansiedad, mejora del estado de ánimo, mayor interacción social y mejor adaptación al entorno hospitalario.

Las familias refirieron una experiencia emocional más positiva y una percepción reforzada de cercanía, dignidad y humanización, especialmente en situaciones de final de vida.

Se observa también impacto positivo en el clima asistencial y en la satisfacción profesional.

PROYECTO ACTIVIDAD REALIZADA

Amigos con Patas Sesiones asistidas con perros dirigidas a menores con problemas de salud mental

Protocolo de actuación sanitaria y coordinación interinstitucional para el abordaje de las situaciones de violencia hacia la infancia y adolescencia en Canarias entre Viceconsejería de Justicia y el Complejo Hospital Universitario Insular Materno Infantil Intervención con perros de asistencia a ciertas valoraciones conjuntas médico forense y asistenciales

Intervenciones asistidas con perros en Unidad de Oncología Pediátrica Intervenciones Asistidas con Perros (IAP) en la Unidad de Oncología Pediátrica

Visita de Mascotas Personales

Paliacan: Hocicos que Acompañan Apoyo en la atención centrada en la persona facilitando la visita, en pacientes vulnerables de sus mascotas, las cuales proporcionan beneficios fisiológicos y psicológicos

5. CONCLUSIONES El modelo PET Friendly constituye una intervención segura, viable y de alto valor humanizador.

Capaz de integrar la dimensión emocional en la práctica asistencial de forma transversal,



Su implementación favorece una atención verdaderamente centrada en la persona, fortaleciendo vínculos afectivos, bienestar emocional y calidad asistencial.

La experiencia del Complejo Hospital Universitario Insular Materno Infantil demuestra que estas iniciativas multidisciplinares son sostenibles, replicables y contribuyen de manera efectiva a transformar el entorno hospitalario en un espacio más humano, cercano y terapéutico. y de mayor calidad.

6. BIBLIOGRAFÍA

1. Hetland, B., Bailey, T., & Prince-Paul, M. (2017). Animal assisted interactions to alleviate psychological symptoms in patients on mechanical ventilation. *Journal of Hospice and Palliative Nursing: The Official Journal of the Hospice and Palliative Nurses Association*, 19(6), 516.
2. Jofré M., L. (2005). Visita terapéutica de mascotas en hospitales. *Revista Chilena de Infectología: Organo Oficial de La Sociedad Chilena de Infectología*, 22(3), 257-263. <https://doi.org/10.4067/s0716-10182005000300007>
3. Nightingale F. *Notes on Nursing: What It Is and What It Is Not*. London: Harrison, 59, Pall Mall, Bookseller to the Queen; 1860. Citado en: Hooker, S. D., Holbrook Freeman, L., & Stewart, P. (2002). Pet therapy research: A historical review. *Holistic nursing practice*, 17(1), 17. Recuperado de https://journals.lww.com/hnpjournal/fulltext/2002/10000/pet_therapy_research__a_historical_review.6.a.spx
4. (S/f-a). [Centralhealth.nl.ca](https://www.centralhealth.nl.ca/_files/ugd/d55165_5ecbfd434b8e4487a0105c36fd990c1d.pdf). Recuperado el 16 de septiembre de 2024, de https://www.centralhealth.nl.ca/_files/ugd/d55165_5ecbfd434b8e4487a0105c36fd990c1d.pdf
5. (S/f-b). Recuperado el 16 de septiembre de 2024, de [Boehringer-ingelheim.com website: https://www.boehringer-ingelheim.com/sa/salud-animal/la-relacion-entre-la-persona-y-el-perro-perspectiva-historica](https://www.boehringer-ingelheim.com/sa/salud-animal/la-relacion-entre-la-persona-y-el-perro-perspectiva-historica)
6. Holman E, Levy C, Kennedy B. Palliative Care Matters: Lessons From the Loss of a Facility Dog. *Am J Hosp Palliat Care*. 2018 Oct;35(10):1362-1364. doi: 10.1177/1049909118761387. Epub 2018 Mar 7. PMID: 29514488.
7. University of Maryland Medical System. Personal Pet Visitation. <https://www.umms.org › ummc › for-patients › your-visit>
8. MacDonald JM, Barrett D. Companion animals and well-being in palliative care nursing: a literature review. *J Clin Nurs*. 2016 Feb;25(3-4):300-10. doi: 10.1111/jocn.13022. Epub 2015 Nov 1. PMID: 26522914.
9. Who let the dogs out? Infection control did: Utility of dogs in health care settings and infection control aspects. Heidi DiSalvo MPH a, Donna Haiduven BSN, MSN, PhD a b, Nancy Johnson BSN, MSN b, Valentine V. Reyes BSN b, Carmen P. Hench BSN b, Rosemary Shaw OT b, David A. Stevens MD b *American Journal of Infection Control* Volume 34, Issue 5, June 2006, Pages 301-307
10. Antolín Esteve L, López-Mases P, Bartolomé del Pino LE, Lázaro E. Animal-Assisted Therapy for the Management of Anxiety in the Hospital Setting: A Systematic Review. *Holist Nurs Pract*. 2025. doi:10.1097/HNP.0000000000000737.
11. Holder TRN, Gruen ME, Roberts DL, Somers TJ, Bozkurt A. A Systematic Literature Review of Animal-Assisted Interventions in Oncology (Part I): Methods and Results. *Integr Cancer Ther*. 2020;19:1534735420943275

LA VOZ DEL PACIENTE: PERCEPCIÓN DE LOS PACIENTES HOSPITALIZADOS PREVIA A LA IMPLANTACIÓN DEL DECÁLOGO DEL PACIENTE HOSPITALIZADO EN EL HSJDA

Rosario María Aires Haro; Manuel Guzmán Peña

rosariomaria.aires@sjd.es

1. INTRODUCCIÓN La humanización de la asistencia sanitaria constituye un pilar fundamental en la mejora de la calidad percibida por los pacientes. En el entorno hospitalario, garantizar una atención de calidad implica no solo disponer de los recursos adecuados, sino también establecer una relación de respeto, confianza y colaboración entre los pacientes y el equipo sanitario. En este contexto, resulta imprescindible promover estrategias que orienten la práctica profesional hacia una atención más centrada en la persona, donde se busca fortalecer los derechos y deberes de los pacientes, mejorar la experiencia hospitalaria y fomentar un entorno asistencial basado en la ética, la empatía y la excelencia en la atención.

2. OBJETIVOS (General y Específicos) Analizar y evaluar la percepción de los pacientes respecto a la atención recibida previa implantación del Decálogo del paciente dirigido al personal sanitario en el HSJDA.

3. METODOLOGÍA Estudio observacional, descriptivo de corte transversal realizado en pacientes ingresados en unidades de hospitalización del HSJDA.

Se diseñó un cuestionario basado en los ítems del Decálogo del Paciente Hospitalizado del HSJDA, que recoge recomendaciones relacionadas con el trato al paciente y la promoción de sus derechos. El instrumento incluyó preguntas valoradas mediante escala tipo Likert, con el objetivo de evaluar la percepción de los pacientes respecto a la atención recibida.

Se obtuvieron un total de 96 encuestas válidas, constituyendo la medición basal previa a la implantación del decálogo.

4. RESULTADOS Se obtuvieron 96 encuestas válidas. El análisis mostró un alto nivel global de satisfacción, con una media general de $4,68 \pm$ sobre 5.

Los ítems mejor valorados fueron Presentación y respeto a la intimidad (4,8) y Profesionalidad del personal (4,74). Las puntuaciones más bajas, aunque dentro de valores elevados, correspondieron a Información sobre normas del hospital (4,5) y Ruido nocturno (4,61).

En general, los resultados reflejan una percepción muy positiva de la calidad asistencial, especialmente en aspectos relacionados con el trato personal y el respeto a la intimidad.

5. CONCLUSIONES La implementación del Decálogo del Paciente en Hospitalización HSJDA puede contribuir a mejorar la experiencia del paciente y reforzar una cultura asistencial centrada en la persona.

Es fundamental continuar desarrollando e integrando estrategias de humanización en la práctica clínica habitual.

6. BIBLIOGRAFÍA

Servicio Andaluz de Salud.

Estrategia de Humanización del Sistema Sanitario Público de Andalucía: participación ciudadana y mejora de la experiencia del paciente. 2023.

Consejería de Salud y Consumo de Andalucía.

Desarrollo de la Estrategia de Humanización del SSPA: implicación de pacientes y ciudadanía en la mejora de la calidad asistencial. 2024.

Fundación Humans / proyectos de experiencia del paciente.

Integración del paciente en procesos asistenciales y mejora de la experiencia. 2024.

¡RANDY RASS! LA MASCOTA QUE ACOMPAÑA A LOS NIÑOS DURANTE SU INGRESO HOSPITALARIO A TRAVÉS DE UN CUENTO

Pilar Fluriache García-Caro; Lorena Prieto Sánchez

pfluriache@sescam.jccm.es

1. INTRODUCCIÓN La hospitalización infantil supone una experiencia potencialmente estresante para niños y familias, al implicar la ruptura de rutinas y la exposición a un entorno desconocido y medicalizado. Esta situación puede generar miedo, ansiedad e inseguridad, afectando al bienestar emocional y a la adaptación al proceso asistencial.

En este contexto, el Plan de Humanización del Área Integrada de Talavera de la Reina identifica la atención pediátrica como una prioridad estratégica, apostando por un modelo centrado en la persona que integre la dimensión emocional del cuidado.

Surge así el proyecto ¡Randy Rass!, una iniciativa orientada a transformar la experiencia del ingreso pediátrico mediante el uso de la narrativa, el juego y la ambientación de espacios. A través de un cuento protagonizado por un personaje cercano, se facilita la comprensión del entorno hospitalario y se promueve una vivencia más positiva del ingreso.

El proyecto integra acciones de comunicación, educación para la salud, confort y participación, con la implicación de profesionales y agentes comunitarios, contribuyendo a generar un entorno más amable, comprensible y emocionalmente seguro.

2. OBJETIVOS (General y Específicos) Objetivo general:

Mejorar la experiencia emocional del niño hospitalizado y su familia mediante un modelo de atención pediátrica humanizado.

Objetivos específicos:

Reducir el miedo y la ansiedad asociados al ingreso hospitalario.

Facilitar la comprensión del entorno y los procesos asistenciales.

Mejorar la comunicación entre profesionales, niños y familias.

Incrementar la satisfacción de pacientes y familiares.

Favorecer la implicación de los profesionales en la humanización.

Crear un entorno hospitalario más acogedor y adaptado a la infancia.

3. METODOLOGÍA Se desarrolla un proyecto integral basado en un enfoque participativo y centrado en la persona. Se constituye un grupo multidisciplinar que realiza un diagnóstico inicial mediante encuestas a niños y familias.

A partir de este análisis, se diseñan e implantan acciones coordinadas: creación y distribución de un cuento, desarrollo de una app educativa, elaboración de guías de acogida, ambientación de espacios y uso de recursos visuales.



El proyecto se despliega progresivamente en la unidad de pediatría, integrándose en la práctica asistencial habitual. La evaluación se realiza de forma continua mediante encuestas de satisfacción, observación directa y reuniones periódicas del equipo.

4. RESULTADOS La implementación del proyecto ha generado una mejora significativa en la experiencia del ingreso pediátrico. Se ha observado una mejor adaptación emocional de los niños al entorno hospitalario, especialmente en los primeros momentos del ingreso. El uso del cuento y la ambientación facilita la comprensión de los procesos y reduce la incertidumbre.

Se ha producido una disminución del miedo y la ansiedad, favoreciendo una mayor colaboración del niño en los cuidados y procedimientos. Las familias refieren mayor tranquilidad y satisfacción, destacando la claridad de la información recibida y el ambiente más acogedor.

Asimismo, el proyecto ha contribuido a mejorar el clima emocional de la unidad, generando un entorno más positivo tanto para pacientes como para profesionales. Se ha incrementado la motivación y el orgullo profesional, al reforzar el papel de los equipos como agentes de humanización.

En conjunto, se evidencia una transformación del entorno asistencial, pasando de un modelo centrado exclusivamente en lo clínico a uno más integral, donde la dimensión emocional adquiere un papel relevante.

5. CONCLUSIONES ¡Randy Rass! demuestra que la humanización es un elemento clave en la calidad asistencial pediátrica. La incorporación de herramientas narrativas, visuales y participativas mejora la experiencia del ingreso hospitalario, reduciendo el impacto emocional en niños y familias.

El proyecto evidencia que la excelencia clínica y el cuidado emocional son complementarios e inseparables. Además, su carácter innovador, sostenible y transferible lo convierte en una iniciativa replicable en otros entornos sanitarios.

Humanizar la atención pediátrica implica no solo curar, sino también acompañar, comprender y generar confianza.

6. BIBLIOGRAFÍA

Ministerio de Sanidad. Estrategia de Humanización del Sistema Nacional de Salud. Madrid: Gobierno de España.

Servicio de Salud de Castilla-La Mancha (SESCAM). Plan de Humanización de la Asistencia Sanitaria de Castilla-La Mancha. Toledo: SESCAM.

Ullán AM, Belver MH. Humanización de la atención hospitalaria pediátrica. An Pediatr (Barc).

ELABORACIÓN DE UN ÍNDICE DE ACOMPAÑAMIENTO SOCIOEMOCIONAL PARA EL PACIENTE ONCOLÓGICO: HERRAMIENTA COR(E)

Marta Olabarria; Paula Schvartzman; Paula Fernández Sarmiento; Andrea Santamaria

molabarria@domumprogramme.org

1. INTRODUCCIÓN La atención a la dimensión emocional ha adquirido un papel cada vez más relevante en el trabajo asistencial de los cuidados oncológicos. En este contexto, surge la necesidad de contar con herramientas, hasta ahora poco descritas,

para identificar e implementar acciones que permitan incorporar el bienestar emocional (BE) como eje central de la asistencia.

2. OBJETIVOS (General y Específicos) El objetivo general es describir el proceso de construcción de la Herramienta COR(E), ideada como un instrumento de autoevaluación. La herramienta busca ofrecer a los equipos profesionales una metodología ágil y práctica que permita medir el grado de integración del bienestar emocional a lo largo del proceso oncológico y facilitar la identificación y priorización de acciones concretas de mejora.

3. METODOLOGÍA Para la elaboración del índice se realizaron 5 sesiones de trabajo donde participaron más de 30 profesionales multidisciplinares vinculados a 7 hospitales. Se recogieron aspectos identificados como clave (por su impacto en el BE) en las diferentes fases del proceso oncológico (Diagnóstico; Tratamiento; Fin de tratamiento; Seguimiento/alta), establecidas por pacientes oncológicos en un trabajo previo.

Posteriormente, los diferentes aspectos identificados se transformaron en ítems evaluables: según su nivel de implementación (escala del 1 al 4), su impacto en la experiencia del paciente (alto, medio o bajo) y su viabilidad de implantación en el circuito asistencial (básico o avanzado).

4. RESULTADOS La herramienta COR(E) incluyó inicialmente 101 ítems, clasificados, de forma consensuada, con profesionales y pacientes en 5 ámbitos: 1. Atención y recursos, recoge prácticas orientadas a garantizar una atención empática, comprensible y adaptada, y el acceso a recursos que fomenten el bienestar emocional; 2. Acompañamiento a profesionales, incluye prácticas orientadas a apoyar y fortalecer al equipo asistencial para ofrecer una atención centrada en la persona.; 3. Espacios, incluye criterios relacionados con el diseño y las características de los espacios para favorecer el confort y la intimidad. 4. Abordaje Integral, recoge prácticas orientadas a integrar la esfera emocional, social y relacional como parte del proceso. 5. Familiar y cuidador, recoge practicas orientadas a integrar al entorno del paciente en el proceso.

Se realizó una sesión de validación con 9 profesionales multidisciplinares de un Hospital colaborador, en la que se revisó la comprensibilidad, los perfiles de respuesta (administrativo, asistencial o paciente) y se reestructuraron los ítems reduciéndolos a 63: Atención y recursos (23), Acompañamiento a profesionales (6), Espacios (10), Abordaje Integral (16), Familiar y cuidador (8).

La herramienta COR(E) se encuentra en fase de pilotaje en dos nuevos hospitales, vinculados al Programa DOMUM, un programa de humanización de los cuidados oncológicos.

5. CONCLUSIONES La Herramienta COR(E) permite pasar de la conceptualización de la humanización a su implementación práctica, facilitando a los equipos identificar, priorizar y desplegar acciones concretas de mejora. Su enfoque participativo y su traducción en ítems operativos favorecen su aplicabilidad y alineamiento entre profesionales.

En conclusión, este instrumento aporta un modelo innovador para medir e integrar el bienestar emocional en el proceso oncológico, dando respuesta a la actual limitación de instrumentos estructurados.

marcelo.quirozvivanco@gmail.com

1. INTRODUCCIÓN La deshumanización de la asistencia y el síndrome de burnout representan una crisis estructural en la red de salud pública chilena, visibilizada en el aumento de reclamos y el desgaste profesional. Históricamente, la instrucción ha priorizado competencias clínico-técnicas, relegando el desarrollo de habilidades relacionales debido a una supuesta escasez de recursos financieros.

Para dar respuesta a esta necesidad, el Centro de Formación en Humanización (CEFHUM) desarrolló una propuesta formativa independiente e innovadora: canalizar los presupuestos estatales de compras públicas, destinados a capacitación continua, hacia programas especializados en humanización.

Nuestro modelo se fundamenta en un enfoque ético, científico y participativo. Se aleja de visiones paternalistas para abordar la humanización desde una perspectiva multi-agente, integrando la tríada PEF: Pacientes (sujetos de derechos), Equipos (bajo el principio ineludible de "cuidar a quien cuida") y Familiares. Comprendiendo que el ecosistema sanitario lo conforman personas muy diversas, esta propuesta busca transformar la cultura organizacional garantizando que todo el personal (clínico y no clínico) adquiera herramientas para el buen trato y contención emocional.

2. OBJETIVOS (General y Específicos) General: Aportar en la formación continua y especializada en humanización del diverso personal que trabaja en la red de salud pública chilena, mediante un modelo independiente que optimiza recursos estatales vigentes.

Específicos:

Entrenar competencias relacionales en todos los estamentos de salud mediante metodologías activas.

Integrar estrategias de autocuidado y prevención del desgaste en la práctica diaria.

Fomentar un trato simétrico y de excelencia hacia la tríada PEF (pacientes, equipos, familiares).

Detectar nudos críticos organizacionales mediante los procesos formativos para proporcionar auditorías de clima laboral.

3. METODOLOGÍA El proyecto se aparta del modelo clínico tradicional. Emplea andragogía, gamificación y simulación reflexiva. La metodología es inclusiva y transversal: no se centra exclusivamente en el perfil profesional clínico, sino que integra activamente a personal técnico, administrativo y auxiliar. Operativamente, ofrece un formato flexible (presencial, online y b-learning) respaldado por un entorno virtual con Inteligencia Artificial y recursos asincrónicos (podcast formativo). Esto asegura la participación masiva sin mermar la continuidad asistencial. El proceso está certificado bajo la Norma NCh2728:2015, aplicando instrumentos validados para medir la asimilación y satisfacción.

4. RESULTADOS Durante el primer año, el despliegue logístico permitió llevar esta especialización a más de 960 funcionarios profesionales, técnicos, administrativos y auxiliares de la red de salud pública a nivel nacional, abarcando diversas regiones de Chile.

Las métricas de calidad revelan resultados sobresalientes: en más del 98% de las intervenciones, los participantes otorgaron niveles máximos de satisfacción. Cualitativamente, los diversos estamentos reportan una profunda apropiación de los

contenidos, destacando el impacto positivo en su día a día, en la inclusión de los familiares en los procesos y en la cohesión interprofesional de los equipos.

Adicionalmente, el programa operó orgánicamente como una auditoría de clima laboral. La sistematización de datos obtenidos en las dinámicas permitió elaborar informes técnicos de cierre, alertando a las direcciones sobre situaciones invisibilizadas, como fallas en la comunicación entre distintos estamentos y deficiencias en la resolución de conflictos intrahospitalarios.

5. CONCLUSIONES Existe una urgencia por profundizar la formación del personal sanitario en ejercicio, quienes enfrentan altas exigencias de calidad asistencial que frecuentemente no se condicen con las herramientas relacionales y recursos disponibles. CEFHUM ha logrado leer esta brecha, consolidándose como una estrategia capaz de reutilizar recursos estatales vigentes para entregar soporte efectivo. Esta propuesta demuestra alta viabilidad y replicabilidad. Así, la humanización integral —abarcando a pacientes, familiares y todo el ecosistema laboral— se confirma no como un elemento accesorio, sino como un pilar estructural obligatorio para sostener la calidad asistencial y el bienestar colectivo.

6. BIBLIOGRAFÍA

Araneda, A., Gutiérrez, D., & Valenzuela, S. (2018). Prevalencia de síndrome de burnout en personal de enfermería en hospitales de alta complejidad: Estudio multicéntrico chileno. *Enfermería Universitaria*, 15(4), 320-328. <https://doi.org/10.22201/eneo.23958421e.2018.4.649>

Arredondo-Pantaleón, A. J. (2016). Humanización de los servicios de salud. *Revista Cuatrimestral de divulgación científica de la Universidad Técnica de Ambato*, 11(3), 13-18.

Bascuñán, M. L. (2024). Humanización de la atención en salud: Un desafío ético y relacional. *Revista Chilena de Neuro-Psiquiatría*.

Bermejo, J. C. (2014). Humanizar la asistencia sanitaria. *Revista de la Sociedad de Medicina Interna de Madrid*.

Bermejo, J. C. (2018). Humanizar la salud: Cuestión de dignidad. Editorial PPC.

Bermejo, J. C., & Martínez, A. (2020). Humanizar el liderazgo: Claves para transformar los entornos sanitarios. Editorial PPC.

Busch, I. M., Moretti, F., Travaini, G., Wu, A. W., & Rimondini, M. (2019). Humanization of Care: Key Elements Identified by Patients, Caregivers, and Healthcare Providers. A Systematic Review. *The Patient - Patient-Centered Outcomes Research*, 12(5), 461-474.

Castrillón-Ríos, A. P., & Ramos-Lira, L. (2021). Desafíos de la humanización en las instituciones de salud: Una revisión narrativa. *Dialnet*.

Delgado Bolton, R., San-Martín, M., & Vivanco, L. (2021). La humanización como competencia profesional en el ámbito sanitario: una revisión integrativa. *Revista Española de Educación Médica*, 23(2), 89-97.

Dois Castellón, A. M., & Bravo Valenzuela, P. F. (2019). Buen trato en Centros de Atención Primaria chilena, ¿privilegio o derecho humano? *Revista Cubana de Medicina General Integral*, 35(4), e813.

García-García, J. A. (2023). Bioética y humanización en el trato al paciente: Una perspectiva necesaria. *Revista Mexicana de Medicina Familiar*.

Gutiérrez, K., & Vergara, M. (2020). Factores organizacionales asociados al burnout en profesionales de la salud en Chile. *Revista Médica de Chile*, 148(4), 553-561.

Jiménez-Jaramillo, R. S. (2016). La humanización como eje fundamental en la atención de salud [Trabajo de Grado]. Repositorio Institucional UNIMINUTO.

Kast Fremont, E. y Rosenzweig, J. E. (2003). *Administración de las Organizaciones*. México: McGraw Hill.

Ministerio de Salud. (2012, 24 de abril). Ley 20584: Regula los derechos y deberes que tienen las personas en relación con acciones vinculadas a su atención en salud. Biblioteca del Congreso Nacional.

Ministerio de Salud. (2021, 11 de mayo). Ley 21331: Reconoce y protege los derechos de las personas en la atención de salud mental. Biblioteca del Congreso Nacional.

Ministerio de Salud. (2021, 21 de octubre). Ley 21375: Consagra los cuidados paliativos y los derechos de las personas que padecen enfermedades terminales o graves. Biblioteca del Congreso Nacional.

Molina, M., & Valenzuela, S. (2021). Humanización del cuidado de enfermería: Una revisión de literatura. Dialnet.

Moreno, K., & Olivares, J. (2017). Estrés laboral en profesionales de la salud: un estudio nacional pre-pandemia. *Revista Chilena de Salud Pública*, 21(2), 112-120.

Munguía-Mancebo, M. (2023). Humanización de la salud: Un estudio sobre la percepción de los profesionales y usuarios [TFG]. Repositorio UVaDoc.

O'Hara, L. L., & Hull, A. L. (2019). The Patient Experience: A Review of the Evidence-Based Patient-Centered Care Model. *Patient Experience Journal*.

Organización Mundial de la Salud. (2007). Marco conceptual de la atención centrada en la persona.

Pérez-Franco, J., Peña, L., & Paravic, T. (2019). Burnout en trabajadores y trabajadoras de la salud en Chile. *Revista Ciencia & Trabajo*, 21(65), 27-32.

Pérez-Fuentes, M. C. (2022). La importancia de la empatía en la humanización sociosanitaria. Dialnet.

Proyecto HU-CI. (2019). Manual de buenas prácticas en humanización de cuidados intensivos.

Zhang, S., Li, Q., Wang, H., Li, Y., & Wu, X. (2024). Global prevalence of burnout among healthcare workers: A systematic review and meta-analysis. *Human Resources for Health*.

93

TRANSFORMANDO LA CULTURA DE TRANSMISIÓN DE INFORMACIÓN EN LA UCI MEDIANTE LA IMPLEMENTACIÓN DE UN MODELO DE COMUNICACIÓN CLÍNICA COMO EJE DE HUMANIZACIÓN Y SEGURIDAD DE PACIENTE

Aitziber Martínez Ferreira; Gaizkane Zugadi García; Itxaso Pedraza Fernández;
Yolanda Llano Lana

gaizkane.zg@gmail.com

1. INTRODUCCIÓN En entornos críticos como la Unidad de Cuidados Intensivos, la comunicación clínica ineficaz constituye una de las principales causas de eventos adversos y deshumanización de la asistencia sanitaria.

Diferentes organismos internacionales han señalado la comunicación como un elemento clave en la seguridad del paciente.

En el contexto de un proceso estratégico en humanización, nuestra institución impulsó un cambio cultural orientado a posicionar la comunicación como herramienta esencial para mejorar la seguridad, la cohesión del equipo y atención centrada en las personas.

2. OBJETIVOS (General y Específicos)

GENERAL:

Implantar un modelo estructurado de comunicación clínica que mejore la seguridad del paciente, la continuidad asistencial y la experiencia de profesionales en la UCI.

ESPECÍFICOS:

1. Estandarizar el pase de turno, evolutivo de enfermería y registros mediante implementación de herramientas estructuradas de comunicación.

168

2. Mejorar calidad, claridad y seguridad en la transmisión de información clínica entre profesionales.

3. Valorar el impacto del modelo en la evaluación de competencias del personal.

4. Evaluar el grado de cumplimiento del modelo de comunicación implantado mediante auditorías internas estructuradas.

5. Mejorar la cohesión del equipo, la seguridad y la humanización de la asistencia.

3. METODOLOGÍA Proyecto de mejora en la organización, con especial implementación en UCI. Se contó con el acompañamiento de un experto en comunicación clínica para la formación del equipo y la introducción de herramientas estructuradas, como el método SBAR.

Se diseñaron e implantaron pautas de comunicación, pautas de estilo y cuadros de consulta para estandarizar el pase oral como el evolutivo escrito de enfermería, definiendo prioridades y un orden común.

La evaluación del proceso se llevó a cabo mediante auditorías internas estructuradas, orientadas a la evaluación de competencias del personal y al grado de cumplimiento de los registros.

4. RESULTADOS La intervención ha producido un cambio significativo en la práctica asistencial, evidenciado por:

- Estandarización completa de los registros de enfermería, con una estructura homogénea y reproducible.
- Mejora en la claridad, síntesis y seguridad en la transmisión de información clínica.
- Integración de la comunicación como herramienta clave de humanización.

Asimismo, la comunicación se integró como elemento clave de humanización, mejorando la relación profesional-paciente-familia. Estos avances construyeron a la obtención de la acreditación en humanización con nivel avanzado tras auditoría externa.

5. CONCLUSIONES La implementación de un modelo estructurado de comunicación clínica mejora la seguridad del paciente y actúa como motor de transformación cultural en la UCI. La estandarización, junto con la formación y el liderazgo, permite consolidar prácticas más seguras, eficientes y humanas. Este modelo es reproducible y transferible a otros entornos asistenciales.

6. BIBLIOGRAFÍA

1. World Health Organization. Patient safety: making health care safer. Geneva:WHO; 2017
2. Joint Commission Internacional. Sentinel Event Data Root Causes by Event Type; 2021.
3. SBAR: Leonard m, Graham S, Bonacum D. The human factor: the critical importance of effective teamwork and communication in providing safe care. Qual Saf Health Care. 2004;13 (Suppl 1):i85-i90
4. Haig KM, Sutton S, Whittington J. SBAR: a shared mental model for improving communication between clinicians. Jt Comm J Qual Patient Saf. 2006;32(3):167-175.

IMPACTO SOBRE LA CALIDAD DE VIDA A LOS TRES MESES DE INGRESO EN UN SERVICIO DE MEDICINA INTENSIVA

Claudia Frías Gatell; Ana San José Sebrango; Alberto Candela Fernández; Rocío Ruiz Cacho; Juan Carlos Sotillo Díaz; José Manuel Gómez García

friasgatellclaudia@gmail.com

1. **INTRODUCCIÓN** Los avances en medicina intensiva han elevado las tasas de supervivencia a niveles sin precedentes. Sin embargo, este éxito ha desvelado un significativo peaje físico, cognitivo y psicológico que pagan los pacientes y que impactan gravemente la calidad de vida de los mismos. Entendiendo como tales la autonomía, el bienestar y la reintegración social; es lo que se conoce como Síndrome Post Cuidados Intensivos.

2. **OBJETIVOS (General y Específicos)** Determinar la calidad de vida entendida como el análisis de la situación cognitiva, física, psicosocial y funcional de nuestros pacientes a los 3 meses del alta de UCI.

3. **METODOLOGÍA** Estudio longitudinal, prospectivo, unicéntrico, tras el alta del servicio de medicina intensiva entre noviembre de 2024 y marzo de 2025 con ingreso >72h y sin deterioro cognitivo previo. Entrevista telefónica a los 3 meses del alta recogiendo situación cognitiva (Pfeiffer), física (Barthel, SF-12), psicológica (HAD-S) y social (CFS).

4. **RESULTADOS** Incluidos 240 pacientes al alta de UCI, 7.5% falleció durante su estancia hospitalaria y un 3,8% adicional falleció a los 3 meses. 70 pacientes permanecieron 72h y presencia de delirio en UCI, estos deterioros son más marcados.

5. **CONCLUSIONES** Estos resultados ponen de manifiesto la presencia de secuelas físicas, psicológicas y funcionales que pueden limitar la autonomía y dificultar la reintegración a la vida cotidiana, reforzando la relevancia del síndrome post cuidados intensivos como problema de salud emergente. En este sentido, la evaluación sistemática de calidad de vida debe incorporarse como indicador clave de resultados en salud. Estos hallazgos subrayan la importancia de impulsar iniciativas de humanización en el entorno de cuidados críticos intentando no solo mejorar la experiencia durante el ingreso, sino también a optimizar la recuperación a medio y largo plazo, y el bienestar de los pacientes.

6. BIBLIOGRAFÍA

1. Needham DM, Davidson J, Cohen H, Hopkins RO, Weinert C, Wunsch H, et al. Improving long-term outcomes after discharge from intensive care unit: report from a stakeholders' conference. *Crit Care Med.* 2012;40(2):502-509.
2. Davidson JE, Jones C, Bienvenu OJ. Family response to critical illness: post-intensive care syndrome-family. *Crit Care Med.* 2012;40(2):618-624.
3. Inoue S, Hatakeyama J, Kondo Y, Hifumi T, Sakuramoto H, Kawasaki T, et al. Post-intensive care syndrome: its pathophysiology, prevention, and future directions. *Acute Med Surg.* 2019;6(3):233-246.
4. Harvey MA, Davidson JE. Postintensive care syndrome: right care, right now...and later. *Crit Care Med.* 2016;44(2):381-385.
5. Fuke R, Hifumi T, Kondo Y, Hatakeyama J, Takei T, Yamakawa K, et al. Early rehabilitation to prevent postintensive care syndrome in patients with critical illness: a systematic review and meta-analysis. *BMJ Open.* 2018;8:e019998.
6. Tipping CJ, Harrold M, Holland A, Romero L, Nisbet T, Hodgson CL. The effects of active mobilisation and rehabilitation in ICU: a systematic review. *Intensive Care Med.* 2017;43(2):171-183.



7. Vanhorebeek I, Latronico N, Van den Berghe G. ICU-acquired weakness. *Intensive Care Med.* 2020;46(4):637-653.
8. Marra A, Pandharipande PP, Girard TD, Patel MB, Hughes CG, Jackson JC, et al. Co-occurrence of post-intensive care syndrome problems among 406 survivors of critical illness. *Crit Care Med.* 2018;46(9):1393-1401.
9. Rawal G, Yadav S, Kumar R. Post-intensive care syndrome: an overview. *J Transl Int Med.* 2017;5(2):90-92.
10. Elliott D, Davidson JE, Harvey MA, Bemis-Dougherty A, Hopkins RO, Iwashyna TJ, et al. Exploring the scope of post-intensive care syndrome therapy and care: engagement of non-critical care providers and survivors in a second stakeholders meeting. *Crit Care Med.* 2014;42(12):2518-2526.
11. Haines KJ, Berney S. Physiotherapy in critical care: towards an evidence-based approach. *Chest.* 2020;158(5):1806-1816.
12. Jones C, Bäckman C, Capuzzo M, Egerod I, Flaatten H, Granja C, et al. Intensive care diaries reduce new onset post traumatic stress disorder following critical illness: a randomised, controlled trial. *Crit Care.* 2010;14(5):R168.
13. Rosa RG, Falavigna M, da Silva DB, Sganzerla D, Santos MMS, Kochhann R, et al. Effect of flexible family visitation on delirium among patients in the ICU: the ICU Visits randomized clinical trial. *JAMA.* 2019;322(3):216-228.
14. Bienvenu OJ, Friedman LA, Colantuoni E, Dinglas VD, Sepulveda KA, Mendez-Tellez PA, et al. Psychiatric symptoms after acute respiratory distress syndrome: a 5-year longitudinal study. *Intensive Care Med.* 2018;44(1):38-47.

96

FACTORES PSICOSOCIALES Y ORGANIZATIVOS ASOCIADOS AL BIENESTAR EMOCIONAL DE LAS ENFERMERAS EN LAS UNIDADES DE CUIDADOS INTENSIVOS: UNA REVISIÓN NARRATIVA

Cecilia Cuzco Cabellos; Melinda González Concepción; Sergio Alonso Fernández; María Antonia Martínez Momblan; María Carmen Moreno Arroyo; Isabel Manzanares Téllez

ccuzco@ub.edu

1. INTRODUCCIÓN La atención en las Unidades de Cuidados Intensivos (UCI) se caracteriza por una elevada complejidad tecnológica, lo que plantea el reto de mantener un enfoque humanizado del cuidado centrado en la persona. Este modelo integral considera pilares fundamentales la vulnerabilidad del paciente, la participación de la familia y el bienestar psicológico de los profesionales. No obstante, las enfermeras se enfrentan a barreras que dificultan unos cuidados humanizados como la escasez de personal y elevadas cargas de trabajo, que pueden derivar en agotamiento emocional, disminución del compromiso profesional e intención de abandono.

2. OBJETIVOS (General y Específicos) **Objetivo General:** Analizar la evidencia científica disponible sobre los factores organizacionales y psicológicos que influyen en el bienestar emocional de las enfermeras en las UCI.

Objetivos Específicos:

1. Examinar el impacto de los estilos de liderazgo, particularmente el liderazgo transformacional, en el compromiso laboral de las enfermeras en la UCI.

2. Analizar el empoderamiento estructural y psicológico como factores fundamentales para incrementar la autonomía de las enfermeras en la UCI.

171

3. Identificar la prevalencia y los factores que impactan en el bienestar emocional de las enfermeras en la UCI.

3. METODOLOGÍA Revisión narrativa. Se realizó una búsqueda de la literatura en las bases de datos PubMed y Web of Science de artículos publicados de enero de 2022 a diciembre de 2025. Los términos utilizados en la búsqueda fueron: “enfermeras de cuidados intensivos”, “compromiso laboral” y “empoderamiento”. Criterios de inclusión de los artículos: sujetos de estudio: enfermeras asistenciales de UCI, artículos publicados en inglés o español y con acceso a texto completo. Fueron excluidos los artículos del ámbito de la UCI pediátrica o neonatal, editoriales y los artículos sin resultados. Dos revisores realizaron la búsqueda de manera independiente.

4. RESULTADOS Se identificaron 272 artículos. Tras la revisión de títulos y resúmenes, se seleccionaron 22 para lectura a texto completo, de los cuales finalmente se incluyeron 12 artículos. Los estudios seleccionados correspondieron a investigaciones con diseño metodológico transversal. Los estudios analizados muestran que el liderazgo transformacional, desempeña un rol esencial en el fortalecimiento de los equipos de enfermería y en la mejora del bienestar emocional, vinculándose positivamente con el empoderamiento psicológico, el compromiso y el desempeño laboral. El empoderamiento estructural emerge como otro determinante clave, junto con el liderazgo transformacional y se asocian significativamente con un mayor fortalecimiento de las enfermeras. Asimismo, el empoderamiento psicológico se asocia de manera positiva con el compromiso y el rendimiento. En cuanto a factores motivacionales, la autonomía profesional muestra una relación positiva con la satisfacción laboral y el compromiso organizacional. Desde la perspectiva del bienestar psicológico, se observa que una proporción relevante de enfermeras presenta elevados niveles de estrés, ansiedad y depresión, así como bajos niveles de resiliencia. La resiliencia se identifica como un predictor positivo del compromiso laboral, mientras que la depresión, el estrés y la ansiedad actúan como predictores negativos, siendo la depresión el factor de mayor impacto.

5. CONCLUSIONES Los hallazgos subrayan la necesidad de promover entornos laborales saludables en las UCI, donde el liderazgo transformacional y el empoderamiento, tanto estructural como psicológico, actúen como factores protectores del bienestar emocional.

6. BIBLIOGRAFÍA

Almarhabi, M., Cornish, J., Raleigh, M., & Philippou, J. (2024). Developing effective In-Service Education for intensive care nurses: Exploring the views of clinical stakeholders in the Kingdom of Saudi Arabia. *Nurse Education Today*, 134, 106092. <https://doi.org/10.1016/j.nedt.2024.106092>

Beheshtaeen, F., Torabzadeh, C., Khaki, S., Abshorshori, N., & Vizeshfar, F. (2024). Moral distress among critical care nurses before and during the COVID-19 pandemic: A systematic review. *Nursing Ethics*, 31(4), 613-634. <https://doi.org/10.1177/09697330231221196>

Cuzco, C., Delgado-Hito, P., Marin-Pérez, R., Núñez-Delgado, A., Romero-García, M., Martínez-Momblan, M. A., Martínez-Estalella, G., & Castro, P. (2023). Transitions and empowerment theory: A framework for nursing interventions during intensive care unit patient transition. *Enfermería Intensiva*, 34(3), 138-147. <https://doi.org/10.1016/j.enfi.2022.10.003>

Huang, Q., Wang, L., Huang, H., Tang, H., Liu, J., & Chen, C. (2025). Transformational leadership, psychological empowerment, work engagement and intensive care nurses' job performance: a cross-sectional study using structural equation modeling. *BMC nursing*, 24(1), 1025. <https://doi.org/10.1186/s12912-025-03685-7>

Kadosh, E., & Rozani, V. (2025). Impact of Leadership Style and Structural Empowerment on Nursing Group Power in ICU Settings: A Cross-Sectional Study. *Nursing in critical care*, 30(5), e70140. <https://doi.org/10.1111/nicc.70140>

Kelly, C., Barattucci, M., & Shakil Ahmad, M. (2022). Job satisfaction as a mediator between structural empowerment and intent-to-leave: A study of critical care nurses. *Intensive & critical care nursing*, 70, 103194. <https://doi.org/10.1016/j.iccn.2021.103194>

Malak, M. Z., & Abu Safieh, A. M. (2022). Association between work-related psychological empowerment and quality of nursing care among critical care nurses. *Journal of nursing management*, 30(6), 2015–2022. <https://doi.org/10.1111/jonm.13641>

Mccallum, L., Dixon, D., Pollard, B., Miller, J., Hull, A., Scott, T., Salisbury, L., Ramsay, P., & Rattray, J. (2025). The Impact on Redeployed Nurses Working in Critical Care During the COVID-19 Pandemic: A Cross-Sectional Study. *Nursing in critical care*, 30(4), e70085. <https://doi.org/10.1111/nicc.70085>

McEvoy, N. L., Credland, N., Cribbin, D., Curley, G. F., & Humphries, N. (2025). Critical Care Nursing Workforce Retention From an Irish Perspective: A National Survey. *Nursing in critical care*, 30(4), e70094. <https://doi.org/10.1111/nicc.70094>

Parizad, N., Mohammadpour, Y., Alinejad, V., & Judi, A. (2025). The Role of Job Satisfaction as a Mediator Between Professional Autonomy and Organizational Commitment Among Iranian ICU Nurses. *Journal of nursing management*, 2025, 6683020. <https://doi.org/10.1155/jonm/6683020>

Sawalma, A. N., Malak, M. Z., Asfour, B. Y., & Khader, I. A. (2024). The association between psychological reactions, resilience, and work engagement among Palestinian critical care nurses in West Bank. *International nursing review*, 71(4), 1088–1099. <https://doi.org/10.1111/inr.12975>

Soleimani, M., & Yarahmadi, S. (2023). Cultural competence in critical care nurses and its relationships with empathy, job conflict, and work engagement: a cross-sectional descriptive study. *BMC nursing*, 22(1), 113. <https://doi.org/10.1186/s12912-023-01285-x>

Taleghani, F., Dehbozorgi, R., Babashahi, M., Monemian, S., & Masoumi, M. (2023). Analysis of the concept of nurses' autonomy in intensive care units: A hybrid model. *Investigación y Educación en Enfermería*, 41(2), e17. <https://doi.org/10.17533/udea.iee.v41n2e17>

Zhang, B., Zhao, K., & Yang, Z. (2025). Effect of ambidextrous leadership on clinical nurse leadership: The mediating role of psychological empowerment among critical care nurses. *Nursing in critical care*, 30(2), e13293. <https://doi.org/10.1111/nicc.13293>

Zhang, X., Huang, H., Zhao, S., Li, D., & Du, H. (2025). Emotional exhaustion and turnover intentions among young ICU nurses: a model based on the job demands-resources theory. *BMC nursing*, 24(1), 136. <https://doi.org/10.1186/s12912-025-02765-y>

PUERTAS ABIERTAS NOCTURNAS EN LA UNIDAD NEONATAL: IMPACTO EN LA ORGANIZACIÓN, EL ESTRÉS PROFESIONAL Y EL CUIDADO DEL RECIÉN NACIDO.

Cristina Merina Prieto; Ana de la Bella Garzón; Paula Jurado Domínguez

merinaprietoc@hotmail.com

1. INTRODUCCIÓN En las Unidades de Cuidados Intensivos Neonatales (UCIN), la humanización de la asistencia se ha orientado en las últimas décadas hacia modelos de cuidados centrados en la familia, promoviendo la presencia continuada de los padres mediante políticas de puertas abiertas.

No obstante, la implementación de estas medidas, especialmente durante el turno nocturno, plantea desafíos relevantes. El neonato precisa un entorno con mínima estimulación lumínica y acústica para favorecer su estabilidad fisiológica y su desarrollo neurológico. Paralelamente, el turno nocturno implica una mayor vulnerabilidad del profesional sanitario debido a la fatiga circadiana, lo que puede influir en la seguridad y calidad asistencial.

En este contexto, la entrada y salida constante de padres durante la noche podría generar interrupciones, aumentar la carga mental del personal y dificultar la organización del trabajo, comprometiendo tanto el descanso del recién nacido como las condiciones óptimas para el cuidado.

Así, surge la necesidad de replantear si la humanización debe entenderse únicamente como accesibilidad ilimitada o como un equilibrio entre la presencia familiar, el bienestar del neonato y las condiciones de trabajo del profesional.

2. OBJETIVOS (General y Específicos) Objetivo principal:

- Analizar el impacto de la política de puertas abiertas sin restricción nocturna en una UCIN desde la perspectiva de las auxiliares de enfermería.

Objetivos específicos:

- Evaluar la influencia en la organización del trabajo nocturno.
- Analizar la percepción sobre interferencias en cuidados y técnicas.
- Valorar el impacto en la carga mental y el nivel de estrés del personal.
- Explorar la percepción sobre la seguridad y el descanso del recién nacido.
- Identificar propuestas de mejora para equilibrar humanización y calidad asistencial.

3. METODOLOGÍA - Estudio descriptivo cualitativo realizado en una Unidad de Cuidados Intensivos Neonatales con política de puertas abiertas 24 horas.

- Se diseñó un cuestionario estructurado de 8 preguntas abiertas dirigido a Auxiliares de Enfermería con experiencia en la unidad, centrado en:

- Organización del trabajo nocturno
- Interferencias en cuidados
- Carga mental y estrés
- Seguridad del paciente
- Propuestas de mejora

La recogida de datos se realizó mediante respuestas abiertas, permitiendo un análisis temático del contenido.

Se incluyeron un total de 5 profesionales, cuyas respuestas fueron analizadas identificando patrones comunes y divergencias en la percepción del modelo de puertas abiertas nocturno.

4. RESULTADOS El análisis cualitativo mostró una tendencia mayoritaria a percibir efectos negativos del acceso no restringido durante la noche.

Organización del trabajo

La mayoría de los profesionales refieren que la entrada y salida constante de padres:

- Interrumpe la dinámica estructurada del turno nocturno
- Obliga a interrumpir tareas para atender demandas no asistenciales

Interferencia en cuidados

Se identifica:

- Retraso en técnicas programadas



- Dificultad en procedimientos estériles
- Incremento de interrupciones durante actividades críticas

Carga mental y estrés

La mayoría percibe:

- Aumento significativo de la carga mental
- Mayor presión emocional al gestionar simultáneamente al neonato y a los padres

Seguridad y errores

Aunque no todos consideran comprometida la seguridad de forma directa, indica:

- Las interrupciones aumentan el riesgo potencial de error
- La fatiga nocturna, puede afectar al rendimiento

Descanso del neonato:

Existe consenso en que lo siguiente afecta negativamente al descanso y estabilidad del RN:

- Ruido
- Luz
- Manipulación fuera de horarios estructurados

Propuestas de mejora:

La mayoría de los profesionales propone:

- Modelos de acceso regulado nocturno
- Establecimiento de “horas de silencio”
- Sincronización de visitas con tomas o cuidados
- Limitación temporal de la estancia nocturna

Hallazgos discordantes

Se identifica una minoría que:

- No percibe impacto negativo
- Defiende la presencia como elemento central de humanización

5. CONCLUSIONES La política de puertas abiertas durante la noche, alineada con modelos de humanización centrados en la familia, presenta limitaciones desde la perspectiva de TCAEs.

Los resultados sugieren:

- Incrementa carga mental y estrés del profesional
- Genera interrupciones que afectan a la organización y eficiencia del trabajo
- Afecta al descanso del neonato

La humanización no debe limitarse al acceso ilimitado, sino integrar un enfoque equilibrado:

- Necesidades fisiológicas del RN
- Condiciones de trabajo
- Participación estructurada de los padres

La implementación de modelos de acceso regulado durante la noche podría mejorar la calidad asistencial, seguridad y bienestar, manteniendo el enfoque centrado en la familia.

6. BIBLIOGRAFÍA

1. Institute for Patient- and Family-Centered Care. Advancing the Practice of Patient- and Family-Centered Care in Neonatal Intensive Care Units.
2. World Health Organization. Standards for improving the quality of care for small and sick newborns in health facilities. 2017.
3. European Foundation for the Care of Newborn Infants. European Standards of Care for Newborn Health. 2018.
4. Neonatology: Als H. Toward a synactive theory of development: promise for the assessment and support of infant individuality.
5. Family-Centered Care in neonatal units: Gooding JS et al. Family support and family-centered care in the neonatal intensive care unit: origins, advances, impact.

99

HUMANIZACIÓN DE LA ATENCIÓN EN EL CLIMATERIO MEDIANTE EDUCACIÓN PARA LA SALUD

Isabel Lojo Montes

isa.lojomontes@alum.uca.es

1. INTRODUCCIÓN El climaterio constituye una etapa vital caracterizada por una serie de cambios físicos, psicológicos y sociales que pueden impactar de manera significativa en la calidad de vida de las mujeres. Tradicionalmente, su abordaje en el ámbito sanitario se ha realizado desde un enfoque predominantemente biomédico, centrado en el control y tratamiento de los síntomas asociados a la menopausia, lo que ha relegado a un segundo plano las dimensiones emocionales, sociales y culturales asociadas a este proceso.

Esta perspectiva reduccionista favorece situaciones de desinformación, escaso acompañamiento y una limitada visibilización de las necesidades reales de las mujeres durante esta etapa. Asimismo, el climaterio no debe considerarse un fenómeno aislado, sino que con frecuencia se presenta en mujeres con comorbilidades u otras condiciones de salud, lo que incrementa la complejidad de su atención.

En este contexto, la humanización de la atención sanitaria se plantea como un eje fundamental para el desarrollo de cuidados integrales, centrados en la persona y sensibles a la perspectiva de género. Los programas de educación para la salud emergen como una estrategia clave para fomentar el autocuidado, el empoderamiento y la mejora del bienestar global de las mujeres en esta etapa.

2. OBJETIVOS (General y Específicos) Objetivo general:

176

Describir la importancia de los programas de educación para la salud en el climaterio como herramienta para la humanización de la atención sanitaria.

Objetivos específicos:

Exponer los beneficios de los programas de educación para la salud en el climaterio desde una perspectiva biopsicosocial.

Analizar el papel de la educación sanitaria en el empoderamiento y autocuidado de las mujeres.

Destacar la necesidad de un enfoque humanizado en la atención a mujeres en esta etapa.

Proponer una intervención educativa orientada a mejorar la calidad de los cuidados.

3. METODOLOGÍA Se realizó una revisión narrativa de la literatura científica sobre el climaterio, la educación para la salud y la humanización de la atención sanitaria, consultando bases de datos como PubMed, Cochrane Library, SciELO y Dialnet, con el objetivo de fundamentar el análisis del tema.

A partir de esta revisión, se desarrolló una reflexión crítica sobre la importancia de un enfoque individualizado y humanizado en la atención a las mujeres durante esta etapa.

Asimismo, se plantea una propuesta de intervención educativa desde Atención Primaria para mejorar la calidad de los cuidados y favorecer el acompañamiento integral.

4. RESULTADOS La evidencia disponible sugiere que los programas de educación para la salud en el climaterio tienen un impacto positivo en el bienestar integral de las mujeres, favoreciendo la mejora de la calidad de vida, el aumento del conocimiento y el desarrollo de habilidades de autocuidado.

Asimismo, se observa que las intervenciones que incorporan apoyo emocional, dinámicas grupales y un enfoque integral son especialmente relevantes, ya que permiten abordar no solo los síntomas físicos, sino también las dimensiones emocionales y sociales de esta etapa.

Sin embargo, persisten carencias en la atención sanitaria, como la falta de información, la escasa preparación en aspectos psicosociales y el predominio de un enfoque biomédico, lo que puede dificultar una atención verdaderamente centrada en la persona.

En este contexto, la Atención Primaria se posiciona como un ámbito clave para la implementación de intervenciones educativas, facilitando la accesibilidad, el acompañamiento y la continuidad asistencial, y permitiendo una atención más individualizada y humanizada.

5. CONCLUSIONES La educación para la salud constituye una herramienta clave para humanizar la atención en el climaterio, favoreciendo el empoderamiento, el autocuidado y una atención centrada en la mujer desde una perspectiva biopsicosocial.

Su implementación desde Atención Primaria permite mejorar la accesibilidad, el acompañamiento y la continuidad asistencial, facilitando una respuesta más adaptada a las necesidades individuales.



En este sentido, resulta fundamental promover intervenciones educativas que integren dimensiones físicas, emocionales y sociales, contribuyendo a una atención más integral, equitativa y humanizada en esta etapa de la vida.

6. BIBLIOGRAFÍA

World Health Organization. (2023). Menopause.

Santoro, N., Epperson, C. N., & Mathews, S. B. (2015). Menopausal symptoms and their management. *Endocrinology and Metabolism Clinics of North America*, 44(3), 497-515.

Avis, N. E., Crawford, S. L., & Green, R. (2015). Vasomotor symptoms across the menopause transition. *The Journal of Clinical Endocrinology & Metabolism*, 100(10), 3828-3836.

Meleis, A. I. (2010). *Transitions theory: Middle-range and situation-specific theories in nursing research and practice*. Springer Publishing Company.

Rodríguez-Gómez, S., et al. (2020). Educación para la salud en el climaterio: revisión de la evidencia. *Atención Primaria*, 52(5), 345-352.

Ministerio de Sanidad. (s.f.). *Estrategia de promoción de la salud y prevención en el Sistema Nacional de Salud*. Gobierno de España.

Martínez-Martínez, R. (2025). Atención integral de la salud de la mujer durante el climaterio. *Gaceta Médica Estudiantil*.

Córdova, M. C. G. (2025). Nivel de conocimiento y conducta durante el climaterio y menopausia en mujeres de 45 a 55 años. *Revista Científica Multidisciplinaria*.

Hernández, L. P. M. (2025). Intervenciones enfermeras en la promoción de la salud durante el climaterio. *Index de Enfermería*.

101

SUFRIMIENTO NO VISIBLE EN EL TRASPLANTE RENAL: UNA MIRADA DESDE LA HUMANIZACIÓN DEL CUIDADO

Daniel Parra Corral; Rocío Fernández Díaz; María Rosario Del Pino Jurado; Beatriz Rodríguez Cubillo; Patricia Mathieu Alonso; Paula Gutiérrez Sanjuan

rfernandezdiaz@salud.madrid.org

1. INTRODUCCIÓN El trasplante renal constituye una intervención terapéutica que mejora la supervivencia y la calidad de vida de las personas con enfermedad renal crónica avanzada. Sin embargo, más allá de los indicadores biomédicos de éxito, emergen dimensiones subjetivas del proceso de trasplante que con frecuencia permanecen invisibilizadas en la práctica clínica habitual. Muchos pacientes describen un sufrimiento que no se ve, que no se mide y que, en ocasiones, tampoco se pregunta.

Este “sufrimiento no visible” engloba experiencias emocionales, sociales, identitarias y espirituales que no siempre encuentran espacio en las revisiones habituales, pero que influyen de forma significativa en la vivencia de la enfermedad y en la adaptación al trasplante. Desde el marco de la humanización de la asistencia sanitaria, resulta fundamental explorar estas dimensiones para avanzar hacia una comprensión más integral del paciente trasplantado y orientar intervenciones psicosociales centradas en la persona.

2. OBJETIVOS (General y Específicos) General: Explorar e identificar los principales ejes del sufrimiento no visible en personas con trasplante renal a partir del análisis cualitativo de sus narrativas clínicas, recogidas en un contexto de acompañamiento psicológico estructurado en una consulta multidisciplinar de una

178

unidad de trasplante renal, con el fin de contribuir a una atención más humana, sensible y centrada en la persona.

Específico: Analizar las estrategias de afrontamiento y los recursos terapéuticos identificados en las narrativas, en relación con la intervención psicológica.

3. METODOLOGÍA Estudio cualitativo interpretativo con enfoque fenomenológico-hermenéutico centrado en la experiencia de pacientes trasplantados renales. Se realizó muestreo intencional de máxima variación hasta saturación teórica. Se llevaron a cabo entrevistas semiestructuradas (45-90 min) en contexto clínico, grabadas, transcritas y revisadas con apoyo de IA (PLAUD con Whisper, OpenAI) bajo supervisión humana. El análisis se realizó mediante Análisis Temático Reflexivo en seis fases con ATLAS.ti, con doble codificación independiente y triangulación interdisciplinar (nefrología, psicología y enfermería). Se siguieron criterios COREQ y trazabilidad analítica. Estudio integrado en práctica clínica y financiado por beca Larramendi (MAPFRE 2024-2025).

4. RESULTADOS A partir del análisis de 49 entrevistas, emergieron cinco ejes de sufrimiento no visible en personas con trasplante renal.

El primero se relaciona con la pérdida de autonomía y del rol social, vivida como una forma de “humillación silenciosa”.

El segundo recoge la sobrecarga emocional, con sentimiento de culpa, autoexigencia y desesperanza, con narrativas de percepción de “ser una carga” o “no hacer lo suficiente”.

El tercero hace referencia a la interrupción de proyectos vitales, incluyendo trayectorias laborales, reproductivas y migratorias, lo que genera un impacto en la identidad y en el sentido de continuidad vital.

El cuarto eje aborda la vulnerabilidad económica y jurídico-administrativa, vividas como amenaza a la dignidad.

El quinto integra dimensiones corporales y espirituales, incluyendo el conflicto con el cuerpo trasplantado, el miedo a la pérdida del injerto o al retorno a diálisis, así como cuestionamientos sobre el sentido de la vida. En este ámbito, las restricciones dietéticas emergen como fuente de duelo crónico

Estos ejes se intensifican cuando confluyen fragilidad clínica, vulnerabilidad social y experiencias de deshumanización. Frente a ello, destacan estrategias de afrontamiento como el fortalecimiento de vínculos, la búsqueda de sentido, el reencuadre cognitivo, la planificación de objetivos y el acompañamiento terapéutico.

5. CONCLUSIONES El sufrimiento no visible en personas con trasplante renal constituye un fenómeno complejo y multidimensional que con frecuencia permanece fuera del foco de la práctica habitual. Su identificación mediante metodologías cualitativas integradas en la práctica clínica permite una comprensión más profunda de la vida tras el trasplante.

La incorporación de esta perspectiva en los equipos de salud facilita el desarrollo de intervenciones psicosociales y organizativas orientadas a la humanización del cuidado, promoviendo la dignidad, el reconocimiento del sufrimiento subjetivo y la reconstrucción del sentido vital.

6. BIBLIOGRAFÍA

1.Kidney Disease: Improving Global Outcomes (KDIGO) Transplant Work Group. KDIGO clinical practice guideline on the evaluation and management of candidates for kidney transplantation. *Transplantation*. 2020;104(4 Suppl 1):S11-S103.



2. Tong A, Winkelmayer WC, Craig JC. Quality of life after kidney transplantation: a systematic review and thematic synthesis of qualitative studies. *Am J Kidney Dis.* 2020;76(4):602-617.
3. Blumenthal JA, Smith PJ, Hoffman BM. Psychological functioning in kidney transplant recipients: a systematic review and meta-analysis. *Clin Transplant.* 2023;37(2):e14890.
4. Jowsey SG, O'Leary M, Turnbull D, et al. Patient experiences of kidney transplantation: a qualitative evidence synthesis. *BMC Nephrology.* 2022;23:312.
5. Schipper K, Abma TA. Narratives of patients with chronic kidney disease: identity and meaning-making in illness experience. *Health Expect.* 2021;24(2):456-466.
6. Cazauvieilh V, Moal V, Prudhomme T, et al. Psychological impact of living kidney donation: systematic review. *Transpl Int.* 2023;36:11827.
7. Braun V, Clarke V. Conceptual and design thinking for reflexive thematic analysis. *Qual Res Sport Exerc Health.* 2021;13(1):1-6.
8. Costa-Requena G, Cantarell MC, Moreso F, Parramon G, Seron D. Health-related quality of life in kidney transplantation: longitudinal follow-up study. *Med Clin (Barc).* 2017;149(3):114-118.
9. Romero-Reyes M, Moreno-Egea A, Gómez-López VE, et al. Comparative analysis of quality of life in kidney transplant and hemodialysis patients. *Enferm Nefrol.* 2021;24(2):129-140.
11. de Pasquale C, Veroux M, Indelicato L, et al. Psychological and social aspects of kidney transplantation: a systematic review. *World J Transplant.* 2021;11(2):45-60.
12. Jha V, Garcia-Garcia G, Iseki K, et al. Chronic kidney disease: global dimension and perspectives. *Lancet.* 2020;395(10225):709-733.
13. Cockfield SM. Psychosocial issues in solid organ transplantation. *Clin J Am Soc Nephrol.* 2020;15(5):742-750.

102

ESPACIOS QUE CUIDAN: TRANSFORMANDO LAS INFRAESTRUCTURAS ASISTENCIALES MEDIANTE INTERVENCIONES DE ALTO IMPACTO Y BAJO COSTE EN REHABILITACIÓN

María Auxiliadora Gallego Espina; Valeriana Batista Paniagua; Fátima Rodríguez Pappalardo; Antonia López Hervás; Virginia Guerrero Ortega; Ana Eva Granados Matute

mauxiliad.gallego.sspa@juntadeandalucia.es

1. INTRODUCCIÓN La humanización de los entornos asistenciales constituye un elemento clave en la calidad de la atención sanitaria, especialmente en unidades con pacientes de alta complejidad, estancias prolongadas y elevado impacto emocional. Entre 2022 y 2025, el Servicio de Medicina Física y Rehabilitación ha desarrollado una estrategia integral de mejora de infraestructuras y espacios, alineada con el Plan de Humanización (PH) del Sistema Sanitario Público Andaluz (SSPA), el PH del Hospital Universitario Virgen del Rocío y el Manual de Buenas Prácticas en Humanización en lesión medular de Proyecto HUCI.

Esta iniciativa parte de la evidencia de que el entorno físico influye directamente en la experiencia del paciente, el bienestar emocional de las familias y la salud laboral de los profesionales. Se ha adoptado un enfoque participativo, incorporando activamente a pacientes, familias y profesionales en la identificación de necesidades y en el diseño de intervenciones.

El proyecto integra actuaciones estructurales, organizativas y ambientales orientadas a mejorar la confortabilidad, la intimidad, la seguridad, la orientación y el bienestar emocional. Asimismo, prioriza iniciativas de bajo coste y alto impacto, combinadas con

180

mejoras estructurales, bajo un modelo de mejora continua y evaluación orientada a resultados.

2. OBJETIVOS (General y Específicos) Objetivo general:

Desarrollar entornos asistenciales humanizados que mejoren la experiencia de pacientes, familias y profesionales, favoreciendo el bienestar emocional, la intimidad, el descanso, la orientación y la seguridad.

Objetivos específicos:

- Mejorar la confortabilidad y personalización de los espacios de hospitalización.
- Optimizar la funcionalidad, seguridad e intimidad en consultas externas.
- Reducir el impacto emocional negativo del entorno hospitalario.
- Favorecer la participación activa de pacientes y familias.
- Mejorar el clima laboral y los espacios de trabajo profesional.

3. METODOLOGÍA

Estudio descriptivo de intervención basado en la implementación progresiva de mejoras en infraestructuras y espacios asistenciales (2022-2025). Se aplicó un enfoque participativo, incorporando aportaciones de pacientes, familias y profesionales.

Las intervenciones incluyeron modificaciones estructurales, ambientales y organizativas en hospitalización y consultas (adultos e infantil), priorizando acciones de bajo coste y alto impacto.

La evaluación se realizó mediante encuestas de satisfacción, indicadores de experiencia del paciente, valoración del clima laboral e informes anuales de gestión, integrados en procesos de mejora continua y acreditación en humanización.

4. RESULTADOS

Las actuaciones implementadas han permitido avances significativos en humanización:

En hospitalización, se mejoró el confort y descanso mediante control ambiental (ruido, luz), renovación de mobiliario y aumento de tomas eléctricas en las habitaciones. Se reforzó la intimidad y dignidad, reduciendo incidencias estructurales.

Proyectos como “Tu Rincón Azul” favorecieron la personalización, el bienestar emocional y la participación familiar. Intervenciones visuales (exposiciones, paneles decorativos) y con el jardín vertical “Desde mi ventana” mejoraron la percepción del entorno y la satisfacción.

En consultas de adultos, la reorganización del espacio y renovación de equipamiento incrementaron la eficiencia, seguridad y percepción de intimidad. En el área infantil, iniciativas como “El Bosque de la Esperanza” generaron entornos más acogedores, reduciendo ansiedad y mejorando la experiencia de niños y familias.

Asimismo, la mejora de espacios profesionales contribuyó a un mejor clima laboral y mayor satisfacción.

Globalmente, se observaron mejoras en la experiencia del paciente, bienestar emocional, percepción de calidad asistencial y eficiencia organizativa.

5. CONCLUSIONES

La humanización de infraestructuras y espacios asistenciales es una estrategia eficaz para mejorar la experiencia del paciente, el bienestar emocional

y la calidad asistencial. Los resultados demuestran que intervenciones de bajo coste, basadas en la participación y orientadas a resultados, pueden generar un alto impacto.

El proyecto consolida un modelo replicable que integra funcionalidad, seguridad y humanización, reforzando la atención centrada en la persona. Además, establece una base sólida para futuras mejoras y procesos de acreditación, evidenciando que la transformación de los espacios es un pilar clave en la excelencia asistencial.

6. BIBLIOGRAFÍA

1. Consejería de Salud y Familias. Plan de humanización del Sistema Sanitario Público de Andalucía: estrategia de humanización compartida. Sevilla: Junta de Andalucía; 2021.
2. Consejería de Salud y Familias. Guía metodológica para la elaboración del Plan de Humanización de la asistencia sanitaria en centros/distritos/AGS. Sevilla: Junta de Andalucía; 2022.
3. Grupo de trabajo EVEN-HUCI. Manual de buenas prácticas de humanización en lesión medular. Madrid: Proyecto HU-CI; 2022.
4. Servicio Andaluz de Salud. Creando ambientes: guía de humanización de espacios sanitarios. Sevilla: Junta de Andalucía; 2022.
5. Hospital Universitario Virgen del Rocío. Plan de Humanización del Hospital Universitario Virgen del Rocío. Sevilla: SAS; 2018
6. Fundación Humans. Guía de Humanización de la Asistencia Sanitaria. Madrid: Fundación Humans; 2019.
7. Fundación Humans, Fundación Sacyr. Humanización de la arquitectura e ingeniería sanitarias. Madrid: Fundación Humans; 2024.
8. Allande-Cussó R, Mejías-Martín YA, et al.
The impact of humanising hospital care on health outcomes: an observational study protocol. BMC Nursing. 2025.

Colaboradores:





#5CIHAS

V Congreso internacional

Humanización

de la
asistencia

Sanitaria

ConCiencia de Humanización

Sevilla 2026



Fundación
Humanizando
la Sanidad

Del 6 al 8 de mayo de 2026

Hospital Universitario
Virgen del Rocío

Avda. Manuel Siurot, s/n,
41013, Sevilla



Info e inscripciones:

info@hsanidad.org · www.hsanidad.org

somos
#HUV
Hospital Universitario
Virgen del Rocío