



Escuela Universitaria de Enfermería Gimbernat

Trabajo final de grado

Curso académico: 2025-2026

Estrategias para la implementación del proyecto de humanización en la Unidad de Cuidados Intensivos del Hospital General de Granollers: un estudio cuantitativo de la perspectiva de profesionales, pacientes y familias.

Autoras: Ada Alvaro Paredes y Alba Conejo Carmona

Tutora: Elena Fernández Martínez

Sant Cugat del Vallés, mayo de 2026

ESCOLES UNIVERSITÀRIES GIMBERNAT

GRAU D'INFERMERIA

PRESENTACIÓ TREBALL FINAL DE GRAU

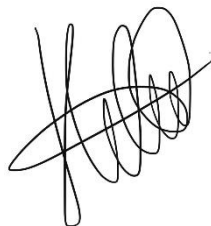
Nom i Cognoms autor/a: Ada Alvaro Paredes y Alba Conejo Carmona

Títol treball: *Estrategias para la implementación del proyecto de humanización en la Unidad de Cuidados Intensivos del Hospital General de Granollers: un estudio cuantitativo de la perspectiva de profesionales, pacientes y familias.*

Autoritzo a que aquest sigui presentat el proper mes de: Maig

Nom i cognoms tutor/a: Elena Fernández Martínez

Sant Cugat del Vallès,



Resumen

La Unidad de Cuidados Intensivos (UCI) se define como un entorno de alta complejidad donde creemos que la prioridad de atención, en ocasiones ha sido centrada en la patología y no en los cuidados del paciente. Diferentes estudios concluyen que la deshumanización en estas unidades especiales se asocia a una mayor incidencia de delirium, estrés post traumático y el denominado Síndrome post-cuidados intensivos (PICS), afectando tanto al paciente como a la familia y a los profesionales sanitarios, con la incidencia de *Burnout*.

Nuestro objetivo es analizar las estrategias y el impacto del proyecto de humanización en la UCI del Hospital General de Granollers, evaluando la mejora de la calidad asistencial, la gestión del dolor y la satisfacción de los pacientes y profesionales sanitarios mediante escalas.

La metodología propuesta es un estudio cuantitativo, cuasi-experimental y longitudinal. Nuestra muestra se dividirá en un grupo de intervención (boxes 1-15), donde implementaremos mejoras ambientales (luz, ruido, privacidad), comunicación asertiva y flexibilización del acompañamiento; y un grupo control (boxes 16-30) con los cuidados estándares de la unidad. Utilizaremos escalas validadas para la valoración del dolor (EVA, CPOT, ESCID), delirium (CAM-ICU) y encuestas de satisfacción.

En base a los resultados esperados, prevemos que las estrategias de humanización reduzcan el impacto emocional de ingreso, disminuyan la percepción del dolor y así prevenir secuelas neurológicas a largo plazo, fortaleciendo la confianza en el sistema sanitario y sus profesionales.

En conclusión, la humanización, fundamentalmente en modelos teóricos, es una necesidad ética y una herramienta terapéutica de bajo coste que a nuestro parecer transforma la UCI en un entorno centrado en la dignidad de la persona.

Palabras clave: Humanización, centrado en el paciente, calidad de atención, intervención, enfermería, cuidados, unidad de cuidados intensivos, experiencia, paciente, familia.

Abstract

The Intensive Care Unit (ICU) is defined as a highly complex environment in which the priority of care has, at times, been focused on pathology rather than on patient-centered care. Various studies conclude that dehumanization in these specialized units is associated with a higher incidence of delirium, post-traumatic stress, and the so-called Post-Intensive Care Syndrome (PICS), affecting not only patients but also their families and healthcare professionals, contributing to the development of Burnout.

The objective of this study is to analyze the strategies and impact of the humanization project in the ICU of Hospital General de Granollers, evaluating improvements in quality of care, pain management, and the satisfaction of patients and healthcare professionals through the use of assessment scales.

The proposed methodology is a quantitative, quasi-experimental, longitudinal study. The sample will be divided into an intervention group (beds 1–15), where environmental improvements (light, noise, privacy), assertive communication, and flexible visiting policies will be implemented; and a control group (beds 16–30), which will receive standard unit care. Validated scales will be used to assess pain (EVA, CPOT, ESCID), delirium (CAM-ICU), and satisfaction surveys.

Based on the expected results, it is anticipated that humanization strategies will reduce the emotional impact of ICU admission, decrease pain perception, and help prevent long-term neurological sequelae, as well as strengthening trust in the healthcare system and its professionals.

In conclusion, humanization, mainly supported by theoretical models, is an ethical necessity and a low-cost therapeutic tool that, in our view, transforms the ICU into an environment centered on the dignity of the individual.

Keywords: Humanization, patient-centered care, quality of care, intervention, nursing, care, intensive care unit, experience, patient, family.

Índice

1. INTRODUCCIÓN	9
1.1. Justificación	12
1.2. Marco teórico	13
1.2.1. Bases conceptuales y modelos de cuidado en la UCI	13
1.2.1.1. Evolución histórica del modelo de atención en UCI	14
1.2.1.2. Modelos teóricos de cuidados centrados en la persona	14
1.2.1.3. Concepto de humanización y deshumanización del cuidado (principios éticos y dignidad del paciente)	15
1.2.1.4. El rol de la enfermera en el cuidado humanizado en la UCI	16
1.2.2. Impacto de la humanización en pacientes, familias y profesionales.	17
1.2.2.1. Impacto emocional y psicológico del ingreso en UCI	17
1.2.2.2. El papel de la familia en la UCI	18
1.2.2.3. Síndrome post-UCI:	20
1.2.3. Estrategias, entornos y evaluación de la humanización en UCI	22
1.2.3.1. Infraestructura y entorno físico humanizado	23
1.2.3.2. Estrategias de humanización en la UCI	23
1.2.3.3. Proyectos y programas de humanización en UCI	27
1.2.3.4. Evaluación de la humanización y calidad asistencial	29
2. OBJETIVOS	31
2.1. Hipótesis de la investigación	31
2.1.1. Hipótesis general (H0):	31
2.2. Objetivo general	31
2.3. Objetivos específicos	31
3. MATERIAL Y MÉTODOS	33

3.1. Tipo de estudio y diseño propuesto	33
3.2. Descripción de la población	35
3.3. Criterios de inclusión y exclusión	36
3.4. Variables	37
3.5. Instrumentos de medida.....	38
3.6. Procedimientos de recogida de datos	39
3.7. Cronograma	40
3.8. Análisis de los datos.....	41
3.9. Aspectos éticos	42
3.9.1. Aplicación práctica de la ética en el proyecto	44
3.10. Limitaciones	45
3.11. Instalaciones y presupuestos.....	46
4. APLICABILIDAD PARA LA PRÁCTICA Y FUTURAS LÍNEAS DE INVESTIGACIÓN	48
4.1. Aplicabilidad en la práctica asistencial	48
4.2. Repercusión institucional y modelo replicable.....	49
4.3. Futuras líneas de investigación.....	49
5. OBJETIVOS DE DESARROLLO SOSTENIBLE (ODS)	50
6. AGRADECIMIENTOS	51
7. BIBLIOGRAFÍA.....	52
8. ANEXOS	63
8.1. Anexo 1. Ecuaciones de búsqueda.....	63
8.2. Anexo 2. Escala Medical Research Council.....	67
8.3. Anexo 3. Índice de Katz	67
8.4. Anexo 4. Índice de Barthel	67
8.5. Anexo 5. Batería repetible para la evaluación del estado neuropsicológico	68

8.6. Anexo 6. Test de evaluación cognitiva de Montreal	69
8.7. Anexo 7. Escala de depresión y ansiedad hospitalaria	69
8.8. Anexo 8. Test de ansiedad de Beck.....	70
8.9. Anexo 9. Escala de inventario de depresión de segunda edición	71
8.10. Anexo 10. Escala de síndrome de estrés postraumático-14	72
8.11. Anexo 11. Escala CAM-ICU	73
8.12. Anexo 12. Escala de severidad APACHE-II	73
8.13. Anexo 13. Escala ESCID	74
8.14. Anexo 14. Escala CPOT	74
8.15. Anexo 15. Escala EVA	75
8.16. Anexo 16. Escala Campbell	75
8.17. Anexo 17. Escala de ansiedad y depresión de Goldberg.....	75
8.18. Anexo 18. Escala burnout: Maslach Burnout Inventory (MBI).....	76
8.19. Anexo 19. Encuesta de familiares.....	77
8.20. Anexo 20. Encuesta de profesionales.....	78
8.21. Anexo 21. Consentimiento informado	79

Abreviaturas

- ABVD: Actividades Básicas de la Vida Diaria.
- BOE: Boletín Oficial del Estado.
- CEIC: Comité de Ética de Investigación Clínica.
- HU-CI: Humanizando los Cuidados Intensivos.
- LTSV: Limitación de Tratamientos de Soporte Vital.
- ODS: Objetivos de Desarrollo Sostenible.
- PFCC: Modelos de atención centrados en el paciente y la familia.
- PICS: Síndrome post-cuidados intensivos.
- PICS-F: Síndrome post-cuidados intensivos familiares.
- SISCAT: Sistema Sanitario Integral de Utilización Pública de Cataluña.
- Síndrome de HELLP: Síndrome de hemólisis, elevación de encimas hepáticas y recuento bajo de plaquetas.
- TCAE: Técnica en Cuidados Auxiliares de Enfermería.
- TEPT: Trastorno de Estrés Postraumático.
- UCI: Unidad de Cuidados Intensivos.

1. Introducción

Se denomina una Unidad de Cuidados Intensivos (UCI) a un servicio especializado que cuenta con un equipo multidisciplinar de profesionales de salud, dedicado a la atención de pacientes críticos o semicríticos que necesitan atención específica, avanzada y un monitoreo constante. Se atiende a pacientes susceptibles de recuperación y que requieren soporte respiratorio avanzado o soporte básico, además de pacientes con fallo multiorgánico o necesidades clínicas complejas.

Generalmente, se encuentra ubicada en un espacio específico y se rige por una normativa especial. Dependiendo del tamaño y organización del hospital, la UCI puede subdividirse en áreas especializadas, como pueden ser una UCI polivalente para politraumatismos, neurocríticos, entre otras. Además, pueden ingresar pacientes que necesitan un menor nivel de cuidado. Por ello, se considera un servicio especializado (1).

Podemos observar que, en diferentes centros hospitalarios de Cataluña, los horarios de visita en las UCIs varían en función de los protocolos internos de cada hospital. Normalmente, suelen tener horarios restringidos para prevenir infecciones, respetar el descanso y facilitar las tareas de los profesionales sanitarios. Esto dificulta que muchas familias no se pueden adaptar al horario, lo que dificulta la evolución de recuperación del paciente y el bienestar emocional de ambos. Este artículo, refleja que la rigidez en los horarios y la falta de flexibilidad en los tiempos de visita pueden generar percepciones de deshumanización y afectar negativamente a la recuperación (2).

Durante el ingreso del paciente, los profesionales de enfermería informan a los familiares del funcionamiento general de la unidad, así como los horarios de visita, los horarios de información del facultativo en medicina y el protocolo a seguir para la visita del paciente.

Las ratios asistenciales de la UCI varían en función de la disponibilidad de camas que dispone la unidad y de la complejidad del paciente. Para brindar una buena calidad asistencial y centrada en la persona, la ratio enfermera – paciente debería de ser de 2:1, es decir, dos pacientes por enfermera (3). La evidencia señala que la comunicación, el acompañamiento emocional y la capacidad de

respuesta del equipo de enfermería son elementos clave en la percepción de humanización por parte de paciente y familiares (4).

El rol de los profesionales de enfermería es muy importante en la UCI ya que fomenta la autonomía y el trabajo en equipo con otros profesionales de la unidad. En este caso, identifican problemas y necesidades del paciente y la familia, administran tratamientos, aplican procedimientos según protocolos de seguridad, registran la evolución clínica del paciente y comunican los cambios al equipo multidisciplinar. Además, ofrecen apoyo emocional y acompañamiento, fomentan la participación del paciente en su cuidado, alivian el dolor y su sintomatología y brindan información, soporte y acompañamiento a la familia. Consideramos que el papel de líder de la enfermera es fundamental en la unidad para ofrecer cuidados centrados en la persona y que exista una buena comunicación entre profesionales del equipo multidisciplinar. La evidencia resalta que la práctica enfermera en UCI se basa en la empatía, la interacción continua y la comunicación efectiva. A nuestro parecer, pilares esenciales para favorecer las relaciones de confianza y así poder mejorar la experiencia del cuidado (5).

En este trabajo de final de grado nos centraremos en analizar las estrategias de humanización implementadas en la UCIs y su relación con la calidad de los cuidados asistenciales, así como la percepción del paciente y su familia.

Hemos escogido este tema ya que, en base a nuestra experiencia laboral como Técnicas en Cuidados Auxiliares de Enfermería (TCAE) tanto en hospitalización como en UCI del Hospital General de Granollers, nos encontramos que, uno de los principales problemas actuales en el ámbito sanitario es la deshumanización hacia el paciente y su entorno familiar, ya que muchas veces no se tienen en cuenta según que situaciones, dejando en segundo plano aspectos emocionales y sociales.

Es por lo que, la deshumanización es la despersonalización del cuidado, es decir, el único objetivo principal de actuación sanitaria es el proceso patológico actual del paciente basado en su estado físico, sin tener en cuenta la opinión del paciente, la familia y su entorno (6). Estudios recientes, señalan que el rápido avance tecnológico, la sobrecarga laboral y la presión asistencial favorecen a la

despersonalización del cuidado, la restricción del contacto familiar, la comunicación limitada entre profesionales y pacientes, el exceso de sobrecarga laboral del personal y la falta de recursos que promueven el bienestar emocional. Estas situaciones pueden generar consecuencias negativas tanto al paciente, como la ansiedad, depresión, soledad y desorientación, como para los profesionales sanitarios conllevando al agotamiento emocional, el estrés y el síndrome de *Burnout* (7).

En cambio, la humanización tiene en cuenta diferentes perspectivas de cuidados al paciente, abordando integralmente a la persona holísticamente, a nivel biológico, psicológico y social (biopsicosocial). Se centra a nivel físico, emotivo, social y espiritual. La humanización en la UCI promueve el acompañamiento familiar, la comunicación afectiva, la empatía y el respeto por la dignidad del paciente (8).

En los últimos años, algunos hospitales que han implementado el modelo de las “puertas abiertas en las UCIs” con el objetivo de favorecer la humanización y fortalecer el vínculo entre paciente, familia y personal sanitario. Según fuentes bibliográficas, demuestran que la presencia de los familiares durante procedimientos médicos o situaciones críticas tiene un efecto positivo tanto para el paciente como para la familia. Asimismo, destaca que la participación de la familia no solo mejora la atención recibida, sino que también favorece una comunicación más efectiva y aumenta la confianza hacia el personal sanitario (9).

Teniendo en cuenta el proyecto Humanizando los Cuidados Intensivos (HU-CI), adherido a la Fundación Humanizando la Sanidad, identifican diferentes factores a tener en cuenta para poder implementar el proyecto a las unidades, entre estos factores podemos encontrar: UCI de puertas abiertas, la comunicación, el bienestar del paciente, la presencia y participación de familiares, cuidados al personal, prevención, manejo y seguimiento del síndrome post-uci, una infraestructura humanizada y cuidados al final de la vida. Este proyecto ha sido considerado un nuevo prototipo para redefinir la práctica clínica en cuidados intensivos y situar la ética como eje central de la asistencia (10).

1.1. Justificación

Nos gustaría poder implementar el proyecto al hospital comarcal de referencia del Vallés Oriental, en este caso en la Fundación Privada Hospital Asilo de Granollers, ya que, actualmente, es el único hospital de la zona que dispone de tres UCIs y que abarca casi toda la población del Vallés Oriental, aproximadamente más de 440.000 habitantes. Se dispone de 30 camas distribuidas entre las tres UCIs, teniendo un total de 10 camas por UCI. Actualmente, una de las UCIs está destinada al ingreso de pacientes semicríticos y las otras dos, al paciente crítico.

El paciente semicrítico requiere vigilancia estrecha y soporte clínico especializado sin inestabilidad vital inmediata, mientras que el paciente crítico presenta disfunciones orgánicas agudas con riesgo vital y requiere monitorización continua y soporte vital avanzado (11,12).

Hemos observado que aún no disponen del proyecto de humanización, pero sí que se están implementando técnicas en la unidad como la apertura de la UCI a las familias para fomentar la proximidad y reducir el impacto emocional del ingreso, la musicoterapia semanal o los "paseos curativos", que permiten a los pacientes de larga estancia salir al exterior y encontrarse con el mundo que los rodea. En el ámbito asistencial, se han incorporado profesionales especializados como; dos fisioterapeutas expertos en fisioterapia respiratoria que ayudan a prevenir secuelas físicas de la estancia prolongada en UCI, una logopeda que ha introducido técnicas innovadoras como las válvulas fonatorias, que permiten a los pacientes intubados recuperar su voz y volverse a comunicar, y una farmacéutica que es la encargada de garantizar una prescripción segura y personalizada en un entorno complejo. También se están aplicando otras iniciativas como el silencio en la unidad, la adaptación de la iluminación para favorecer el descanso, la habilitación de espacios para conversaciones difíciles o los futuros diarios de UCI en que profesionales y familiares registran el día a día del paciente para reconstruir su vivencia después del alta, contribuyendo a una experiencia más humana, cálida y respetuosa.

Todas estas técnicas se están implementando actualmente, pero consideramos que se necesitan aplicar muchas otras para poder llevar a cabo el proyecto de humanización en la unidad.

Los criterios de ingreso en la Unidad de Cuidados Intensivos varían en función del centro hospitalario y del nivel de atención que ofrezca. En este caso, si nos centramos en la UCI del Hospital General de Granollers, al tener unidad de críticos y semicríticos, establece unos criterios de ingreso adaptados a la atención del centro. Podemos observar que se atienden diferentes patologías como patologías cardiovasculares; insuficiencia cardíaca que requiera ventilación mecánica, shock cardiogénico, síndrome coronario agudo, infarto agudo de miocardio post cateterismo, pericarditis..., patologías respiratorias; insuficiencia respiratoria hipoxémica aguda o grave con soporte ventilatorio invasivo o no invasivo, neumonía grave, cualquier patología respiratoria aguda o crónica agudizada que pueda responder a tratamiento farmacológico y/o ventilación mecánica no invasiva..., patología digestiva; pancreatitis grave con riesgo de fallo multiorgánico, peritonitis, insuficiencia hepática, hemorragia digestiva alta y baja, shock séptico de origen abdominal..., patología neurológica; ictus isquémico y hemorrágico, coma con Glasgow mayor o igual a 8 que requiera intubación orotraqueal y ventilación mecánica, status epiléptico, encefalitis y meningitis graves, muerte encefálica para mantenimiento de donación de órganos..., patología endocrina, metabólica y del medio interno; descompensaciones hidroelectrolíticas como la cetoacidosis diabética, patología renal, intoxicaciones, sepsis, patología obstétrica grave durante el embarazo o el puerperio; eclampsia, preeclampsia, síndrome de Hemólisis, elevación de enzimas hepáticas y recuento bajo de plaquetas (HELLP)..., patología pediátrica; mayores de 12 años y más de 40 kg de peso (13).

1.2. Marco teórico

1.2.1. Bases conceptuales y modelos de cuidado en la UCI

El cuidado en las UCIs ha experimentado un cambio significativo durante los últimos años, evolucionando desde una visión puramente técnica y biomédica hacia una perspectiva integral y humanista. Creemos que este cambio no es

casual, sino que responde a las necesidades de equilibrar el avance tecnológico con la enfermería, es decir el cuidado hacia los pacientes y las familias. Para comprender el estado actual de la humanización, hemos analizado el recorrido histórico y los modelos de enfermería que hemos tenido a lo largo de los años.

1.2.1.1. *Evolución histórica del modelo de atención en UCI*

La evolución de la UCI ha pasado de ser un “espacio de rescate fisiológico” nacido en las guerras y epidemias de polio de mediados del siglo XX en Copenhague, donde se estableció la necesidad de agrupar a los pacientes críticos para recibir soporte ventilatorio y vigilancia especializada. Históricamente hemos podido observar (14) que existe una transición de un enfoque centrado en la monitorización invasiva al paciente a un modelo de cuidados continuos, donde la humanización y las secuelas post-UCI son tan prioritarias como la estabilidad hemodinámica del paciente y la familia.

Según Gerritsen et al. (2021) (15), el modelo actual se basa en la “trilogía paciente-familia-profesional”. La evolución respaldada por la Revista Médica Clínica Las Condes (2019) (16), propone una “UCI sin paredes” o de puertas abiertas, donde la tecnología se considera una herramienta para lograr la recuperación humanizada y reducir el impacto del Síndrome Post-Cuidados Intensivos (PICS).

1.2.1.2. *Modelos teóricos de cuidados centrados en la persona*

La enfermería moderna en cuidados críticos no se limita a la técnica, sino que se fundamenta en teorías que validan al paciente como un ser holístico (17):

- Virginia Henderson: En la UCI, la enfermera identifica las necesidades básicas alteradas por la enfermedad crítica que presenta el paciente. La humanización radica en suplir estas necesidades, como pueden ser la respiración, la higiene o la termorregulación. Manteniendo siempre la dignidad y los cuidados personalizados del paciente pese a su grado de dependencia.

- Hildegard Peplau: Su modelo de relaciones interpersonales, podemos entender la interacción enfermera-familia. La enfermera actúa como recurso y guía, pudiendo así gestionar la ansiedad y el nerviosismo familiar y fomentando una “comprensión empática” que a nuestro parecer es básica para las situaciones de incertidumbre clínica que en muchas ocasiones padecen los familiares.
- Callista Roy: A través de su modelo de adaptación, la enfermera ayuda al paciente a procesar los estímulos del entorno crítico como pueden ser los ruidos, las luces o las alarmas. El objetivo es que el paciente logre un equilibrio entre su estado patológico del momento del ingreso y el ambiente de la unidad.
- Jean Watson: La teoría del cuidado humano sostiene que el cuidado es una cuestión ética y transpersonal. El paciente no es un objeto de intervención, sino un ser humano con quien se establece una conexión. Hay evidencia reciente que destaca que este método mejora los resultados clínicos y la satisfacción de los pacientes y sus familias (18).

En resumen, estas teorías y modelos nos enseñan que el trabajo en una UCI va más allá de “curar al cuerpo”, sino que hay que cuidar a la persona en su totalidad. Henderson y Roy nos dicen como adaptar el entorno y las necesidades físicas de las personas, Peplau y Watson nos recuerdan que la conexión emocional y el respeto son igual de importantes. Creemos que esta base teórica es la que da el sentido a la humanización. A nuestro parecer, es una necesidad ética y básica, de manera que, si aplicamos estas teorías y modelos podemos evitar la deshumanización y así podemos devolver la dignidad a los pacientes.

1.2.1.3. *Concepto de humanización y deshumanización del cuidado (principios éticos y dignidad del paciente)*

- Humanización: se define como una propuesta ética que pone a la persona en el centro. Conforme a lo que Kvande et al. (2019) mencionan (19),

supone respetar la dignidad intrínseca y la autonomía, facilitando que el paciente y su familia se involucren en el proceso de cuidado (20).

- Deshumanización del cuidado: es un fenómeno multicausal derivado de la sobrecarga laboral y el enfoque exclusivo en la patología. Estudios recientes señalan que la falta de privacidad y el aislamiento social son factores críticos que generan despersonalización tanto en el paciente como en los profesionales (21,22) .
- Principios éticos y dignidad: la práctica enfermera debe regirse por la vulnerabilidad y la dignidad. Como se discute en *Nursing Ethics* (2023) (23), proteger la intimidad de los pacientes y mantener una comunicación no verbal respetuosa son actos esenciales de justicia y beneficencia.

1.2.1.4. El rol de la enfermera en el cuidado humanizado en la UCI

La enfermera de la unidad de cuidados intensivos desempeña un papel esencial en el cuidado humanizado, al ser el profesional que mantiene una relación continua junto al paciente crítico. Su rol es una combinación de competencia técnica con una atención centrada en la persona, orientada a preservar la dignidad, el respeto y la individualidad del paciente en un entorno altamente tecnificado (24).

La evidencia científica reciente destaca que la enfermería en la UCI es clave para integrar intervenciones humanizadas en la práctica diaria, tales como el respeto a la intimidad, la comunicación clara y empática, y la adaptación del cuidado a las necesidades emocionales y psicológicas del paciente, incluso cuando este se encuentra inconsciente o con limitaciones para expresarse (25). Todas estas acciones contribuyen a reducir la sensación de despersonalización y a reforzar la percepción del paciente como el que recibe activamente el cuidado.

Desde una perspectiva ética, la enfermera protege la dignidad del paciente crítico, especialmente en situaciones de gran vulnerabilidad. Acciones como preservar la intimidad corporal, utilizar un lenguaje respetuoso y mantener una

presencia cercana y continuada reflejan los principios de beneficencia y respeto que guían el cuidado en la UCI (26).

Asimismo, la enfermera desempeña un papel clave en el acompañamiento y apoyo a la familia, facilitando la comunicación con el personal sanitario y promoviendo una relación de confianza. Este acompañamiento contribuye a disminuir la ansiedad y nerviosismo familiar y mejora la experiencia global del cuidado durante la estancia en la UCI (27).

En conjunto, la enfermera de cuidados intensivos no solo ejecuta los procedimientos dictados por los médicos, sino que vela por el cuidado humanizado, integrando conocimientos científicos, sensibilidad ética y atención personalizada para así poder ofrecer una atención integral al paciente crítico y a sus familiares.

1.2.2. Impacto de la humanización en pacientes, familias y profesionales

1.2.2.1. Impacto emocional y psicológico del ingreso en UCI

En las UCIs solemos encontrar diversos factores que pueden afectar al impacto emocional de los pacientes ingresados, es por lo que es muy importante tener en cuenta la situación en la que se encuentra la persona para poder ofrecer cuidados de calidad y disminuir todos aquellos factores externos que puedan perjudicar su estancia en la unidad. Estos factores suelen estar relacionados con el entorno de trabajo de las UCIs, es decir, suele haber ruido constante, luz artificial, equipos y procedimientos invasivos para el paciente, como, por ejemplo, para una monitorización y tratamientos precisos, pérdida de intimidad del paciente y control, así como la atención personalizada de los profesionales sanitarios para brindar todas aquellas necesidades que requiere la persona.

Muchos pacientes que ingresan en la UCI suelen experimentar diversas reacciones emocionales, como el miedo a la muerte, ansiedad y angustia, desorientación y delirium, sensación de despersonalización.

Varios estudios realizados tanto a nivel nacional como internacional demuestran que los pacientes que tuvieron una estancia hospitalaria en la

unidad de cuidados intensivos presentaron dolor y psicopatología un año después de ser ingresados. Desglosaron la psicopatología con síntomas de ansiedad, depresión y/o trastorno del estrés postraumático. Se ha investigado que el dolor antes, durante y después del ingreso en UCI, está relacionado con la psicopatología. El dolor durante la estancia en UCI no se asoció con psicopatología, pero el recuerdo de un manejo insuficiente del dolor durante la estancia en UCI sí lo hizo (28) .

Consideramos que es importante prestar atención al dolor y a las experiencias del tratamiento del dolor relacionadas con el ingreso en la UCI, ya que puede contribuir a desarrollar diferentes síntomas de psicopatología.

Este aspecto es relevante en el contexto de la humanización en la UCI, ya que se demuestra que las consecuencias del ingreso persisten después del alta hospitalaria. Es muy importante tener en cuenta el recuerdo que tienen los pacientes de un manejo insuficiente del dolor, ya que se asocia con la aparición de ansiedad, depresión o trastorno de estrés postraumático. Es por lo que, el rol de enfermería es fundamental, no solo para la valoración y control del dolor, sino también en la comunicación y el acompañamiento emocional, ya que son elementos clave para reducir el impacto psicológico a largo plazo y mejorar la calidad de los cuidados.

1.2.2.2. *El papel de la familia en la UCI*

La importancia de la participación de la familia en la humanización en la UCI es esencial para los cuidados del paciente ya que favorece a una mejor evolución de salud. Esto ayuda a la persona a que reconecte con su entorno afectivo y a preservar su identidad como persona, más allá de su enfermedad. La atención centrada en la familia en la UCI destaca el respeto y la dignidad familiar, promueve la empatía y la comprensión, fomenta la comunicación, la colaboración y la toma de decisiones compartida entre los profesionales sanitarios y los familiares, es por lo que, se ve reflejado una mejora de los resultados de salud, la experiencia del paciente y la familia de la atención, la satisfacción del personal y la utilización de recursos (29).

Consideramos que empoderar a la familia y al paciente es la mejor manera de favorecer el bienestar y la recuperación de los pacientes.

Los modelos de atención centrados en el paciente y la familia (PFCC), son fundamentales para una atención sanitaria de calidad y ofrece beneficios a los pacientes, familias y profesionales. Este concepto creado por el Instituto Picker (1993), incluye varias dimensiones: respeto por los valores, atención; información, comunicación y educación; comodidad física; apoyo emocional y participación de familiares y amigos. Este modelo reconoce a los pacientes como individuos únicos.

Además, varios estudios han observado que involucrar a la familia en el cuidado del paciente, favorece que se sientan útiles y menos impotentes en situaciones de crisis, lo que puede disminuir la probabilidad de desarrollar secuelas emocionales como el estrés postraumático tras el alta hospitalaria del paciente (30) .

Desde enfermería, promover la participación familiar también fortalece el vínculo entre el equipo sanitario y el entorno del paciente, favoreciendo una atención más holística y ajustada a las necesidades clínicas y emocionales.

Consideramos que el papel de la familia en el proceso del cuidado, humaniza la atención y ofrece beneficios para la experiencia del paciente, la contención emocional de los familiares y el bienestar general del entorno clínico de la unidad.

Diversos estudios tanto nacionales como internacionales demuestran que las experiencias emocionales y estrategias de afrontamiento de familiares de pacientes críticos, se ven vulnerables emocionalmente. Un estudio realizado en la Facultad de Medicina de la Universidad de Michigan proporcionó entrevistas y encuestas de satisfacción a los familiares de pacientes críticos ingresados en las UCIs, al principio de la estancia y después de 90 días. Los resultados del estudio destacaron que, la familia padece varias experiencias emocionales, de las cuales, se identificaron tres emociones principales: tristeza, ira y miedo. La tristeza fue la emoción más común, ya que mencionaban que ver al paciente gravemente enfermo y enfrentarse a un futuro de enfermedad crónica crítica,

tenían sentimientos de arrepentimiento y culpa, además de la toma de decisiones ante situaciones de anticipación de final de vida (31).

En nuestra opinión, consideramos que este estudio refleja la importancia de hacer un seguimiento a la familia ya que se pueden ver muy afectados emocionalmente durante y después de la hospitalización. Es por lo que demuestra la importancia de brindar apoyo emocional no solo al paciente, sino también a la familia.

1.2.2.3. Síndrome post-UCI:

El Síndrome post-cuidados intensivos (PICS), es un síndrome que afecta entre el 50-70% de los pacientes ingresados en la unidad de cuidados intensivos. Se describe como la aparición de sintomatología nueva o que empeoran la salud física, cognitiva o mental después de una enfermedad crítica y que persisten después de ser hospitalizado. Puede afectar tanto al paciente como a la familia (32).

El síndrome post-UCI (PICS) afecta a distintas áreas de la salud del paciente, principalmente la física, cognitiva y emocional. A nivel físico, pueden aparecer secuelas respiratorias a largo plazo, como, por ejemplo, alteraciones en la ventilación (insuficiencia respiratoria), que se han ido agravando debido a la pandemia de COVID-19, sobre todo en pacientes que padecieron síndrome de distrés respiratorio agudo (SDRA).

También pueden aparecer alteraciones musculoesqueléticas, como la debilidad muscular generalizada que se desarrolla durante la enfermedad crítica y la estancia en UCI. Esta alteración puede limitar de forma importante las actividades básicas de la vida diaria (ABVD) y deteriorar la calidad de vida de los pacientes, aunque se ha comprobado que algunos de ellos mejoran durante el primer año post-UCI, en cambio en otros casos la debilidad persiste.

Los pacientes de UCI también pueden presentar alteraciones neuropsicológicas ya que el delirio es muy frecuente durante la estancia en UCI y se asocia posteriormente con deterioro cognitivo, así como alteraciones emocionales como la depresión, ansiedad y trastorno del estrés postraumático (TEPT). Estas

secuelas se pueden mantener durante más del primer año del alta hospitalaria y mantenerse durante el día a día del paciente (33) .

Además de los pacientes, la familia también puede sufrir síndrome post cuidados intensivos familiares (PICS-F), que se define como la presencia de nueva sintomatología física o psicológica en los familiares de los pacientes que han tenido una estancia en UCI. La sintomatología puede persistir durante meses o años. Las manifestaciones clínicas que presentan los familiares suelen ir relacionadas con la salud mental, en este caso, con ansiedad, depresión y estrés postraumático y/o duelo complicado. Todo esto puede afectar a la calidad de vida de la familia y del paciente.

Varios estudios demuestran que algunas de los factores por lo que aumenta el riesgo de PICS-F, a parte de las características de los pacientes y la familia, también tiene que ver con las características de la UCI. En este caso, algunos de los factores predisponentes pueden ser: la mala comunicación con el personal, las restricciones de visitas, los antecedentes personales de ansiedad y depresión, etc. (34).

Para poder valorar correctamente el PICS, se utilizan diferentes instrumentos de evaluación para cada una de las áreas de salud del paciente. Se dividen en diferentes componentes, entre ellos encontramos la parte física, que se utiliza la *escala Medical Research Council* (35) (Anexo 2), *el índice de Katz* (36) (Anexo 3) y *el índice de Barthel* (37) (Anexo 4); a nivel cognitivo se utiliza la *“batería repetible para la evaluación del estado neuropsicológico”* (38) (Anexo 5) y *el test de evaluación cognitiva de Montreal* (39) (Anexo 6); a nivel emocional/mental se utiliza la *escala de depresión y ansiedad hospitalaria* (40) (Anexo 7), *el test de ansiedad de Beck* (41) (Anexo 8), *la escala de inventario de depresión de segunda edición* (42) (Anexo 9) y *la escala de síndrome de estrés postraumático-14* (43) (Anexo 10) (44).

La evidencia científica define el trastorno de estrés postraumático (TEPT) como un trastorno que relaciona el trauma y el estrés que se presenta tras la exposición directa o indirecta a un fallecimiento, lesión grave o violencia sexual. Todas estas características se pueden ver reflejadas ante una situación real o de amenaza. Varios estudios referencian que es una consecuencia frecuente a largo plazo

tras el ingreso en la UCI por una enfermedad crítica. Las manifestaciones clínicas del TEPT suelen caracterizarse por sintomatología como “*flashbacks*”, pesadillas, dificultad para concentrarse, insomnio, irritabilidad, problemas de memoria...

Los datos de encuestas epidemiológicas indican que la mayoría de los pacientes con TEPT, padecen trastornos psiquiátricos comórbidos, principalmente depresión, trastornos por consumo de sustancias y ansiedad. Durante el primer año tras el alta de la UCI, la prevalencia de padecer este tipo de trastorno es aproximadamente del 20% (45).

Otra de la sintomatología que nos podemos encontrar en los pacientes de UCI, es la aparición del delirium, que además de afectar a pacientes, familiares y cuidadores principales, está asociado a un incremento en la morbilidad y complicaciones hospitalarias. Es muy común en el paciente crítico que ha vivido una estancia de varios días en UCI y/o a requerido de ventilación mecánica con sedación inducida por fármacos.

Para la valoración del delirium se utiliza la escala CAM-ICU (46) (Anexo 11), que permite identificar la presencia de delirium, además de la escala de severidad APACHE II (47) (Anexo 12) (48).

1.2.3. Estrategias, entornos y evaluación de la humanización en UCI

La UCI se ha definido históricamente como un entorno de alta complejidad tecnológica, diseñada para la monitorización constante y el soporte vital del paciente cuando se encuentra en un estado crítico. Sin embargo, el enfoque puramente biomédico ha generado, en ocasiones, un entorno deshumanizado, de aislamiento y con un alto estrés emocional tanto para el paciente como para las familias y hasta para el personal sanitario.

Durante los últimos años hemos observado que la evidencia científica (HU-CI y SEMICYUC) ha demostrado que la deshumanización afecta directamente a la salud de los pacientes y sus familiares. La implementación de estrategias basadas en la mejora de la infraestructura, la flexibilidad en los horarios de visitas

y el cuidado que ofrecemos nosotros como profesionales de la salud, reduce las secuelas del PICS.

1.2.3.1. Infraestructura y entorno físico humanizado

Las arquitecturas de las UCIs han ido cambiando como ya hemos podido observar.

- El impacto del entorno en la salud: nos centramos en este artículo que subraya que el diseño ambiental afecta directamente a los ritmos circadianos de los pacientes ingresados. La falta de ventanas o de luz natural desorienta al paciente, y con ello puede aumentar el riesgo de delirium.

A nuestro parecer, creemos que una infraestructura humanizada ha de priorizar a luz natural y el control acústico, para así intentar reducir la fatiga por las alarmas del personal y el estrés del paciente (49) .

- Privacidad y autonomía: El diseño de las habitaciones individuales, si no es posible habitaciones como tal, boxes cerrados pero acristalados; esto permite un equilibrio entre la seguridad clínica, es decir que podemos observar al paciente en todo momento y la dignidad del paciente, es decir, la intimidad durante los procedimientos que se le realice.

1.2.3.2. Estrategias de humanización en la UCI

A nuestro parecer humanizar significa cambiar la forma en la que trabajamos, para que nos podamos adaptar a los pacientes y a sus familias y no al revés. Artículos reflejan que estas estrategias se dividen en cuatro grandes pilares:

1. Comunicación como herramienta terapéutica: en una UCI convencional el médico suele dar un informe técnico una vez al día, es decir, lo que conocemos como el pase de vista del adjunto o el de guardia. La humanización propone que la comunicación sea constante y para todos (50):

- Para el paciente: si el paciente está despierto, pero está intubado (imposibilidad de hablar), proponemos que se utilicen herramientas como pizarras, tabletas, pictogramas o dibujos. Con esto, el objetivo es que no se sienta atrapado en su propio cuerpo y de que no nos olvidemos de que las decisiones las toma el paciente.

La evidencia científica (51,52) demuestra que una mala comunicación puede perjudicar la relación con la familia y los pacientes, además de crear confusión, ansiedad y desconfianza del equipo asistencial. Como profesionales sanitarios, debemos tener la capacidad de proporcionar a la familia la información necesaria, concisa y adaptando el idioma para cada persona, usando un lenguaje comprensible evitando tecnicismos. También nos podemos encontrar con personas con barrera idiomática, es por lo que los centros sanitarios disponen de traductores y se hace un buen uso de ellos. El uso de estos ítems nos puede ayudar a que la familia y el paciente adquiera confianza y nos pregunte todas las dudas e incertidumbres que presenten. Para la familia es de un gran aporte ya que ofrecemos confianza, soporte emocional, ayuda a entender el diagnóstico y pronóstico, ayuda a la toma de decisiones...

La comunicación de malas noticias, entre ellas la comunicación de la limitación de tratamientos de soporte vital (LTSV), es de gran importancia saberlo comunicar adecuadamente. Es importante apoyarse y reflejar por escrito las decisiones familiares y del paciente, siempre y cuando se contemple con la ley (53), en el código ético y en los indicadores de calidad de la SEMICYUC.

- El “diario de UCI”: es una de las herramientas estrellas. El personal sanitario y las familias escriben lo que pasa cada día, como si fuera el diario del paciente, que en este caso está sedado o inconsciente. Cuando el paciente se recupera y sale de la unidad, leer ese diario le ayudará a entender lo que ha vivido y lo que le ha ido pasando durante el tiempo que haya estado ingresado en la UCI.

2. “Puertas abiertas”, las familias como parte del equipo:

Años anteriores, a las familias solo le dejaban pasar entre 15 – 30 minutos para poder estar con el paciente ingresado, actualmente eso ha ido cambiando y se han extendido los horarios (54,55).

- Horarios flexibles: que la familia pueda estar presente el mayor tiempo posible sin limitación de tiempo. Esto calma al paciente y reduce su miedo. Observamos que el beneficio es mutuo.
- Participación en los cuidados: en lugar de referirse a las familias como “visitantes”, se les enseña a los familiares (en medida de lo posible) a hacer cosas sencillas para el propio paciente, como pueden ser: peinar al paciente, hidratarle la piel o simplemente darle la mano. Esto produce un sentimiento de utilidad hacia los familiares y el paciente se siente querido.

3. Bienestar físico y psicológico (55):

- Paseos terapéuticos: siempre y cuando el paciente esté estable, aunque esté conectado a alguna máquina, se intenta bajarlo al jardín del centro, a la calle o a alguna terraza. Sentir el sol directo y el aire fresco tiene un impacto psicológico muy grande en ellos. Les recuerda que merece la pena luchar para volver a salir y sentirlo por ellos mismos.
- Música y descanso: Se intenta durante la noche que no haya luces fuertes ni ruidos de máquinas para que así el paciente pueda descansar y dormir. El sueño es la mejor medicina para el cerebro y evita que el paciente se vuelva agresivo o se desoriente (delirium). También se realizan actividades de musicoterapia, donde músicos acuden a la unidad a tocar instrumentos.

4. Cuidar a los que cuidan/cuidar a los profesionales:

En base a nuestro punto de vista, para que una UCI funcione de forma humana, el personal (enfermería, médicos, tcaes) a nuestro parecer debe

estar en las mejores condiciones posibles psicológicamente, ya que sabemos que trabajar en una UCI es en ocasiones muy duro psicológicamente ya que se convive con la muerte, el sufrimiento y las decisiones de vida o muerte en segundos. Hay muchos pacientes que pasan un periodo muy largo ingresados y es inevitable no establecer vínculos emocionales con el paciente y los familiares.

Estos artículos, destacan tres problemas principales y cómo podemos solucionarlos (44,45) :

- El síndrome de *Burnout*: sabemos que el *Burnout* no es solo estar físicamente cansado, sino que es un agotamiento muy profundo que los profesionales empiezan a sentir que su trabajo no tiene sentido o que se vuelven “fríos” con los pacientes y sus familias como una barrera de protección. Proponemos crear “espacios de desahogo”. Un ejemplo, tras realizar una reanimación que no ha acabado saliendo bien o un fallecimiento traumático, el equipo al completo debería poder reunirse unos minutos para hablar de cómo se sienten, en lugar de pasar directamente a asistir a los demás pacientes como si nada hubiera pasado.

5. El entorno de trabajo y la salud física:

- Descanso real: en ocasiones no se dispone de descanso en la jornada laboral, incluso a veces se descansa menos tiempo del permitido. Proponemos que las UCIs tengan áreas de descanso con luz natural, sillones cómodos y silencio, para que los profesionales en sus pausas puedan desconectar de verdad del sonido de las alarmas.
- Seguridad y ratios: Uno de los puntos clave, es que haya suficiente personal para cada paciente. Si el personal sanitario tiene demasiados pacientes a su cargo, será imposible que tenga tiempo para dar apoyo emocional o escuchar a las familias, solo tendrá tiempo para realizar las técnicas y no dar una atención de calidad al paciente y a la familia.

6. Las Habilidades Blandas (Soft Skills): para combatir la deshumanización, es imprescindible que el personal desarrolle competencias que van más allá del manejo de la tecnología avanzada que ya conocemos.

Según la Oficina Municipal de Inmigración (57), las habilidades blandas son la combinación de habilidades sociales, de comunicación, rasgos de personalidad y actitudes que permiten a una persona trabajar en equipo y relacionarse de una forma efectiva. Representan el cómo nos comportamos y nos vinculamos con el otro, diferenciándose de las habilidades duras o técnicas.

- El impacto en el cuidado y la recuperación: como indica el artículo (58), estas habilidades son una necesidad clínica de primer orden. En la UCI, permiten que los profesionales realicen una escucha activa y gestionen conflictos en situaciones de alta presión. No se trata de un simple gesto de cortesía, sino de utilizar la inteligencia emocional para reducir el miedo del paciente y la angustia de la familia.

Es fundamental recalcar que, a nuestro parecer, el desarrollo de estas habilidades no es un “extra” opcional ni un rasgo innato de la personalidad, sino una competencia profesional crítica. Por lo tanto, la evidencia sugiere que deben ser entrenadas y evaluadas con el mismo rigor que las competencias técnicas, como puede ser el buen manejo de una vía central o el funcionamiento del respirador, ya que su correcta aplicación influye de manera directa y demostrable en la recuperación del paciente y en la reducción de complicaciones psicológicas, tanto del cómo de la familia (59).

1.2.3.3. *Proyectos y programas de humanización en UCI*

Se han creado guías oficiales de estos proyectos y programas, los cuales son como el “libro de instrucciones” que los hospitales han de seguir para que el trato sea excelente.

1. El proyecto HU-CI (60): este es el proyecto más famoso que hemos encontrado y el que ha cambiado las UCIs en España y Latinoamérica.

Su “Manual de Buenas Prácticas” dice que, para humanizar, hay que trabajar en 7 áreas claves:

- **UCI de puertas abiertas:** ya no solo se permiten visitas de 15 minutos. El objetivo es que la familia esté presente el mayor tiempo posible.
- **Comunicación:** asegurarse de que el paciente (aunque esté intubado y no pueda hablar en el momento) y su familia entiendan todo lo que está pasando.
- **Bienestar del paciente:** controlar que no tenga dolor, que no pase frío y que pueda descansar sin ruidos constantes.
- **Presencia y participación de la familia:** no solo dejan que entren, sino que les enseñan a cuidar a su ser querido, como ya hemos mencionado en el apartado anterior (participación de los cuidados).
- **Cuidados al personal:** como también hemos explicado antes, el cuidar a los trabajadores es fundamental para evitar el *Burnout*.
- **Infraestructura humanizada:** tener habitaciones individuales, luz natural y lugares cómodos para favorecer al descanso.
- **Cuidados al final de la vida:** si el paciente va a fallecer, asegurarnos que lo haga sin dolor, con dignidad y acompañado de su familia en la habitación.

2. SEMICYUC Humaniza (56,61) : es la sociedad que agrupa a los médicos de las UCIs. Su programa “Humaniza” es muy importante.

No es opcional, es decir, ellos defienden que humanizar es tan importante como que no se infecte una vía o que el respirador funcione bien. Es un estándar de calidad.

Los hospitales pueden pedir un “sello de calidad”, es decir, certificaciones. Si pasan un examen y demuestran que cumplen las normas de humanización, reciben un certificado oficial. Esto motiva a los hospitales a mejorar para estar en la clasificación de los mejores.

1.2.3.4. Evaluación de la humanización y calidad asistencial

Para que la humanización sea una realidad sostenible en el tiempo y no una simple declaración de intenciones, es imprescindible que sea medible, auditable y comparable. Evaluar la calidad humana permite identificar fallos y asegurar que los cambios introducidos realmente impacten en el bienestar del paciente.

1. La evaluación del personal y la formación: una parte crítica de la evaluación no es solo mirar al paciente, sino auditar al equipo de salud. Según esta investigación (62):

- **Competencias en humanización:** no basta con saber que se aplican estrategias, hay que evaluar si el personal tiene la formación necesaria para llevarlas a cabo.
- **Cultura de la unidad:** el estudio subraya que se deben medir las actitudes de los profesionales hacia la humanización. Si el equipo no cree en el modelo de “puertas abiertas” o no se sabe comunicar de forma empática, las estrategias fracasarán. Por lo tanto, la formación continua se convierte en un indicador de calidad esencial.

2. Indicadores de calidad actualizados (61): la evaluación de la humanización ha pasado de ser una idea abstracta a un sistema métrico riguroso. Según el Proyecto HU-CI en 2023, la calidad asistencial ya no solo mide la supervivencia, sino también la “calidad del proceso”.

Los indicadores se agrupan en:

- **Indicadores estructurales:** evalúan si la UCI cuenta con el diseño físico adecuado (habitaciones individuales, control de ruido y luz natural).

- **Indicadores de proceso:** Miden acciones concretas, como el porcentaje pacientes que reciben paseos terapéuticos o el número de profesionales que han recibido formación en habilidades de comunicación.
 - **Indicadores de resultado:** se centran en la satisfacción del paciente y su familia, así como en la prevención de PICS y el agotamiento del personal sanitario (*Burnout*).
3. Certificación y excelencia (63): este artículo de 2023 establece el “Manual para la Certificación de Buenas Prácticas en Humanización”. Esto significa que ahora los indicadores permiten otorgar niveles de acreditación (básico, avanzado o excelente) a las unidades, elevando la humanización al mismo nivel de exigencia que los protocolos de seguridad de fármacos o de prevención de infecciones nosocomiales.
 4. Dignidad y satisfacción (64): este estudio aporta una perspectiva fundamental sobre el éxito de los programas de humanización:
 - **Percepción de la dignidad:** la evaluación debe incluir si el paciente se sintió respetado como persona y no solo como un caso clínico o un número de historia.
 - **Impacto en los resultados:** se demuestra que una puntuación alta en los indicadores de humanización suele estar relacionada con una mayor satisfacción familiar y una reducción del estrés psicológico tras el alta. Evaluar estos resultados permite justificar ante las gerencias de los centros hospitalarios que humanizar es una inversión eficiente.
 5. Planes institucionales (65): finalmente, los marcos gubernamentales transforman estos indicadores en normas:
 - **Derecho del ciudadano:** el plan establece que la humanización es una obligación institucional. Los hospitales deben realizar

encuestas de satisfacción obligatorias y adaptar sus presupuestos para reformar espacios físicos, asegurando que la gestión estratégica incluya la calidad percibida por los usuarios y pacientes como un objetivo prioritario.

2. Objetivos

2.1. Hipótesis de la investigación

2.1.1. Hipótesis general (H0):

La implementación de estrategias de intervención enfocadas en la humanización del cuidado, con una mejora del entorno ambiental y la comunicación efectiva, incrementa significativamente los niveles de satisfacción del paciente crítico y su familia reduciendo el impacto emocional del ingreso en la UCI del Hospital General de Granollers.

2.2. Objetivo general

Implementar estrategias de intervención para promover la humanización del cuidado en la UCI del Hospital General de Granollers, basándose en la identificación de condiciones del entorno del paciente y la percepción del personal de enfermería, paciente y familia, con el propósito de mejorar la calidad de la atención al paciente crítico.

2.3. Objetivos específicos

- Identificar los factores que facilitan o dificultan la implementación de estrategias de humanización en la UCI, como pueden ser, la iluminación y el ruido ambiental.
- Describir la percepción del personal de enfermería respecto a la humanización del cuidado en pacientes críticos, teniendo en cuenta la opinión de los profesionales. Creemos que es importante la participación

y la actitud positiva para poderlo implementar y que el resultado sea satisfactorio.

- Analizar la relación entre la humanización del cuidado y la satisfacción del paciente y su familia. Mediante encuestas de satisfacción, necesidades y sugerencias.
- Proponer recomendaciones orientadas a fortalecer la humanización del cuidado de enfermería en contextos críticos, como, por ejemplo, respetar la dignidad del paciente, favorecer un entorno cercano, comunicación entre profesionales, paciente y familia, favorecer el descanso, disminuir el ruido visual y ambiental.

3. Material y métodos

3.1. Tipo de estudio y diseño propuesto

En base a nuestro proyecto, nos gustaría analizar el impacto del proyecto de humanización en los pacientes de la UCI del Hospital de Granollers, así como la satisfacción de los profesionales sanitarios y familiares.

Los datos se analizarán a largo plazo, siguiendo un estudio de tipo longitudinal, realizando así varias mediciones y comparación de ellas.

Nuestro proyecto se basará en un estudio cuantitativo, cuasi-experimental de tipo longitudinal. Es por lo que es importante definir la elección del tipo de estudio:

La metodología cuantitativa se basa en la recopilación sistemática de datos objetivos, medibles y numéricos, adquiridos mediante métodos estructurados y externos al investigador, lo que facilita su tabulación, comparación y análisis estadístico (66).

Hemos elegido realizar un estudio cuantitativo ya que escogeremos una muestra con cifras numéricas para analizar la población con escalas adaptadas a lo que queremos estudiar.

Los estudios experimentales/cuasi-experimentales valoran el efecto de una o varias intervenciones, habitualmente comparando con otra intervención o un placebo y el carácter prospectivo de la recogida de datos, así como el seguimiento de los grupos de estudio hacia el futuro. La metodología de estos estudios es llevar a cabo la intervención en el curso normal de los acontecimientos. Una de las características principales de planificar es la forma en que se decidirá entre los participantes del estudio, quiénes van a recibir la nueva intervención; o la que se está comparando con el placebo, o con la intervención estándar (67).

Un estudio longitudinal es un tipo de investigación que observa y analiza los cambios de un suceso, así como la evolución de variables, comportamientos o características en un mismo grupo de sujetos durante un periodo prolongado

(meses, años, décadas). Permite medir repetidamente a la misma muestra a lo largo del tiempo (68).

En nuestro caso, realizaremos un estudio experimental, en concreto un cuasi-experimental, ya que valoraremos el efecto de la aplicación de los cuidados humanizados en la UCI del Hospital General de Granollers, la cual dispone de 30 boxes, dividiendo la muestra en dos grupos y comparando el efecto entre el grupo que recibirá la intervención (boxes 1-15) y el grupo control (boxes 16-30). Lo analizaremos mediante encuestas de satisfacción tanto para la familia como para los profesionales sanitarios, y con escalas de valoración.

1. **Grupo intervención (boxes 1-15):** donde se implementará el protocolo de humanización y técnicas de humanización activa. Incluyendo las mejoras en el entorno ambiental, la regulación de la iluminación, la reducción de ruidos innecesarios, la comunicación efectiva entre profesional-paciente-familia y el fomento de un entorno que respete la dignidad y el descanso de los pacientes.
2. **Grupo control (boxes 16-30):** donde mantendremos los cuidados bajo los protocolos estándares de la unidad sin aplicar las modificaciones ambientales o de comunicación específicas, es decir, sin aplicar las técnicas de humanización.

El estudio se desarrollará en tres fases:

1. Fase de preparación e información: se informará detalladamente a los profesionales que trabajan en la UCI, pacientes y familiares sobre los objetivos del estudio. Se garantizará el anonimato y solicitaremos el consentimiento informado, cumpliendo con la Ley Orgánica 3/2018 de Protección de Datos Personales y Garantía de los Derechos Digitales (69).
2. Fase de intervención: se aplicarán de forma sistemática las estrategias de humanización al grupo de intervención en los boxes del 1-15. En el grupo

control, los boxes del 16-30, se mantendrá la práctica habitual sin modificaciones en el entorno ni en los tiempos de visita.

3. Fase de evaluación e Instrumentos: las aplicaremos para poder medir el impacto de estas acciones que hemos propuesto. Utilizaremos herramientas específicas para cada población de estudio:

- **Pacientes:** emplearemos escalas de valoración del dolor escala EVA, escala ESCID en pacientes intubados o la escala CPOT en pacientes sedados y escala CAM-ICU para la valoración del delirium. Al grupo de intervención se le pasaría las escalas en dos ocasiones, la primera, cuando no estén acompañados por los familiares y la segunda, cuando estén presentes (así podemos demostrar cómo disminuye el dolor y el delirium con la presencia de la familia en el box), mientras que en el grupo control se realizarán cuando no estén acompañados.
- **Familiares y profesionales:** se repartirán encuestas de satisfacción elaboradas por nosotras (Anexo 19, 20). Estas encuestas nos permitirán evaluar elementos como la calidad de la comunicación efectiva, la adecuación del entorno y la percepción de dignidad y el trato.

3.2. Descripción de la población

La Fundación Privada Hospital Asilo de Granollers, es un centro de atención sanitaria, sociosanitaria y social, integrado en el sistema sanitario integral de utilización pública de Cataluña (SISCAT). Pertenece a un nivel II. La Fundación está integrada por el Centro Geriátrico Adolfo Montañá y por el Hospital General de Granollers, que es el hospital de referencia del Vallés Oriental. Actualmente atiende a más de 400.000 habitantes. El centro geriátrico cuenta con una residencia para la gente mayor con capacidad para 52 personas. Actualmente el hospital cuenta con 316 camas disponibles. Dispone de 30 camas de UCI, repartidas en 20 camas de críticos y 10 de semicríticos. En la UCI trabajan aproximadamente 150 profesionales (enfermeras, TCAEs, médicos, personal de limpieza y administrativos). La ratio de pacientes es de una enfermera para 2

pacientes críticos o un paciente crítico y dos semicríticos o 4 pacientes semicríticos; para los TCAEs, la ratio es de un TCAE para 5 pacientes, independientemente del estado de gravedad. Cabe destacar que no se dispone de celador en la UCI (70,71).

La población de estudio en la que nos centraremos será en los pacientes ingresados, la familia de los pacientes ingresados en la UCI del Hospital General de Granollers y los profesionales que trabajan en la unidad.

Queremos estudiar el grado de satisfacción que percibe la familia en cuanto a la realización y aplicación de los cuidados y técnicas de humanización hacia el paciente, y la percepción que tienen los profesionales sanitarios en aplicar el proyecto, así como la evolución de los pacientes ingresados.

3.3. Criterios de inclusión y exclusión

Pacientes:

Criterios de inclusión

- Pacientes mayores de 18 años.
- Pacientes ingresados por un periodo superior a 48 horas.
- Pacientes que presenten un nivel de consciencia que permita la evaluación del dolor o que sean evaluables mediante la escala ESCID/CPOT.

Criterios de exclusión

- Pacientes en estado vegetativo.
- Paciente en situación de últimos días o muerte cerebral.
- Pacientes que no quieran firmar el consentimiento informado.

Familiares:

Criterios de inclusión

- Familiares mayores de 18 años.
- Cuidadores principales.

- Familiares que firmen el consentimiento informado.
- Haber tenido contacto con el entorno de la UCI al menos durante 48 horas para poder así evaluar el impacto ambiental y la comunicación.

Criterios de exclusión

- Familiares con alteraciones cognitivas.
- Familiares con barrera idiomática severa que impidan la comprensión de las encuestas.
- Familiares que no quieran firmar el consentimiento informado.

Profesionales sanitarios:

Criterios de inclusión

- Profesionales con más de un año trabajando en la unidad.
- Participación voluntaria en la encuesta.

Criterios de exclusión

- Profesionales que no firmen el consentimiento informado.

3.4. Variables

- **Variable independiente (VI):** aplicación de técnicas humanizadas (presencia/ausencia de la intervención según el box en el que se encuentre el paciente).
- **Variables dependientes (VD):**
 - Nivel de dolor percibido.
 - Grado de satisfacción de la familia.
 - Percepción del personal sanitario sobre el entorno laboral y la calidad del cuidado.
- **Variables de control (VC):**
 - Organización del espacio físico y mobiliario de box: todos los pacientes dispondrán de una cama, monitor, ventilador, torres de bombas de

infusión continua, carro de curas de enfermería, aspirador, ordenador y lámpara.

- Protocolos utilizados de la UCI: se utilizarán los mismos protocolos para todos los pacientes.
- Políticas de institución: la normativa se aplicará para todos por igual.
- Gravedad del ingreso: mediante escala validada APACHE II (72).
- Nivel de sedación y analgesia: aplicación de los mismos protocolos y escalas (RASS, ESCID, EVA, Campbell...).
- Estado cognitivo/nivel de consciencia: mediante escala GLASGOW.
- Tiempo de estancia en UCI.
- Horarios y tiempos de visita familiar permitidos: todos los pacientes por igual.
- Información clínica proporcionada: se seguirá el mismo protocolo de comunicación para todos.
- Asignación de profesionales a los boxes: rotación equitativa para evitar que un mismo equipo atienda solo un tipo de box.
- Carga asistencial por turno: mantener ratio enfermera-paciente.
- Experiencia profesional del equipo.
- Turno (mañana/tarde/noche): se controlará el análisis ya que puede variar la aplicación de los cuidados por turno.
- Nivel de ruido y luminosidad: se mantendrá en la medida de lo posible, a todos por igual.

3.5. Instrumentos de medida

- Escala de valoración del dolor para pacientes intubados: ESCID (73) (Anexo 13), CPOT (73) (Anexo 14).
- Escala de valoración del dolor en pacientes no intubados: EVA (Anexo 15), *Campbell* (74) (Anexo 16).
- Escala CAM-ICU para valorar el delirium (Anexo 11)
- Escala de ansiedad y depresión hospitalaria (Anexo 8).
- Escala de ansiedad y depresión de *Goldberg* (Anexo 17).
- Escala burnout: *Maslach Burnout Inventory* (MBI), (75) (Anexo 18).

- Encuestas de satisfacción para los familiares y profesionales de UCI (Anexo 19, 20).

3.6. Procedimientos de recogida de datos

Para realizar el procedimiento de recogida de datos, acudiremos al servicio de la UCI del Hospital General de Granollers en varios días previamente estipulados para que así los participantes del estudio puedan realizar las encuestas planteadas. Antes de la participación, se les proporcionará a todos los participantes una explicación sobre los objetivos del estudio, garantizando la confidencialidad de los datos y resolviendo posibles dudas. Posteriormente, se les ofrecerá el consentimiento informado, que deberán firmar para autorizar su participación en el estudio.

El procedimiento de recogida de datos se llevará a cabo mediante encuestas, tal y como se ha mencionado anteriormente. Estas encuestas estarán dirigidas a tres grupos: el personal sanitario de la unidad, los pacientes ingresados (utilizando las escalas mencionadas en el punto 3.5) y de sus familiares.

Estas encuestas se pasarán el primer día de ingreso del paciente y cuando se considere que el paciente tiene criterios para darse de alta de la UCI. Este procedimiento se aplicará tanto a familiares como a profesionales y pacientes conscientes. En aquellos casos en los que los pacientes se encuentren inconscientes o no puedan comunicarse de forma efectiva, se realizará la valoración mediante las escalas previamente mencionadas (ESCID, CPOT).

Una vez recogidos los datos, se procederá a organizar y analizar sistemáticamente las encuestas, con el fin de evaluar si la aplicación de las técnicas de humanización implementadas ha resultado favorable, así como la identificación de posibles áreas de mejora y su impacto en la experiencia de pacientes, familiares y profesionales.

3.7. Cronograma

Fases	Meses	Descripción
Fase 1: Planificación y ética	2 meses	- Revisión bibliográfica. - Diseño final de encuestas y escalas. - Preparación y envío al Comité de Ética de Investigación Clínica (CEIC) del hospital.
Fase 2: Formación y adecuación	1 mes	- Formación del personal de UCI (técnicas y escalas). - Preparación material boxes (1-15).
Fase 3: Intervención	6 meses	- Aplicación de medidas y recogida de datos. - Seguimiento y control.
Fase 4: Análisis y cierre	3 meses	- Tabulación y vaciado de datos. - Análisis estadístico comparativo. - Redacción de conclusiones.
Fase 5: Presentación y defensa del proyecto	1 mes	- Entrega final. - Preparación de la presentación. - Defensa oral del proyecto.

FASES	ENE	FEB	MAR	ABR	MAY	JUN	JUL	AGO	SEPT	OCT	NOV	DIC
Fase 1: • Revisión bibliográfica • Diseño final de encuestas y escalas • Preparación y envío al Comité de Ética de Investigación Clínica (CEIC) del hospital.												
Fase 2: • Formación del personal de UCI (técnicas y escalas) • Preparación material boxes (1-15)												
Fase 3: • Aplicación de medidas y recogida de datos • Seguimiento y control												
Fase 4: • Tabulación y vaciado de datos • Análisis estadístico comparativo • Redacción de conclusiones												
Fase 5: • Entrega final • Preparación de la presentación • Defensa oral del proyecto												

3.8. Análisis de los datos

- **Microsoft Excel:** lo utilizaremos para recoger, organizar y tratar los datos recopilados del estudio. Este programa nos permitirá mediante hojas de cálculos, organizar los datos en filas y columnas para facilitar el análisis de datos, calcular mediante fórmulas (frecuencias, porcentajes, medias, desviaciones típicas) y visualizar la información mediante funciones y gráficos, así como la interpretación de resultados.
- **PSPP:** lo utilizaremos para llevar a cabo el análisis estadístico de los datos recogidos de forma más avanzada y organizada. Este programa nos permitirá analizar estadísticamente los datos, gestionar bases de datos, realizar estadística descriptiva (frecuencias, medias), pruebas inferenciales (regresiones, *T- Student*, ANOVA), análisis no paramétricos y gráficos.
 - Prueba *T de Student*: la usaremos para comparar los resultados de los dos grupos, los boxes de intervención y los de control, con el objetivo de determinar si existen diferencias estadísticamente significativas entre ellos. Es una prueba paramétrica ampliamente utilizada en investigación clínica, siempre que la variable dependiente sea continua y se siga una distribución normal como es nuestro caso (76–78).
 - Análisis de la varianza (ANOVA): es una extensión de la *T de Student*, explicada anteriormente, que permite comparar las medidas entre tres o más grupos, es decir, si el nivel de estrés varía entre el turno de mañana, tarde o noche. Su finalidad es identificar si existen diferencias entre los grupos sin necesidad de realizar múltiples comparaciones, lo que nos reduce el riesgo de error estadístico (79).

Además, al igual que la *T de Student*, se basa en la comparación de medidas de variables continuas y normalmente distribuidas (77).
 - Las regresiones lineales son técnicas estadísticas que nos permite analizar la relación entre una variable dependiente y una o más variables que sean independientes. Este tipo de análisis resulta muy útil en estudios clínicos, ya que permite evaluar el efecto de una

intervención pudiendo controlar otras variables que pueden actuar como factores de riesgo (77).

En conjunto, estas pruebas estadísticas creemos que nos permiten analizar de forma rigurosa las diferencias y relaciones entre nuestras variables del estudio, aportando así validez a los resultados obtenidos.

- **Formulario de Google:** este programa nos servirá para crear y compartir formularios online. Nos servirá para realizar encuestas, cuestionarios, organizar respuestas automáticamente en hojas de cálculo y nos permitirá realizar un análisis rápido y visual de datos.
- **Google Data Studio:** lo utilizaremos para representar los resultados obtenidos de forma visual e interactiva. Este programa nos permitirá transformar los datos en informes, cuadros de mando visuales, interactivos y personalizados.

Todas estas herramientas nos servirán para recoger datos, organizarlos, analizarlos y representar resultados del estudio.

3.9. Aspectos éticos

En la atención sanitaria es fundamental mantener una serie de principios éticos que garanticen un trato digno y responsable hacia el paciente. En primer lugar, se debe respetar la dignidad del paciente, reconociéndolo siempre como una persona con valores, derechos y necesidades propias, ofreciéndole un trato respetuoso, empático y personalizado en todo momento. También es importante dirigirse al paciente por su nombre y mantener una comunicación adecuada.

Otro aspecto clave es el respeto al principio de autonomía. Este principio reconoce el derecho de los pacientes a participar activamente en las decisiones relacionadas con su salud y procedimientos que puedan realizarse durante su atención. Por ello, siempre que su estado de salud lo permita, se deberá de obtener el consentimiento informado (Anexo 21) antes de llevar a cabo cualquier procedimiento/técnica. En los casos que el paciente no pueda expresar su voluntad (paciente inconsciente o con alguna incapacidad), el consentimiento

debe de ser proporcionado por los familiares o representantes legales. Según el Boletín Oficial del Estado (BOE), la ley que regula el consentimiento informado es “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” (80).

Por otro lado, el principio de beneficencia corresponde a las actuaciones de los profesionales sanitarios que se realizan hacia el paciente, buscando el mayor bienestar posible a nivel biopsicosocial, con un abordaje integral.

De la siguiente manera, el principio de no maleficencia se trata de evitar cualquier intervención o técnica que pueda causar daño al paciente. Este principio busca garantizar que todas las actuaciones sanitarias se lleven a cabo priorizando la seguridad y el bienestar del paciente.

El principio de justicia hace referencia a la aplicación de las técnicas de humanización de forma equitativa a todos los pacientes, evitando cualquier tipo de discriminación y garantizando una atención igualitaria dentro del sistema sanitario.

Asimismo, es imprescindible respetar la confidencialidad y privacidad del paciente, mediante la protección de datos personales y clínicos, así como el respeto a la intimidad durante visitas, procedimientos y comunicaciones relacionadas con su atención. Además, cuando la información se utilice con fines académicos o de investigación, se debe de realizar mediante un uso ético y responsable. Según el Boletín Oficial del Estado (BOE), la ley que regula la protección de datos es la “Ley Orgánica 3/2018, de 5 de diciembre, de Protección de Datos Personales y garantía de los derechos digitales” (81).

Por último, en relación con las consideraciones éticas de la investigación, es necesario contar con la aprobación previa del comité de ética en investigación y cumplir con las normas nacionales e internacionales establecidas. Además, el paciente, la familia o los profesionales sanitarios, debe tener derecho a retirarse del estudio en cualquier momento sin consecuencias. Es fundamental comunicar de forma clara, honesta y comprensible los propósitos de la investigación (82–84).

3.9.1. Aplicación práctica de la ética en el proyecto

Antes del estudio será necesario obtener la autorización oficial de la institución al cual se aplicará el estudio de investigación, en este caso, del Hospital General de Granollers, concretamente en la UCI.

Una vez se tenga la autorización oficial de la institución, se presentará la propuesta de investigación al comité de ética, el cual tendrá que autorizar su aprobación mediante gestiones administrativas junto con la institución y el equipo multidisciplinar del cual serán responsables de llevar a cabo el proyecto en el centro. Se tendrá que asegurar mediante requisitos legales y administrativos para la puesta en marcha del estudio, asegurando que cumple con los principios éticos y metodológicos correspondientes.

Se elaborará el consentimiento informado que será entregado a los participantes o representantes legales. En el documento se explicarán de forma detallada y precisa el objetivo del estudio, los procedimientos y los posibles beneficios o implicaciones de participar en el proyecto. Se regirá legalmente por la ley mencionada anteriormente, que regula el poder de decisión de participación al estudio, así como la recepción y el trato de información.

Esta propuesta formal tiene como objetivo que el proyecto se someta a una evaluación exhaustiva que garantice la seguridad, protección de los derechos y el bienestar de las personas involucradas, garantizando la confidencialidad y protección de datos personales, según lo establecido en la ley mencionada anteriormente.

Durante la realización del estudio, se aplicarán los principios éticos fundamentales en la atención y trato con los participantes. Se respetará en todo momento la dignidad del paciente, garantizando un trato respetuoso, empático y personalizado. Asimismo, se aplicará el principio de autonomía, recordando a los pacientes, familiares y personal sanitario que su participación es voluntaria y que pueden retirarse del estudio en cualquier momento. El principio de beneficencia se aplicará mediante técnicas de humanización y se respetará el principio de no maleficencia, evitando cualquier intervención que pueda causar daño o interferir negativamente en el estado de salud de los participantes. Se garantizará el

principio de justicia aplicando las técnicas de humanización de forma equitativa a los participantes que cumplan los criterios de inclusión del estudio.

Por último, tras la finalización del estudio, se continuará garantizando en todo momento la protección de datos y derechos de los participantes. Los datos recogidos serán analizados y presentados de forma anónima. Finalmente, los resultados obtenidos se utilizarán con fines científicos, académicos y de mejora asistencial en la UCI, manteniendo siempre la confidencialidad de los participantes y el uso ético de la información obtenida.

3.10. Limitaciones

A pesar de haber diseñado el estudio siguiendo un rigor metodológico para cumplir nuestros objetivos propuestos, hemos identificado limitaciones que podrían condicionar la obtención y/o interpretación de los resultados.

Sabemos que el ingreso en la UCI es una situación de crisis emocional para el entorno del paciente. Esto podría dificultar que algunas de las familias acepten a participar o que no se sientan en condiciones para completar las encuestas, lo que podría limitar el tamaño de la muestra final. Del mismo modo, la participación del personal sanitario es totalmente voluntaria, lo que podrían contestar solo aquellos profesionales que ya están previamente más sensibilizados con la humanización.

Otra limitación es el Efecto Hawthorne, este fenómeno consiste en que el personal sanitario cambia su forma de actuar simplemente porque saben que lo están observando (85), en nuestro estudio, existe el riesgo de que el personal sanitario de los boxes del 1 al 15 se esfuerce más de lo normal, como podría ser comunicándose más con las familias, solo por el hecho de saber que están participando en un estudio. Esto podría hacer que los resultados del proyecto parezcan mejores de lo que serían en condiciones normales, ya que este cambio de actitud se debe a la observación y no a que hayamos implementado el protocolo de forma definitiva.

Al realizar un diseño cuasi-experimental, los pacientes han sido asignados a los grupos de intervención o de control según la disponibilidad física de los boxes

(1-15 vs 16-30) y no mediante un sorteo aleatorio. Consideramos que es una limitación ya que, podría coincidir que en los boxes de humanización haya pacientes más graves o con enfermedades diferentes a los del otro grupo, y eso podría influir en los resultados más allá de nuestras técnicas propuestas.

La subjetividad de los datos, es decir, tanto el dolor como la satisfacción, desde nuestro punto de vista, son sensaciones personales que dependen de cada persona. Factores como el cansancio de la familia, si ha tenido malas experiencias anteriores o incluso del estado de ánimo del personal sanitario al contestar, pueden influir en las respuestas. No obstante, con el dolor podemos encontrarnos que hay personas que tienen el lindar del dolor más elevado o a la inversa, por lo que los resultados se pueden ver influenciados. Entendemos que, en ocasiones, las encuestas numéricas no pueden reflejar con precisión los sentimientos personales.

Y, por último, queremos destacar la dificultad para comunicarse con el paciente crítico, debido a la gravedad de los pacientes en la UCI, muchos están sedados o intubados, por lo que dificulta la comunicación verbal. Esto nos obliga a medir su dolor “externamente”, observando sus gestos o movimientos mediante las escalas mencionadas anteriormente. Uno de los inconvenientes de la medición del dolor mediante estas escalas (ESCID, CPOT, Campbell), es que depende de la interpretación del personal sanitario y podría no ser exactamente igual a la que el paciente padece, ya que no se puede expresar verbalmente.

3.11. Instalaciones y presupuestos

El proyecto se llevará a cabo en los boxes de la Unidad de Cuidados Intensivos del Hospital General de Granollers. Como ya hemos explicado anteriormente, cuenta con 30 boxes individuales, lo que permite una separación física clara para el diseño cuasi-experimental:

- Grupo intervención (boxes 1-15): actuará como espacio de intervención, donde se realizarán las modificaciones ambientales y de protocolo.

- Grupo control (boxes 16-30): funcionará como área de control, manteniendo la estructura y dinámicas habituales de la unidad para permitir la comparación.

Para la ejecución, utilizaremos el mobiliario ya existente, asegurando que ambos grupos partan de las mismas condiciones de equipamiento técnico, es decir, monitores, respiradores y camas, garantizando así que la única diferencia sea la intervención de humanización.

El coste total del proyecto se estima en 450€. Los costes económicos son reducidos ya que, la mayor parte de nuestra intervención se basa en cambios en el comportamiento profesional, los cuales no generan un gasto directo.

El presupuesto estimado se desglosa de la siguiente manera:

- Material de oficina (50 €): Destinados a la impresión de las encuestas de satisfacción para familiares y personal en papel y los consentimientos informados.
- Material ambiental (250€): Inversión en vinilos translúcidos para las puertas de los boxes, para sí mejorar la privacidad y vinilos decorativos relajantes para intentar disminuir el impacto visual del entorno clínico.
- Control lumínico (150€): Instalación de reguladores de intensidad en los puntos de luz de los boxes del grupo de intervención para respetar los ritmos circadianos de los pacientes.
- Formación del personal (0€): Sesiones formativas para el personal de enfermería y TCAEs sobre el nuevo protocolo. Este coste es asumido por el hospital como horas de formación interna.

Precio total estimado: 450 €

La financiación del proyecto se solicitará a través de los fondos destinados a la mejora de la calidad asistencial del Hospital General de Granollers o mediante posibles becas de investigación. Al ser una inversión reducida con un alto impacto potencial en la satisfacción y los resultados clínicos, el proyecto presenta una alta eficiencia económica, ya que la mejora en el bienestar del paciente podría traducirse en una reducción de los días de estancia y, por lo tanto, en un ahorro para el hospital.

4. Aplicabilidad para la práctica y futuras líneas de investigación

4.1. Aplicabilidad en la práctica asistencial

Consideramos que nuestro proyecto tiene una alta viabilidad para ser aplicado de forma inmediata en la rutina diaria de la UCI del Hospital General de Granollers. Al tratarse de un conjunto de intervenciones con costes económicos reducidos, no requiere grandes inversiones, sino que se apoya en cambios organizativos y en la actitud que ha de adoptar el personal sanitario. Esto creemos que facilita que las medidas se integren con la máxima naturalidad posible en el trabajo que realizan actualmente en la unidad.

La implementación de estas estrategias de humanización generaría beneficios directos:

- Una mejora integral de la calidad asistencial, al regular factores ambientales como la luz y el ruido, y mejorar la comunicación con el paciente, no solo abarcamos el problema físico, es decir la patología, sino también el emocional. Esto nos ayuda a reducir problemas graves, mencionados anteriormente en la UCI como el delirium, la ansiedad y la percepción del dolor. De este modo, creemos que la enfermería pasa de ofrecer un cuidado puramente técnico y centrado en la patología a ofrecer una atención centrada en las personas y la dignidad de estas.
- El aumento de la satisfacción y confianza familiar, el ingreso en UCI suele ser en muchas ocasiones un trauma para la familia. Al flexibilizar el acompañamiento y establecer una comunicación más estructurada y humana, conseguimos que los familiares dejen de ser espectadores para ser parte del proceso de recuperación. Esto disminuye su inseguridad y fortalece la confianza hacia el personal médico.
- El impacto positivo en el bienestar del profesional, a nuestro parecer, un entorno de cuidados más humanizado y tranquilo también beneficia a quienes trabajan en él. Al mejorar la calidad del cuidado que ofrecen, los profesionales sienten una mayor satisfacción ética, lo que ayuda a reducir el desgaste emocional y el síndrome de burnout, mejorando así el clima laboral de toda la unidad.

4.2. Repercusión institucional y modelo replicable

Si los resultados de este estudio demuestran ser positivos, el impacto no se limitaría a los boxes estudiados. Existe la posibilidad real de consolidar las prácticas propuestas como un protocolo estándar institucional en el Hospital General de Granollers, pudiendo exportarse a otras unidades.

Además, al haber diseñado este modelo sencillo y económico, puede servir de referencia para otras UCI de hospitales de segundo nivel del Sistema Sanitario Integral de Utilización Pública de Cataluña (SISCAT). Esto contribuiría a unificar la calidad de los cuidados humanizados en toda la red hospitalaria catalana.

4.3. Futuras líneas de investigación

Este proyecto nos lo planteamos como un punto de partida para futuras investigaciones que permitan profundizar en la humanización, ya que estamos seguras de que va a ser el principio.

- Tendrá un impacto a largo plazo, para realizar estudios longitudinales; sería de gran valor investigar si la humanización en UCI ayuda a reducir el “Síndrome post-UCI”, evaluando si los pacientes y sus familias poseen una menor ansiedad, depresión o TEPT meses después del alta.
- Un análisis de la eficiencia económica, es decir se podrá investigar si estas medidas propuestas ayudan a reducir los días de estancia hospitalaria o la aparición de complicaciones. Esto permitiría demostrar que la humanización, además de ética, es una práctica rentable para el sistema sanitario.
- El bienestar del personal sanitario, a nuestro parecer desarrollar estos estudios específicos sobre cómo influye la presencia de la familia y el control del ruido en los niveles de estrés crónico del personal.
- Ensayos de mayor rigor científico, este estudio puede servir como base a realizar estudios con muestras más grandes y de carácter aleatorio para dar validez a los beneficios observados en nuestro proyecto.

5. Objetivos de Desarrollo Sostenible (ODS)

El presente Trabajo Final de Grado se relaciona con diversos Objetivos de Desarrollo Sostenible (ODS) de la Agenda 2030, establecidos por la Organización de Naciones Unidas. Entre los objetivos más relevantes para este proyecto se encuentran:

- **Objetivo 3: Salud y bienestar.** Se relaciona con el proyecto ya que promueve una mejora asistencial en UCI, favoreciendo el bienestar físico y emocional del paciente, previene el síndrome post-cuidados intensivos (PICS), disminuye la ansiedad, estrés y depresión, la atención está centrada en la persona y la familia.
- **Objetivo 4. Educación de calidad.** Tiene relación ya que se ofrece la posibilidad de formación del personal sanitario, el desarrollo de las *Soft Skills* en los profesionales y formación continua en comunicación y cuidados humanizados del paciente en la UCI.
- **Objetivo 10. Reducción de las desigualdades.** Se relaciona ya que la atención al paciente y familia es equitativa y personalizada tanto para el paciente como para su familia, mediante una comunicación adaptada y la inclusión emocional y social en los cuidados.

6. Agradecimientos

Ada Alvaro Paredes

Quería agradecer, primero de todo a mi compañera y amiga Alba por cruzarse en mi camino y acompañarme durante estos 4 años intensos y, sobre todo, por trabajar tan bien juntas.

También quiero dar las gracias a mi familia por apoyarme y animarme a seguir adelante y, sobre todo, a mi pareja, que es quién me motivó a entrar en la carrera y me ha apoyado día tras día, haciéndome ver que sí que puedo. Todo esfuerzo tiene su recompensa y sin él, nada hubiera sido posible.

Finalmente, gracias a Elena Fernández, nuestra tutora, que ha estado ahí siempre que lo hemos necesitado, nos ha apoyado y ayudado a tirar adelante el proyecto.

Alba Conejo Carmona

En primer lugar, a mi amiga y compañera Ada, ya que me ha acompañado durante estos 4 años, por saber trabajar juntas y entendernos tan bien en todo.

En segundo lugar, a mi familia por el apoyo incondicional brindado durante estos años. Gracias por vuestra comprensión, vuestras palabras, empatía y por estar siempre presentes, celebrando cada logro alcanzado. Su apoyo incondicional ha sido fundamental durante este trayecto

A las compañeras de clase, por estar con nosotras durante estos años que no han sido pocos ni fáciles.

Y, por último, pero no menos importante a nuestra tutora, Elena Fernández, por su constante orientación y apoyo a lo largo del proceso. Su implicación nos ha motivado a superar cada etapa y a afrontar el reto con confianza.

7. Bibliografía

1. Sociedad Española de Medicina Intensiva C y UC (SEMICYUC). Madrid [Internet]. [citado 14 de noviembre de 2025]. SEMICYUC. Los profesionales del enfermo crítico. Disponible en: <https://semicyuc.org/>
2. Kvande ME, Angel S, Højager Nielsen A. "Humanizing intensive care: A scoping review (HumanIC)". *Nurs Ethics*. 12 de marzo de 2022;29(2):498-510. doi:10.1177/09697330211050998
3. Cruz Lendínez AJ, Grande Gascón ML, García Fernández FP, Hueso Montoro C, García Ramiro PA, Ruiz López M, et al. Distribución de enfermeras por Unidades de pacientes agudos y Unidades de Cuidados Intensivos en España. *Index de enfermería*. *Index de Enfermería* [Internet]. 2019 [citado 18 de noviembre de 2025];28(3):147-51. Disponible en: https://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1132-12962019000200012&lng=es&nrm=iso&tlng=es
4. Ahmad SR, Rhudy L, Fogelson LA, LeMahieu AM, Barwise AK, Gajic O, et al. Humanizing the Intensive Care Unit: Perspectives of Patients and Families on the Get to Know Me Board. *J Patient Exp*. 18 de enero de 2023;10. doi:10.1177/23743735231201228
5. Duque Ortiz C, Arias-Valencia MM, Duque-Ortiz C, Arias-Valencia MM. Relación enfermera-familia en la Unidad de Cuidados Intensivos. Hacia una comprensión empática. *Revista Ciencias de la Salud*. 4 de marzo de 2021;19(1):124-43. doi:10.12804/revistas.urosario.edu.co/revsalud/a.10059
6. de la Fuente-Martos C, Rojas-Amezcuca M, Gómez-Espejo MR, Lara-Aguayo P, Morán-Fernandez E, Aguilar-Alonso E. Implantación de un proyecto de humanización en una Unidad de Cuidados Intensivos. *Med Intensiva*. marzo de 2018;42(2):99-109. doi:10.1016/j.medin.2017.08.002
7. Baeza Gómez I, Quispe Hoxsas LC, Baeza Gómez I, Quispe Hoxsas LC. Revista de bioética y derecho & perspectivas bioéticas. *Rev Bioet Derecho* [Internet]. 2019 [citado 18 de noviembre de 2025];(48):111-26. Disponible en: https://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1886-58872020000100008&lng=es&nrm=iso&tlng=es

8. Nazari-Ostad Z, Namazinia M, Hajiabadi F, Aghebati N, Esmaily H, Peivandi Yazdi A. Effect of protocol-based family visitation on physiological indicators in ICU patients: a randomized controlled trial. *BMC Anesthesiol.* 9 de enero de 2024;24(1):18. doi:10.1186/s12871-023-02396-3
9. Villacreses Merino KM, Bravo Gutiérrez GN, Zambrano Lucas ES, Tigse Tubay LJ. Atención humanizada en UCI. *RECIMUNDO.* 28 de octubre de 2023;7(4):261-71. doi:10.26820/recimundo/7.(4).oct.2023.261-271
10. Baeza Gómez I, Quispe Hoxsas LC, Baeza Gómez I, Quispe Hoxsas LC. Proyecto "Humanizando los Cuidados Intensivos", nuevo paradigma de orientación de los Cuidados Intensivos. *Rev Bioet Derecho [Internet].* 2020 [citado 18 de noviembre de 2025];(48):111-26. Disponible en: https://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1886-58872020000100008&lng=es&nrm=iso&tlng=es
11. López-Jardón P, Martínez-Fernández MC, García-Fernández R, Martín-Vázquez C, Verdeal-Dacal R. Utility of Intermediate Care Units: A Systematic Review Study. *Healthcare.* 24 de enero de 2024;12(3):296. doi:10.3390/healthcare12030296
12. Schell CO, Khalid K, Wharton-Smith A, Oliwa J, Sawe HR, Roy N, et al. Essential Emergency and Critical Care: a consensus among global clinical experts. *BMJ Glob Health.* septiembre de 2021;6(9):e006585. doi:10.1136/bmjgh-2021-006585
13. Pau Garro, Lluïsa Bancó. Cartera de serveis UCI. Servei de Medicina intensiva. Hospital General de Granollers. Granollers . 2021.
14. Vincent JL. The continuum of critical care. *Crit Care.* 14 de junio de 2019;23(S1):122. doi:10.1186/s13054-019-2393-x
15. Rodriguez-Ruiz E, Campelo-Izquierdo M, Estany-Gestal A, Rodríguez-Núñez A, Latour JM. Impact of different visiting policies on family satisfaction in two Spanish ICUs before and during COVID-19. *Intensive Care Med.* 7 de octubre de 2021;47(10):1165-6. doi:10.1007/s00134-021-06485-0
16. Rojas V. HUMANIZACIÓN DE LOS CUIDADOS INTENSIVOS. *Revista Médica Clínica Las Condes.* marzo de 2019;30(2):120-5. doi:10.1016/j.rmclc.2019.03.005

17. Cacace PJ, Giménez-Lascano G. Modelos de atención centrados en la persona: Evolución de conceptos humanizadores de nuestras prácticas. *Revista Mexicana de Medicina Familiar*. 30 de mayo de 2022;9(2). doi:10.24875/RMF.21000070
18. Secunda KE, Kruser JM. Patient-Centered and Family-Centered Care in the Intensive Care Unit. *Clin Chest Med*. septiembre de 2022;43(3):539-50. doi:10.1016/j.ccm.2022.05.008
19. Zhang Y, Zhao L, Zhang M, Guo X, Xin C, Gai Y. Framework of humanistic care for patients in the <scp>ICU</scp> : A preliminary study. *Nurs Crit Care*. 25 de enero de 2024;29(1):125-33. doi:10.1111/nicc.12878
20. Secunda KE, Kruser JM. Patient-Centered and Family-Centered Care in the Intensive Care Unit. *Clin Chest Med*. septiembre de 2022;43(3):539-50. doi:10.1016/j.ccm.2022.05.008
21. Vlaker JH, Wesselijs S, van Genderen ME, van Bommel J, Boxma-de Klerk B, Wils EJ. Psychological distress and health-related quality of life in patients after hospitalization during the COVID-19 pandemic: A single-center, observational study. *PLoS One*. 11 de agosto de 2021;16(8):e0255774. doi:10.1371/journal.pone.0255774
22. Holguín Macías MÁ, Encalada Bueno PF, Bermeo Farez FC. Percepción del Cuidado Humanizado del Personal de Enfermería en Cuidados Intermedios. *Hospital General de Macas. Ciencia Latina Revista Científica Multidisciplinar*. 19 de diciembre de 2023;7(6):1552-70. doi:10.37811/cl_rcm.v7i6.8792
23. Sun X, Zhang G, Yu Z, Li K, Fan L. The meaning of respect and dignity for intensive care unit patients: A meta-synthesis of qualitative research. *Nurs Ethics*. 26 de junio de 2024;31(4):652-69. doi:10.1177/09697330231222598
24. Zhang Y, Zhao L, Zhang M, Guo X, Xin C, Gai Y. Framework of humanistic care for patients in the <scp>ICU</scp> : A preliminary study. *Nurs Crit Care*. 25 de enero de 2024;29(1):125-33. doi:10.1111/nicc.12878
25. Sang S, Wang J, Jin J. Prevalence of low back pain among intensive care nurses: A meta-analysis. *Nurs Crit Care*. 25 de noviembre de 2021;26(6):476-84. doi:10.1111/nicc.12646

26. Sun X, Zhang G, Yu Z, Li K, Fan L. The meaning of respect and dignity for intensive care unit patients: A meta-synthesis of qualitative research. *Nurs Ethics*. 26 de junio de 2024;31(4):652-69. doi:10.1177/09697330231222598
27. Guamuse Pilatasig MC, Cambizaca Mora G del P. Cuidado Humanizado de Enfermería en la Unidad de Cuidados Intensivos: Revisión Sistemática. *Ciencia Latina Revista Científica Multidisciplinar*. 18 de marzo de 2025;9(1):10785-811. doi:10.37811/cl_rcm.v9i1.16670
28. Smaism N, Rijdsdijk M, van der Does Y, Slooter AJ. Pain and psychopathology after intensive care unit admission. *Anaesth Intensive Care*. 16 de julio de 2024;52(4):232-40. doi:10.1177/0310057X241226716
29. Azoulay É, Kentish-Barnes N, Boulanger C, Mistraletti G, van Mol M, Heras-La Calle G, et al. Family centeredness of care: a cross-sectional study in intensive care units part of the European society of intensive care medicine. *Ann Intensive Care*. 21 de mayo de 2024;14(1):77. doi:10.1186/s13613-024-01307-0
30. Secunda KE, Kruser JM. Patient-Centered and Family-Centered Care in the Intensive Care Unit. *Clin Chest Med*. septiembre de 2022;43(3):539-50. doi:10.1016/j.ccm.2022.05.008
31. Harlan EA, Miller J, Costa DK, Fagerlin A, Iwashyna TJ, Chen EP, et al. Emotional Experiences and Coping Strategies of Family Members of Critically Ill Patients. *Chest*. octubre de 2020;158(4):1464-72. doi:10.1016/j.chest.2020.05.535
32. Toobe M. Síndrome post cuidados intensivos en pediatría. *Rev Fac Cienc Med Cordoba*. 28 de diciembre de 2021;78(4):408-14. doi:10.31053/1853.0605.v78.n4.32809
33. Martín-Vicente P, López-Martínez C, Lopez-Alonso I, López-Aguilar J, Albaiceta GM, Amado-Rodríguez L. Molecular mechanisms of postintensive care syndrome. *Intensive Care Med Exp*. 3 de diciembre de 2021;9(1):58. doi:10.1186/s40635-021-00423-6
34. Vrettou CS, Mantziou V, Vassiliou AG, Orfanos SE, Kotanidou A, Dimopoulou I. Post-Intensive Care Syndrome in Survivors from Critical Illness including COVID-19 Patients: A Narrative Review. 12 de enero de 2022;12(1):107. doi:10.3390/life12010107

35. Estudio MOviPre. DOCUMENTO RESUMEN PARA LA EVALUACIÓN DE LA FUERZA MUSCULAR MEDIANTE LA ESCALA MRC [Internet]. 2009 [citado 15 de enero de 2026]. Disponible en: https://seeiuc.org/wp-content/uploads/2018/10/PROTOCOLO-EVALUACI%C3%93N-FUERZA-MUSCULAR_escala-Medical-Research-Council-Sum-Score-MRC-SS.pdf
36. SAMIUC. Índice de Katz (Valoración actividades vida diaria) [Internet]. [citado 15 de enero de 2026]. Disponible en: <https://www.samiuc.es/indice-katz-valoracion-actividades-vida-diaria/>
37. SAMIUC. Índice de Barthel [Internet]. [citado 15 de enero de 2026]. Disponible en: <https://www.samiuc.es/indice-de-barthel/>
38. Muntal Encinas S, Gramunt-Fombuena N, Badenes Guia D, Casas Hernanz L, Aguilar Barbera M. Traducción y adaptación española de la batería neuropsicológica Repeatable Battery for the Assessment of Neuropsychological Status (RBANS) forma A en una muestra piloto. *Neurología*. noviembre de 2012;27(9):531-46. doi:10.1016/j.nrl.2011.07.006
39. Z. Nasreddine MD. Montreal Cognitive Assessment [Evaluación Cognitiva Montreal] (MoCA) [Internet]. 2018 [citado 15 de enero de 2026]. Disponible en: <https://championsforhealth.org/wp-content/uploads/2018/12/MOCA-8.1-Spanish.pdf>
40. Yamamoto-Furusho JK, Sarmiento-Aguilar A, García-Alanis M, Gómez-García LE, Toledo-Mauriño J, Olivares-Guzmán L, et al. Escala de Ansiedad y Depresión Hospitalaria (HADS): Validación en pacientes mexicanos con enfermedad inflamatoria intestinal. *Gastroenterol Hepatol*. octubre de 2018;41(8):477-82. doi:10.1016/j.gastrohep.2018.05.009
41. Sanz J. Recomendaciones para la utilización de la adaptación española del Inventario de Ansiedad de Beck (BAI) en la práctica clínica. *Clin Salud*. 2014;25(1):39-48. doi:10.5093/cl2014a3
42. Consejo General de Psicología de España. Inventario de Depresión de Beck (BDI-2) [Internet]. [citado 15 de enero de 2026]. Disponible en: https://www.psi.uba.ar/academica/carrerasdegrado/psicologia/sitios_catedras/obligatorias/070_psicoterapias1/material/inventario_beck.pdf
43. Echeburúa E, Amor PJ, Muñoz JM, Sarasua B, Zubizarreta I. Escala de Gravedad de Síntomas del Trastorno de Estrés Postraumático según el

- DSM-5: versión forense (EGS-F). Anuario de Psicología Jurídica. 2017;27(1):67-77. doi:10.1016/j.apj.2017.02.005
44. Narváez-Martínez MA, Gómez Tovar LO, Henao-Castaño ÁM. Instrumentos para valorar el síndrome pos cuidado intensivo, revisión de alcance. Enferm Clin. noviembre de 2022;32(6):440-50. doi:10.1016/j.enfcli.2022.07.003
 45. Rosendahl J, Kisyova H, Gawlytta R, Scherag A. Comparative validation of three screening instruments for posttraumatic stress disorder after intensive care. J Crit Care. octubre de 2019;53:149-54. doi:10.1016/j.jcrc.2019.06.016
 46. SEIUC Asc. Síndrome confusional agudo: valoración enfermera mediante la Confusion Assessment Method for Intensive Care Units (CAM-ICU). 2020.
 47. Orlando Lastra M. JIMDO [Internet]. 2018 [citado 15 de enero de 2026]. Acute Physiology And Chronic Health Evaluation II. Disponible en: <https://pseudomonas.jimdofree.com/medicina-interna/unidad-de-cuidados-intensivos-uci/escala-de-apache-ii/>
 48. Herrera Herrera JL, Oyola López E, Llorente Pérez YJ. Delirium en pacientes de la Unidad de Cuidados Intensivos de una institución de salud en Montería, Colombia. Revista Científica de la Sociedad Española de Enfermería Neurológica. enero de 2020;51:7-12. doi:10.1016/j.sedene.2019.04.003
 49. Verderber S, Gray S, Suresh-Kumar S, Kercz D, Parshuram C. Intensive Care Unit Built Environments: A Comprehensive Literature Review (2005–2020). HERD: Health Environments Research & Design Journal. 18 de octubre de 2021;14(4):368-415. doi:10.1177/19375867211009273
 50. Velasco Bueno JM, La Calle GH. Humanizing Intensive Care. Crit Care Nurs Clin North Am. junio de 2020;32(2):135-47. doi:10.1016/j.cnc.2020.02.001
 51. Manuel Palomo Navarro VLC. Medicina intensiva. Aspectos bioéticos. Información y comunicación. Revista de Bioética y Derecho; DOSSIER BIOÉTICA Y MEDICINA INTENSIVA [Internet]. 11 de mayo de 2020 [citado 9 de enero de 2026]. Disponible en:

https://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1886-58872020000100003

52. Estella Á, Lagares C, Furones MJ, Martínez López P, Lázaro Martín NI, Estebáñez B, et al. Limitación de tratamientos de soporte vital en Unidades de Cuidados Intensivos españolas: análisis del estudio ETHICUS II. *Med Intensiva*. mayo de 2024;48(5):247-53. doi:10.1016/j.medin.2024.01.014
53. Ministerio de la presidencia justicia, y relaciones con las cortes. Agencia Estatal Boletín Oficial del Estado [Internet]. 2023 [citado 9 de enero de 2026]. 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. Disponible en: <https://www.boe.es/eli/es/l/2002/11/14/41/con>
54. Gareau S, de Oliveira ÉM, Gallani MC. Humanization of care for adult ICU patients: a scoping review protocol. *JB I Evid Synth*. febrero de 2022;20(2):647-57. doi:10.11124/JBIES-20-00481
55. Sasano N, Yasuda M, Takahashi R, Uehara T. Healthcare Professionals' Perceptions of Patients' Out-of-ICU Activities: Exploring Opportunities for Humanizing ICU Care. *J Patient Exp*. 26 de octubre de 2025;12. doi:10.1177/23743735251383260
56. Sociedad Española de Medicina Intensiva C y UC (SEMICYUC). Madrid [Internet]. [citado 14 de noviembre de 2025]. SEMICYUC. Los profesionales del enfermo crítico. Disponible en: <https://semicyuc.org/pacientes/>
57. Oficina Municipal. Políticas sociales, familia e igualdad [Internet]. 2024 [citado 9 de enero de 2026]. El Poder de las Habilidades Blandas (Soft skills). Disponible en: <https://oficinamunicipalinmigracion.es/poder-habilidades-blandas-soft-skills/>
58. Tomalá Tomalá EJ, Pinzón Calderón NA, Limones Gusqui ML, Suárez Lainez FD, Guale Santistevan J. El Impacto de las Habilidades Blandas en la Transformación Social. *Ciencia y Reflexión*. 26 de marzo de 2025;4(1):1646-64. doi:10.70747/cr.v4i1.195
59. Gutiérrez Pallares JBPMBGPE. Habilidades blandas: pilares fundamentales para la empleabilidad en el siglo XXI. *RILCO DS: Revista de Desarrollo sustentable, Negocios, Emprendimiento y Educación*,

- [Internet]. 2024 [citado 9 de enero de 2026];65-76. Disponible en: <https://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=9789998>
60. Sánchez–Alfaro LA, Carmona González Y de J, Corredor Silva LY, Ramírez Ortiz JC, Boscán Barrera RDC. Humanización, sensibilidad ética y toma de decisión del personal de salud en UCI. *Avances en Enfermería*. 27 de febrero de 2024;42(1). doi:10.15446/av.enferm.v42n1.111206
 61. Velasco Bueno JM, La Calle GH. Humanizing Intensive Care. *Crit Care Nurs Clin North Am.* junio de 2020;32(2):135-47. doi:10.1016/j.cnc.2020.02.001
 62. Gareau S, de Oliveira ÉM, Gallani MC. Humanization of care for adult ICU patients: a scoping review protocol. *JB I Evid Synth.* febrero de 2022;20(2):647-57. doi:10.11124/JBIES-20-00481
 63. Velasco Bueno JM, La Calle GH. Humanizing Intensive Care. *Crit Care Nurs Clin North Am.* junio de 2020;32(2):135-47. doi:10.1016/j.cnc.2020.02.001
 64. Paul G, Paul B, Gautam PL, Mahajan RK, Kaur G, Paul SS. Voices from the ICU: Perspectives on Humanization in Critical Care Settings. *Indian Journal of Critical Care Medicine*. 30 de septiembre de 2024;28(10):923-9. doi:10.5005/jp-journals-10071-24811
 65. Comunidad de Madrid. Portal de transparencia [Internet]. 2019 [citado 9 de enero de 2026]. Plan de Humanización de la Asistencia Sanitaria 2019. Disponible en: <https://www.comunidad.madrid/transparencia/informacion-institucional/planes-programas/plan-humanizacion-asistencia-sanitaria-2016-2019>
 66. Universitat Pompeu Fabra. Barcelona [Internet]. 2021 [citado 28 de febrero de 2026]. Un manual vivo sobre métodos de investigación en comunicación. Disponible en: https://www.upf.edu/web/methods/contents/-/asset_publisher/qFCdTICFI7Ca/content/03-01-definition
 67. Manterola C, Quiroz G, Salazar P, García N. Metodología de los tipos y diseños de estudio más frecuentemente utilizados en investigación clínica. *Revista Médica Clínica Las Condes*. enero de 2019;30(1):36-49. doi:10.1016/j.rmclc.2018.11.005

68. Roehl Sybing. Atlas.ti [Internet]. 2023 [citado 14 de marzo de 2026]. Estudios longitudinales: Métodos, ventajas y retos. Disponible en: <https://atlasti.com/es/research-hub/estudio-longitudinal#introduccion>
69. Agencia Estatal Boletín Oficial del Estado. Ministerio de la Presidencia, Justicia y Relaciones con las Cortes [Internet]. 2018 [citado 28 de febrero de 2026]. Ley Orgánica 3/2018, de 5 de diciembre, de Protección de Datos Personales y garantía de los derechos digitales. Disponible en: <https://www.boe.es/buscar/act.php?id=BOE-A-2018-16673>
70. Hospital general de Granollers. Hospital general de Granollers [Internet]. 2024 [citado 28 de febrero de 2026]. Xarxa d'innovació en Processos en Salut de Catalunya. Disponible en: https://www.xiscat.cat/centres/fundacio-privada-hospital-asil-de-granollers/#:~:text=Table_title:%20Benvinguts%20a%20la%20Fundaci%C3%B3%20Privada%20Hospital,Acords%20amb%20empreses%20%7C%20400.000:%204%20%7C
71. Ministerio de Sanidad. Sistema de Información de salud [Internet]. [citado 28 de febrero de 2026]. Disponible en: https://www.sanidad.gob.es/en/ciudadanos/centros.do?metodo=realizarDetalle&tipo=hospital&numero=080734#:~:text=Table_title:%20Detalle%20de%20Centro%20Table_content:%20header:%20%7C,de%20Centro:%200%7C%200908005179:%20Hospitales%20Generales%20%7C
72. Rocío P. Jiménez R.1 CALA 2, MBC 1, JWN 1 1 MAU de CIUIH 2 MAU de CIUIH. Validación de los sistemas pronósticos de morbi – mortalidad (APACHE II, SOFA, MODS, LODS) en pacientes con Pancreatitis Aguda Grave en Cuidados Intensivos. REVISTA MÉDICA REBAGLIATI [Internet]. 10 de enero de 2019 [citado 28 de febrero de 2026];1. Disponible en: <https://revistamedicarebagliati.org/2019/01/10/validacion-de-los-sistemas-pronosticos-de-morbi-mortalidad-apache-ii-sofa-mods-lods-en-pacientes-con-pancreatitis-aguda-grave-en-cuidados-intensivos/>
73. Goldberg MA. Evaluación del dolor en pacientes adultos críticos. Argentinian Journal of Respiratory & Physical Therapy. 29 de febrero de 2024;6(1). doi:10.58172/ajrpt.v6i1.306
74. David Crespo. Madrid [Internet]. 2013 [citado 28 de febrero de 2026]. Escala de Campbell. Disponible en:

<https://tecnicosdeemergencias.blogspot.com/2013/11/escala-de-campbell.html>

75. Psicogerontología Uneve. Psicogerontología Uneve [Internet]. 2013 [citado 2 de marzo de 2026]. MBI (INVENTARIO DE BURNOUT DE MASLACH) . Disponible en: <https://psicogerontologiauneve.com/wp-content/uploads/2013/01/mbi-inventario-de-burnout-de-maslach.pdf>
76. Rodolfo Rivas-Ruiz a MPR a JOT. Investigación clínica XV Del juicio clínico al modelo estadístico. Diferencia de medias. Prueba t de Student. Revista medica del instituto mexicano del seguro social [Internet]. 28 de noviembre de 2022 [citado 14 de abril de 2026];52(1). Disponible en: <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=457745480015>
77. Mishra P, Singh U, Pandey CM, Mishra P, Pandey G. Application of Student's t-test, Analysis of Variance, and Covariance. Ann Card Anaesth. octubre de 2019;22(4):407-11. doi:10.4103/aca.ACA_94_19
78. Koirala B, Baptiste DL. Just Stats: T Tests, Analysis of Variance Tests, and Nonparametric Equivalents. The Journal for Nurse Practitioners. marzo de 2026;22(3):105692. doi:10.1016/j.nurpra.2026.105692
79. DeJarnette K, Mamidala M. Analysis of variance. En: Translational Surgery [Internet]. Elsevier; 2023 [citado 14 de abril de 2026]. p. 177-81. Disponible en: <https://doi.org/10.1016/B978-0-323-90300-4.00101-4> doi:10.1016/B978-0-323-90300-4.00101-4
80. Agencia Estatal Boletín Oficial del Estado. Ministerio de la Presidencia, Justicia y Relaciones con las Cortes [Internet]. 2023 [citado 14 de marzo de 2026]. 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. Disponible en: <https://www.boe.es/buscar/act.php?id=BOE-A-2002-22188>
81. Agencia Estatal Boletín Oficial del Estado. Ministerio de la Presidencia, Justicia y Relaciones con las Cortes [Internet]. 2025 [citado 14 de marzo de 2026]. Ley Orgánica 3/2018, de 5 de diciembre, de Protección de Datos Personales y garantía de los derechos digitales. Disponible en: <https://www.boe.es/buscar/act.php?id=BOE-A-2018-16673>
82. Ministerio de ciencia innovación y universidades, Consejo Superior de Investigaciones Científicas. Consejo Superior de Investigaciones

Científicas [Internet]. 2020 [citado 28 de febrero de 2026]. Ética en la investigación . Disponible en: <https://www.csic.es/es/el-csic/etica-e-integridad-cientifica-en-el-csic/etica-en-la-investigacion>

83. Espinoza DM. CONSIDERACIONES ÉTICAS EN EL PROCESO DE UNA PUBLICACIÓN CIENTÍFICA. Revista Médica Clínica Las Condes. mayo de 2019;30(3):226-30. doi:10.1016/j.rmcl.2019.04.001
84. Estella A. Ética de la investigación en el paciente crítico. Med Intensiva. mayo de 2018;42(4):247-54. doi:10.1016/j.medin.2017.11.006
85. Rafael Ferreira Martins. Una reflexión fenomenológica sobre el cuestionario en el estudio Normas y Valores Científicos y como ello se remonta a un posible Efecto Hawthorne. Revista de Filosofía [Internet]. 2023 [citado 28 de febrero de 2026];4(1). Disponible en: <https://www.revistas.uneb.br/index.php/anansi/article/view/17484>

8. Anexos

8.1. Anexo 1. Ecuaciones de búsqueda

Pregunta de búsqueda: En pacientes ingresados en UCI, ¿la implementación de humanización, comparada con la atención habitual, mejora la calidad del ingreso y la experiencia del paciente?							
Bases de datos	Palabras clave	Descriptores MeSH	Operadores booleanos utilizados	Ecuaciones de búsqueda	Filtros utilizados	Resultados	Resultados finales aplicando filtros
PubMed	Humanización, UCI, centrado en el paciente, experiencia del paciente, calidad de atención	Humanization, intensive care unit, patient-centered, patient experience, quality of care	AND, OR	(ICU) AND ("patient-centered care" OR humanization) AND ("patient experience" OR "quality of care")	últimos 5 años, texto completo gratuito	540	9

Scielo	Humanización, UCI, centrado en el paciente, experiencia del paciente, calidad de atención	No utiliza tesauro	AND, OR	(ICU) AND ("patient- centered care" OR humanization) AND ("patient experience" OR "quality of care")	Desde 2020-2025	2	1
Google académico	UCI, atención humanizada, satisfacción del paciente	No utiliza tesauro		"Intensive Care Unit" "humanized care" "patient satisfaction"	Desde 2024	47	7

Pregunta de búsqueda: **En pacientes de UCI, ¿las intervenciones de enfermería orientadas a la humanización, comparadas con los cuidados estándar, contribuyen a mejorar la humanización de los cuidados y la experiencia del paciente?**

Bases de datos	Palabras clave	Descriptores MeSH	Operadores booleanos utilizados	Ecuaciones de búsqueda	Filtros utilizados	Resultados	Resultados finales aplicando filtros
PubMed	Intervención, humanización, enfermería, cuidados, unidad de cuidados intensivos, experiencia, paciente, familia.	Intervention, humanization, nursing, care, intensive care unit, experience, patient, family.	AND	(((((intervention) AND (humanization)) AND (nursing)) AND (care)) AND (intensive care unit)) AND (experience)) AND (patient)) AND (family)	Últimos 5 años, texto completo gratuito	25	7
Scielo	Humanización, enfermería, cuidados, unidad de	No utiliza tesauro	AND	((humanización) AND (enfermería)) AND (cuidados)) AND (unidad de cuidados intensivos)	Año 2021-2024	2	1

	cuidados intensivos.						
Google Académico	Intervención, humanización, enfermería, cuidados, unidad de cuidados intensivos, experiencia, paciente, familia.	No utiliza tesauo		Intervención, humanización, enfermería, cuidados, unidad de cuidados intensivos, experiencia, paciente, familia.	Desde año 2024	26	2

8.2. Anexo 2. Escala Medical Research Council

Escala del Medical Research Council

Grado de fuerza	Definición
5	Fuerza normal
4	Movimiento activo contra gravedad y resistencia
3	Movimiento activo contra gravedad, no contra resistencia
2	Movimiento activo sin influencia de la gravedad
1	Trazas de movimiento
0	Ausencia de movimiento

8.3. Anexo 3. Índice de Katz

Índice de Katz

1. Baño	Independiente: Se baña solo o precisa ayuda para lavar alguna zona, como la espalda, o una extremidad con minusvalía	☐
	Dependiente: Precisa ayuda para lavar más de una zona, para salir o entrar en la bañera, o no puede bañarse solo	☐
2. Vestido	Independiente: Saca ropa de cajones y armarios, se la pone, y abrocha. Se excluye el acto de atarse los zapatos	☐
	Dependiente: No se viste por sí mismo, o permanece parcialmente desvestido	☐
3. Uso del WC	Independiente: Va al WC solo, se arregla la ropa y se limpia	☐
	Dependiente: Precisa ayuda para ir al WC	☐
4. Movilidad	Independiente: Se levanta y acuesta en la cama por sí mismo, y puede levantarse de una silla por sí mismo	☐
	Dependiente: Precisa ayuda para levantarse y acostarse en la cama o silla. No realiza uno o más desplazamientos	☐
5. Continencia	Independiente: Control completo de micción y defecación	☐
	Dependiente: Incontinencia parcial o total de la micción o defecación	☐
6. Alimentación	Independiente: Lleva el alimento a la boca desde el plato o equivalente (se excluye cortar la carne)	☐
	Dependiente: Precisa ayuda para comer, no come en absoluto, o requiere alimentación parenteral	☐

8.4. Anexo 4. Índice de Barthel

Puntaje	Clasificación
<20	Dependencia total
20 – 35	Dependencia severa
40 – 55	Dependencia moderada
60 – 95	Dependencia leve
100	Independencia

8.5. Anexo 5. Batería repetible para la evaluación del estado neuropsicológico

2- Memoria de la historia				
Ensayo 1 Diga: <i>Voy a leerle una historia corta. Me gustaría que me escuchara atentamente y cuando termine, repítame todo lo que recuerde de la historia. Intente, si puede utilizar las mismas palabras. ¿De acuerdo?</i> Lea la historia. Luego diga: <i>ahora repita tantos elementos de la historia como pueda.</i> Ensayo 2 Diga: <i>Le voy a leer otra vez la misma historia. Cuando termine quiero que me repita otra vez todo lo que recuerde de la historia. Intente repetirla tan exacta como pueda.</i> Lea la historia que se encuentra mas abajo y diga <i>ahora repita tantos elementos de la historia como pueda.</i> Puntuación: 1 punto por palabra evocada literalmente en negrita y cursiva. Registre las intrusiones o variaciones en la columna de respuesta.				

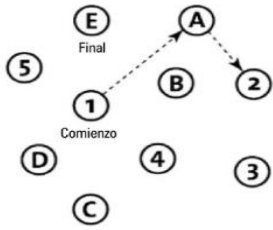
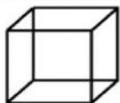
Historia	Respuestas	Ensayo 1 (0-1)	Ensayo 2 (0-1)	Puntuación (0-2)
1- El <i>martes</i>				
2- <i>cuatro</i>				
3- de <i>mayo</i>				
4- en <i>Elche</i> , Alicante				
5- se dispararon <i>tres alarmas</i>				
6- de <i>fuego</i>				
7- <i>dos</i>				
8- <i>hoteles</i>				
9- y un <i>restaurante</i>				
10- fueron <i>destruidos</i>				
11- antes de que los <i>bomberos</i>				
12- pudieran <i>apagarlo</i>				
Puntuación Total (ensayo 1 + ensayo 2) Rango=0-24				

8.6. Anexo 6. Test de evaluación cognitiva de Montreal

MONTREAL COGNITIVE ASSESSMENT (MOCA)
(EVALUACIÓN COGNITIVA MONTREAL)

NOMBRE: _____
Nivel de estudios: _____
Sexo: _____

Fecha de nacimiento: _____
FECHA: _____

VISUOESPACIAL / EJECUTIVA					Copiar el cubo ☐	Dibujar un reloj (Once y diez) (3 puntos)	☐
☐		☐		☐	☐	☐	☐
☐		☐		☐	☐	☐	☐
☐		☐		☐	☐	☐	☐
☐		☐		☐	☐	☐	☐
☐		☐		☐	☐	☐	☐
☐		☐		☐	☐	☐	☐
☐		☐		☐	☐	☐	☐
☐		☐		☐	☐	☐	☐
☐		☐		☐	☐	☐	☐
☐		☐		☐	☐	☐	☐
☐		☐		☐	☐	☐	☐
☐		☐		☐	☐	☐	☐
☐		☐		☐	☐	☐	☐
☐		☐		☐	☐	☐	☐
☐		☐		☐	☐	☐	☐
☐		☐		☐	☐	☐	☐
☐		☐		☐	☐	☐	☐
☐		☐		☐	☐	☐	☐
☐		☐		☐	☐	☐	☐
☐		☐		☐	☐	☐	☐
☐		☐		☐	☐	☐	☐
☐		☐		☐	☐	☐	☐
☐		☐		☐	☐	☐	☐
☐		☐		☐	☐	☐	☐
☐		☐		☐	☐	☐	☐
☐		☐		☐	☐	☐	☐
☐		☐		☐	☐	☐	☐
☐		☐		☐	☐	☐	☐
☐		☐		☐	☐	☐	☐
☐		☐		☐	☐	☐	☐
☐		☐		☐	☐	☐	☐
☐		☐		☐	☐	☐	☐
☐		☐		☐	☐	☐	☐
☐		☐		☐	☐	☐	☐
☐		☐		☐	☐	☐	☐
☐		☐		☐	☐	☐	☐
☐		☐		☐	☐	☐	☐
☐		☐		☐	☐	☐	☐
☐		☐		☐	☐	☐	☐
☐		☐		☐	☐	☐	☐
☐		☐		☐	☐	☐	☐
☐		☐		☐	☐	☐	☐
☐		☐		☐	☐	☐	☐
☐		☐		☐	☐	☐	☐
☐		☐		☐	☐	☐	☐
☐		☐		☐	☐	☐	☐
☐		☐		☐	☐	☐	☐
☐		☐		☐	☐	☐	☐
☐		☐		☐	☐	☐	☐
☐		☐		☐	☐	☐	☐
☐		☐		☐	☐	☐	☐
☐		☐		☐	☐	☐	☐
☐		☐		☐	☐	☐	☐
☐		☐		☐	☐	☐	☐
☐		☐		☐	☐	☐	☐
☐		☐		☐	☐	☐	☐
☐		☐		☐	☐	☐	☐
☐		☐		☐	☐	☐	☐
☐		☐		☐	☐	☐	☐
☐		☐		☐	☐	☐	☐
☐		☐		☐	☐	☐	☐
☐		☐		☐	☐	☐	☐
☐		☐		☐	☐	☐	☐
☐		☐		☐	☐	☐	☐
☐		☐		☐	☐	☐	☐
☐		☐		☐	☐	☐	☐
☐		☐		☐	☐	☐	☐
☐		☐		☐	☐	☐	☐
☐		☐		☐	☐	☐	☐
☐		☐		☐	☐	☐	☐
☐		☐		☐	☐	☐	☐
☐		☐		☐	☐	☐	☐
☐		☐		☐	☐	☐	☐
☐		☐		☐	☐	☐	☐
☐		☐		☐	☐	☐	☐
☐		☐		☐	☐	☐	☐
☐		☐		☐	☐	☐	☐
☐		☐		☐	☐	☐	☐
☐		☐		☐	☐	☐	☐
☐		☐		☐	☐	☐	☐
☐		☐		☐	☐	☐	☐
☐		☐		☐	☐	☐	☐
☐		☐		☐	☐	☐	☐
☐		☐		☐	☐	☐	☐
☐		☐		☐	☐	☐	☐
☐		☐		☐	☐	☐	☐
☐		☐		☐	☐	☐	☐
☐		☐		☐	☐	☐	☐
☐		☐		☐	☐	☐	☐
☐		☐		☐	☐	☐	☐
☐		☐		☐	☐	☐	☐
☐		☐		☐	☐	☐	☐
☐		☐		☐	☐	☐	☐
☐		☐		☐	☐	☐	☐
☐		☐		☐	☐	☐	☐
☐		☐		☐	☐	☐	☐
☐		☐		☐	☐	☐	☐
☐		☐		☐	☐	☐	☐
☐		☐		☐	☐	☐	☐
☐		☐		☐	☐	☐	☐
☐		☐		☐	☐	☐	☐
☐		☐		☐	☐	☐	☐
☐		☐		☐	☐	☐	☐
☐		☐		☐	☐	☐	☐
☐		☐		☐	☐	☐	☐
☐		☐		☐	☐	☐	☐
☐		☐		☐	☐	☐	☐
☐		☐		☐	☐	☐	☐
☐		☐		☐	☐	☐	☐
☐		☐		☐	☐	☐	☐
☐		☐		☐	☐	☐	☐
☐		☐		☐	☐	☐	☐
☐		☐		☐	☐	☐	☐
☐		☐		☐	☐	☐	☐
☐		☐		☐	☐	☐	☐
☐		☐		☐	☐	☐	☐
☐		☐		☐	☐	☐	☐
☐		☐		☐	☐	☐	☐
☐		☐		☐	☐	☐	☐
☐		☐		☐	☐	☐	☐
☐		☐		☐	☐	☐	☐
☐		☐		☐	☐	☐	☐
☐		☐		☐	☐	☐	☐
☐		☐		☐	☐	☐	☐
☐		☐		☐	☐	☐	☐
☐		☐		☐	☐	☐	☐
☐		☐		☐	☐	☐	☐
☐		☐		☐	☐	☐	☐
☐		☐		☐	☐	☐	☐
☐		☐		☐	☐	☐	☐
☐		☐		☐	☐	☐	☐
☐		☐		☐	☐	☐	

8.8. Anexo 8. Test de ansiedad de Beck

En el cuestionario hay una lista de síntomas comunes de la ansiedad. Lea cada uno de los items atentamente, e indique cuanto le ha afectado en la última semana incluyendo hoy:

Inventario de Ansiedad de Beck (BAI)				
	En absoluto	Levemente	Moderadamente	Severamente
1 Torpe o entumecido.	☐	☐	☐	☐
2 Acalorado.	☐	☐	☐	☐
3 Con temblor en las piernas.	☐	☐	☐	☐
4 Incapaz de relajarse	☐	☐	☐	☐
5 Con temor a que ocurra lo peor.	☐	☐	☐	☐
6 Mareado, o que se le va la cabeza.	☐	☐	☐	☐
7 Con latidos del corazón fuertes y acelerados.	☐	☐	☐	☐
8 Inestable.	☐	☐	☐	☐
9 Atemorizado o asustado.	☐	☐	☐	☐
10 Nervioso.	☐	☐	☐	☐
	En absoluto	Levemente	Moderadamente	Severamente
11 Con sensación de bloqueo.	☐	☐	☐	☐
12 Con temblores en las manos.	☐	☐	☐	☐
13 Inquieto, inseguro.	☐	☐	☐	☐
14 Con miedo a perder el control.	☐	☐	☐	☐
15 Con sensación de ahogo.	☐	☐	☐	☐
16 Con temor a morir.	☐	☐	☐	☐
17 Con miedo.	☐	☐	☐	☐
18 Con problemas digestivos.	☐	☐	☐	☐
19 Con desvanecimientos.	☐	☐	☐	☐
20 Con rubor facial.	☐	☐	☐	☐
	En absoluto	Levemente	Moderadamente	Severamente
21 Con sudores, frios o calientes.	☐	☐	☐	☐

8.9. Anexo 9. Escala de inventario de depresión de segunda edición

Beck Depression Inventory

Name	Date	Score
This questionnaire consists of 21 groups of statements. Please read each group of statements carefully. And then pick out the one statement in each group that best describes the way you have been feeling during the past two weeks, including today. Check the box beside the statement you have picked.		
1 ☐ 0 I do not feel sad ☐ 1 I feel sad much of the time ☐ 2 I am sad all the time ☐ 3 I am so sad or unhappy that I can't stand it		
2 ☐ 0 I am not discouraged about my future ☐ 1 I feel more discouraged about my future than I used to ☐ 2 I do not expect things to work out for me ☐ 3 I feel my future is hopeless and will only get worse		
3 ☐ 0 I do not feel like a failure ☐ 1 I have failed more than I should have ☐ 2 As I look back, I see a lot of failures ☐ 3 I feel I am a total failure as a person		
4 ☐ 0 I get as much pleasure as I ever did from the things I enjoy ☐ 1 I don't enjoy things as much as I used to ☐ 2 I get very little pleasure from the things I used to enjoy ☐ 3 I can't get any pleasure from the things I used to enjoy		
5 ☐ 0 I don't feel particularly guilty ☐ 1 I feel guilty over many things I have done or should have done ☐ 2 I feel quite guilty most of the time ☐ 3 I feel guilty all of the time		
6 ☐ 0 I don't feel I am being punished ☐ 1 I feel I may be punished ☐ 2 I expect to be punished ☐ 3 I feel I am being punished		
7 ☐ 0 I feel the same about myself as ever ☐ 1 I have lost confidence in myself ☐ 2 I am disappointed in myself ☐ 3 I dislike myself		
8 ☐ 0 I don't criticize or blame myself more than usual ☐ 1 I am more critical of myself than I used to be ☐ 2 I criticize myself for all of my faults ☐ 3 I blame myself for everything bad that happens.		

8.10. Anexo 10. Escala de síndrome de estrés postraumático-14

2. NÚCLEOS SINTOMÁTICOS

Colóquese en cada síntoma la puntuación correspondiente de 0 a 3 según la duración e intensidad del síntoma.

0	1	2	3
Nada	Una vez por semana o menos/Poco	De 2 a 4 veces por semana/ Bastante	5 o más veces por semana/ Mucho

Reexperimentación	
Ítems	Valoración
1. ¿Experimenta recuerdos o imágenes desagradables y repetitivas del suceso de forma involuntaria?	0 1 2 3
2. ¿Tiene sueños desagradables y recurrentes sobre el suceso?	0 1 2 3
3. ¿Hay momentos en los que realiza conductas o experimenta sensaciones o emociones como si el suceso estuviera ocurriendo de nuevo?	0 1 2 3
4. ¿Sufre un malestar psicológico intenso o prolongado al exponerse a situaciones o pensamientos/ imágenes que le recuerdan algún aspecto del suceso?	0 1 2 3
5. ¿Siente reacciones fisiológicas intensas (sobresaltos, sudoración, mareos, etc.) al tener presentes pensamientos/imágenes o situaciones reales que le recuerdan algún aspecto del suceso?	0 1 2 3

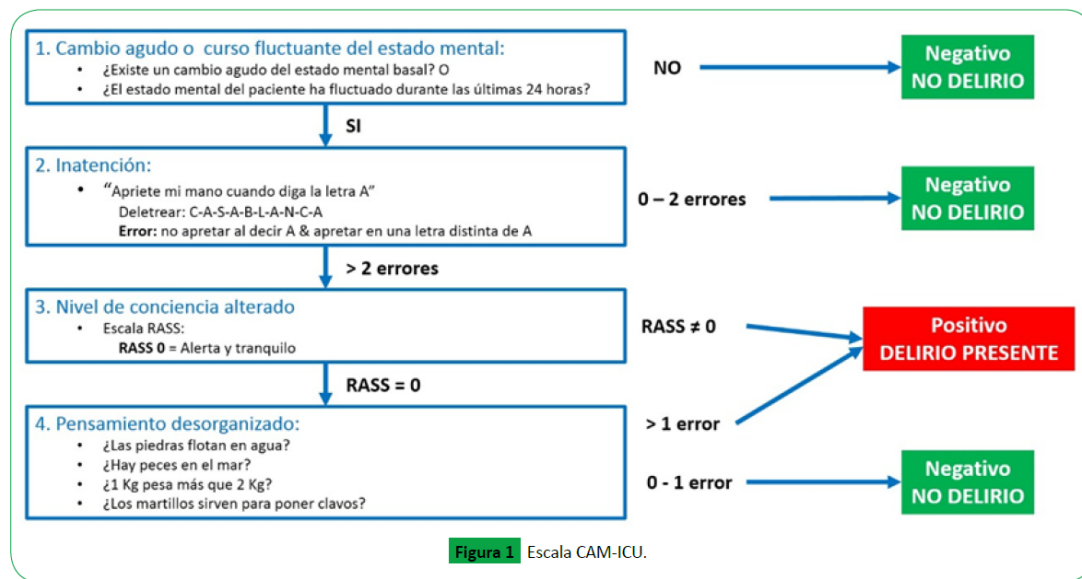
Puntuación en reexperimentación: ____ (Rango: 0-15)

Evitación conductual/cognitiva	
Ítems	Valoración
6. ¿Suele evitar personas, lugares, situaciones o actividades que provocan recuerdos, pensamientos o sentimientos relacionados con el suceso porque le crea malestar emocional?	0 1 2 3
7. ¿Evita o hace esfuerzos para alejar de su mente recuerdos, pensamientos o sentimientos relacionados con el suceso porque le crea malestar emocional?	0 1 2 3
8. ¿Procura evitar hablar de determinados temas que provocan recuerdos, pensamientos o sentimientos relacionados con el suceso porque le crea malestar emocional?	0 1 2 3

Puntuación en evitación: ____ (Rango: 0-9)

Alteraciones cognitivas y estado de ánimo negativo	
Ítems	Valoración
9. ¿Muestra dificultades para recordar alguno de los aspectos importantes del suceso?	0 1 2 3
10. ¿Tiene creencias o expectativas negativas sobre sí mismo, sobre los demás o sobre el futuro?	0 1 2 3
11. ¿Suele culparse a sí mismo o culpar a otras personas sobre las causas o consecuencias del suceso traumático?	0 1 2 3
12. ¿Experimenta un estado de ánimo negativo de modo continuado en forma de terror, ira, culpa o vergüenza?	0 1 2 3
13. ¿Se ha reducido su interés por realizar o participar en actividades importantes de su vida cotidiana?	0 1 2 3
14. ¿Experimenta una sensación de distanciamiento o de extrañeza respecto a las personas que lo rodean?	0 1 2 3
15. ¿Se nota limitado para sentir o expresar emociones positivas (por ejemplo, alegría, satisfacción o sentimientos amorosos)?	0 1 2 3

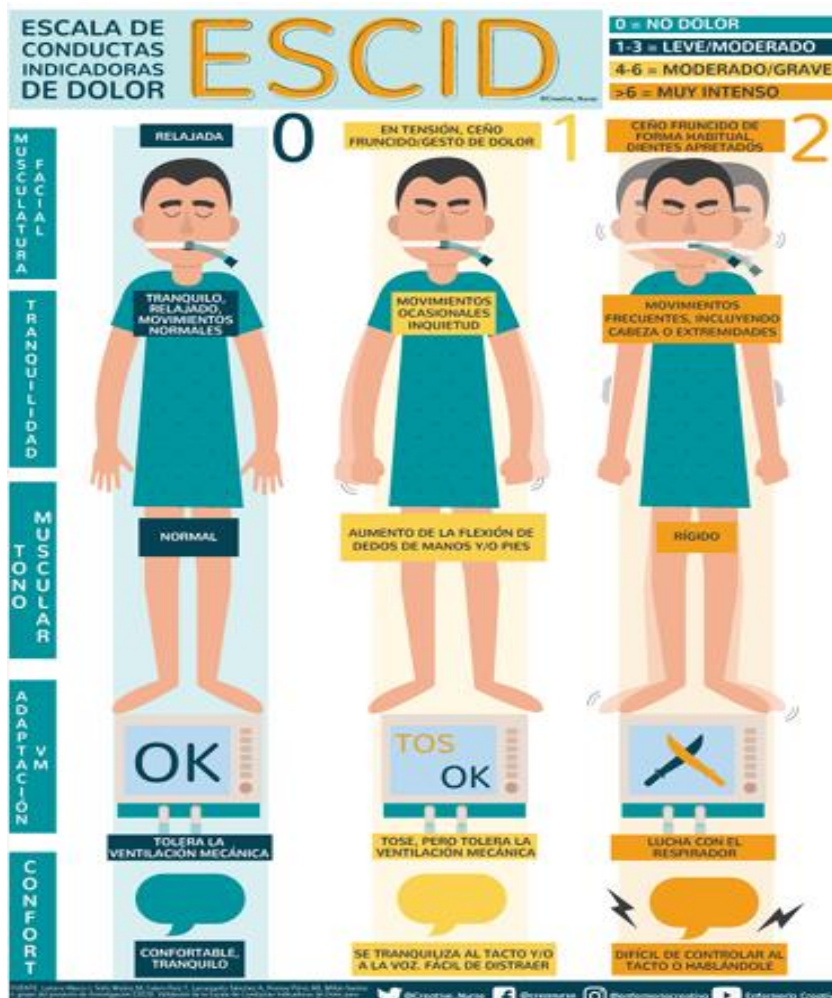
8.11. Anexo 11. Escala CAM-ICU



8.12. Anexo 12. Escala de severidad APACHE-II

Puntuación APACHE II									
APS	4	3	2	1	0	1	2	3	4
Temperatura rectal (°C)	>40,9	39-40,9		38,5-38,9	36-38,4	34-35,9	32-33,9	30-31,9	<30
Pres. art. media (mmHg)	>159	130-159	110-129		70-109		50-69		<50
Frec. cardiaca (lpm)	>179	140-179	110-129		70-109		55-69	40-54	<40
Frec. respiratoria (rpm)	>49	35-49		25-34	12-24	10-11	6-9		<6
Oxigenación									
Si FiO2 ≥ 0.5 (AaDO2)	499	350-499	200-349		>200				
Si FiO2 ≤ 0.5 (PaO2)					<70	61-70		56-70	<56
pH arterial	>7,9	7,60-7,69		7,50-7,59	7,33-7,49		7,25-7,32	7,15-7,24	<7,15
Na plasmático (mmol/L)	>179	160-179	155-159	150-154	130-149		120-129	111-119	<111
K plasmático (mmol/L)	>6,9	6,0-6,9		5,5-5,9	3,5-5,4	3,0-3,4	2,5-2,9		<2,5
Creatinina* (mg/dL)	>3,4	2,0-3,4	1,5-1,9		0,6-1,4		<0,6		
Hematocrito (%)	>59,9		50-59,9	46-49,9	30-45,9		20-29,9		<20
Leucocitos (x1000)	>39,9		20-39,9	15-19,9	3-14,9		1-2,9		<1
Suma de puntos									
Total APS									
15- GSC									
Enfermedad crónica									
Edad									
Puntos APS (A)									
Puntos GCS (B)									
Puntos edad (C)									
Puntos enf. previa (D)									
Total de puntos APACHE II A+B+C+D =									

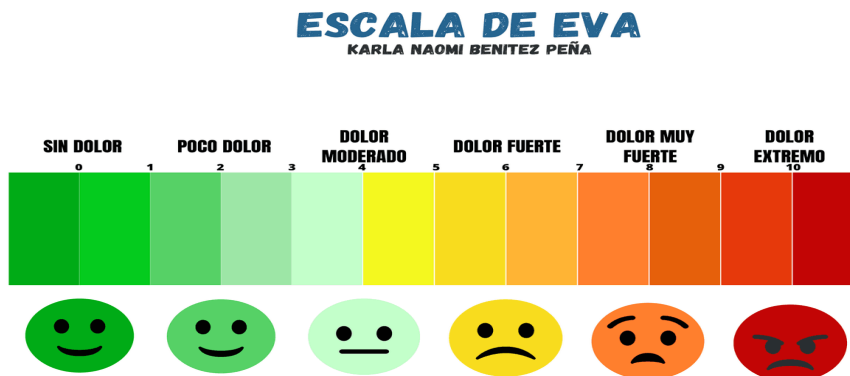
8.13. Anexo 13. Escala ESCID



8.14. Anexo 14. Escala CPOT

Escala Critical- Care Pain Observation Tool- CPOT		
Expresión Facial	Relajado	0
	Tenso	1
	Muesca de dolor	2
Movimientos de los miembros	No realiza movimientos	0
	Protección	1
	Agitación	2
Tensión muscular	Relajado	0
	Tenso	1
	Muy tenso o rígido	2
Adaptación al ventilador	Bien adaptado	0
	Tose pero tolera la ventilación	1
	Lucha con el ventilador	2
Vocalización	Habla en normal tono / no habla	0
	Suspiros, gemidos	1
	Gritos, sollozos	2

8.15. Anexo 15. Escala EVA



8.16. Anexo 16. Escala Campbell

ESCALA DE CAMPBELL <i>Escala de evaluación del dolor y comportamiento para pacientes con imposibilidad para comunicarse de forma espontánea</i>			
	0	1	2
Musculatura facial	relajada	tensión mueca de dolor	dientes apretados
Tranquilidad	relajado	inquietud	movimientos frecuentes
Tono muscular	normal	aumentado	rígido
Respuesta verbal	normal	quejas, lloros, gruñidos	quejas, lloros, gruñidos elevados
Confortabilidad	tranquilo	se tranquiliza con la voz	difícil confortar
Rango de puntuaciones 0: no dolor 1-3: dolor leve-moderado 4-6: dolor moderado-grave > 6: dolor intenso			

8.17. Anexo 17. Escala de ansiedad y depresión de Goldberg

Escala de ansiedad y depresión de Goldberg

Subescala de depresión	SI	NO
1. ¿Se ha sentido con poca energía?		
2. ¿ha perdido usted el interés por las cosas?		
3. ¿Ha perdido la confianza en sí mismo?		
4. Se ha sentido usted desesperanzado, sin esperanzas?		
Subtotal (si hay dos o más respuestas afirmativas, continuar preguntando)		
5. ¿Ha tenido dificultades para concentrarse?		
6. ¿Ha perdido peso? (a causa de su falta de apetito)		
7. ¿Se ha estado despertando demasiado temprano?		
8. ¿se ha sentido usted enlentecido?		
9. ¿Cree usted que ha tenido tendencia a encontrarse peor por las mañanas?		
Total depresión		

8.18. Anexo 18. Escala burnout: Maslach Burnout Inventory (MBI)

MBI (INVENTARIO DE BURNOUT DE MASLACH)

A continuación encontrará una serie de enunciados acerca de su trabajo y de sus sentimientos en él. Le pedimos su colaboración respondiendo a ellos como lo siente. No existen respuestas mejores o peores, la respuesta correcta es aquella que expresa verdicadamente su propia existencia. Los resultados de este cuestionario son estrictamente confidenciales y en ningún caso accesibles a otras personas. Su objeto es contribuir al conocimiento de las condiciones de su trabajo y mejorar su nivel de satisfacción.

A cada una de las frases debe responder expresando la frecuencia con que tiene ese sentimiento de la siguiente forma:

- (1) Nunca
- (2) Algunas veces al año
- (3) Algunas veces al mes
- (4) Algunas veces a la semana
- (5) Diariamente

Por favor señale el número que considere más adecuado

	ITEMS	1	2	3	4	5
A. E.	1. Me siento emocionalmente defraudado en mi trabajo					
A. E.	2. Cuando termino mi jornada de trabajo me siento agotado					
A. E.	3. Cuando me levanto por la mañana y me enfrento a otra jornada de trabajo me siento agotado					
R. P.	4. Siento que puedo entender fácilmente a las personas que tengo que atender					
D.	5. Siento que estoy tratando a algunos beneficiados de mí, como si fuesen objetos impersonales					
A. E.	6. Siento que trabajar todo el día con la gente me cansa					
R. P.	7. Siento que trato con mucha efectividad los problemas de las personas a las que tengo que atender					
A. E.	8. Siento que mi trabajo me está desgastando					
R. P.	9. Siento que estoy influyendo positivamente en las vidas de otras personas a través de mi trabajo					
D.	10. Siento que me he hecho más duro con la gente					
D.	11. Me preocupa que este trabajo me está endureciendo emocionalmente					
R. P.	12. Me siento muy enérgico en mi trabajo					
A. E.	13. Me siento frustrado por el trabajo					
A. E.	14. Siento que estoy demasiado tiempo en mi trabajo					
D.	15. Siento que realmente no me importa lo que les ocurra a las personas a las que tengo que atender profesionalmente					
A. E.	16. Siento que trabajar en contacto directo con la gente me cansa					
R. P.	17. Siento que puedo crear con facilidad un clima agradable en mi trabajo					
R. P.	18. Me siento estimulado después de haber trabajado íntimamente con quienes tengo que atender					
R. P.	19. Creo que consigo muchas cosas valiosas en este trabajo					
A. E.	20. Me siento como si estuviera al límite de mis posibilidades					
R. P.	21. Siento que en mi trabajo los problemas emocionales son tratados de forma adecuada					
D.	22. Me parece que los beneficiarios de mi trabajo me culpan de algunos problemas					

A. E. AGOTAMIENTO EMOCIONAL

D. DESPERSONALIZACIÓN

R. P. REALIZACIÓN PERSONAL

8.19. Anexo 19. Encuesta de familiares

Encuesta familiares

Objetivo: medir la satisfacción, impacto emocional y percepción del entorno.

1= muy insatisfecho

2= insatisfecho

3= neutral (ni satisfecho ni insatisfecho)

4= satisfecho

5= muy satisfecho

* Indica que la pregunta es obligatoria

Comunicación: El personal me ha informado con claridad sobre el estado de mi familiar. *



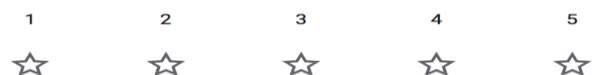
Entorno: La iluminación y el nivel de ruido en el box me han parecido adecuados y favorecedores para el descanso. *



Bienestar: He sentido que el equipo ha respetado la dignidad e intimidad de mi familiar en todo momento. *



Acompañamiento: Siento que el tiempo con mi familiar ayuda a reducir su ansiedad o dolor. *



Satisfacción: En general, estoy satisfecho con el trato humano recibido en esta unidad. *



Pregunta abierta: ¿Hay algo que mejoraría del entorno o del trato recibido? *

Tu respuesta

Enviar

Borrar formulario

8.20. Anexo 20. Encuesta de profesionales

Encuesta profesionales

Objetivo: evaluar la actitud hacia la humanización y detectar barreras.

1= muy insatisfecho

2= insatisfecho

3= neutral (ni satisfecho ni insatisfecho)

4= satisfecho

5= muy satisfecho

* Indica que la pregunta es obligatoria

Aplicabilidad/viabilidad: ¿Considera que el protocolo de humanización es fácil de aplicar en su jornada laboral? *

1	2	3	4	5
☆	☆	☆	☆	☆

Entorno: ¿Cómo valora la eficacia de la regulación de luces y ruidos en los boxes del 1 al 15? *

1	2	3	4	5
☆	☆	☆	☆	☆

Actitud: Mi predisposición personal hacia el cambio de rutinas por la humanización es: *

1	2	3	4	5
☆	☆	☆	☆	☆

Impacto: ¿Cree que la presencia de la familia facilita el cuidado del paciente crítico? *

1	2	3	4	5
☆	☆	☆	☆	☆

Recursos: ¿Siente que tiene los recursos necesarios (tiempo, formación) para humanizar los cuidados? *

1	2	3	4	5
☆	☆	☆	☆	☆

Pregunta abierta: ¿Cuál considera que es la principal dificultad para implementar la humanización en esta UCI? *

Tu respuesta

Enviar

Borrar formulario

8.21. Anexo 21. Consentimiento informado

CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA PARTICIPAR EN UN ESTUDIO DE INVESTIGACIÓN (TFG DE ENFERMERÍA)

Título del estudio: Aplicación de técnicas de humanización en la Unidad de Cuidados Intensivos (UCI) del Hospital General de Granollers.

Investigador/a (estudiante de enfermería): Ada Alvaro Paredes y Alba Conejo Carmona

Universidad / Centro académico: Escuela Universitaria Gimbernat

Tutor/a académico/a: Elena Fernández Martínez

Centro donde se realiza el estudio: Hospital General de Granollers

- **1. Introducción**

Se le invita a participar en un estudio de investigación que forma parte de un **Trabajo de Fin de Grado (TFG) del Grado en Enfermería**.

El objetivo de este documento es proporcionarle información clara sobre el estudio para que pueda decidir libremente si desea participar. Antes de firmar este consentimiento, puede leer atentamente la información y realizar todas las preguntas que considere necesarias.

- **2. Objetivo del estudio**

El objetivo de este estudio es **analizar la aplicación de técnicas de humanización en la Unidad de Cuidados Intensivos (UCI)** y valorar su impacto en la percepción del cuidado por parte de pacientes, familiares o profesionales sanitarios.

Los resultados del estudio se utilizarán exclusivamente con **finés académicos y de investigación** para la elaboración del Trabajo de Fin de Grado.

- **3. Procedimiento**

Si acepta participar en este estudio, se le solicitará que:

- Responda a un cuestionario relacionada con su experiencia o percepción sobre las técnicas de humanización aplicadas en la UCI.
- Comparta su opinión sobre aspectos como la comunicación, el trato recibido, el acompañamiento familiar o el ambiente asistencial.

La participación tendrá una **duración aproximada de 10 a 15 minutos**.

- **4. Riesgos y molestias**

La participación en este estudio **no implica riesgos físicos ni intervenciones clínicas**. Únicamente se requiere dedicar unos minutos para responder a las preguntas planteadas.

En caso de que alguna pregunta le resulte incómoda, podrá **decidir no responderla o abandonar el estudio en cualquier momento**.

- **5. Beneficios**

Es posible que no obtenga beneficios directos al participar en el estudio. Sin embargo, la información obtenida puede contribuir a **mejorar la calidad de los cuidados, la atención centrada en la persona y las estrategias de humanización en las unidades de cuidados intensivos**.

- **6. Confidencialidad y protección de datos**

Toda la información recogida será tratada de forma **confidencial y anónima**.

Los datos obtenidos se utilizarán únicamente con fines académicos para la elaboración del Trabajo de Fin de Grado y serán tratados conforme a la normativa vigente en materia de protección de datos, especialmente:

- **Reglamento (UE) 2016/679 del Parlamento Europeo y del Consejo (RGPD)**
- **Ley Orgánica 3/2018 de Protección de Datos Personales y garantía de los derechos digitales**

En ningún caso se recogerán datos que permitan identificar personalmente a los participantes en los resultados publicados.

- **7. Participación voluntaria**

Su participación en este estudio es **totalmente voluntaria**.

Puede decidir no participar o retirarse del estudio en cualquier momento, sin necesidad de justificar su decisión y sin que ello suponga ninguna consecuencia.

- **8. Contacto para información adicional**

Si tiene alguna duda sobre el estudio o desea obtener más información, puede contactar con:

Investigador/a: Ada Alvaro Paredes / Alba Conejo Carmona

Correo electrónico: aalvaro@campus.eug.es / aconejo@campus.eug.es

Tutor/a académico/a: Elena Fernández Martínez

- **9. Declaración de consentimiento**

Declaro que:

- He leído y comprendido la información proporcionada sobre el estudio.
- He tenido la oportunidad de hacer preguntas y he recibido respuestas satisfactorias.
- Comprendo que mi participación es voluntaria y que puedo retirarme en cualquier momento.

Por todo lo anterior, **acepto participar voluntariamente en este estudio de investigación.**

Nombre del participante: _____

Firma del participante: _____

Fecha: _____

Nombre del investigador/a: _____

Firma del investigador/a: _____