



Universidad de Valladolid
Grado en Enfermería
Facultad de Enfermería de Valladolid

UVa

Curso 2020-2021
Trabajo de Fin de Grado

**LA HUMANIZACIÓN DE LOS
CUIDADOS EN URGENCIAS
HOSPITALARIAS**

Elizabeth García Vélez

Tutora: Laura Fadrique Millán

Cotutora: Silvia Benito Bernal

RESUMEN

Objetivo:

Identificar el grado de humanización de los cuidados de enfermería en las urgencias hospitalarias.

Método: Revisión bibliográfica.

Resultados: Se aplicaron criterios de inclusión y exclusión, seleccionando 24 artículos los cuales se dividieron en tres categorías: la humanización y las enfermeras, la humanización desde el punto de vista de los pacientes y los factores que contribuyen a un cuidado humanizado.

Discusión: Para que los pacientes que acuden al servicio de urgencias puedan recibir cuidados humanizados, las enfermeras deben tratar al paciente de una manera holística, y desarrollar no solo actitudes científico-técnicas sino también habilidades comunicativas y emocionales, además las necesidades y opiniones de los pacientes y sus familias deben ser tenidas en cuenta, pues esto disminuye su ansiedad, y finalmente, las instituciones tienen que estar dispuestas a dedicar tiempo y recursos en fomentar dichas habilidades en el personal.

Conclusiones: Es necesario que las enfermeras cuenten en su día a día con herramientas que les permitan brindar cuidados de calidad y calidez a los pacientes, además de tener la oportunidad de ir desarrollándolas cada vez más. El acompañamiento familiar hace que los pacientes que visitan las urgencias se sientan menos vulnerables. Es importante que las instituciones se preocupen por la calidad de la vida laboral, pues la saturación del servicio, el bajo ratio enfermera/paciente o la falta de trabajo en equipo, son condiciones que impiden brindar cuidados humanizados.

Palabras clave: *Humanización en urgencias, modelo holístico, cuidados enfermeros, comunicación asertiva, atención centrada en el paciente y familia, satisfacción de los pacientes.*

ABSTRACT

Objective: To identify the degree of humanization of nursing care in emergency service.

Method: Bibliographic review.

Results: Inclusion and exclusion criteria were applied, selecting 24 articles divided into three categories: humanization and nurses, humanization from the patients' point of view, and factors that contribute to humanized care.

Discussion: Nurses must holistically treat patients who come to the emergency department to receive humanized care. Nurses must develop scientific-technical attitudes and communication and emotional skills to treat these patients. Besides, it is necessary to consider the needs and opinions of the patients and their families, as this reduces anxiety. Finally, institutions must be willing to dedicate time and resources to promoting these skills among their staff members.

Conclusions: Nurses must have day-to-day life tools that allow them to provide quality care and comfort to patients, in addition to having the opportunity to develop these skills continuously. Family support makes that patients visiting the emergency room feel less vulnerable. Institutions must care about the quality of working life since the saturation of the service, the low nurse/patient ratio or the lack of teamwork are conditions that prevent humanized care from being provided.

Key words: *Humanization in ER, holistic model, nursing care, assertive communication, patient and family centered care, patient satisfaction.*

ÍNDICE DE CONTENIDOS

INTRODUCCIÓN	1
JUSTIFICACIÓN	5
OBJETIVO GENERAL	6
OBJETIVOS ESPECÍFICOS	6
METODOLOGÍA.....	6
RESULTADOS	8
DISCUSIÓN	21
CONCLUSIONES.....	25
BIBLIOGRAFÍA	26
ANEXOS	30

INDICE DE TABLAS

Tabla 1: Esquema PICO.....	6
Tabla 2: Características principales de los artículos seleccionados	9
Tabla 3: Plantilla para ayudarte a entender un estudio cualitativo.	32
Tabla 4: Plantilla para ayudarte a entender una Revisión Sistemática.	33
Tabla 5: Resultados del análisis crítico de los artículos de carácter cualitativo incluidos en el estudio con la herramienta CASPe	34
Tabla 6: Resultados del análisis crítico de las revisiones sistemáticas incluidas en el estudio con la herramienta CASPe	35

INDICE DE FIGURAS

Figura 1: Diagrama de flujo de selección de documentos	8
Figura 2: Plan de Humanización de la Asistencia Hospitalaria del INSALUD ...	30
Figura 3: Decálogo de humanización, tema del mes de marzo	31
Figura 4: Programa de intervención con MINDFULNESS	36

INDICE DE ABREVIATURAS

SUH: Servicios de Urgencias Hospitalarias

INSALUD: Instituto Nacional de Salud

CCAA: Comunidades Autónomas

CASPe: Critical Appraisal Skills Programme español, Programa de Habilidades de Evaluación Crítica Español

AP: Atención Primaria

EPI: Equipos de protección individual

NHS: National Health System, Sistema Nacional de Salud

INTRODUCCIÓN

Los Servicios de Urgencias Hospitalarias (SUH) son unidades integradas por equipos interdisciplinarios de profesionales sanitarios que ofrecen asistencia multidisciplinaria. Están ubicados en un área específica del hospital. Cumplen unos requisitos funcionales, estructurales y organizativos y garantizan condiciones de seguridad, calidad y eficiencia (1), atendiendo la demanda de los pacientes durante las 24 horas del día los 365 días del año. Entre sus principales características, destacan la de ser la puerta de entrada a la atención hospitalaria y brindar una asistencia inmediata y eficiente, exigiendo al profesional el uso de un amplio abanico de recursos tecnológicos y destreza en las actividades a realizar (2).

Son servicios altamente frecuentados, orientados de forma general hacia la dimensión física del paciente y en donde no se suelen valorar otros factores específicos, como las necesidades de índole psicológica, social y espiritual (3). Esta atención centrada en un modelo biomédico puede deberse al ritmo acelerado de trabajo, la complejidad asistencial, el uso de la tecnología, y la afluencia masiva de usuarios.

Estas, entre otras características tan típicas de los SUH y a las que aquellos sanitarios que desarrollan su labor asistencial en éstos parecen estar acostumbrados, son las mismas que generan resultados negativos en la asistencia, viéndose directamente afectados los cuidados que las enfermeras brindan a los pacientes, dando como resultado final una atención fragmentada y deshumanizada.

El cuidado humanizado pasa tanto por la necesidad que expresan los pacientes y sus familias de ser escuchados, no infravalorar sus síntomas ni miedos, ser tenidos en cuenta a la hora de tomar decisiones, brindar seguridad y confianza que les ayude a disminuir la angustia generada por su situación de salud (4), como por la necesidad de una intervención de carácter holístico por parte del equipo de salud en donde destacan la importancia de las habilidades de

comunicación, la necesidad de formación del personal en competencias emocionales y la implicación de sanitarios, pacientes e instituciones (5).

La humanización de los cuidados se plantea en España ya en 1984 cuando el Instituto Nacional de Salud (INSALUD) desarrolló el “Plan de Humanización de la Asistencia Hospitalaria”, con el fin de mejorar la calidad de la atención hospitalaria mediante la utilización de 16 instrumentos (ANEXO 1), el objetivo del INSALUD es que junto con la implantación del nuevo modelo de gestión hospitalaria y la puesta en marcha de la reforma hospitalaria se configure un marco general para la implantación definitiva del plan de humanización (6).

A partir de entonces se han ido reconociendo modelos de humanización en las diferentes comunidades autónomas (CCAA) de forma paulatina y cada una con sus propias características, entre ellas tenemos: la Comunidad Valenciana en el 2000 con el Plan de Humanización de la Atención Sanitaria (7), Asturias en 2004 con el Plan de Confortabilidad del Servicio de Salud (8), Extremadura en 2007 con el Plan de Humanización de la Atención Sanitaria del Sistema Sanitario Público de Extremadura (9), Galicia en 2014 inicia el desarrollo de un plan estratégico de humanización que se pretende desarrollar en el marco contextual de la Estrategia SERGAS 2020 (10), Castilla la Mancha en 2015 con el Plan Dignifica (11), Madrid en 2016 con el Plan de Humanización de la Asistencia Sanitaria (12), Navarra en 2017 presentó una estrategia de humanización del Sistema Sanitario Público de Navarra (13), Andalucía en 2017 publica una recomendación para promocionar la humanización de la asistencia sanitaria (14), Aragón en 2017 crea la Escuela de Salud de Aragón (15), por último en Castilla y León se anunció en 2017 una estrategia de humanización dirigida a colectivos con necesidades específicas como los enfermos de Alzheimer (16), sin embargo a día de hoy todavía no se ha establecido un plan estratégico.

Actualmente, desde el Área de Salud de Valladolid Oeste están promoviendo un Decálogo de Humanización. Cada mes reparten por las unidades uno de los propósitos del decálogo para poder ir interiorizando esos pequeños gestos, que

hacen que la atención sea de calidad. El tema del mes de marzo ha sido ¡COMUNÍCATE! (ANEXO 2).

Así pues, la humanización de los cuidados es un proceso complejo la cual para ser llevada a cabo necesita no sólo del buen hacer de las enfermeras y demás integrantes del equipo sanitario sino también de que las instituciones de salud incorporen líneas estrategias de humanización en la prestación de sus servicios.

No se pueden entender los cuidados enfermeros actuales y los motivos que llevan a la humanización/deshumanización de éstos sin echar la vista atrás y tener en cuenta a algunas de las principales representantes de la enfermería y sus teorías. Desde los inicios de la enfermería como profesión en el siglo XIX encontramos personajes como: Elizabeth Gourney Fray, creadora del Instituto de Hermanas Enfermeras y pionera en la creación de la figura enfermera domiciliaria, Teodoro Fliedner y su esposa quienes aprendiendo de Fray ponen en marcha la Institución de las Diaconisas de Kaiserswerth una escuela/hospital en donde jóvenes de buenas familias se formaban en teoría y práctica, Florence Nightingale quien supone un antes y un después en la profesión ya que revolucionó la enfermería demostrando entre otras cosas la efectividad de dar cuidados de calidad y sentó las bases de una formación reglada (17), Peplau y su teoría de las relaciones interpersonales, cuyo modelo teórico humanista, orienta a la enfermera a reconocer en cada persona su componente biológico, psicológico, cultural, social y espiritual y dirige el cuidado a sus dimensiones, físico, social y mental (18), Virginia Henderson quien identifica las 14 necesidades básicas del ser humano y sitúa al hombre en un estado de salud que va ligado a funcionar con independencia (19), Martha Rogers quien nos habla de un concepto unitario del ser humano y no una mera suma de partes a las que cuidar (20), Dorothea Orem quien propone la teoría de déficit del autocuidado y ve la relación de cuidados enfermeros como un servicio especializado ejecutado por un profesional capacitado y centrado en un paciente que no puede cuidar de sí mismo (21), Calista Roy quien con su modelo adaptativo habla del hombre como un elemento holístico y de la relación enfermera-paciente como una interacción cuyo objetivo es lograr la adaptación

del individuo a su entorno (20), hasta Jean Watson cuya teoría del cuidado humano se basa en el cuidado centrado en la persona ofreciendo un cuidado humanizado y no meramente técnico, tiene como objetivo conseguir un grado de armonía entre mente, cuerpo y alma (22,23).

Los cuidados enfermeros y la humanización, no deben entenderse separadamente sino ser vistos de manera que se complementen, que hagan parte uno del otro, especialmente en los SUH ya que debido a sus características funcionales ya descritas, en donde muchos de los cuidados que se brindan pasan a ser parte de los denominados cuidados invisibles, entendiéndose éstos como la puesta en marcha de una escucha activa, empatía hacia el otro, capacidad de comunicar, entre otros (24), los sanitarios que trabajan allí corren el riesgo de deshumanizar la atención que prestan a sus pacientes si el cuidado que dan no está basado en las diferentes dimensiones del ser y sus múltiples necesidades, además como explica Bermejo Higuera (25), humanizar la salud pasa tanto por aplicar diseños y desarrollos de programas como por incidir en la salud de las relaciones interpersonales, de los valores interiorizados y de la inteligencia emocional.

Por último no puede hablarse de humanización en los cuidados por parte de las enfermeras y el tiempo que deben dedicar a sus pacientes para poder llevarlos a cabo satisfactoriamente, sin tener en cuenta las condiciones laborales en las que se encuentra la profesión, en donde la ratio enfermera-paciente en España está muy por debajo de la media europea, llevando a un aumento en el burnout y a desenlaces inevitables e indeseados en la atención, además de disminución en las plantillas, contrataciones precarias, variabilidad de unidades en un mismo contrato e incluso en un mismo turno, lo cual impide que se establezca una relación enfermera-paciente adecuada, todo esto provoca en el personal sentimientos de crispación, desmotivación e inseguridad y dificulta que estén dispuestos, tengan tiempo y se sientan con capacidad y estimulación para proporcionar un cuidado integral y humano de calidad (24,26).

JUSTIFICACIÓN

Durante las últimas décadas las enfermeras han realizado un esfuerzo titánico para adaptarse al desarrollo tecnológico y científico que está teniendo la profesión, sin embargo, de la mano de estos avances va también una preocupación latente por la presencia de una asistencia deshumanizada, una atención reduccionista, la invisibilidad de los cuidados y una prioridad tecnicista en la atención.

Este trabajo se plantea con el propósito de valorar el grado de humanización de los cuidados en los SUH y analizar las causas por las cuales los cuidados brindados por parte las enfermeras a los pacientes que acuden a los SUH desembocan en un cuidado humanizado/deshumanizado y en el peor de los casos insatisfactorio, no solo para el paciente sino también para el personal que lo atiende.

OBJETIVO GENERAL

- Identificar el grado de humanización de los cuidados de enfermería en las urgencias hospitalarias

OBJETIVOS ESPECÍFICOS

- Resumir las causas por las que los cuidados de enfermería brindados a los pacientes que acuden a los SUH pueden ser en ocasiones, deshumanizados
- Reconocer las evidencias sobre los factores que interfieren en el cuidado humanizado que brindan las enfermeras a los pacientes que acuden a urgencias.

METODOLOGÍA

- **Diseño:** Revisión bibliográfica
- **Período de estudio:** 04/01/2020 hasta 20/05/2021
- **Pregunta PICO:**
 - ¿Se da un cuidado humanizado por parte de las enfermeras a los pacientes que acuden a urgencias?
 - Esquema PICO: se explica en la Tabla 1

Tabla 1: Esquema PICO

P (paciente)	Pacientes que acuden a urgencias
I (intervención)	Humanización en los cuidados
C (comparador)	No aportar cuidados holísticos
O (outcome)	Satisfacción de los pacientes y de las enfermeras después de una atención humanizada

Fuente: Elaboración propia

- **Fuentes bibliográficas usadas:** Pubmed, Scielo, Dialnet, Recolecta, Google Académico, ScienceDirect.
- **Términos de búsqueda:**
 - Descriptores:
 - DeCs: Humanización, deshumanización, cuidados de enfermería, urgencias.

- MeSH: humanization, nurse care, emergency room.
 - Operadores booleanos: AND y OR
- **Criterios de inclusión:** trabajos publicados en los últimos 10 años (2012-2021), en español, portugués e inglés, que traten sobre la humanización de los cuidados de enfermería, que estén centrados en la atención hospitalaria y que tengan en cuenta el grado de satisfacción de los pacientes con la atención recibida.
- **Criterios de exclusión:** artículos sobre la atención en urgencias pediátricas, obstétricas, de salud mental y de atención primaria, trabajos de fin de grado, artículos cuyo tema principal no gire en torno a la humanización de los cuidados.
- **Herramientas para la evaluación de la evidencia:** el método utilizado para evaluar la calidad de los artículos de esta revisión ha sido CASPe (Critical Appraisal Skills Programme español) (27) usando sus herramientas de análisis de estudios cualitativos y de revisiones sistemáticas. En concreto estos instrumentos presentan 10 preguntas distintas para cada tipo de estudio, las dos primeras son de eliminación y si la respuesta es sí en ambas, se continúa con la parrilla de preguntas. Se incluyeron artículos con valores no inferiores a 7. En los Anexos 3 y 4 se pueden ver las planillas de preguntas. En los Anexos 5 y 6 se muestran los resultados del análisis crítico de los artículos incluidos en esta revisión con la herramienta CASPe.
- **Materiales utilizados:**
 - Gestor bibliográfico: Zotero

RESULTADOS

Se realizó una búsqueda en las 6 bases de datos mencionadas anteriormente, aplicando los filtros descritos en la metodología, además de la búsqueda de artículos identificados en otras fuentes y en las referencias citadas en los artículos seleccionados y se encontraron 1489 artículos en total.

Tras leer el título y descartar los artículos duplicados se obtuvieron 324, después de leer el resumen 74, se descartaron 16 ya que tenían acceso restringido, finalmente tras leer el artículo completo se seleccionaron 24 artículos para la realización de este trabajo. El siguiente diagrama de flujo comprende la relación de la búsqueda.

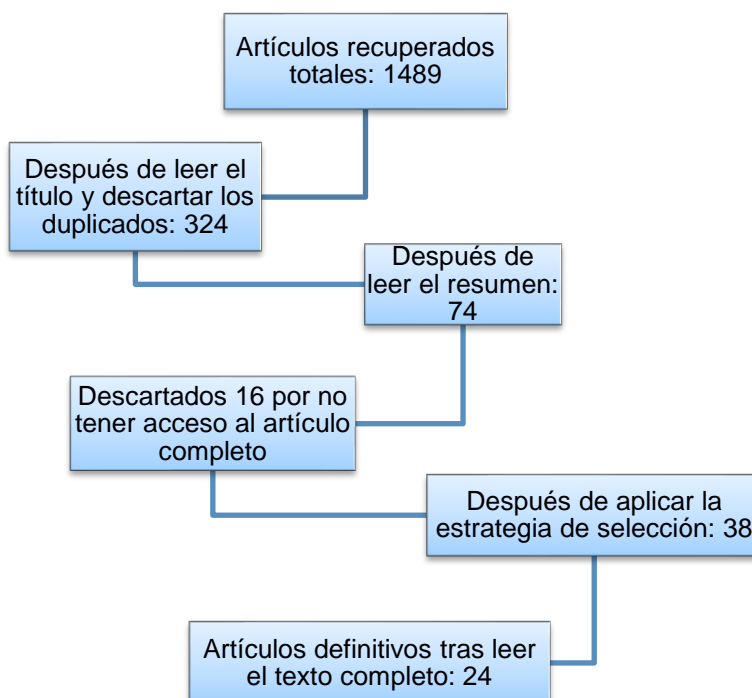


Figura 1: Diagrama de flujo de selección de documentos

De los artículos seleccionados se han extraído tres categorías de análisis:

1. La humanización y las enfermeras
2. La humanización desde el punto de vista de los pacientes
3. Factores que contribuyen a un cuidado humanizado

A continuación, se presenta una tabla con las principales características de los artículos seleccionados.

Tabla 2: Características principales de los artículos seleccionados

LA HUMANIZACIÓN Y LAS ENFERMERAS			
Título	Metodología	Valor numérico análisis CASPe	Conclusiones
Humanización de la asistencia en urgencias: un análisis cualitativo basado en las experiencias de las enfermeras	Estudio cualitativo	10	La aplicación de una atención holística, centrada en el paciente y en su familia, es esencial para garantizar la humanización de la atención sanitaria en los servicios de urgencias.
La comunicación enfermera-cliente en el cuidado en las unidades de urgencias 24h: una interpretación en Travelbee	Investigación descriptiva, abordaje cualitativo	9	Las enfermeras perciben y entienden la comunicación verbal y no verbal como elemento clave no solamente para desarrollar el cuidado en sus aspectos técnicos, sino también para promover la relación enfermera-paciente.
El cuidado humanizado en el medio ambiente de urgencia y emergencia	Revisión integrativa	7	En la búsqueda de una excelencia en la asistencia de enfermería, se hace necesario que el profesional posea el conocimiento técnico y científico, sin olvidar los sentimientos y necesidades de los pacientes.
Afrontamiento y percepción profesional en la atención al final de la vida en los servicios hospitalarios de emergencias.	Revisión sistemática	8	Las características del entorno y la falta de formación para el afrontamiento profesional se destacan como factores que dificultan la atención al final de la vida en los SUH.
Burnout, habilidades de comunicación y autoeficacia en los profesionales de urgencias y cuidados críticos	Estudio observacional y transversal	10	Las habilidades de comunicación y la autoeficacia percibida de los profesionales sanitarios en los SUH y las UCI están relacionadas con un menor agotamiento emocional y despersonalización, y una mayor realización personal en el trabajo.
Calidad de vida profesional de enfermería en urgencias de un hospital de referencia	Estudio descriptivo transversal	10	Si se mejora el apoyo directivo, la percepción de la calidad de vida profesional de las enfermeras que trabajan en urgencias aumentaría.
Gestión del cuidado de enfermería en las unidades de cuidados de emergencia	Investigación cualitativa	9	Los factores que dificultan la gestión enfermera están relacionados con aspectos de organización de los SUH, mientras que los facilitadores se dirigen a aspectos específicos del trabajo en equipo.

Humanización y recepción en emergencia de hospital: factores condicionantes bajo la mirada de enfermeros	Estudio cualitativo	8	La estructura física y los recursos humanos insuficientes se encuentran entre los principales factores que dificultan la práctica enfermera, como facilidades se pueden identificar la disposición de los profesionales y la clasificación de riesgo.
¿Es posible humanizar los cuidados de enfermería en los servicios de Urgencias?	Tesis: metodología cualitativa	10	Para llevar a cabo el proceso de humanización de los cuidados de enfermería en los SUH es necesario un cambio en el paradigma del cuidado hacia un modelo holístico, centrado en el paciente y su familia, basado en los principios y valores humanos.
Principales factores de estrés y estrategias de afrontamiento del personal de enfermería de primera línea durante el brote de la enfermedad por coronavirus 2020 (COVID-19) en Alabama	Estudio de cuestionario transversal	10	La pandemia de COVID-19 aumentó el nivel de estrés de las enfermeras, los casos siguen aumentando drásticamente, lo que puede abrumar al sistema de salud y aumentar los niveles de estrés de estos profesionales.
Prevalencia de la depresión y su impacto en la calidad de vida entre las enfermeras de primera línea en los servicios de emergencia durante el brote de COVID-19	Encuesta nacional de corte transversal en línea	10	La depresión fue común entre las enfermeras de urgencias durante la pandemia de COVID-19. Teniendo en cuenta el impacto negativo de la depresión en la calidad de la atención al paciente y la calidad de vida de las enfermeras, se debe proporcionar una mayor conciencia y un tratamiento temprano para la depresión para las enfermeras de urgencias.
LA HUMANIZACIÓN DESDE EL PUNTO DE VISTA DE LOS PACIENTES			
Título	Metodología	Valor numérico análisis CASPe	Conclusiones
Nivel de satisfacción de un grupo de ancianos de Madrid con los cuidados enfermeros recibidos en urgencias	Estudio descriptivo transversal	10	Existen factores muy positivamente valorados, como el conocimiento de la enfermedad por parte de los profesionales y el nivel de comprensión; sin embargo, aspectos como la atención personal o el tiempo dedicado a los pacientes son aspectos que pueden ser mejorables para que el nivel de satisfacción de los pacientes sea mayor.
Significados atribuidos por familiares y pacientes a la presencia de la familia en urgencias	Estudio cualitativo	10	La presencia familiar en la atención de urgencias proporciona el mantenimiento y el fortalecimiento de los lazos afectivos entre los familiares y la vivencia de cuidados más sensibles y calificados.

Satisfacción de los usuarios con los cuidados de enfermería en un servicio de urgencias	Estudio descriptivo y transversal	8	Los usuarios presentan un buen nivel de satisfacción con la atención recibida por enfermeros en el servicio de urgencias.
Factores relacionados con la satisfacción del paciente en los servicios de urgencias hospitalarios	Encuesta telefónica	10	Este estudio permite identificar las variables de calidad percibida más relacionadas con el grado de satisfacción expresado y que deben ser priorizadas en los programas de gestión de calidad. El cuestionario de satisfacción en urgencias es un instrumento útil para evaluar y mejorar la calidad asistencial.
Nivel de satisfacción de los usuarios con los cuidados enfermeros recibidos en urgencias	Estudio descriptivo transversal	10	Se puede mejorar la opinión acerca de la competencia de las enfermeras y se puede evitar que las personas se sientan como números. Además, la amabilidad y el buen trato del personal sanitario son aspectos valorados positivamente por los pacientes.
Hacia una atención centrada en el paciente: una revisión sistemática de las opiniones de los adultos mayores sobre la atención de emergencia de calidad	Revisión sistemática	8	La investigación cualitativa actual sobre las opiniones del paciente anciano acerca de la atención en los SUH revela temas comunes como la comunicación, los tiempos de espera y la estructura que deben tenerse en cuenta en los esfuerzos por mejorar los cuidados a este tipo de pacientes.
FACTORES QUE CONTRIBUYEN A UN CUIDADO HUMANIZADO			
Título	Metodología	Valor numérico análisis CASPe	Conclusiones
Orientaciones formativas para un cuidado humanizado en enfermería.	Revisión bibliográfica	8	Se reclama la necesidad de incorporar, de manera más pedagógica y profunda, programas formativos en competencias emocionales y de comunicación en enfermería para un cuidado humanizado.
Empatía y eficiencia en el cuidado de la salud en tiempos de austeridad	Estudio cualitativo	9	Mediante el uso de incentivos y castigos, los gobiernos y los sistemas sanitarios controlan la forma en que los profesionales sanitarios perciben y cumplen sus deberes y obligaciones, restringiendo su juicio profesional y redefiniendo sus deberes y obligaciones.
Humanización de la Sanidad y Salud Laboral: Implicaciones, estado de la cuestión y	Artículo especial	9	Con la integración de la gestión de la salud laboral y las políticas de humanización se estará trabajando por el bienestar de profesionales y pacientes, y con ello, por la calidad del servicio

propuesta del Proyecto HU-CI			asistencial prestado.
Estar al frente del paciente. Interacción enfermera-paciente y uso de la tecnología en los servicios de urgencias	Revisión cualitativa	8	Este estudio muestra el carácter irremplazable de la enfermera y la necesidad imprescindible de la tecnología. Las mediaciones duales de la tecnología constituyen un asunto paradójico que revela la importancia de situarla como medio y se advierte sobre el peligro de convertirla en un fin en sí misma.
Estrategias para fortalecer la humanización de los servicios en salud en urgencias	Revisión integrativa	7	Estrategias como el mindfulness y el fortalecimiento de habilidades blandas, además de un aumento de la ratio enfermera-paciente mejoran la empatía, favorecen la comunicación, proporcionan habilidades para el éxito de la atención y disminuyen la sobrecarga laboral.
Humanización en los servicios de urgencia y emergencia: contribuciones para el cuidado en enfermería.	Revisión integrativa	7	El tema de la humanización aplicada en la atención de urgencias y emergencias debe ser ampliamente abordado en los cursos de formación profesional de enfermería, ya que permite a la enfermera actuar estratégicamente en los equipos profesionales y con los usuarios de los servicios de salud.
Manual de Buenas Prácticas de Humanización de los Servicios de Urgencias Hospitalarias.	Manual	9	Es necesario transformar la atención hacia un modelo más amable y centrado en respetar la dignidad de las personas para volverlo más humanista y excelente.

Fuente: *Elaboración propia*

LA HUMANIZACIÓN Y LAS ENFERMERAS

La humanización de los cuidados en los SUH va ligada a la incorporación de un sistema de salud que trate al paciente de manera holística, centrado en él, en sus necesidades y en su familia. Radaelli et al. (28) plantean que la humanización de la asistencia requiere no sólo la correcta ejecución de técnicas de enfermería sino una práctica compleja que considere al paciente como un ser biopsicosocial dejando a un lado el modelo biomédico que se ha seguido hasta ahora. Para Valenzuela Anguita et al. (29) el profesional de salud debe ser capaz de combinar intervenciones técnicas con tareas de salud personalizadas, poniendo énfasis en desarrollar una relación de empatía, afecto, confianza y respeto.

Según Vázquez García et al. (30) la atención a pacientes tanto agudos como crónicos en los SUH debe centrarse en procurar en todo momento el mayor bienestar posible de la persona enferma. Si hablamos por ejemplo de la atención al final de la vida en urgencias, según la bibliografía queda demostrado que los profesionales intentan evitar el contacto con el paciente ya sea de origen crítico, cosificándolo y despersonalizándolo, o paliativo ubicándolo en zonas más alejadas, pues sus cuidados habituales están centrados en estabilizar y conservar la vida, disminuyendo así tanto la comunicación como la buena atención. De esta manera la frustración profesional aparece al no poder brindar cuidados y atención adecuada a los pacientes que se encuentran en esta situación. Por otro lado, si hablamos de la recepción de los pacientes en urgencias es primordial tener en cuenta la importancia de los primeros momentos en los que se inicia la relación enfermera-paciente/familia ya que en ocasiones los profesionales proyectan sobre los interlocutores una imagen que puede ser de simpatía o antipatía y generarse un fenómeno transferencial por parte de los usuarios y viceversa ya que muchas veces los profesionales establecen una relación dependiendo de la actitud y comportamiento del paciente y su familia (2,31).

Es por esto que en muchos de los estudios destaca la demanda que hacen las

enfermeras de una buena capacitación por parte de las instituciones en habilidades no sólo técnicas sino también humanas, como inteligencia emocional, comunicación, manejo de la ira, la frustración, la impotencia, la ansiedad, entre otras, para que los profesionales que trabajan en urgencias y tienen que enfrentarse diariamente a situaciones, patologías, pacientes y familiares de diversa índole, puedan hacerlo con las herramientas útiles y necesarias en cada ocasión (2,30,32,33). Aunque en muchos casos la humanización depende de las características y necesidades de cada uno, destaca también la importancia que le dan las enfermeras a una buena colaboración multidisciplinar, ya que favorece el proceso de los cuidados y brinda a los profesionales nuevas estrategias de comunicación y afrontamiento como afirman Tono de Oliveira et al. (34), que identifican el potenciar el trabajo en equipo y las relaciones interpersonales como condiciones facilitadoras para la práctica profesional de las enfermeras y la calidad de los cuidados que se brinda a los pacientes.

Sin embargo, es necesario también humanizar las condiciones laborales de las enfermeras pues la baja remuneración, la escasa valoración de la profesión, la mala distribución de los SUH, la sobrecarga de trabajo, la falta de recursos materiales presente en otros países, el bajo ratio enfermera/paciente, la precariedad de los contratos, el no preparar adecuadamente a los nuevos integrantes del equipo, la alta demanda de pacientes de los cuales muchos podrían ser atendidos en atención primaria (AP) (2,30,31) entre otras circunstancias, pueden llevar a la manifestación del sufrimiento moral, la fatiga por compasión o el síndrome de burnout el cual de acuerdo con Llor Lozano et al. (32) supone deterioro y desgaste, afectando tanto a la satisfacción laboral, la implicación y el rendimiento como al ámbito personal de los profesionales. Fernández Araque et al. (35) sugieren que conocer la calidad de vida de las enfermeras es un punto de partida para saber qué se puede corregir en las instituciones para mejorar la salud laboral y por ende la atención que se da a los pacientes y los cuidados que reciben (28,34).

Se hace necesario, en la época que estamos viviendo, hablar de las enfermeras

y en cómo la pandemia por COVID-19 las ha afectado. De acuerdo con Ali et al. (36) y An et al. (37), en las enfermeras que trabajan en primera línea, como son los SUH, aumentan las probabilidades de experimentar niveles de estrés y ansiedad más altos de lo habitual junto con una disminución de las habilidades emocionales, trastornos del sueño, deterioro cognitivo, quejas somáticas, fatiga e impotencia, debido a un sistema de salud cada vez más sobrecargado, conocimiento clínico limitado del nuevo virus y la enfermedad, escasez de personal y de equipos de protección individual (EPI), miedo a infectarse y contagiar a sus amigos y familiares, preocupación por la comunicación con los pacientes y sus familias entre otros.

LA HUMANIZACIÓN DESDE EL PUNTO DE VISTA DE LOS PACIENTES

Según afirman Parra Hidalgo et al. (38) el sistema sanitario presenta características que lo hacen diferente de otros servicios como intangibilidad, simultaneidad de la producción y consumo, complejidad, rápida innovación científica y tecnológica, y una cantidad creciente de información de sus usuarios, lo que implica un aumento de las expectativas de éstos, además la atención en los SUH muestra otras cualidades como el aumento de la frecuentación, la inadecuación en su utilización, el hecho de que en muchas ocasiones es el primer contacto del paciente con el sistema, y ser una importante fuente de reclamaciones (39).

Para desarrollar un enfoque humanizado y centrado en el paciente en el entorno de los SUH, primero debemos comprender las opiniones de los pacientes sobre su atención en éstos (40). La satisfacción del usuario se define al comparar las expectativas que tiene el individuo sobre la atención que recibirá y la experiencia real de la atención recibida, entendiéndose como un resultado positivo cuando la atención supera o cumple sus expectativas (41). La satisfacción está relacionada además con factores personales como el estilo de vida, experiencias previas y de futuro y los valores del individuo y de la sociedad (39).

De acuerdo con da Silva Barreto et al. (42), la satisfacción de los pacientes

aumenta cuando se permite la presencia de sus familiares o cuidadores, teniendo esta presencia beneficios tanto para el paciente y la familia como para el equipo de salud. Para el paciente porque el contacto visual y/o físico con la familia reduce los niveles de miedo y ansiedad, aumentando la confianza y la comodidad del paciente además de ser una importante estrategia de apoyo. Para la familia porque éstas se sensibilizan y se vuelven más tranquilas y seguras siguiendo los procedimientos y la evolución de su ser querido además de disminuir la angustiada espera de información, ya que, su presencia, permite la obtención de ésta de una manera más amplia y rápida y pueden replicarla a los demás familiares y estar mejor preparados para posibles desenlaces. Y para el equipo de salud porque la familia está en posición de proporcionar información útil sobre las enfermedades crónicas y los medicamentos que utiliza el paciente pudiendo considerárseles como informantes clave, además de reducir la carga de trabajo del equipo realizando actividades menos complejas para que los profesionales puedan dedicar más atención y tiempo a los pacientes con más necesidades o sin familiares.

Fátima Levandovski et al. (41) afirman que el cuidado brindado por las enfermeras tiene un impacto directo en la satisfacción del paciente por la presencia constante en todas las etapas del tratamiento y la importancia del papel que desempeñan en la atención de la salud como parte del grupo de profesionales con más representatividad y que mantienen un contacto continuo con el paciente (38,39,42).

Se puede decir que las expectativas de los pacientes en cuanto a los profesionales se centran en aspectos como el instrumental, el expresivo y la comunicación (39). En cuanto al instrumental la bibliografía encontrada demuestra que el conocimiento acerca de la enfermedad y la atención técnico-profesional por parte de las enfermeras es una de las características mejor valoradas (43), mientras que en el aspecto expresivo y la comunicación, destacan aspectos a mejorar como la amabilidad del personal, el que muchas veces se sientan tratados como un número, la posibilidad de dedicar más tiempo a cada paciente, la educación para la salud y la información que se les da tanto

durante su estancia en urgencias como al momento del alta, además de la disposición para ayudarles a suplir sus necesidades básicas como la nutrición y eliminación (40).

Algunos de los estudios plantean la necesidad de los hospitales de prepararse para que la población de adultos mayores se convierta en una parte más significativa en la atención de urgencias a medida que la población mundial envejece y la esperanza de vida aumenta (40). Es por esto que recomiendan la posibilidad de que la valoración a este tipo de pacientes se lleve a cabo por enfermeras expertas en geriatría pues la detección precoz del paciente anciano de alto riesgo tiene gran importancia a la hora de evitar urgencias, nuevos ingresos y mejora de la función física y cognitiva de este grupo de personas (43). Además, Shankar et al. (40) destacan que hay una brecha de calidad entre la atención actual en los SUH y las necesidades únicas de los adultos mayores, encontrando lagunas en el entorno estructural, en la identificación y tratamiento de caídas y en el seguimiento al alta.

FACTORES QUE CONTRIBUYEN A UN CUIDADO HUMANIZADO

De acuerdo con Díaz-Rodríguez et al. (44), las instituciones sanitarias se mantienen en un enfoque del modelo biomédico, desde el que se realizan acciones de cuidado centradas en el procedimiento o en la técnica y no en la persona y en su integridad, lo cual tiene como consecuencia la deshumanización de la atención. Destacan además la importancia del desarrollo de habilidades comunicativas, pues éstas ayudan a establecer una relación más allá de la atención física y se favorece el proceso de recuperación de los pacientes. Sin embargo en varios de los artículos encontrados se subraya la escasa presencia de espacios de aprendizaje desde los que se capacite en habilidades tanto comunicativas como emocionales a las enfermeras y en caso de haberlos se suelen llevar a cabo desde un enfoque expositivo que poco ayuda al desarrollo de tales competencias, señalando el estancamiento que ha experimentado la formación de estas habilidades en la profesión, siendo incluso los propios profesionales quienes afirman que aprender a escuchar, gestionar y comunicar

las emociones tendría que ser una habilidad que se debería enseñar durante la formación básica de manera transversal ya que el fortalecimiento de estas competencias repercutirá en la adaptación y sensación de plenitud del sujeto de cuidado, favoreciendo la interacción asertiva entre enfermera y paciente (45). Concuera esto con el estudio de Gálvez Herrero et al. (46), el cual destaca que cuando se habla de humanizar la atención se hace en referencia a que el personal sanitario se plantee su estilo de comunicación, sus estados emocionales y desarrolle nuevas competencias psicosociales que complementen a las científico-técnicas, en definitiva, que el cuidado esté centrado en la persona incluyendo al paciente y a los familiares (47,48).

Varios de los artículos reflejan que la deshumanización comienza en la formación de enfermería donde se mantiene el énfasis en el dominio de conocimientos, evidencias científicas y el desarrollo de habilidades técnicas, en detrimento de habilidades y competencias centradas en el paciente desde una mirada integral y reflexiva con contenidos filosóficos y antropológicos humanistas sin espacio para la reflexión. Esto favorece que el paciente sea tratado como una patología, atendiendo a sus partes e ignorando su conjunto (44,46). Es por ello por lo que hacen énfasis en que estas habilidades sean reconocidas entre los indicadores para mejorar la calidad de los servicios de salud y en que se estimulen espacios y entornos pedagógicos donde predomine la reflexión personal, el intercambio de opiniones y la discusión abierta y respetuosa, favorecedora de aprendizajes significativos y de desarrollo personal y colectivo vinculados al proceso de comunicación. Además Pabón Ortiz et al. (45), recomiendan la formación en el área de la especialización pues esto potenciará en las enfermeras las habilidades del “saber-hacer” y en consecuencia, las del “ser”, impactando directamente sobre la humanización del cuidado directo al paciente, respondiendo a sus necesidades y prioridades. Destacan también el actual interés formativo relativo al estudio de la presencia y atención de los familiares, siendo un aspecto esencial en el cuidado humanizado, por lo que señalan que el cuidado familiar y la flexibilización en el acompañamiento debería ser incluido tanto en los programas formativos de enfermería como en la formación continua del trabajador, para que los profesionales adquieran habilidades y competencias

para trabajar con los familiares y puedan comprender la importancia de incluir a la familia en el plan de cuidados (44,48).

Un estudio cualitativo realizado en tres departamentos de urgencias en Inglaterra para explorar los efectos de las políticas de austeridad en las experiencias cotidianas de los médicos y enfermeras que trabajan en éstos pone de manifiesto cómo las necesidades de salud de una población siempre serán mayores que los recursos disponibles para satisfacer estas necesidades. En dicho estudio se cita el modelo de atención centrado en el paciente y la importancia de una atención empática y compasiva hacia los pacientes, sin embargo reconoce que la empatía no viene sin costos, es decir se necesita tiempo y recursos por parte de las estructuras institucionales para que los profesionales aprendan a desarrollar un trabajo empático, asimismo describe el trabajo por objetivos del *National Health System* (NHS), el cual ejerce presión sobre el personal pues si un hospital no logra sus objetivos, se le penaliza con una reducción del presupuesto, afectando así de una manera directa tanto a la calidad de atención hacia los pacientes pues el poder establecer una relación empática, cuidadosa y compasiva puede perderse en un entorno orientado a objetivos y con una financiación insuficiente, como a los profesionales provocándoles más estrés y agotamiento (49).

Hay numerosas evidencias científicas que respaldan la relación entre los espacios físicos y el proceso salud-enfermedad en el contexto sanitario, que afectan a profesionales y usuarios del sistema asistencial, por lo que se pone de manifiesto que desde la prevención de riesgos laborales se necesita dar prioridad a los aspectos de seguridad, higiene y ergonomía de los lugares de trabajo, además de dar a esos espacios una perspectiva más humanizada haciéndolos más amables a pacientes, familiares y trabajadores, para no solo prevenir el riesgo, sino también incrementar el bienestar, pues un diseño adecuado puede ayudar a disminuir errores de los profesionales y mejorar los resultados de los pacientes, así como reducir conflictos con familiares y pacientes emocionalmente alterados por condiciones ambientales adversas (45–48).

Por otra parte, Granados Pemberty et al. (50), consideran que la tecnología

facilita la interacción dependiendo del enfoque de su uso, ya que puede tomarse como un fin en sí mismo o como un medio, recomendando buscar en los profesionales un equilibrio que radique entre el trabajo de enfermería mediado por la tecnología y el cuidado con el paciente como ser humano y no meramente como objeto de aplicaciones tecnológicas. De acuerdo con el Manual de Buenas Prácticas de Humanización de los Servicios de Urgencias Hospitalarias (48), no solo precisamos humanización las personas y nuestros comportamientos, humanizar no solo es cuestión de actitud, también precisamos humanizar las estructuras materiales y técnicas.

DISCUSIÓN

Tras la lectura detenida de los diferentes artículos utilizados en esta revisión, se hace evidente la necesidad de que todos los involucrados en el sistema de salud se impliquen en dar una atención humanizada en urgencias, para que esta sea una realidad y no se hable de calidad solo en cuestiones de números, sino también humanas. Muchos de los estudios seleccionados para esta revisión demuestran que para las enfermeras tanto las habilidades sociales como la comunicación verbal y no verbal son parte esencial en el desarrollo de su trabajo y les ayudan día a día en su buen hacer dando un valor agregado y aumentando la calidad de sus cuidados. Estas competencias acompañadas de acciones como dar al paciente una continuidad y personalización del cuidado, presentarse y establecer una figura de enfermera referente, respetar la individualidad e intimidad, brindar apoyo emocional, ser asertivas y tener capacidad de escucha activa, son identificadas como fundamentales para la humanización del cuidado. Influye también el reconocimiento por parte de los profesionales de los derechos humanos básicos, los derechos de los pacientes, su vulnerabilidad y los principios éticos (2,30).

En el estudio realizado por Ali et al. (36), queda demostrado que la Covid-19 aumentó el nivel de estrés de las enfermeras de urgencias, para An et al. (37), la depresión fue común entre estos profesionales a causa de la pandemia, ambos estudios coinciden en que estas situaciones repercuten en la calidad de vida de las enfermeras y en última instancia en la atención humanizada y de calidad que se brinda al paciente. Es por esto por lo que plantean la necesidad de un apoyo organizacional, incluida la asistencia psicológica por lo que debería proporcionarse una intervención precoz como estrategia de afrontamiento. Con motivo de ayudar a manejar la sobrecarga laboral enfocada a la COVID-19, dentro del Plan de Salud para los Profesionales, se ha creado el programa de intervención con MINDFULNESS. Está dirigido a todos los trabajadores sanitarios de área de Salud de Valladolid Oeste y su objetivo es ayudar a lidiar con el estrés y la angustia que viven los profesionales en este momento. (ANEXO 7). Hay que tener en cuenta que los empleados que se sienten respetados y

valorados por la institución son profesionales empoderados que brindan un servicio más eficiente, de más calidad y más humano, generando beneficios y satisfacción a todos los implicados en el sistema de salud.

Aunque Muñoz Cruz et al. (39) señalan que la satisfacción de los usuarios no está demasiado estudiada en España, se sabe que hay factores sociodemográficos como la edad o el sexo que no influyen de manera importante en la satisfacción de los usuarios con los SUH y pese a que se observa una mayor satisfacción conforme aumenta la edad del individuo, esta relación no se encuentra en todos los estudios, mientras que el trato por parte del personal, la información al paciente y acompañantes, el buen clima laboral o el tiempo de espera son algunos de los factores que sí lo hacen. Esto concuerda con el estudio de Parra Hidalgo et al. (38) en el que queda demostrado que las variables sociodemográficas no son significativas para predecir la satisfacción de los usuarios mientras que el trato del personal médico, la profesionalidad del personal de enfermería y del celador, la infraestructura, el permitir la presencia familiar con el fin de disminuir la ansiedad tanto de pacientes como de acompañantes, la información recibida al alta, los tiempos de espera y la percepción de tratamiento-diagnóstico sin fallos, son las variables a las cuales los pacientes dan más importancia.

Los profesionales entrevistados por Kerasidou A. (49) ponen de manifiesto como un sistema que se preocupa más por procesar a los pacientes que por cuidarlos, elimina la humanidad de la relación terapéutica y convierte a profesionales y pacientes en robots. Estos resultados son similares a los hallados en el estudio de Gálvez Herrer et al. (46), el cual argumenta cómo algunas instituciones sanitarias anteponen los objetivos empresariales sobre las necesidades del enfermo enfocando la evaluación de la calidad de los servicios de salud a criterios economicistas, dando paso a la frialdad, descuido de valores, atributos humanos y sentimientos de impotencia por parte de los profesionales, planteándose así la importancia de crear modelos de gestión en los que no sólo

se consideran aquellos factores que pueden dañar la salud, sino también los que la mejoran.

Por último, puede decirse que la mayoría de los artículos argumentan que una atención en urgencias holística, humanizada y centrada en el paciente mejorará la experiencia general, la eficacia de la atención y guiará las decisiones clínicas en función de las necesidades de la población. Además, la preparación adecuada de las enfermeras en el desarrollo de diversas habilidades que les permitan escuchar, gestionar y comunicar, desembocará en el bienestar y satisfacción, no solo de los trabajadores sino también de los pacientes. De esta manera, si cada día que pasa, todos los implicados en el sistema de salud interiorizan y desarrollan las actividades y aptitudes descritas a lo largo de este trabajo, podremos decir que la humanización de los cuidados en urgencias es una realidad cada vez más cercana.

- **Implicaciones para la práctica:** las enfermeras tienen una función primordial en cuanto a la humanización de los cuidados en los SUH se trata, es por este motivo por el que se pretende, mediante este trabajo, generar conciencia sobre la importancia de desarrollar habilidades no solo técnicas sino también humanas. En el Anexo 8, se puede ver una infografía de elaboración propia, cuyo tema gira en torno a la humanización de los cuidados en urgencias.
- **Limitaciones:** dentro de las limitaciones encontradas para desarrollar esta revisión destacan, las dificultades en el desarrollo de la metodología a la hora de evaluar la calidad de los artículos de carácter cualitativo, así como la falta de bibliografía en español sobre la humanización en los SUH ya que muchos de los artículos encontrados están en portugués.
- **Fortalezas:** como fortalezas cabe destacar la implicación de la tutora a la hora de corregir y aportar datos sobre el tema de esta revisión, además de las similitudes en las conclusiones a las que llegan la mayoría de los artículos lo que permite exponer los resultados de manera más coherente

y organizada.

- **Posibles líneas de investigación:** la diferente bibliografía encontrada, aporta datos valiosos sobre la importancia de la humanización en urgencias y cómo el cuidado centrado en el paciente, el desarrollo de diversas habilidades en las enfermeras, el trabajo en equipo, la presencia de familiares, entre otras características, ayudan a que dicha humanización sea posible, sin embargo es necesario seguir investigando sobre este tema, con el fin de que cada vez haya más estudios de calidad y basados en la evidencia, para poder comprender mejor y tomar en serio la importancia de un cambio en el modelo asistencial.

CONCLUSIONES

- Las enfermeras brindan un cuidado humanizado a los pacientes en urgencias, cuando dentro del día a día en su trabajo tienen interiorizadas y son capaces de ejecutar de manera efectiva no solo las habilidades científico-técnicas propias de la profesión, sino también habilidades emocionales y comunicativas como la amabilidad, la asertividad, su tiempo lo dedican a dar información, resolver dudas y miedos de los pacientes y no sólo a tratar la enfermedad, contando así con herramientas que hagan del paso de los usuarios por este servicio más ameno.
- Los cuidados de enfermería que se brindan a los pacientes en los servicios de urgencias pueden llegar a ser deshumanizados cuando la atención brindada no está basada en un modelo holístico, perdiendo de vista las necesidades particulares y específicas de cada paciente, viéndolo solo como una patología o un número y no como una persona que necesita ayuda y apoyo en diferentes aspectos. Además la presencia familiar, es una de las situaciones mejor valoradas por parte de los pacientes y cuando se ven privados de esta, se sienten desprotegidos y vulnerables en un ambiente que les es hostil.
- Dentro de las evidencias encontradas sobre los factores que interfieren en que el cuidado brindado por parte de las enfermeras a los pacientes en urgencias sea humanizado destacan situaciones como, la poca preparación de las enfermeras tanto durante los estudios de grado como en la vida laboral por parte de las instituciones en habilidades comunicativas y emocionales, pues estas ayudan a dar un valor agregado de calidad y calidez a los cuidados. Además, la saturación del servicio de urgencias, el bajo ratio enfermera/paciente, la falta de trabajo en equipo, los largos tiempos de espera, la estructura física del servicio y el poco apoyo institucional, son factores que desencadenan en una atención fragmentada y deshumanizada.

BIBLIOGRAFÍA

1. Unidad de Urgencias Hospitalaria. Estándares y Recomendaciones. [Internet]. Madrid: Ministerio de Sanidad y Política Social; 2010 [citado 10 de enero de 2021];148 p. Recuperado a partir de: <https://bit.ly/2Syaz2l>
2. Valenzuela Anguita M, Cibanal Juan L (dir). ¿Es posible humanizar los cuidados de enfermería en los Servicios de Urgencias? [tesis doctoral en Internet]. [Alicante]: Universidad de Alicante; 2015 [citado 10 de enero de 2021]. Recuperado a partir de: <https://bit.ly/3b7ewkM>
3. Yáñez B. Manual de Hurgencias Hospitalarias: La Hora “H” de los Servicios de Urgencias Hospitalarias [Internet]. Proyecto HU-CI. 2020 [citado 10 de enero de 2021]. Recuperado a partir de: <https://bit.ly/3tpRwnx>
4. Beltrán Beltrán C, López Alba LC, Ramírez Castillo AM, Vallejo Pazmiño Y. Cuidados de Enfermería Humanizados en el Servicio de Urgencias. En: XVI Coloquio Nacional de Investigación en Enfermería. Asociación Colombiana de Facultades y Escuelas de Enfermería [Internet]. Manizales: Universidad de Caldas; 2003 [citado 10 de abril de 2021]. p. 394-406. Recuperado a partir de: <https://bit.ly/3bbDNup>
5. Bermejo Higuera JC, Carabias Maza R, Villacieros Durbán M, Moreno Lorite C. Humanización de la Atención Sanitaria. Importancia y significado en una muestra de población de la Comunidad de Madrid. Ética de los Cuidados. 2011 [citado 10 de enero de 2021];4(8). Recuperado a partir de: <https://bit.ly/3eoHY7V>
6. Plan de Humanización de la Asistencia Hospitalaria [Internet]. Madrid: Ministerio de sanidad y Consumo. Instituto de la Salud; 1984 [citado 10 de abril de 2021]; 86 p. Recuperado a partir de: <https://bit.ly/33k36pM>
7. Plan de Humanización de la Atención Sanitaria en la Comunidad Valenciana [Internet]. Generalitat Valenciana: Conselleria de Sanitat; 2000 [citado 10 de abril de 2021]; 93 p. Recuperado a partir de: <https://bit.ly/3nX62BW>
8. Plan de Confortabilidad del Servicio de Salud del Principado de Asturias [Internet]. Servicio de Salud del Principado de Asturias, Gobierno del Principado de Asturias; 2004 [citado 10 de enero de 2021]; 48 p. Recuperado a partir de: <https://bit.ly/3ep719K>
9. Plan estratégico del Servicio Extremeño de Salud, 2005-2008 [Internet]. Badajoz: Servicio Extremeño de Salud: Consejería de Sanidad y Dependencia; 2007 [citado 10 de enero de 2021]; 264 p. Recuperado a partir de: <https://bit.ly/3eZafkO>
10. Estrategia SERGAS 2020 [Internet]. Servicio Gallego de Salud; 2014 [citado 10 de abril de 2021]; 46 p. Recuperado a partir de: <https://bit.ly/3vHUx46>
11. Plan Dignifica, Humanizando la Asistencia. [Internet]. Castilla la Mancha: Consejería de Sanidad; 2015 [citado 10 de abril de 2021]; 169 p. Recuperado a partir de: <https://bit.ly/3b8BacJ>
12. Plan de Humanización de la Asistencia Sanitaria 2016-2019 [Internet]. Comunidad de Madrid: Consejería de Sanidad; 2016 [citado 10 de abril de 2021]; 234 p. Recuperado a partir de: <https://bit.ly/2Rv4Ae4>
13. Plan de Humanización del Sistema Público de Navarra [Internet]. Gobierno de Navarra, Dirección General de Salud; 2016 [citado 10 de enero de 2021]; 46 p. Recuperado a partir de: <https://bit.ly/2QSF1x5>
14. Recomendaciones de la Agencia de Calidad Sanitaria de Andalucía [Internet]. Sevilla: Junta

- de Andalucía, Junta de Calidad Sanitaria de Andalucía; 2017 [citado 10 de abril de 2021]. Recuperado a partir de: <https://bit.ly/2R1cDiT>
15. Escuela de Salud [Internet]. Gobierno de Aragón. 2017 [citado 10 de enero de 2021]. Recuperado a partir de: <https://bit.ly/2QZWpXj>
 16. Castilla y León ultima su estrategia de humanización para comienzos de 2018 [Internet]. Redacción Médica. 2017 [citado 10 de enero de 2021]. Recuperado a partir de: <https://bit.ly/3eoSaNJ>
 17. Sánchez Baños B, Llanos Peña F (dir), Galán González-Serna, JM (dir), Ballesteros Prada, SM (dir). Detección de factores asociados a las creencias sobre humanización-deshumanización en el entorno de la enfermería clínica en el Área de Gestión Sanitaria Sur de Sevilla [tesis doctoral inédita en Internet]. [Sevilla]: Universidad de Sevilla; 2016 [citado 10 de enero de 2021]. Recuperado a partir de: <https://bit.ly/2PZHMTq>
 18. Arredondo González CP, Siles-González J. Tecnología y Humanización de los Cuidados: Una mirada desde la Teoría de las Relaciones Interpersonales. Index Enferm [Internet]. 2009 [citado 10 de enero de 2021];18(1):32-6. Recuperado a partir de: <https://bit.ly/2Sxt7Qi>
 19. Bonill de las Nieves C, Amezcua M. Virginia Henderson [Internet]. Fundación INDEX. Gómezes. 2014 [citado 10 de enero de 2021]. Recuperado a partir de: <https://bit.ly/3bbx5V5>
 20. Duque Henao MA. Martha Elizabeth Rogers [Internet]. Modelos Enfermeros. 2013 [citado 10 de enero de 2021]. Recuperado a partir de: <https://bit.ly/3baZGdf>
 21. Navarro Peña Y, Castro Salas M. Modelo de Dorothea Orem aplicado a un grupo comunitario a través del proceso de enfermería. Enferm Glob [Internet]. 2010 [citado 10 de enero de 2021];(19). Recuperado a partir de: <https://bit.ly/33sk9G0>
 22. Izquierdo Machín E. Enfermería: Teoría de Jean Watson y la inteligencia emocional, una visión humana. Rev Cuba Enferm [Internet]. 2015 [citado 10 de enero de 2021];31(3). Recuperado a partir de: <https://bit.ly/3b8ZjA0>
 23. Orenge Villanueva E, Martín Ferreres MA (dir). Modelo humanístico de Jean Watson: implicaciones en la práctica del cuidado. [trabajo de fin de grado en Internet]. [Barcelona]: Universitat Internacional de Catalunya; 2018 [citado 10 de enero de 2021]. Recuperado a partir de: <https://bit.ly/3epYoNr>
 24. Bonill de las Nieves C. ¿Cuidados invisibles o profesionales invisibles? Arch Memoria [Internet]. 2014 [citado 10 de enero de 2021];11(2). Recuperado a partir de: <https://bit.ly/3f0tVVn>
 25. Bermejo Higuera JC. Humanizar la salud. Counselling en salud. Arch Memoria [Internet]. 2013 [citado 10 de enero de 2021];10(1). Recuperado a partir de: <https://bit.ly/3nVWbN0>
 26. Huércanos Esparza I, Anguas Gracia A, Martínez Lozano F. El Cuidado Invisible como indicador de mejora de la calidad de los cuidados enfermeros. Rev Tesela [Internet]. 2012 [citado 10 de enero de 2021];11. Recuperado a partir de: <https://bit.ly/3b6Xnlb>
 27. Instrumentos para la lectura crítica. CASPe [Internet]. Guías CASPe de Lectura Crítica de la Literatura Médica. Alicante; 2021 [citado 13 de abril de 2021]. Recuperado a partir de: <https://bit.ly/3nWJIII>
 28. Radaelli C, Costa AEK da, Pissaia LF. O cuidado humanizado no ambiente de urgência e emergência: Uma revisão integrativa. Res Soc Dev [Internet]. 2019 [citado 11 de abril de 2021];8(6):30. Recuperado a partir de: <https://bit.ly/3hoqXNp>

29. Valenzuela Anguita M, Sanjuan Quiles Á, Ríos Risquez MI, Valenzuela Anguita MC, Juliá-Sanchis R, Montejano-Lozoya R. Humanização dos cuidados de saúde no serviço de urgência: análise qualitativa baseada nas experiências dos enfermeiros. Rev Enf Ref [Internet]. 2019 [citado 11 de abril de 2021];serIV(23):59-68. Recuperado a partir de: <https://bit.ly/3hc2fiQ>
30. Vázquez García D, De la Rica Escuín M, Germán Bes C, Caballero Navarro AL. Afrontamiento y percepción profesional en la atención al final de la vida en los servicios hospitalarios de emergencias. Una revisión sistemática cualitativa. Rev Esp Salud Pública [Internet]. 2019 [citado 11 de abril de 2021];93:1. Recuperado a partir de: <https://bit.ly/33qIsFB>
31. de Lima Neto AV, de Araújo Nunes VM, Fernandes RL, Lopes Barbosa IM, Prado de Carvalho GR. Humanization and reception in hospital emergency: Conditioning factors under the look of nurses. Rev Cuid é Fundam [Internet]. 2013 [citado 11 de abril de 2021];5(4):519-28. Recuperado a partir de: <https://bit.ly/3ulak33>
32. Llor Lozano J, Seva Llor AM, Díaz Agea JL, Llor Gutiérrez L, Leal Costa C. Burnout, habilidades de comunicación y autoeficacia en los profesionales de urgencias y cuidados críticos. Enferm Glob [Internet]. 2020 [citado 11 de abril de 2021];19(59):68-92. Recuperado a partir de: <https://bit.ly/3eVOGRS>
33. Oliveira Rocha T, Faria Simões SM. La comunicación enfermera-cliente en el cuidado en las unidades de urgencias 24h: una interpretación en Travelbee. Enferm Glob [Internet]. 2013 [citado 11 de abril de 2021];12(30):76-90. Recuperado a partir de: <https://bit.ly/3tsu3C3>
34. Tono de Oliveira RJ, Vieira Hermida PM, da Silva Copelli FH, Guedes dos Santos JL, Lorenzini Erdmann A, Regina de Andrade S. Care management in nursing within emergency care units. Investig Educ En Enferm [Internet]. 2015 [citado 11 de abril de 2021];33(3):406-14. Recuperado a partir de: <https://bit.ly/2Q1f8kT>
35. Fernández Araque A, Cuairán Sola M, Curbelo Rodríguez R. Calidad de vida profesional de enfermería en urgencias de un hospital de referencia. Enferm Glob [Internet]. 2016 [citado 11 de abril de 2021];15(42):376-85. Recuperado a partir de: <https://bit.ly/2RwprOa>
36. Ali H, Cole A, Ahmed A, Hamasha S, Panos G. Major Stressors and Coping Strategies of Frontline Nursing Staff During the Outbreak of Coronavirus Disease 2020 (COVID-19) in Alabama. J Multidiscip Healthc [Internet]. 2020 [citado 11 de abril de 2021];13:2057-68. Recuperado a partir de: <https://bit.ly/3hh9XIR>
37. An Y, Yang Y, Wang A, Li Y, Zhang Q, Cheung T, et al. Prevalence of depression and its impact on quality of life among frontline nurses in emergency departments during the COVID-19 outbreak. J Affect Disord [Internet]. 2020 [citado 11 de abril de 2021];276:312-5. Recuperado a partir de: <https://bit.ly/3hb2OJL>
38. Parra Hidalgo P, Bermejo Alegría RM, Más Castillo A, Hidalgo Montesinos MD, Gomis Cebrián R, Calle Urra JE. Factores relacionados con la satisfacción del paciente en los servicios de urgencias hospitalarios. Gac Sanit [Internet]. 2012 [citado 11 de abril de 2021];26(2):159-65. Recuperado a partir de: <https://bit.ly/33r6XBy>
39. Muñoz Cruz R, Rodríguez Mármol M, Bernabéu Cruz CM. Nivel de satisfacción de los usuarios con los cuidados enfermeros recibidos en urgencias. Enferm Integral Rev Científica Col Of Enferm Valencia [Internet]. 2016 [citado 11 de abril de 2021];(112):52-5. Recuperado a partir de: <https://bit.ly/3halXdL>
40. Shankar KN, Bhatia BK, Schuur JD. Toward Patient-Centered Care: A Systematic Review of Older Adults' Views of Quality Emergency Care. Ann Emerg Med [Internet]. 2014 [citado 11 de abril de 2021];63(5):529-550.e1. Recuperado a partir de: <https://bit.ly/2Q5DN7W>

41. Fátima Levandovski P, Dias da Silva Lima MA, Marques Acosta A. Patient satisfaction with nursing care in an emergency service. *Investig Educ Enferm* [Internet]. 2015 [citado 11 de abril de 2021];33(3):473-81. Recuperado a partir de: <https://bit.ly/3evslMk>
42. da Silva Barreto M, Garcia-Vivar C, Guedes dos Santos JL, Gomes Simões MD, Misue Matsuda L, Silva Marcon S. Meanings attributed by family and patients to family presence in emergency rooms. *Rev Bras Enferm* [Internet]. 2019 [citado 11 de abril de 2021];72(6):1684-91. Recuperado a partir de: <https://bit.ly/3etNZ3x>
43. Muñoz Cruz R, Rodríguez Mármol M, Romero Iglesias N. Nivel de satisfacción de un grupo de ancianos de Madrid con los cuidados enfermeros recibidos en urgencias. *Gerokomos* [Internet]. 2016 [citado 11 de abril de 2021];27(3):109-12. Recuperado a partir de: <https://bit.ly/3vODDRs>
44. Díaz-Rodríguez M, Alcántara Rubio L, Aguilar García D, Puertas Cristóbal E, Cano Valera M. Orientaciones formativas para un cuidado humanizado en enfermería: una revisión integrativa de la literatura. *Enferm Glob* [Internet]. 2020 [citado 11 de abril de 2021];19(58):640-72. Recuperado a partir de: <https://bit.ly/3bbXTVa>
45. Pabón Ortiz EM, Mora Cruz JV-D, Castiblanco Montañez RA, Buitrago Buitrago CY. Estrategias para fortalecer la humanización de los servicios en salud en urgencias. *Rev Cienc Cuid* [Internet]. 2021 [citado 11 de abril de 2021];18(1):94-104. Recuperado a partir de: <https://bit.ly/3bbY0QA>
46. Gálvez Herrer M, Gómez García JM, Martín Delgado MC, Ferrero Rodríguez M. Humanización de la Sanidad y Salud Laboral: Implicaciones, estado de la cuestión y propuesta del Proyecto HU-CI. *Med Secur Trab* [Internet]. 2017 [citado 11 de abril de 2021];63(247):103-19. Recuperado a partir de: <https://bit.ly/3f1NSv4>
47. Feitosa Sousa KHJ, Carvalho Sena Damasceno CK, Pinheiro Landim Almeida CA, Macêdo Magalhães J, Ferreira MA. Humanização nos serviços de urgência e emergência: contribuições para o cuidado de enfermagem. *Rev Gaúcha Enferm* [Internet]. 2019 [citado 11 de abril de 2021];40: e20180263. Recuperado a partir de: <https://bit.ly/2RwuZlu>
48. Grupo de trabajo de Humanización de los Servicios de Urgencias Hospitalarias. Manual de buenas prácticas de humanización en Servicios de Urgencias Hospitalarias [Internet]. Madrid: Proyecto HU-CI; 2020 [citado 11 de abril de 2021]. Recuperado a partir de: <https://bit.ly/3btWk5p>
49. Kerasidou A. Empathy and Efficiency in Healthcare at Times of Austerity. *Health Care Anal* [Internet]. 2019 [citado 11 de abril de 2021];27(3):171-84. Recuperado a partir de: <https://bit.ly/3tvIGEE>
50. Granados-Pembertty YY, Arias-Valencia MM. Being in front of the patient. Nurse-patient interaction and use of technology in emergency services. *Investig Educ Enferm* [Internet]. 2013 [citado 11 de abril de 2021];31(3):421-32. Recuperado a partir de: <https://bit.ly/3hb0xyl>

ANEXOS

ANEXO 1

El objetivo de la puesta en marcha del Plan de Humanización de la Asistencia, con carácter piloto en 15 hospitales de la red del INSALUD, corresponde a un deseo de la Administración actual de ir mejorando la calidad de la atención hospitalaria, a todos los niveles, tanto en la atención médico-enfermería, como en la atención hotelera, recepción, etc.

Este Plan prevee la utilización de los siguientes instrumentos:

1. Carta de Presentación y Recepción del paciente.
2. Información General, normas de funcionamiento, visitas, comidas del Hospital, etc.
3. Carta de Derechos y Deberes del Paciente.
4. Seguimiento de la Carta de Derechos y Deberes.
5. Servicio de Atención al paciente.
6. Comisión de Humanización de la Asistencia.
7. Control y tratamiento de las listas de espera.
8. Encuestas de posthospitalización.
9. Señalización del Hospital.
10. Maestros en Hospitales Infantiles.
11. Favorecer unión madre-hijo ingresado.
12. Biblioteca para los pacientes.
13. Información al paciente sobre autopsias y donación de órganos.
14. Citación horaria en Consultas Externas.
15. Ampliación del horario de visitas.
16. Comida de los pacientes a la carta.

Figura 2: Plan de Humanización de la Asistencia Hospitalaria del INSALUD

Fuente: Plan de humanización de la asistencia hospitalaria. Ministerio de Sanidad y Consumo. Instituto Nacional de la Salud.

ANEXO 2

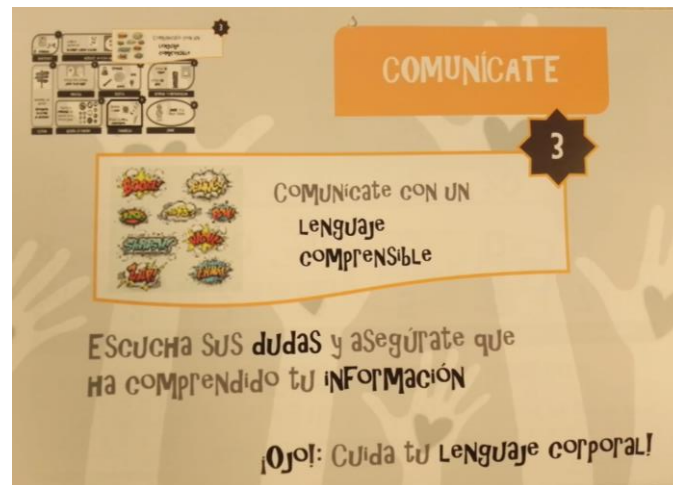


Figura 3: Decálogo de humanización, tema del mes de marzo

Fuente: Decálogo de humanización del Área de Salud de Valladolid Oeste

ANEXO 3

Tabla 3: Plantilla para ayudarte a entender un estudio cualitativo.

	PREGUNTA	SI	NO SÉ	NO
1	¿Se definieron de forma clara los objetivos de la investigación?			
2	¿Es congruente la metodología cualitativa?			
3	¿El método de investigación es adecuado para alcanzar los objetivos?			
4	¿La estrategia de selección de participantes es congruente con la pregunta de investigación y el método utilizado?			
5	¿Las técnicas de recogida de datos utilizados son congruentes con la pregunta de investigación y el método utilizado?			
6	¿Se ha reflexionado sobre la relación entre el investigador y el objeto de investigación (reflexividad)?			
7	¿Se han tenido en cuenta los aspectos éticos?			
8	¿Fue el análisis de datos suficientemente riguroso?			
9	¿Es clara la exposición de los resultados?			
10	¿Son aplicables los resultados de la investigación?			

Fuente: Elaboración propia. Información extraída de: *Guías CASPe de Lectura Crítica de la Literatura Médica.*

ANEXO 4

Tabla 4: Plantilla para ayudarte a entender una Revisión Sistemática.

	PREGUNTA	SI	NO SÉ	NO
1	¿Se hizo la revisión sobre un tema claramente definido?			
2	¿Buscaron los autores el tipo de artículos adecuado?			
3	¿Crees que estaban incluidos los estudios importantes y pertinentes?			
4	¿Crees que los autores de la revisión han hecho suficiente esfuerzo para valorar la calidad de los estudios incluidos?			
5	Si los resultados de los diferentes estudios han sido mezclados para obtener un resultado "combinado", ¿era razonable hacer eso?			
6	¿Cuál es el resultado global de la revisión?			
7	¿Cuál es la precisión del resultado/s?			
8	¿Se pueden aplicar los resultados en tu medio?			
9	¿Se han considerado todos los resultados importantes para tomar la decisión?			
10	¿Los beneficios merecen la pena frente a los perjuicios y costes?			

Fuente: Elaboración propia. Información extraída de: Guías CASPe de Lectura Crítica de la Literatura Médica.

ANEXO 5

Tabla 5: Resultados del análisis crítico de los artículos de carácter cualitativo incluidos en el estudio con la herramienta CASPe

Autores y Referencia	P1	P2	P3	P4	P5	P6	P7	P8	P9	P10	T
Valenzuela Anguita (2)	S	S	S	S	S	S	S	S	S	S	10
Valenzuela Anguita et al (29)	S	S	S	S	S	S	S	S	S	S	10
Rocha Oliveira et al (33)	S	S	S	S	S	S	S	N/S	S	S	9
de Lima Neto et al (31)	S	S	S	S	S	N	S	N	S	S	8
Llor Lozano et al (32)	S	S	S	S	S	S	S	S	S	S	10
Tono de Oliveira et al (34)	S	S	S	S	S	S	S	S	N/S	S	9
Fernández Araque et al (35)	S	S	S	S	S	S	S	S	S	S	10
Ali et al (36)	S	S	S	S	S	S	S	S	S	S	10
An et al (37)	S	S	S	S	S	S	S	S	S	S	10
Parra Hidalgo et al (38)	S	S	S	S	S	S	S	S	S	S	10
Muñoz Cruz et al (39)	S	S	S	S	S	S	S	S	S	S	10
Fátima Levandovski et al (41)	S	N/S	S	S	S	N/S	S	S	S	S	8
da Silva Barreto et al (42)	S	S	S	S	S	S	S	S	S	S	10
Muñoz Cruz et al (43)	S	S	S	S	S	S	S	S	S	S	10
Gálvez Herrer et al (46)	S	S	S	N	S	S	S	S	S	S	9
Grupo de trabajo de Humanización de los Servicios de Urgencias Hospitalarias (48)	S	S	S	N	S	S	S	S	S	S	9
Kerasidou (49)	S	S	S	S	S	S	S	N	S	S	9
Granados-Pembertty et al (50)	S	S	S	S	S	S	S	N	N	S	8

P: pregunta, S: sí, N: no, N/S: no sé, T: total.

Fuente: Elaboración propia.

ANEXO 6

Tabla 6: Resultados del análisis crítico de las revisiones sistemáticas incluidas en el estudio con la herramienta CASPe

Autores y Referencia	P1	P2	P3	P4	P5	P6	P7	P8	P9	P10	T
Radaelli, et al (29)	S	S	S	N	S	*	*	S	S	S	7
Vázquez García et al (30)	S	S	S	S	S	*	*	S	S	S	8
Shankar et al (40)	S	S	S	S	S	*	*	S	S	S	8
Díaz-Rodríguez et al (44)	S	S	S	S	S	*	*	S	S	S	8
Pabón-Ortíz et al (45)	S	S	S	N	S	*	*	S	S	S	7
Feitosa Sousa et al (47)	S	S	S	N	S	*	*	S	S	S	7

P: pregunta, S: sí, N: no, N/S: no sé, T: total, *: preguntas no cuantificables.

Fuente: Elaboración propia

ANEXO 7



The poster features a central illustration of three overlapping human profiles in shades of blue, green, and yellow, set against a background of black wavy lines and small smiley and frowny face emojis. The text is arranged in a clean, sans-serif font.

MINDFULNESS

ONLINE PARA TRABAJADORES DEL SISTEMA SANITARIO
PROGRAMA PARA LA SOBRECARGA LABORAL
ENFOCADA A LA COVID-19

**PROGRAMA
PARA LA
SOBRECARGA
LABORAL
ENFOCADA A
LA COVID-19**

El **mindfulness** ayuda a conectar nuestros pensamientos con nuestras sensaciones corporales. Nos ancla en el presente, nos permite aceptar y gestionar las emociones que aparecen durante el malestar psíquico.

Estamos viviendo una realidad potencialmente traumática, donde existen pocas certezas y continuos cambios.

Por eso desde el **Servicio de Psiquiatría y Salud Mental** del Hospital U. Río Hortega queremos ofrecer a todos nuestros sanitarios este programa de Mindfulness online, para ayudarles a lidiar con el estrés y la angustia que vivimos en esto momentos.

Inscríbete en www.massaludmental.es

GRS COVID 90/A/20

 RÍO HORTEGA

Figura 4: Programa de intervención con MINDFULNESS

Fuente: Plan de Salud para los profesionales del Área de Salud de Valladolid Oeste



Figura 5: Infografía

Fuente: Elaboración propia