



UVa

DIMENSIONES DE LA HUMANIZACIÓN EN LA ATENCIÓN SANITARIA DETECTADAS A TRAVÉS DEL ANÁLISIS CUALITATIVO DEL MATERIAL DE ENTREVISTAS A ESPECIALISTAS EN PSIQUIATRÍA



TRABAJO FIN DE GRADO - GRADO EN MEDICINA – CURSO 2024-2025

UNIVERSIDAD DE VALLADOLID

AUTORA: SARA MORA LOZANO

TUTORA: D^a NATALIA JIMENO BULNES (Psiquiatría)

COTUTORA: D^a MARÍA EMMA OSORIO IRIARTE (Psiquiatría)

ÍNDICE

1. Introducción

- 1.1. Concepto de humanización. Contexto y relevancia de la humanización en la atención sanitaria
- 1.2. Marco conceptual: Humanización en psiquiatría
- 1.3. Formación en humanización

2. Justificación del estudio

3. Objetivos

- 3.1. Objetivo general
- 3.2. Objetivos específicos

4. Material y Métodos

- 4.1. Diseño del estudio
- 4.2. Población y muestra
- 4.3. Técnica de recolección de datos: Entrevistas cualitativas
- 4.4. Análisis de datos: Procedimientos de codificación y categorización
- 4.5. Análisis cualitativo
- 4.6. Consideraciones éticas

5. Resultados

- 5.1. Dimensiones de la humanización identificadas
- 5.2. Ejemplos clave obtenidos de las entrevistas

6. Discusión

- 6.1. Interpretación de los hallazgos
- 6.2. Limitaciones del estudio
- 6.3. Fortalezas del estudio
- 6.4. Futuras líneas de investigación

7. Conclusiones

8. Bibliografía

9. Anexos

RESUMEN

Introducción: En el ámbito sanitario, la humanización se ha convertido en un aspecto fundamental para garantizar una atención de calidad, centrada en el respeto por la dignidad, los valores y las necesidades emocionales de los pacientes. Comprender las dimensiones de la humanización desde la perspectiva de los especialistas en psiquiatría es clave para identificar áreas de mejora y proponer estrategias efectivas que fomenten un cambio positivo.

Objetivo general: Identificar los principales elementos de la humanización de la atención sanitaria en entrevistas realizadas a especialistas en psiquiatría.

Material y métodos: Se realiza el análisis cualitativo mediante el programa ATLAS.ti.25 de 11 entrevistas realizadas a especialistas en psiquiatría a través de la actividad “Entrevista a un profesional sanitario” del PID humanizAS. Para el análisis cualitativo se establecen 6 categorías: Disposición al optimismo, Sociabilidad, Comprensión emocional, Autoeficacia, Afectación y Empatía. Las 5 primeras corresponden al modelo de humanización basado en competencias personales, el modelo HUMAS.

Resultados: La Autoeficacia se revela como una dimensión fundamental seguida por Disposición al Optimismo. Empatía y Sociabilidad mantienen una presencia homogénea. Comprensión emocional y Afectación presentan una mayor variabilidad. Hay una notable coocurrencia entre Comprensión Emocional, Empatía y Sociabilidad. En la dimensión Disposición al Optimismo confluyen Afectación y Autoeficacia.

Conclusión: La humanización de la atención sanitaria depende tanto de la promoción de competencias emocionales en los profesionales sanitarios (fomentando Autoeficacia y Optimismo), como de estructuras organizativas que promuevan su bienestar, a través de planes formativos adecuados. Cuidar a quienes cuidan se configura, por tanto, como una condición necesaria para avanzar hacia una atención más ética, cercana y transformadora.

Palabras clave: empatía, humanización, psiquiatría, HUMAS, atención sanitaria.

ABSTRACT

Introduction: In the healthcare field, humanization has become a fundamental aspect for ensuring quality care, centered on respect for patients' dignity, values, and emotional needs. Understanding the dimensions of humanization from the perspective of psychiatric specialists is key to identifying areas for improvement and proposing effective strategies that foster positive change.

General objective: identify the main elements of the humanization of healthcare in interviews conducted with psychiatry specialists.

Materials and methods: a qualitative analysis was conducted using the ATLAS.ti.25 program of 11 interviews with psychiatric specialists through the "Interview with a Healthcare Professional" activity of the HumanizAS PID. Six categories were established for the qualitative analysis: Optimism, Sociability, Emotional Understanding, Self-Efficacy, Affectation, and Empathy. The first five correspond to the HUMAS model of humanization based on personal competencies.

Results: Self-efficacy is revealed as a fundamental dimension, followed by Disposition toward Optimism. Empathy and Sociability maintain a homogeneous presence. Emotional Understanding and Affectation show greater variability. There is a notable co-occurrence between Emotional Understanding, Empathy, and Sociability. Affectation and Self-efficacy converge in the Disposition toward Optimism dimension.

Conclusion: The humanization of healthcare depends both on promoting emotional competencies in healthcare professionals (fostering self-efficacy and optimism) and on organizational structures that foster their well-being through appropriate training programs. Caring for those who care is, therefore, a necessary condition for moving toward more ethical, personal, and transformative healthcare.

Keywords: empathy, humanization, psychiatry, HUMAS, healthcare.

1. INTRODUCCIÓN

1.1. Concepto de humanización. Contexto y relevancia de la humanización en la atención sanitaria

La humanización dentro del contexto sanitario debe ser un aspecto primordial a tener en cuenta en la práctica profesional del personal dedicado al cuidado y promoción de la salud, por lo que supone a la hora de ofrecer una atención de calidad al paciente. Poner la mirada en la humanización de la atención a las personas en el ámbito sanitario implica necesariamente priorizar el respeto a la dignidad de los pacientes, en todas sus dimensiones, teniendo en cuenta su sistema de creencias, sus valores, características, particularidades y necesidades, -no solo físicas sino también psicosociales-. Supone por tanto poner el foco en mantener una mirada holística de las personas en su individualidad, teniendo en cuenta que se trata de un imperativo ético que garantiza el respeto a la dignidad humana en consonancia con los principios morales y éticos que deben regir la conducta, así como con los principios y reglamento deontológico que debe presidir toda práctica profesional en el ámbito sanitario (1). Cuando se habla de

humanización ha de tenerse en cuenta no solo al paciente que acude a consulta y que presenta una determinada patología, sino al contexto familiar del que proviene, y a las relaciones que se crean y mantienen entre éstos y los distintos profesionales que intervienen y que les atienden en consulta (1). La humanización en el ámbito sanitario conlleva implicar al paciente, dándole protagonismo y haciéndole partícipe del proceso, lo que supone practicar una escucha activa y trasladarle de manera adecuada la información pertinente, respetando su dignidad como persona, su autonomía como parte activa y otorgándole responsabilidad (2).

A menudo resulta complicado la consecución de lo anteriormente citado, porque las interacciones entre las personas en sí mismas, ya son complejas, y si, además estas interacciones se producen en el contexto de la salud, en la que se abordan cuestiones difíciles de transmitir por parte de los médicos a sus pacientes y familiares, pueden llegar a darse situaciones que implican la aparición de factores estresantes que el profesional sanitario se ve obligado a rebajar. Además, coexisten cuestiones tales como la precariedad del sistema sanitario, la sobrecarga laboral y la presión asistencial en la figura de los profesionales sanitarios, consecuencia de la necesidad de atender a un determinado número de pacientes en un espacio de tiempo limitado. Esto supone una dificultad añadida a la hora de prestar la atención que el paciente requiere, que debe estar ajustada a las necesidades que éste presenta.

En este sentido la labor del profesional médico debe verse incentivada y reforzada por parte de la Administración y autoridades sanitarias, ofreciendo a los sanitarios instrumentos y herramientas para implementar buenas prácticas en la consecución de un trato de calidad, poniendo el foco en garantizar la humanización de la atención al paciente (2). Quizá otra de las posibles variables que ha podido contribuir a la deshumanización se deba al desarrollo e implementación de la tecnología en la práctica médica, así como la despersonalización que conlleva el ver al paciente no como un todo, sino de manera parcializada (5). Tecnología y modelo humanitario deben convivir de forma complementaria y no excluyente. En este sentido, la tecnología debe estar al servicio de los profesionales, quienes apoyándose en los avances científicos y tecnológicos sean capaces de alcanzar la excelencia y aplicar sus conocimientos al tiempo que prestan especial atención y sensibilidad en la atención al paciente, escuchando sus demandas y atendiendo sus necesidades.

Existe un vacío en lo referente a instrumentos estandarizados que permitan realizar una evaluación de las variables, actitudinales y comportamentales entre otras, que están presentes en la humanización en la atención sanitaria. La realización de este estudio

pretende analizar aspectos cualitativos que faciliten la comprensión de la realidad en consulta y la consecuente toma de decisiones encaminadas a mejorar el trato más humanizado a las personas atendidas. Ello revertiría positivamente no solo en el bienestar percibido por el paciente, sino también en el refuerzo y validación que supone para el personal que ejerce la medicina, en relación a su motivación y realización, tanto a nivel personal como profesional. Esto último implica que los profesionales de la salud se sientan cuidados en el ejercicio de sus funciones, así como garantizar su bienestar en el ámbito laboral (4). Por tanto, humanizar se convierte en un reto que implica realizar un ejercicio de análisis y profunda reflexión cuyo objetivo final sea transformar la realidad de la atención sanitaria y las relaciones entre médico y paciente, en un contexto basado en un modelo humanista y respetuoso con la dignidad de las personas (3).

1.2. Marco conceptual: Humanización en psiquiatría

El sufrimiento de las personas que padecen una enfermedad mental está relacionado con una alteración del pensamiento, de la emoción, y de la conducta. Siendo por tanto este sufrimiento intangible, a diferencia de otras patologías en las que el sufrimiento es atribuible a un órgano objetivamente alterado. Precisamente por ello es imprescindible propiciar un trato más humano a las personas que padecen este tipo de enfermedades (6). La humanización en psiquiatría está dirigida a dignificar a la persona con enfermedad mental a través de una actuación profesional ética y empática, siendo necesario contar para ello tanto con los recursos necesarios como con la formación adecuada al objeto de transformar las plantas de hospitalización, la gestión de los servicios, así como la cultura socio-sanitaria.

En el contexto de la asistencia sanitaria psiquiátrica, la humanización requiere de una serie de competencias y habilidades indispensables en la figura de los profesionales sanitarios que deben poner en práctica en su interacción con sus pacientes y con los familiares acompañantes. Se identifican aspectos concretos que contribuyen a garantizar un trato más humanizado en psiquiatría tales como: el espacio físico, que ha de ser no amenazante con instalaciones bien diseñadas para contribuir a la reducción del estrés, la conducta patológica y las agresiones. Así también las unidades de hospitalización deben contar con sala para terapia ocupacional, por los beneficios que reportan a los pacientes psiquiátricos (7).

El clima terapéutico en una unidad de hospitalización requiere que las competencias técnicas de los puestos de trabajo estén garantizadas mediante la formación, tanto inicial como continuada. El trabajo en equipo de todos los profesionales que atienden a las personas con una enfermedad mental exige que se dé un buen nivel de

comunicación, así como una serie de normas explícitas, y que se desarrollen reuniones para el abordaje del plan de tratamiento individualizado de cada paciente. Otro aspecto sumamente importante es el cumplimiento de protocolos para garantizar la seguridad de los pacientes ingresados en las unidades de hospitalización, debido al riesgo de autolesiones, agresividad, y fugas. Por otro lado, ha de cuidarse la comunicación tanto verbal como no verbal de los profesionales hacia los pacientes, puesto que un adecuado estilo de comunicación constituye un elemento de contención, apoyo y modificación de conductas disfuncionales. Este estilo de comunicación debe estar centrado en el paciente y promover su participación en su cuidado (6), atendiendo especialmente al respeto. Resulta complicado lograr la implicación del paciente sobre todo teniendo en cuenta que, muchos de ellos ingresan involuntariamente y les cuesta aceptar ciertas normas y restricciones (6).

Por otra parte, el objetivo del ingreso hospitalario debe ser la estabilización del paciente y que regrese a su entorno con la mayor autonomía posible. En aquellos casos en los que el paciente presenta una gran agitación psicomotriz se hace necesario agotar todas las vías posibles antes de llegar a utilizar la contención mecánica por los efectos tan negativos que produce en los pacientes. Existen estrategias para evitar medidas coercitivas de tal manera que debe seguirse el protocolo de desescalada en la agitación psicomotriz (8) y, en el caso de necesitar contención farmacológica, se priorizará una vía no invasiva (9). Es fundamental el establecimiento de un ambiente relacional terapéutico positivo con entornos y espacios que garanticen la privacidad y dignidad de los pacientes.

Por otro lado, a nivel más general, la sociedad desconoce la enfermedad mental o tiene una percepción errónea sobre la misma, y esto conduce a la estigmatización, al rechazo y a la exclusión social (10). Se debe dignificar a las personas con enfermedad mental al objeto de evitar secuelas y estigmas sociales, procurándoles una atención y actuación profesionales éticas y basadas en la empatía. Por otra parte, y con relación a la estigmatización de la enfermedad mental cabe señalar que, en numerosas ocasiones, el inadecuado tratamiento de la misma a nivel mediático ha contribuido a que las personas que sufren una enfermedad mental se vean obligadas a enfrentar muchas dificultades que impiden la plena inclusión social. En otro orden de cosas, cabría considerar los beneficios que pueden obtenerse al propiciar que el propio paciente se convierta en un agente activo en su recuperación, participando en la toma de decisiones. Esto es algo que ayuda al empoderamiento de las personas con enfermedad mental. Participar de las decisiones requiere una adecuada información previa. La percepción de control revierte positivamente en el mantenimiento de la identidad y autoestima del

paciente y se convierte en un factor protector frente a la internalización del estigma (11). La atención psiquiátrica en España ha avanzado de forma positiva en las últimas décadas, de manera que se cuenta con un mayor conocimiento de las bases fisiopatológicas de la sintomatología, además se han descubierto factores de riesgo genéticos, los fármacos resultan más seguros y mejor tolerados, y se han integrado técnicas psicoterapéuticas más efectivas y eficientes. Pese a estos avances, resulta necesario continuar mejorando en la humanización de la atención psiquiátrica (12).

1.3. Formación en humanización

En términos generales podría señalarse que, al objeto de implementar la práctica profesional más humanizada y empática en el ámbito sanitario se hace imprescindible pues, contar con una visión holística del paciente en la totalidad de sus dimensiones. Resulta necesario que los profesionales sanitarios cuenten con una formación que fomente el desarrollo de una serie de competencias profesionales, necesarias y adecuadas, dentro de un modelo humanitario de la práctica sanitaria, que esté al servicio de las necesidades de la sociedad, así como del sistema sanitario en el que debe desempeñar el ejercicio laboral que requiere su profesión. Para un adecuado desempeño de la práctica sanitaria los profesionales deben contar con una serie de competencias que le permitan una adaptación y flexibilidad para enfrentarse a una dinámica cambiante con continuas modificaciones en relación a diferentes aspectos tales como: demográficos, epidemiológicos, científico-tecnológicos, culturales, éticos y de valores, económicos, laborales, político-jurídicos, entre otros.

Con el fin de formar a los profesionales en un modelo de competencias acorde a las demandas actuales tanto sociales como del propio sistema sanitario, se hace imprescindible que desde las instituciones educativas se implementen cambios curriculares, metodológicos, incluso del perfil de los propios docentes, de manera que se haga efectiva una transición de un modelo educativo centrado en la enfermedad (órgano y sistema) a otro modelo que ponga la mirada en el paciente, de carácter holístico y que además, tenga presente el contexto familiar, social y sanitario. Numerosas organizaciones han definido el modelo de profesional a formar. Para ello es necesario establecer estrategias a distintos niveles, que impliquen un cambio importante en la formación de los profesionales sanitarios. La Comisión Nacional de Medicina Familiar y Comunitaria en España sirve de ejemplo de un trabajo colaborativo en el que se definen las competencias del especialista de Atención Primaria. Competencias que se estructuran en torno a las siguientes cuestiones: la seguridad del paciente, el sistema sanitario y el profesionalismo (ética) (13).

En lo referente al plan de estudios del grado de Medicina, el programa curricular se apoya en el correspondiente libro blanco en el que se recogen diferentes aspectos entre los cuales se incluyen las competencias que deberán ser alcanzadas por los estudiantes universitarios que cursen estos estudios. El modelo de competencias es el más idóneo para que los/as profesionales de las ciencias de la salud adquieran una adecuada formación y capacidad de adaptación a los constantes retos que se presentan en un contexto sociosanitario dinámico y cambiante. La implantación de este modelo centrado en competencias implica cambios acordes en el proceso enseñanza-aprendizaje y, por ende, modificaciones en el modelo educativo actual. Por tanto, la metodología docente a aplicar en este modelo de competencias requiere ser objeto de investigación, desarrollo e innovación.

En relación con lo anterior cabe destacar el proyecto de innovación docente “humanizAS”, que nació con la finalidad de contribuir al conocimiento y contacto temprano con la práctica asistencial, fomentar la humanización de la medicina, e incrementar la motivación de los estudiantes universitarios de segundo curso del grado en Medicina (14). Concretamente en la asignatura de Psicología se implantó durante el curso académico 2019-2020 una actividad docente innovadora: “Entrevista a un profesional sanitario” (Jimeno-Bulnes & Díez-Revuelta, 2021), que se mantiene desde entonces y dio lugar a dicho proyecto. Cabe señalar algunos de los objetivos que se plantean:

- Contribuir a la humanización en la atención sanitaria, desde una perspectiva multidisciplinar, en estudiantes de cuatro profesiones sanitarias de la UVa: Medicina, Logopedia, Nutrición Humana y Dietética y Enfermería mediante la realización de la actividad “Entrevista a un profesional sanitario”.
- Fomentar el contacto temprano de los estudiantes, en los primeros cursos de grado, con la comunicación clínica y asistencial, así como el contacto e involucración de los profesionales clínicos en la docencia universitaria.
- Iniciar la identificación de elementos y dimensiones básicas de la humanización en la atención sanitaria mediante el análisis cualitativo y extracción de información relevante empleando recursos específicos y de Inteligencia Artificial (IA) generativa.

2. JUSTIFICACIÓN DEL ESTUDIO

En el ámbito sanitario, la humanización de la atención se ha convertido en un aspecto fundamental para garantizar una atención de calidad, centrada en el respeto por la

dignidad, los valores y las necesidades emocionales de los pacientes. Este enfoque resulta especialmente crucial en el campo de la psiquiatría, donde las interacciones entre el especialista y el paciente suelen ser determinantes en el proceso terapéutico y en la recuperación. En la actualidad persisten barreras organizativas, estigmas y actitudes que dificultan la adopción de prácticas más humanizadas, lo que puede afectar tanto la experiencia del paciente como la calidad de los resultados clínicos. En este contexto, comprender las dimensiones de la humanización desde la perspectiva de los especialistas en psiquiatría es clave para identificar áreas de mejora y proponer estrategias efectivas que fomenten un cambio positivo. Este estudio se justifica por su potencial para contribuir al desarrollo de herramientas y enfoques que no solo mejoren la calidad asistencial, sino que también fortalezcan la relación médico-paciente, un aspecto fundamental para abordar problemas de salud mental en un entorno cada vez más complejo y demandante. En última instancia, el análisis cualitativo de las percepciones y experiencias de los especialistas permitirá avanzar hacia un modelo de atención que combine excelencia técnica y sensibilidad humana, en línea con los principios éticos y las necesidades actuales de la psiquiatría.

3. OBJETIVOS

Objetivo principal: Identificar los principales elementos de la humanización de la atención sanitaria en entrevistas realizadas a especialistas en psiquiatría.

Objetivos específicos:

- ✓ Identificar las percepciones y experiencias positivas y negativas de los especialistas en psiquiatría respecto a la humanización en la atención sanitaria.
- ✓ Categorizar las dimensiones principales asociadas a la humanización según los datos obtenidos de las entrevistas.
- ✓ Analizar las barreras y facilitadores de la humanización en la práctica psiquiátrica identificados por los participantes.
- ✓ Proponer recomendaciones prácticas basadas en los hallazgos del estudio que contribuyan a mejorar la atención sanitaria en psiquiatría desde un enfoque más humano.

4. MATERIAL Y MÉTODOS

4.1. Diseño del estudio

Se trata de un estudio de carácter observacional y transversal que ha sido realizado a partir de la aplicación de la actividad propuesta en la asignatura de Psicología del grado en Medicina de la Universidad de Valladolid por parte del proyecto de innovación docente “humanizAS” (Jimeno-Bulnes & Díez-Revuelta, 2021) del que actualmente formo parte. ‘Entrevista a un profesional sanitario’ es una actividad en la que se plantea como objetivos principales contribuir al conocimiento y contacto temprano con la práctica asistencial y a la humanización de la medicina por medio de la experiencia de un profesional sanitario experimentado. La actividad consiste en la realización por parte de equipos conformados por grupos de cuatro a seis estudiantes de una entrevista dirigida a un profesional sanitario, -cuya participación en dicha entrevista es de carácter voluntario-, acerca de contenidos de interés para la práctica clínica. Todo lo referente a este proyecto se encuentra recogido en nuestra web: <https://humanizas.uva.es/>.

El presente trabajo de fin de grado consiste en la realización de un análisis cualitativo de las percepciones y experiencias de los profesionales en Psiquiatría -reflejados en sus entrevistas- al objeto de contribuir al desarrollo de herramientas y enfoques dirigidos a la mejora y fortalecimiento de la relación médico-paciente, aspecto que es fundamental para el abordaje de problemas de salud mental, en un entorno cada vez más complejo y demandante.

4.2. Población y muestra

Han sido realizadas un total de 155 entrevistas dirigidas a 114 profesionales sanitarios diferentes, en el transcurso de cinco cursos académicos (desde 2019-20 hasta 2024-25) en el Grado de Medicina. De estos 114 profesionales que voluntariamente participaron en las entrevistas, el 83% eran médicos de 25 especialidades diferentes, entre las que cabe destacar medicina de familia y comunitaria (17,5%) y psiquiatría (11,4%). Los participantes del estudio de investigación son todos ellos profesionales sanitarios que han sido contactados directamente por profesores asociados del Sacyl, o con la colaboración del Colegio Oficial de Médicos de Valladolid. Los aspectos que se consideraron en la inclusión de los sujetos participantes fueron los siguientes: sexo (hombre/mujer), años de experiencia clínica, titulación, especialidad, centro de trabajo, población del centro de trabajo actual, provincia y tipo de centro de trabajo actual: hospital público, hospital privado, centro de salud, consulta privada exclusivamente, jubilado u otros (emergencias, gerencia, inspección, etc.).

4.3. Técnica de recolección de datos: Entrevistas cualitativas

La actividad “Entrevista a un profesional sanitario” incluye seis temas teóricos: ‘Afectividad y entrevista médico-psicológica’, ‘Psicología de la salud y la enfermedad’, ‘Psicología del enfermo en situaciones específicas’, ‘El estrés’, ‘Factores del proceso curativo y psicoterapia’ e ‘Intervención en crisis’. La duración media de la actividad es de una hora, existiendo la posibilidad de realizarse de manera presencial o mediante medios telemáticos. De la totalidad de entrevistas realizadas a especialistas en psiquiatría desde el curso 2019-2020 hasta el curso 2023-2024, tanto en modalidad presencial como en virtual, en el presente trabajo de fin de grado se procede a realizar el análisis cualitativo de once de ellas. Todas han sido entregadas de forma anonimizada y en formato escrito. Las once entrevistas seleccionadas fueron realizadas a un total de 9 especialistas en psiquiatría, de los cuales los datos desagregados por género son 6 hombres y 3 mujeres. En cuanto a la experiencia clínica cabe señalar que estos 9 profesionales entrevistados cuentan con una experiencia clínica mínima de 5 años y media de 26,4 años [10-40]. En cuanto al ámbito profesional en el que estos 9 profesionales desarrollan su trabajo, hay que señalar que: 5 de ellos trabajan en un hospital público de Valladolid, 1 en un hospital público de Segovia, 1 en un centro de salud de Valladolid, 1 en una mutua y un centro privado de Valladolid y el último en un centro privado de Granada. Respecto a las fechas en las que han sido realizadas las entrevistas señalar que, 5 de ellas fueron realizadas en el curso 2019-2020, 4 en el curso 2020-2021 y 2 en el curso 2021-2022.

4.4. Análisis de datos: Procedimientos de codificación y categorización

Para realizar el análisis cualitativo se proponen 6 grandes categorías. Las 5 primeras corresponden al modelo de humanización basado en competencias personales, el modelo HUMAS (15). Este modelo pretende relacionar y explicar tanto las competencias como las actitudes que un/una profesional sanitario debe poner en práctica al objeto de incorporar la Humanización en su ejercicio profesional. Las principales competencias personales que se proponen como aspectos imprescindibles para la implementación de un ejercicio profesional fundamentado en la Humanización son las que a continuación se relacionan: 1) Disposición al optimismo, 2) Sociabilidad, 3) Comprensión emocional, 4) Autoeficacia, 5) Afectación. A las cinco anteriores, se ha añadido una sexta categoría, que es la empatía, puesto que se considera relevante y por la correlación que pudiera establecerse con las anteriores. La definición exhaustiva de cada una de ellas, junto con ejemplos registrados de las entrevistas analizadas, se exponen en el apartado 5.2.

Las entrevistas se han analizado por medio del programa ATLAS.ti.25. Se trata de un software especializado en el análisis cualitativo de datos, que sirve para el análisis de documentos mediante la creación de códigos, subcódigos, citas, etc. Permite asignar etiquetas o códigos a fragmentos de datos para identificar temas, patrones y relaciones. De este modo, permite su marcación sobre los textos para luego poder realizar un análisis código-documento de forma rápida y precisa, así como cuantificar el número de palabras empleadas en los códigos (análisis palabra-código), facilitando la construcción de conceptos y la visualización de resultados.

4.5. Análisis cualitativo

Los resultados del análisis cualitativo se concentran en la creación de un diagrama de Sankey (Figura 1). Se trata de un diagrama de flujo en el que el ancho de las líneas es proporcional a la frecuencia de aparición de los ítems. Creado por medio del programa ATLAS.ti.25, permite mostrar una representación gráfica de la relación entre las diferentes dimensiones psicológicas o competencias personales de la humanización identificadas, -Disposición al optimismo, Sociabilidad, Comprensión emocional, Autoeficacia, Afectación, Empatía-, con las once entrevistas individuales analizadas (16). En el eje izquierdo del diagrama, se representan las diferentes categorías de análisis, con anchuras proporcionales al número de citas empleadas por los entrevistados para hablar de esos temas. En el eje derecho, se representan las diferentes entrevistas analizadas, desde la entrevista nº 1 hasta la nº 11. Los flujos que se observan en la representación gráfica y que conectan ambos ejes muestran la frecuencia con la que las diferentes dimensiones objeto de análisis han sido identificadas en cada una de las entrevistas.

Por otro lado, se ha realizado un análisis de co-ocurrencias entre las diferentes dimensiones identificadas, representado en la *Figura 2* mediante otro diagrama de Sankey. Esta herramienta muestra una matriz que se refiere a todos los segmentos codificados en un proyecto, destacando los casos en los que dos o más códigos aparecen juntos en los datos, permitiendo identificar relaciones y patrones entre estos elementos basados en su aparición conjunta. De este modo se muestra una representación visual de la coocurrencia de los diferentes códigos que han sido obtenidos a través del análisis cualitativo. Se analiza cómo las categorías se relacionan entre sí, proporcionando información acerca de cuáles son las conexiones más significativas, de manera que permite observar qué códigos aparecen de manera conjunta en las narrativas de las entrevistas analizadas aportando información sobre la estructura conceptual de las mismas.

4.6. Consideraciones éticas

En relación a la difusión de los resultados obtenidos, se aplicará en todo momento la normativa vigente en lo que atañe tanto a los aspectos éticos, como a la protección de datos. Los datos personales de los participantes han sido anonimizados en su totalidad, y en todas las fases, que abarcan tanto el propio estudio, como la transcripción de las entrevistas y el análisis posterior de las mismas. En el Anexo 1 se adjunta el dictamen favorable del Comité de Ética de Investigación con Medicamentos de las áreas de salud de Valladolid, que aprueba el presente estudio.

5. RESULTADOS

5.1. Dimensiones de la humanización identificadas

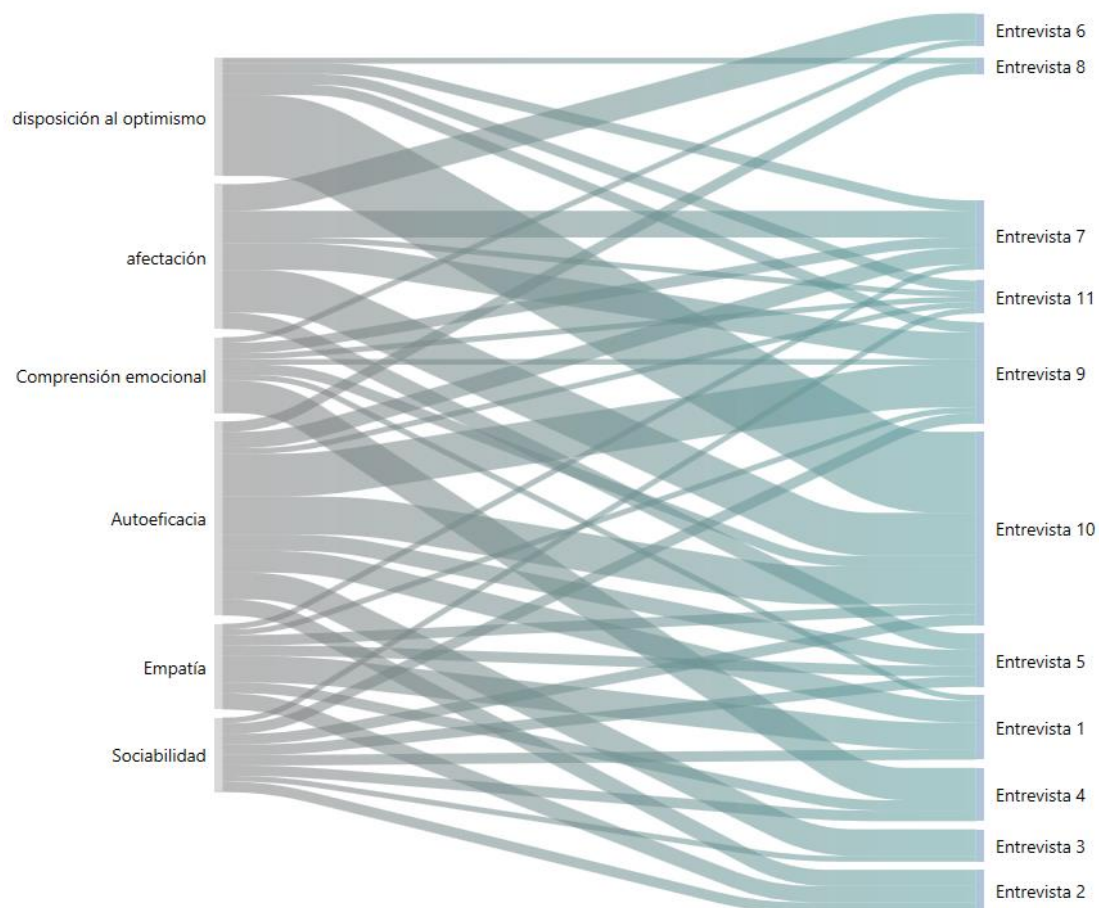


Figura 1. Diagrama de Sankey que relaciona las dimensiones de la humanización con las entrevistas representadas en la parte derecha de la imagen.

Atendiendo a la representación gráfica, entre los hallazgos más relevantes detectados se observa lo siguiente: La categoría Autoeficacia destaca apreciándose una mayor presencia en los flujos dirigidos a las entrevistas nº 5 Y nº 10. Aparece por tanto altamente representada en la construcción de ambas entrevistas. En cuanto a la categoría Disposición al optimismo cabe señalar que también aparece notablemente en los flujos dirigidos a la entrevista nº 10, seguida de la entrevista nº 6. Ambas dimensiones

cobran especial relevancia en las narrativas de estas entrevistas, en las que se refleja la confianza en las propias capacidades de las personas entrevistadas, así como un estilo de afrontamiento positivo. En cuanto a las dimensiones Empatía y Sociabilidad cabe señalar que, presentan una distribución más moderada y uniforme en el conjunto de las entrevistas, no concentrándose de manera significativa en ninguna de ellas por lo que, podría decirse que, en general aparecen de forma transversal en los relatos de todas las personas participantes entrevistadas. En relación a las dimensiones Comprensión emocional y Afectación, se observan patrones más variados, con flujos delgados y heterogéneos que reflejan una mayor variabilidad en cómo las personas entrevistadas abordan en sus narrativas, dichas dimensiones. En particular, la entrevista nº 10 resulta especialmente llamativa, puesto que en la misma están muy presentes y cobran fuerza los códigos Autoeficacia, Afectación y Disposición al optimismo. Se trata de un relato especialmente interesante y complejo cuyo contenido se articula a partir de intensas vivencias de fuerte impacto a nivel emocional que han sido bien integradas a partir de un proceso reflexivo y una adecuada gestión emocional. La Disposición al optimismo en esta entrevista podría estar reflejando otras cuestiones relacionadas tales como la estabilidad personal y emocional, experiencias de éxito profesional, red de apoyo, que pudieran estar actuando como resortes frente a la adversidad. Las entrevistas nº 5 y nº 7 muestran una notable densidad en cuanto a la temática abordada, en las que están presentes casi todas las dimensiones de la humanización. Quizás estas entrevistas corresponden a personas más expresivas y con mayor apertura en su discurso narrativo. Las entrevistas nº 6 y nº 8 en las que la codificación está más acotada, el contenido ofrece una menor intensidad, tratándose de narrativas más breves y con un menor grado de elaboración.



Figura 2. Diagrama de Sankey que refleja la co-ocurrencia de las distintas dimensiones de la humanización analizadas.

Atendiendo a la representación gráfica de este segundo diagrama de Sankey, cabe señalar que se observa una notoria coocurrencia entre las dimensiones Afectación y

Autoeficacia, lo cual pone de relieve que el impacto de las emociones intensas va asociado a la percepción que la persona tiene acerca de su capacidad de afrontamiento y gestión de determinadas situaciones. Se aprecia una ramificación hacia las dimensiones Sociabilidad, Empatía y, de forma más significativa hacia la Disposición al optimismo. Por otra parte, la representación gráfica proporciona información acerca de la relación entre las dimensiones Comprensión emocional y Empatía, poniendo de relieve que, la adecuada comprensión de las emociones propias y de las emociones percibidas en las demás personas, tienen mucho que ver con la capacidad para ponerse en el lugar del otro para el establecimiento de relaciones empáticas. En último lugar, cabe señalar que, en la dimensión Disposición al optimismo confluyen Afectación y Autoeficacia, de manera que, podría decirse que Disposición al optimismo adquiere una fuerte posición dentro de las coocurrencias que han sido identificadas, cobrando así una especial importancia la capacidad para mantener una actitud positiva.

5.2. Ejemplos clave obtenidos de las entrevistas

Se exponen en el *Anexo 1*.

6. DISCUSIÓN

6.1. Interpretación de los hallazgos

El análisis cualitativo de las entrevistas permitió detectar patrones relevantes relacionados con cómo se manifiestan y coinciden las distintas dimensiones de la humanización en la atención sanitaria. La Autoeficacia se revela como una dimensión fundamental y se asocia a una mayor percepción de control por parte de los/las profesionales en el ámbito sanitario. La coocurrencia entre Comprensión emocional, Empatía y Sociabilidad ponen de relieve que la inteligencia emocional está en la base de la práctica sanitaria humanizada. La Disposición al optimismo conecta las emociones internas con habilidades interpersonales, constituyendo un factor protector a nivel individual y, ello podría extrapolarse al ámbito sanitario como catalizador de actitudes y actuaciones profesionales que favorezcan un entorno más humanizado.

Los flujos representados en la *Figura 1* informan de la densidad y diversidad temática de las entrevistas, aspectos relacionados con las características y circunstancias personales de las personas entrevistadas, su experiencia y competencias tales como su capacidad de autoobservación, de reflexión, de gestión y de expresión emocional. Los resultados obtenidos permiten establecer algunas interpretaciones, destacando en primer lugar que los códigos Autoeficacia, Afectación y Disposición al optimismo aparecen de forma recurrente, poniendo de relieve que, las experiencias emocionales, la autopercepción positiva sobre la propia capacidad de afrontamiento, el manejo de

circunstancias complejas, y la disposición positiva frente a la adversidad, son aspectos clave comunes en sus relatos.

La predominancia de Autoeficacia en varias de las entrevistas subraya la influencia que puede llegar a tener esta autopercepción positiva ante el afrontamiento de dificultades en cuestiones como la resiliencia y la autorregulación emocional (17). Comprensión emocional y Afectación aparecen de forma más dispersa, posiblemente se deba a una menor verbalización, o bien a que las manifestaciones hayan sido implícitas, apareciendo de manera transversal en sus discursos. Podría pensarse por otro lado, en diferencias individuales entre las personas entrevistadas a la hora de realizar un ejercicio de introspección y expresar estados emocionales propios. Empatía y Sociabilidad son constantes en todos los discursos, pudiendo interpretarse que son dimensiones de la humanización compartidas y ampliamente afianzadas en todos ellos. En este sentido, la Orden ECI/332/2008, de 13 de febrero, incluye la empatía señalando la importancia de las habilidades de comunicación (D.24) con las que un profesional debe contar (18).

El análisis de coocurrencias identifica una serie de relaciones significativas que permiten profundizar en la estructura semántica del contenido de las entrevistas. En particular, la vinculación directa entre Afectación y Autoeficacia sugiere que las experiencias emocionalmente intensas impulsan procesos de reflexión sobre la capacidad personal para afrontar y manejar situaciones adversas. Únicamente si el profesional es capaz de hacer un ejercicio de introspección y reconocer dificultades en su propia historia, podrá dar un apoyo empático al enfermo, entendiendo sus necesidades y limitaciones. En este sentido humanizamos para humanizar (19). Autoeficacia actúa como un nodo central que se conecta con Disposición al optimismo, Sociabilidad y Empatía. Estas conexiones señalan que una alta autoeficacia se relaciona directamente con la capacidad de activar mecanismos de autorregulación y control emocional, y también con una adecuada apertura y disposición para el manejo de habilidades sociales y entablar relaciones interpersonales. Dichas relaciones se establecen en un contexto terapéutico, y es ahí donde cobra relevancia la relación médico-paciente, puesto que el profesional debe establecer y mantener una conexión con el paciente que sufre, siendo especialmente importante en el campo de la Psiquiatría (19). Por otro lado la conexión entre Comprensión emocional y Empatía sugiere que la capacidad para identificar, procesar y comprender las emociones propias y ajenas suponen una competencia imprescindible para desarrollar relaciones empáticas. Esta comprensión emocional implica una inteligencia emocional profunda, que trasciende la simple compasión (19).

La Disposición al optimismo actúa como puente entre Afectación y Autoeficacia, destacando su papel como factor protector ante situaciones difíciles. Los resultados subrayan la importancia de fomentar dimensiones como la autoeficacia y el optimismo en los profesionales sanitarios. La humanización en salud no debe entenderse como algo que dependa únicamente de los protocolos establecidos en la atención al paciente, sino que es una cuestión más compleja y que está relacionada con las competencias emocionales que no solo definen un perfil profesional sensible a las necesidades emocionales de sus pacientes, sino que, configuran un modelo de atención más amable y cercano.

Los resultados del presente estudio revelan que la forma en que los/las profesionales perciben sus emociones influye directamente en la calidad del vínculo que establecen con sus pacientes. En este sentido, cabría apostar por una formación que potencie la inteligencia emocional de los/las profesionales sanitarios, y que promueva el fortalecimiento de competencias emocionales que reviertan en el contexto terapéutico. En relación con la formación de los profesionales sanitarios, iniciativas como «Propuesta de competencias en Medicina Personalizada de Precisión» suponen un punto de inflexión en cuanto a propuesta de competencias para proporcionar una asistencia sanitaria de calidad y adaptada a cada individuo (20). Es fundamental diseñar entornos laborales y estructuras organizativas que favorezcan el bienestar del personal sanitario, ya que ello contribuye a una mejor salud emocional y, en consecuencia, a una atención más humanizada y eficaz. En este sentido, se trataría de cuidar a quienes cuidan para avanzar hacia una atención verdaderamente humanizada, ética y transformadora.

De las 17 comunidades autónomas españolas, solo 14 disponen de planes de humanización en salud mental, no encontrándose Castilla y León dentro de ellas (21). No obstante, se ha presentado recientemente con inclusión del proyecto humanizAS. Sería fundamental que nuestra comunidad autónoma desarrolle un plan estratégico con presupuesto y responsable asignado para implementar la humanización en salud mental. Por último, cabe destacar la importancia de incorporar la humanización no solo en los planes de salud mental sino también en los planes de estudio de los futuros profesionales de la medicina.

6.2. Limitaciones del estudio

Es preciso mencionar que las entrevistas se han realizado de tal manera que los estudiantes entrevistadores han tenido cierto margen de libertad en la formulación de preguntas. Por tanto, podría decirse que la ausencia de una estructura estandarizada en la formulación de las preguntas de las entrevistas supone una de las principales

limitaciones. Esta cuestión ha producido una variabilidad significativa en los contenidos a analizar, y ha afectado al análisis comparativo entre los discursos. Por otra parte, las categorías analizadas se centran en competencias emocionales y sociales como dimensiones de la humanización. No se han incluido en el análisis factores tales como la sobrecarga laboral, la presión asistencial, la precariedad en el sistema sanitario, aspectos organizativos o estructurales, por lo que los resultados pueden estar sesgados. Por último, otro factor limitante del estudio es que se ha trabajado con un tamaño muestral reducido a 11 entrevistas por lo que, no resulta factible extrapolar los resultados a la población general, en este caso al conjunto de todos/as los/as profesionales sanitarios/as.

6.3. Fortalezas del estudio

Cabe destacar que la aplicación del programa ATLAS.ti.25 ha supuesto un aspecto innovador para el análisis cualitativo de las diferentes dimensiones de la humanización presentes en el contenido de las entrevistas. Así mismo el uso de diagramas de Sankey han supuesto una potente herramienta visual que ha permitido explorar y representar relaciones entre los distintos códigos, y ha facilitado en gran medida la interpretación de los hallazgos. La diversidad en las narrativas de los/las profesionales en las entrevistas ha permitido la identificación de patrones significativos, así como elementos comunes y diferenciales que han enriquecido el análisis realizado. Se ha identificado la presencia y coocurrencia de dimensiones emocionales y sociales que inciden directamente en la humanización en el ámbito de la atención sanitaria. El análisis cualitativo de las narrativas ha permitido una aproximación profunda en la que se identifican matices emocionales que son esenciales en la humanización de la atención sanitaria.

6.4. Futuras líneas de investigación

- En conjunto, los datos reflejan un perfil emocional diverso y complejo, destacando la autoeficacia y el optimismo como elementos clave que emergen como pilares fundamentales y se consolidan como aspectos centrales en el bienestar psicológico en el discurso de los participantes. Estos hallazgos resultan de especial interés para diseñar futuras intervenciones centradas en el fortalecimiento del bienestar psicológico y la inteligencia emocional.
- Se podría dar continuidad a esta investigación ampliándolo desde un enfoque mixto en el que se integraran métodos cualitativos y cuantitativos a partir de la realización de estudios longitudinales para analizar la evolución de las competencias emocionales en profesionales sanitarios a lo largo de su trayectoria laboral. Se propone incorporar entrevistas estandarizadas, así como

métodos cuantitativos que, sumados al análisis cualitativo, permitan triangular resultados y fortalecer la validez de las conclusiones. Así también podría plantearse ampliar la muestra al objeto de comparar la percepción sobre la humanización en diferentes especialidades médicas, así como incluir la perspectiva de pacientes y sus familiares explorando la percepción que éstos tienen acerca de su experiencia y atención recibida en el sistema sanitario.

- Asimismo, se propone indagar en la influencia de factores organizativos y estructurales del sistema sanitario y la humanización, explorando factores tales como las condiciones laborales, la presión asistencial, carga de trabajo, entre otros. Así también podría realizarse una evaluación longitudinal al objeto de investigar la eficacia de los programas formativos en humanización y desarrollo de competencias emocionales dirigidos al personal sanitario, y evaluar su impacto.

7. CONCLUSIONES

- 1) En cuanto a las percepciones positivas, los entrevistados destacan: la empatía, la comprensión emocional y la sociabilidad como elementos fundamentales de la humanización de la atención sanitaria debido a la influencia que directamente ejercen en la calidad del vínculo terapéutico y el bienestar del paciente.
- 2) Las experiencias vinculadas a factores estructurales tales como la sobrecarga asistencial, la excesiva burocratización y la escasez de tiempo que va en detrimento de la atención personalizada son percibidas en sentido negativo y consideradas como obstaculizadores para el ejercicio de una atención verdaderamente humanizada.
- 3) El análisis de los resultados revela la importancia de fomentar dimensiones como la autoeficacia y el optimismo en procesos de desarrollo en la figura del profesional sanitario.
- 4) Las principales barreras identificadas son: la rigidez institucional y la presión asistencial. Por otro lado, se identifican como aspectos facilitadores: el apoyo institucional, la existencia de un entorno laboral saludable, y la formación continua en competencias emocionales, incidiendo directamente en la calidad del ejercicio profesional.
- 5) Se sugiere impulsar programas formativos orientados al desarrollo de la inteligencia emocional en el ámbito sanitario, incorporando la humanización no solo en los planes de salud mental sino también en los planes formativos dirigidos a los futuros profesionales sanitarios.

8. BIBLIOGRAFÍA

- (1). Carlosama DM, Villota NG, Benavides VK, Villalobos FH, Hernández EDL, Matabanchoy Tulcan SM. Humanización de los servicios de salud en Iberoamérica: una revisión sistemática de la literatura. pers bioet [Internet]. 3 de diciembre de 2019 [citado 2 de diciembre de 2024];23(2):245-62. Disponible en: <https://personaybioetica.unisabana.edu.co/index.php/personaybioetica/article/view/1135>
- (2). Grupo de trabajo GESTO-HUCI. Manual de buenas prácticas de humanización en Consultas de Ostomía. Madrid: Proyecto HU-CI; 2022 [acceso 2 de mayo de 2022]. Disponible en: <https://proyectohuci.com/es/bpostomia>
- (3). Grupo de trabajo de Humanización de los Servicios de Urgencias Hospitalarias. Manual de buenas prácticas de humanización en Servicios de Urgencias Hospitalarias. Madrid: Proyecto HU-CI; 2020 [acceso 22 de agosto de 2020]. Disponible en: <https://proyectohuci.com/es/bp-hurghosp/>
- (4). Grupo de trabajo EVEN-HUCI. Manual de buenas prácticas de humanización en Lesión Medular. Madrid: Proyecto HU-CI; 2022 [acceso 2 de mayo de 2022]. Disponible en: <https://proyectohuci.com/es/BPLMedular/>
- (5). March JC. Humanizar la sanidad para mejorar la calidad de sus servicios. Revista de Calidad Asistencial [Internet]. 2017 [citado 2 de diciembre de 2024];32(5):245-7. Disponible en: <https://linkinghub.elsevier.com/retrieve/pii/S1134282X17300696>
- (6). 1.2019-Humanizacion-Asistencia-Unidades-Hospitalizacion-Psiquiatrica-Breve.pdf.
- (7). Shepley M., Pasha S. 2013. Research report for The Center for Health Design.
- (8). Guzman-Parra J, Garcia-Sanchez JA, Pino-Benitez I, Alba-Vallejo M, Mayoral-Cleries F. Effects of a Regulatory Protocol for Mechanical Restraint and Coercion in a Spanish Psychiatric Ward. Perspect Psychiatr Care. 2014 Oct 27. doi: 10.1111/ppc.12090.
- (9). Hays H, Jolliff HA, Casavant MJ. The psychopharmacology of agitation: consensus statement of the American association for emergency psychiatry project BETA psychopharmacology workgroup. West J Emerg Med. 2012 Dec;13(6):536.
- (10). Declaración de Madrid contra el Estigma y la Discriminación de las Personas con Enfermedad Mental.
- (11). Organización Mundial de la Salud (2010). Declaración de la Oficina Regional de la OMS en Europa para el Empoderamiento del usuario en Salud Mental. Oficina Regional OMS en Europa. Copenhague, 2010.
- (12). 1.Fraguas D, Zarco J, Balanzá-Martínez V, Blázquez García JF, Borràs Murcia C, Cabrera A, et al. Humanization in mental health plans in Spain. Spanish Journal of Psychiatry and Mental Health [Internet]. 1 de abril de 2024 [citado 18 de marzo de 2025];17(2):71-80. Disponible en: <https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S1888989121000987>
- (13). 1.Morán Barrios J. Competencias del médico del siglo XXI. Un cambio necesario. Rev cient cienc salud [Internet]. 18 de noviembre de 2019 [citado 3 de abril de 2025];1(2):58-73. Disponible en: http://www.upacifico.edu.py:8040/index.php/PublicacionesUP_Salud/article/view/34
- (14). 1.Jimeno-Bulnes N, Díez Á. Entrevista a un profesional sanitario: estudio piloto de una actividad de contacto asistencial temprano en el grado en Medicina durante la pandemia por COVID-19. FEM [Internet]. 2021 [citado 2 de diciembre de 2024];24(4):199. Disponible en: <https://www.educacionmedica.net/sec/verRevista.php?id=4447a1430a54257361134>
- (15). 1. Pérez Fuentes MDC, Molero Jurado MDM, Herrera Peco I, Oropesa Ruiz NF, Gázquez Linares JJ. Propuesta de un Modelo de Humanización basado en las Competencias Personales: Modelo HUMAS. EJHR [Internet]. 21 de octubre de 2019 [citado 21 de abril de 2025];5(1):63. Disponible en: <https://revistas.uaautonoma.cl/index.php/ejhr/article/view/1285>
- (16) Kuckartz U, Rädiker S, Ebert T, Schehl J. Statistik: Eine verständliche Einführung. 2., überarb. Aufl. 2013 Edition. Wiesbaden: VS Verlag für Sozialwissenschaften; 2013. 316 p.
- (17) Bandura A. *Self-efficacy: The exercise of control*. New York: Freeman; 1997.
- (18) 2008_Ministerio de Educación y Ciencia_Orden ECI3322008, de 13 de febrero, por la que se establecen los requisitos para la verificación.pdf.
- (19) 2017 Gutierrez La humanización de (en) la Atención Primaria (1).pdf
- (20) 2022 Garcia Barbero ED Competencias en Medicina Personalizada de Precisión_nuevo paradigma (1).pdf.
- (21) 2024 Fraguas Humanization in mental health plans in Spain.pdf.

9. ANEXOS

Anexo 1. Ejemplos clave obtenidos de las entrevistas

COMPETENCIA PROFESIONAL	DESCRIPCIÓN	EJEMPLOS
AFECCIÓN	Nivel de impacto que tienen las emociones en el bienestar del profesional sanitario. Un bajo control emocional ante situaciones estresantes puede generar ansiedad, culpa o agotamiento, afectando la calidad del cuidado y la salud mental del profesional.	“El estrés te invade y estás cansado.” “Las guardias son muy duras tanto física como mentalmente, y esto conlleva un desgaste inevitable” “Lo que he tenido son etapas de desesperación, de confusión, de desorientación.” “en ocasiones te tratan mal”
AUTOEFICACIA	Confianza en la propia capacidad para manejar y regular las emociones de forma adecuada. Implica autorregulación, control emocional, así como una adecuada interpretación de los estados afectivos. Todos ellos son elementos cruciales para el autocuidado y la interacción profesional.	“cada profesional debe establecer unos límites dentro del rango donde pueda tener una confianza con el paciente que le permita ayudarlo a su recuperación, pero, sin sobrepasar dichos límites.” “lo importante en una sesión que te impacta mucho, es salir bien para poder atender al siguiente.” “Si que creo que en nuestra especialidad uno se involucra más que en otras especialidades, pero es importante manejar las reacciones emocionales que nos puedan generar los pacientes, tanto negativas como positivas (contratransferencia)”
COMPRENSIÓN EMOCIONAL	Aptitud para identificar, entender y expresar emociones, tanto las propias, como las ajenas. Facilita la comunicación, la resolución de conflictos y la humanización del	“En mi experiencia es un cierto arte adaptarte a la persona que tienes enfrente.” “Hay que tratar de meterse en su mundo”

	entorno laboral, siendo clave en contextos altamente demandantes como el sanitario.	“muchos no saben qué les pasa exactamente, no saben el origen y es el terapeuta el que tiene que ir desmembrando cada parte para poder averiguarlo.”
DISPOSICIÓN AL OPTIMISMO	Entendida como la habilidad para mantener una actitud positiva en el manejo de la incertidumbre, confiando en resultados favorables. Se asocia a mayor rendimiento laboral, bienestar personal y prevención del agotamiento emocional.	“hay momentos malos, de estrés o fatiga que son inevitables. Hay que esperarlos y no huir de ellos, ya que nos van a reforzar y saldremos mejores de ello.” “tenemos que tratar de ver el lado positivo de las cosas” “en el otro lado de la balanza están todas las cosas buenas que yo creo que son con las que nos tenemos que quedar.”
EMPATÍA	Capacidad de ponerse en el lugar del otro, comprendiendo y compartiendo sus emociones, pensamientos y experiencias, sin perder la propia perspectiva.	“Considero la relación terapéutica como algo fundamental en mi trabajo y la empatía como uno de sus ingredientes” “Es muy importante la empatía (ponerse en el lugar del otro, comprenderlo, pero no quedarte con ello) “ “La clave es esa cosa que se llama empatía” “Es una cualidad que deberíamos tener y deberíamos trabajar para poder atender bien a nuestros pacientes “
SOCIABILIDAD	Capacidad para establecer relaciones eficaces y positivas. Implica el manejo de habilidades sociales, así como mostrar comprensión y una actitud colaborativa, fundamentales para generar vínculos de	“Debemos ser cuidadosos y establecer un entorno adecuado en el que el paciente se sienta lo más cómodo posible” “sentarse con el paciente transmitiendo tranquilidad para que disminuya la ansiedad”

	confianza y mejorar el trato con pacientes en el ámbito sanitario.	“Ser claro, tomarse el tiempo de explicar y de verificar que lo hemos hecho bien, responder a las dudas de forma tranquila” “una de las cosas más importantes para ayudar a estas personas que estén en estas situaciones es el estar ahí, apoyarles y acompañarlas en el proceso de curación”
--	--	--

Tabla 1. Categorías, descripción y frases ilustrativas obtenidas en las entrevistas realizadas a especialistas en Psiquiatría.

Anexo 4. Póster



DIMENSIONES DE LA HUMANIZACIÓN EN LA ATENCIÓN SANITARIA DETECTADAS A TRAVÉS DEL ANÁLISIS CUALITATIVO DEL MATERIAL DE ENTREVISTAS A ESPECIALISTAS EN PSIQUIATRÍA



AUTORA: SARA MORA LOZANO
TUTORA: D^a NATALIA JIMENO BULNES (Psiquiatría)
COTUTORA: D^a MARÍA EMMA OSORIO IRIARTE (Psiquiatría)

humanizAS
Humanizando la Atención Sanitaria

