

ESTUDIO CUALITATIVO SOBRE LA PERCEPCIÓN ENFERMERA DEL HUNSC
DE LA HUMANIZACIÓN DE CUIDADOS EN UCI

Autora: Natalia Fumero Mena

Tutor: Cristo Manuel Marrero González

TRABAJO DE FINAL DE GRADO

GRADO EN ENFERMERÍA

FACULTAD DE CIENCIAS DE SALUD: SECCIÓN ENFERMERÍA

UNIVERSIDAD DE LA LAGUNA

Junio 2023

Resumen

El trabajo aborda el concepto de humanización en el ámbito de la salud, centrándose en el cuidado y curación de los pacientes como individuos completos. Se destaca el Modelo "Afectivo-Efectivo" propuesto por Albert Jovell, que se basa en la confianza, empatía y atención basada en la evidencia científica. El cuidado abarca categorías como la comunicación efectiva, la minimización del dolor físico y la capacidad empática del cuidador. Se enfatiza la importancia de una relación terapéutica enfermera-paciente basada en la comprensión y satisfacción de las necesidades del paciente. A pesar de los avances tecnológicos, se recalca que la esencia de la enfermería es el respeto y el cuidado profesional hacia los seres humanos. Se señala que las Unidades de Cuidados Intensivos (UCI) pueden ser propensas a errores y falta de atención a las necesidades emocionales del paciente, por lo que se insta a adoptar un enfoque centrado en la persona y brindar un cuidado integral que aborde las necesidades físicas, emocionales y psicológicas del paciente y su familia. Se destaca la importancia de la formación continua en habilidades de comunicación y manejo emocional para el personal de salud, así como la colaboración interdisciplinaria en el cuidado del paciente. Se enfatiza que la humanización en las UCI no solo beneficia al paciente y su familia, sino también al personal de salud, mejorando su satisfacción laboral y reduciendo el estrés. Se insta a las instituciones de salud a implementar políticas y programas que promuevan la humanización en las UCI y proporcionen los recursos necesarios para su implementación.

Abstract

The paper discusses the concept of humanization in healthcare, focusing on the care and healing of patients as whole individuals. The "Affective-Effective" Model proposed by Albert Jovell is highlighted, which is based on trust, empathy, and evidence-based care. Categories of care such as effective communication, minimizing physical pain, and the caregiver's empathetic capacity are emphasized. The importance of a nurse-patient therapeutic relationship based on understanding and meeting the patient's needs is emphasized. Despite technological advancements, the essence of nursing is reiterated as respect and professional care for human beings. Intensive Care Units (ICUs) are identified

as environments prone to errors and overlooking patients' emotional needs, necessitating a person-centered approach and comprehensive care addressing patients' physical, emotional, and psychological needs, as well as those of their families. Continuous training in communication skills and emotional management for healthcare personnel, along with interdisciplinary collaboration in patient care, are highlighted. The paper emphasizes that humanizing ICUs benefits not only patients and their families but also healthcare staff, improving job satisfaction and reducing stress. Health institutions are encouraged to implement policies and programs that promote humanization in ICUs and allocate necessary resources for its implementation.

Palabras clave: humanización la atención, Enfermería, Unidad de cuidados Intensivos, investigación cualitativa

Key words: qualitative research, Intensive Care Units, nursing, humanization of assistance

ÍNDICE

	Página
1. Introducción	1
1.1. Reseña introductoria	1
1.2 Humanización del cuidado	2
1.3 El cuidado desde la visión fenomenológica	4
1.4. Humanización del cuidado al final de la vida	6
2. Objetivos	8
2.1 Objetivo general	8
2.2 objetivos específicos	8
3. Justificación	8
4. Material y métodos	9
4.1. Diseño	10
4.2. Población y muestra	10
4.3. Recogida de datos	10
4.4. Análisis de datos	10
4.5. Consideraciones étnicas	12
4.6. Cronograma	14
4.7. Presupuesto	15
5. Bibliografía	16
6. Anexos	20
6.1. Solicitud permiso gerencia hospital. Anexo 1	20
6.2. Solicitud permiso supervisión de Enfermería. Anexo 2	21
6.3. Permiso de confidencialidad. Anexo 3	22
6.4. Permiso comité ética. Anexo 4	23

1. Introducción

1.1 Reseña introductoria

La humanización se define como todo lo que se realiza para promover y proteger la salud, curar las enfermedades y garantizar un ambiente que favorezca una vida sana y armoniosa a nivel físico, emocional, social y espiritual. Esto reclama la dignidad intrínseca de todo ser humano y los derechos que de ella derivan ¹. El Modelo "Afectivo-Efectivo" propuesto por Albert Jovell se enfoca en cuidar y curar al paciente como persona, incorporando la dimensión de la dignidad y la humanidad del paciente y estableciendo una atención basada en la confianza y empatía, *“la forma de cuidar y curar al paciente como persona, con base en la evidencia científica, incorporando la dimensión de la dignidad y la humanidad del paciente, estableciendo una atención basada en la confianza y empatía, y contribuyendo a su bienestar y a los mejores resultados posibles en salud”* ². En la definición de la OMS de 1946 también se menciona como un recordatorio para considerar todas las dimensiones del ser humano durante el proceso salud-enfermedad ³.

El cuidado abarca un conjunto de categorías que involucran la comunicación verbal y no verbal, la minimización del dolor físico, la empatía, y el involucramiento entre el cuidador y el ser cuidado como finalidad terapéutica. El cuidado no se refleja solamente en lo práctico, sino en la capacidad empática del cuidador hacia el ser cuidado ⁴.

Por lo tanto, el cuidado requiere de un valor personal y profesional para la conservación, restablecimiento y autocuidado de la vida. Este cuidado se basa en la relación terapéutica enfermera-paciente, lo que implica una conexión y comunicación efectiva entre la enfermera y el paciente para entender y satisfacer las necesidades del mismo. El cuidado es esencial en la profesión de enfermería y requiere de un enfoque centrado en el paciente, en el que se aborde su bienestar físico, emocional y social ⁵. A pesar de que la enfermería ha evolucionado con los avances científicos y tecnológicos, es esencial recordar que la esencia de la profesión es el respeto a la vida y el cuidado profesional del ser humano ⁶.

El servicio de Cuidados Intensivos (UCI) es un ambiente complejo, propenso a errores y a falta de atención a las necesidades emocionales del paciente ^{7,8}. El avance tecnológico y la carga laboral pueden afectar la percepción del paciente y la relación interpersonal con

el equipo de salud. Siendo existe un riesgo de despersonalización del paciente y falta de empatía por parte del personal de salud ^{9,10}.

Por lo que es importante que el equipo de salud en las UCI adopte un enfoque centrado en la persona, y se comprometa a proporcionar un cuidado que tenga en cuenta las necesidades físicas, emocionales y psicológicas del paciente y de su familia. Reforzado mediante una formación continua en habilidades de comunicación, resolución de conflictos, manejo del estrés y gestión emocional, para así poder brindar una atención de calidad centrada en la humanización. Además, es importante que se fomente la colaboración interdisciplinaria en el cuidado del paciente, para abordar de manera integral todas las necesidades del paciente y su entorno ¹¹.

La humanización en las UCI no solo beneficia al paciente y su familia, sino también al personal, ya que mejora su satisfacción laboral y disminuye el estrés asociado al trabajo en un ambiente de alta complejidad. Es importante que las instituciones de salud adopten políticas y programas que promuevan la humanización en las UCI y que se comprometan a proporcionar los recursos necesarios para su implementación ^{12,13}.

1.2 Humanización del cuidado

En el campo de los cuidados, la filosofía ha influido en la idea actual de "humanización de los cuidados", que se basa en tratar a los pacientes de manera integral, teniendo en cuenta sus dimensiones físicas, sociales, mentales y espirituales, preservando su dignidad y sentido del "ser"¹⁴. Basando la definición en la visión holística del paciente. Se trata de preservar la dignidad humana y el sentido del "ser" de la persona, lo que se convierte en uno de los fundamentos principales de esta práctica ¹⁵.

No solo el propio paciente y el profesional intervienen y tienen relación en la calidad de cuidados y como ello influye en la salud del propio paciente. La familia es un elemento crucial en el proceso de salud de un individuo, especialmente cuando este se encuentra hospitalizado. Por lo tanto, es esencial que se cuide tanto al paciente como a su familia. En las unidades de cuidados intensivos (UCI), a menudo se ha mantenido a la familia alejada del paciente debido a varias preocupaciones, como el riesgo de infección, la interferencia en los cuidados y la posibilidad de alteraciones fisiológicas. Sin embargo, la evidencia

reciente ha demostrado que la presencia de la familia en la UCI puede tener un efecto beneficioso en la recuperación del paciente y proporcionar un apoyo emocional fundamental para la familia en estos momentos tan difíciles ^{16,17}.

Aunque algunos hospitales y unidades han justificado la restricción de visitas familiares en la UCI, es importante destacar que estos argumentos no siempre están respaldados por la evidencia científica ¹⁸⁻²⁰. En particular, algunos estudios recientes han desmentido la idea de que la visita de la familia pueda provocar alteraciones fisiológicas o interferir en los cuidados del paciente ²¹. De hecho, varios estudios han demostrado que la presencia de la familia puede mejorar la calidad de vida del paciente, reducir el estrés y la ansiedad, y fomentar una mayor colaboración entre los profesionales sanitarios y los familiares ²⁰⁻²².

Los familiares de pacientes críticos tienen necesidades específicas, como la necesidad de sentirse seguros, informados y cerca de su ser querido en la UCI. Por lo tanto, es fundamental que los profesionales sanitarios se centren en satisfacer estas necesidades. La enfermera que trabaja en la UCI debe prestar un cuidado holístico que contemple tanto al paciente como a su familia ^{23,24}. Esto significa que, además de proporcionar los cuidados médicos necesarios, los profesionales deben prestar atención a los aspectos emocionales y psicológicos de la familia tal y como postula Gadw ²⁵.

Para ofrecer un cuidado holístico, los profesionales sanitarios deben adoptar un enfoque más empático y humanizado. De hecho, algunos expertos afirman que el cuerpo debe ser tratado como un sujeto, como una persona con su propia subjetividad. En este sentido, la teoría de Watson ha contribuido a sensibilizar a los profesionales sobre la importancia de humanizar los cuidados y considerar al paciente como un ser humano completo, no solo como un conjunto de síntomas y enfermedades.

La teoría de Watson se basa en una orientación fenomenológica, existencial y espiritual y tiene como objetivo aportar un nuevo significado y dignidad al mundo de la enfermería y al cuidado del paciente ²⁶. A lo largo de sus publicaciones, se puede observar la evolución de su enfoque, comenzando por su primer libro publicado en 1979, en el que afirmaba la necesidad de ampliar el objetivo del cuidado más allá de los modelos científicos biomédicos tradicionales y enfocarlo en el cuidado humano.

Posteriormente, en su segunda obra publicada en 1985, Watson se centra en la clarificación de los conceptos filosóficos y conceptuales en la enfermería y en la importancia de preservar el concepto de persona en la ciencia de la enfermería para mejorar su contribución a la sociedad ²⁸. En su último trabajo publicado en 1999, Watson propone un modelo de prácticas de cuidado y curación que lleven a la medicina, a la enfermería y al público a ir más allá del enfoque de "curar cueste lo que cueste"²⁹.

Según Watson, la enfermería es un proceso humano intersubjetivo en el que se establece una relación de cuidado entre la enfermera y la persona que recibe el cuidado. En este sentido, *la teoría del cuidado humano o caring* de Watson implica una búsqueda de los aspectos espirituales de nuestro ser y nuestros enfoques de salud y curación. Para Watson, "el cuidado es la esencia de la enfermería" y "cada ser humano tiene derecho a ser tratado con dignidad y respeto".

La teoría de Watson se puede aplicar en diferentes contextos de atención sanitaria, como las unidades de cuidados intensivos o las unidades gerontológicas, y en poblaciones diversas, como los pacientes oncológicos, las personas con sida o los ancianos. De hecho, el enfoque holístico del cuidado es especialmente importante en estos casos, ya que se requiere una atención integral que aborde las necesidades de la persona en su totalidad.

En resumen, la teoría del cuidado humano de Watson se basa en un enfoque holístico del cuidado que la hace aplicable en múltiples contextos y poblaciones diversas, y que se centra en una visión integral de la persona para proporcionar una atención sanitaria de calidad y respetuosa con la dignidad y derechos de cada individuo ³⁰.

1.3 El cuidado desde la visión fenomenológica

Los seres vivos, incluyendo a los seres humanos, tienen una naturaleza instintiva que les impulsa a buscar el bienestar y evitar el sufrimiento. Este impulso está presente desde el primer momento de su existencia y se manifiesta en la lucha por mantenerse con vida, es decir, la conservación.

Sin embargo, aunque los seres vivos tienen una base genética que determina su dirección, los seres humanos tienen la capacidad de dirigir su vida hacia el bienestar y alejarse del dolor y del sufrimiento, gracias a su conciencia y capacidad de reflexión ^{31,32}.

Es precisamente esta capacidad de reflexión y cuidado lo que ha llevado a la profesión de enfermería a considerar el cuidado como un objeto de reflexión y trabajo. Los enfermeros y enfermeras, conscientes de que el cuidado no solo es una actitud intrínseca, sino también un conjunto de actos conscientes, han convertido esta labor en un espacio de humanización y acercamiento a la persona que requiere cuidados ³³.

La filosofía fenomenológica comenzó a ser más conocida gracias al movimiento liderado por Edmund Husserl a principios del siglo XX. Husserl trabajó arduamente para establecer la fenomenología como un movimiento filosófico riguroso, contrarrestando la tendencia de la filosofía moderna hacia el escepticismo y la subjetividad. La fenomenología busca estudiar los fenómenos tal y como aparecen a la conciencia, centrándose en la experiencia vivida del mundo y no en las explicaciones científicas o metafísicas. Para Husserl, la fenomenología es una "ciencia estricta" que busca la claridad y la evidencia en la descripción de la experiencia. A través de la fenomenología, se busca comprender la estructura subyacente de la conciencia y cómo ésta interactúa con el mundo. La fenomenología ha sido influyente en la filosofía, la psicología y otras disciplinas, y ha dado lugar a numerosas corrientes y escuelas de pensamiento en la filosofía continental ³⁴.

De esta manera, la fenomenología busca describir las vivencias de las personas en su realidad cotidiana, sin prejuicios ni presupuestos teóricos que condicionen la interpretación de los fenómenos.

En el ámbito de la enfermería, la fenomenología se ha convertido en un método de estudio fundamental para comprender la experiencia de los pacientes y su relación con su entorno. De esta forma, los enfermeros pueden entender mejor la realidad de sus pacientes y brindarles una atención más personalizada y efectiva ³⁵.

Martin Heidegger, un influyente filósofo y estudiante de Edmund Husserl, aborda la filosofía existencial y la fenomenología para analizar la relación entre el ser humano y su entorno socio-histórico. Heidegger sostiene que la dimensión fundamental de la conciencia

humana es histórica y sociocultural, y se expresa a través del lenguaje. La fenomenología es la clave para comprender la existencia humana, ya que permite descubrir las vivencias que no se muestran a simple vista. Heidegger considera que el sentido del ser es el eje central de su filosofía existencial, y su método para descubrirlo es a través de la fenomenología hermenéutica del ser o Dasein. El filósofo afirma que el ser solo puede ser interpretado desde una mirada ontológica, que busca lo oculto detrás de lo manifiesto y lo no comprendido enfáticamente. Según Heidegger, la existencia del ser no depende del entorno, sino que su naturaleza consiste en su propia existencia. Para el filósofo, la fenomenología es un medio importante para preservar las vivencias de la conciencia y explorar la esencia del ser ^{36,37}.

1.4 Humanización del cuidado al final de la vida

En estas unidades, se utilizan medidas agresivas de soporte vital, pero a veces estas no ofrecen expectativas razonables de mejora ni posibilidades reales de supervivencia ante una enfermedad incurable ³⁸. En estos casos, se debe evaluar la posibilidad de limitar el esfuerzo terapéutico (LET) para ofrecer al paciente una muerte más digna y tranquila. El LET implica la decisión de retirar o no instaurar una medida que solo contribuye a prolongar una situación clínica carente de mejora. En estos casos, la medicina intensiva y la paliativa deben complementarse para lograr el objetivo común de cuidado del paciente al final de la vida y el respeto por su dignidad ³⁹.

El cuidado de estos pacientes debe ser integral, personalizado y humanizado, pero a veces, la tecnología y la carga de funciones pueden desplazar los cuidados centrados en el paciente hacia una visión más tecnificada y menos humana. Esto puede convertir al profesional de enfermería en un "robot sofisticado" programado para la producción y obstaculizar el cuidado humanizado de los pacientes en LET en UCI. Por lo tanto, surge la interrogante acerca de cuáles son los factores que pueden llevar a la deshumanización en el cuidado de enfermería en estos pacientes ⁴⁰.

La toma de decisiones está basada en las predicciones clínicas sobre el pronóstico del paciente, lo que a veces puede resultar problemático, ya que los profesionales se basan en su propia experiencia o en estudios previos, y no existe una herramienta clara y única para

ayudar en la toma de decisiones ⁴¹. A su vez, los pacientes y sus familias pueden tener diferentes percepciones sobre lo que se considera una "buena muerte" ⁴².

Con base en lo expuesto, y en las problemáticas éticoclínicas actuales en relación con los cuidados de pacientes con LET en UCI, nace la interrogante acerca de cuáles son los factores que pueden llevar a la deshumanización en el cuidado de enfermería en estos pacientes.

La toma de decisiones en el cuidado crítico es un proceso complejo y difícil que involucra a profesionales de la salud, pacientes y sus familiares. En situaciones críticas, los pacientes pueden estar en una condición de salud donde no pueden tomar decisiones por sí mismos. Por lo tanto, los profesionales de la salud y los familiares se convierten en responsables de tomar decisiones en su nombre, y lo hacen basándose en el concepto del "mejor interés" o "mayor beneficio" del paciente ⁴³

El modelo de toma de decisiones compartida en el cuidado crítico difiere del modelo de consentimiento informado, donde los pacientes tienen la capacidad de tomar decisiones por sí mismos. En el modelo compartido, los profesionales de la salud facilitan información a los pacientes y sus familiares sobre las diferentes opciones de tratamiento disponibles, y luego trabajan en conjunto para tomar una decisión que sea adecuada para el paciente.

En este proceso de toma de decisiones, es importante que los profesionales de la salud evalúen el pronóstico del paciente según la mejor evidencia científica disponible y evalúen los riesgos y beneficios de las diferentes opciones de tratamiento. También es esencial involucrar a la enfermera responsable del paciente en este proceso, ya que pueden proporcionar información valiosa sobre los valores del paciente y su contexto sociofamiliar.

Además, la comunicación interdisciplinaria es crucial para asegurar una atención de calidad y satisfacción del paciente y la familia. El trabajo en equipo y la colaboración entre los diferentes profesionales de la salud involucrados en el cuidado del paciente es esencial para garantizar que se tomen las mejores decisiones ⁴⁴.

En situaciones conflictivas, se puede consultar con el Comité de Ética Asistencial, que puede proporcionar recomendaciones útiles para la toma de decisiones difíciles. En

general, no existe una "receta de cocina" para tomar decisiones en el cuidado crítico. En cambio, se debe aplicar un método deliberativo que involucre preguntas reflexivas para llegar a un consenso sobre lo que es más beneficioso para el paciente, con la participación activa del paciente y/o su familia o representantes ⁴⁵

2. Objetivos

2.1 Objetivo general

- Conocer, analizar y justificar la percepción de “humanización del cuidado” que comparte el personal de Enfermería. Incluyendo las propuestas de mejora para impulsar la salud de los pacientes bajo una visión holística.

2.2 Objetivos específicos

- Determinar las dificultades existentes que impiden brindar un cuidado humanizado en UCI.
- Conocer y definir la serie de cualidades de las que debe estar dotado el personal de Enfermería de la UCI para ofrecer un cuidado humanizado.
- Analizar la posibilidad de que los avances tecnológicos (biomédicos) interfieran y provoquen la deshumanización de cuidados en UCI.
- Conocer las propuestas de mejora que se puedan llevar a cabo a través de la percepción enfermera.

3. Justificación

La humanización en los cuidados de la salud es fundamental para promover y proteger la salud de los pacientes, curar enfermedades y garantizar un ambiente armonioso a nivel físico, emocional, social y espiritual. Para lograr esto, es necesario incorporar la dimensión de la dignidad y la humanidad del paciente en la atención médica, estableciendo una relación basada en la confianza y la empatía ⁵.

En este sentido, la enfermería tiene un papel crucial en la humanización de los cuidados en los servicios de Cuidados Intensivos (UCI), un ambiente propenso a errores y falta de atención a las necesidades emocionales del paciente. Es importante que el equipo de salud adopte un enfoque centrado en la persona, brindando una atención de calidad que tenga en cuenta las necesidades físicas, emocionales y psicológicas del paciente y su entorno.

Para lograr una atención de calidad centrada en la humanización, es necesario que el personal de salud reciba una formación continua en habilidades de comunicación, resolución de conflictos, manejo del estrés y gestión emocional. Asimismo, es importante fomentar la colaboración interdisciplinaria en el cuidado del paciente para abordar de manera integral todas sus necesidades ^{23,24}.

La humanización en las UCI no solo beneficia al paciente y su familia, sino también al personal de salud, ya que mejora su satisfacción laboral y disminuye el estrés asociado al trabajo en un ambiente de alta complejidad. Por ello, es fundamental que las instituciones de salud adopten políticas y programas que promuevan la humanización en las UCI y proporcionen los recursos necesarios para su implementación. En este contexto, se justifica la necesidad de contar con personal capacitado en habilidades emocionales y comunicativas, para así mejorar la calidad de atención en los servicios de cuidados intensivos ²⁰⁻²².

En resumen, la humanización en los cuidados de la salud implica una visión holística de la persona, que tiene en cuenta no solo su dimensión biológica, sino también su experiencia subjetiva y su entorno. Desde una perspectiva fenomenológica, esto implica adoptar un enfoque centrado en la persona, que se base en la relación entre el paciente y el personal de salud y que tenga en cuenta la experiencia subjetiva del paciente.

4. Material y método

A continuación, se explicará la metodología que se propone para llevar a cabo este proyecto de investigación.

4.1 Diseño

El diseño se trata de un estudio descriptivo fenomenológico de corte transversal, es decir, que se llevará a cabo en un determinado tiempo y momento. Se trata de un estudio fenomenológico donde se estudian las narraciones, experiencias y vivencias del personal de Enfermería mediante una metodología cualitativa. Se llevará a cabo mediante este tipo de metodología debido a la diversidad de problemas presentes de la humanización de cuidados que no pueden ser explicados desde una visión simplemente positivista, sino que, requieren de un enfoque holístico que permita tener una perspectiva más amplia para el análisis del problema.

4.2 Población y muestra

La muestra estará conformada por 70 profesionales de Enfermería, trabajadores de la UCI del Hospital Universitario Nuestra Señora de Candelaria, mientras no se alcance antes el punto de saturación. Es decir, punto en el cual se ha escuchado ya una cierta diversidad de ideas y con cada entrevista u observación adicional no aparecen ya otros elementos.

Se han establecido los siguientes criterios de exclusión e inclusión. Cuyo fin es determinar y especificar los resultados del estudio.

Criterios de inclusión:

- Personal de Enfermería que haya trabajado en Cuidados Intensivos un mínimo de siete meses.
- Personal de Enfermería que haya cumplimentado y firmado el Consentimiento Informado para proyecto de investigación.

Criterios de exclusión:

- Personal que no perezca al sector de Enfermería (médicos, auxiliares, celadores, personal de limpieza).
- Personal de Enfermería sin experiencia previa en Cuidados Intensivos. O que, cuyo tiempo trabajado en UCI sea inferior a siete meses.

4.3 Recogida de datos

Dados los objetivos propuestos y la metodología para conocer las percepciones de los Enfermeros acerca de la humanización de los cuidados. Se desarrolla la siguiente entrevista semiestructurada:

Objetivos	Entrevista semiestructurada
Conocer, analizar y justificar la percepción de “humanización del cuidado” que comparte el personal de Enfermería. Incluyendo las propuestas de mejora para impulsar la salud de los pacientes bajo una visión holística	1. ¿Conoces el significado de “Humanización de Cuidados?” 2. ¿Qué es la humanización desde una visión holística?
Determinar las dificultades existentes que impiden brindar un cuidado humanizado en UCI	3. ¿Consideras que existen dificultades que impiden o entorpecen el prestar un cuidado humanizado? Si es así, ¿cuáles son esas dificultades?
Conocer y definir la serie de cualidades de las que debe estar dotado en personal de Enfermería de la Uci para ofrecer un cuidado humanizado	4. A parte de formación específica. ¿Debe el personal de Enfermería de la UCI contar con una serie de cualidades para llevar a cabo un cuidado humanizado?
Analizar la posibilidad de que los avances tecnológicos (biomédicos) interfieran y provoquen la deshumanización de cuidados en UCI	5. A diferencia de otras unidades, en la UCI, es notorio el gran avance tecnológico. ¿Consideras que dicho avance interfiera en la deshumanización de los cuidados?
Conocer las propuestas de mejora que se puedan llevar a cabo a través de la percepción enfermera	6. ¿Crees que se pueden llegar a conseguir mejoras para poder brindar unos cuidados humanizados desde una visión holística?. Si es así, desde tu experiencia y punto de vista, ¿cuáles podrían ser?

Para dejar constancia de la entrevista semiestructurada, se grabará la misma mediante una grabadora de audio en formato mp3 previo Consentimiento Informado.

4.4 Análisis de datos

Se transcribirán de manera literal los resultados obtenidos de las entrevistas a través de Word. Se realizará un análisis, segmentación y codificación. Los datos obtenidos se dividirán en conceptos y categorías, para llevar a cabo una codificación axial que permitirá comprar los nuevos datos con las categorías resultantes de las anteriores comparaciones, cuyo fin será la elaboración y creación de una hipótesis. Finalmente, se concluye con la codificación selectiva que consiste en integrar las categorías para acotar el número de conceptos y la teoría en si misma.

El proceso de análisis, segmentación y codificación de las narraciones surgidas se reforzará mediante el programa informático NVivo10, el cual permite analizar y almacenar la información en categorías, favoreciendo así la elaboración de la teoría. Además, permite documentos en diferentes formatos, entre ellos, Word Office.

4.5 Consideraciones éticas

Para llevar a cabo el estudio se tendrán en cuenta las siguientes consideraciones éticas y legales:

- 1) Consentimiento informado: Es esencial que los participantes en el estudio comprendan claramente el propósito del estudio, los riesgos y beneficios potenciales, y que se les permita tomar una decisión informada sobre su participación. Es importante que se respete la autonomía de los participantes y que se obtenga su consentimiento informado antes de que se les incluya en el estudio. Lo que implica que se salvaguardará en todo momento la intimidad y confidencialidad de los entrevistados, mediante el uso de seudónimos. (ANEXO 3)
- 2) Confidencialidad y privacidad: Es importante proteger la privacidad de los participantes y mantener la confidencialidad de la información recopilada durante el estudio. Los investigadores deben asegurarse de que la información personal se almacene de manera segura y se proteja contra el acceso no autorizado. Reforzando el derecho a la intimidad y a la libre elección a través de la ley de

protección de datos. *Ley Orgánica 3/2018, de 5 de diciembre, de Protección de Datos Personales y garantía de los derechos digitales* ⁴⁶.

Basada en la declaración de Helsinki se tendrán en cuenta las siguientes consideraciones éticas:

- 3) Beneficencia y no maleficencia: Los investigadores deben considerar cuidadosamente los riesgos y beneficios potenciales del estudio para los participantes y la sociedad en general. Deben tomar medidas para minimizar cualquier posible daño y maximizar los beneficios para los participantes y la comunidad.
- 4) Equidad y justicia: Es importante asegurarse de que el estudio se realice de manera justa y equitativa, sin discriminación hacia ningún grupo de participantes. Los investigadores deben tomar medidas para garantizar que se incluyan participantes de diversos orígenes y que los resultados se apliquen de manera justa a todas las personas.
- 5) Integridad científica: Los investigadores deben seguir los estándares éticos y científicos aceptados para garantizar que la investigación sea confiable y válida. También deben ser transparentes en la presentación de los resultados y evitar cualquier conflicto de intereses ⁴⁷.

Además, se pedirá permiso vía carta oficial a la gerencia del HUNSC (ANEXO 1), a la supervisión de Enfermería de la UCI (ANEXO 2) y al comité de ética (ANEXO 4)

4.6 Cronograma

Meses del año 2023	Junio				Julio				Agosto				Septiembre				Octubre				Noviembre							
	Semanas	1	2	3	4	1	2	3	4	1	2	3	4	1	2	3	4	1	2	3	4	1	2	3	4			
Solicitud de permiso comité de ética	1	2	3	4																								
Solicitud de permisos a la gerencia del HUNSC					1	2	3	4																				
Solicitud de permisos a la supervisión de Enfermería del HUNSC									1	2	3	4																
Solicitud de permisos personal de Enfermería													1	2	3	4												
Comienzo de selección personal a entrevistar																	1	2	3	4								
Comienzo del proceso de entrevista																					1	2	3	4				

Meses del año 2024	Diciembre				Enero				Febrero		
	Semanas	1	2	3	4	1	2	3	4	1	2
Recolección de ideas	1	2	3	4							
Elaboración de conclusiones y resultados					1	2	3	4			
Elaboración de informe									1	2	3

4.7 Presupuesto

Concepto	Unidad demedida	Cantidad	Subtotal en €	Total
Gastos				
Personal Enfermería HUNSC	Personas	70	0,00	0,00
Transporte	Gasolina	50L	1,22€/L	61,00€
Papelería	Folios	200	0,02€/hoja	4,00€
Reprografía	Impreso de documentación y material de entrevista	500	0.03€/impresión	15,00€
Tecnología	Reproductor mp3 y grabadora de voz	1	50€	50,00€
Tecnología	Ordenador	1	500€	500,00€
Papelería	Bolígrafos, lápices grapas	50	20€	20€
TOTAL				650,00€

5. Bibliografía

1. Bermejo Humanizar la Asistencia Sanitaria Desclée De Brouwer. 2014;
2. Medicina basada en la afectividad Medicina Clínica. 1999;5:173–5.
3. Salud y derechos humanos [Internet]. Disponible en: <https://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/human-rights-and-health>
4. Baggio O. Significado de cuidado para profesional del equipo de enfermería. Revista Electronica de Enfermería. 2006;1(8):9–16.
5. Promover la vida. México: Interamericana McGraw-Hill. 2003.
6. Marriner Tomey A. Modelos Y Teorías En Enfermería. 5a ed. Elsevier Espana; 2002.
7. da Silva RC, Ferreira M de A. Rev Esc Enferm USP [Internet]. 2013;47(6):1325–32. Disponible en: <http://dx.doi.org/10.1590/S0080-623420130000600011>
8. Medeiros AC de, Siqueira HCH de, Zamberlan C, Cecagno D, Nunes SDS, Thurow MRB. Comprehensiveness and humanization of nursing care management in the Intensive Care Unit. Rev Esc Enferm USP [Internet]. 2016;50(5):816–22. Disponible en: <http://dx.doi.org/10.1590/S0080-623420160000600015>
9. Álvarez LNR, Triana Á. Percepción de comportamientos de cuidado humanizado de enfermería en la Clínica del Country. Av Enferm [Internet]. 2007;25(1):56–68. Disponible en: <http://www.revistas.unal.edu.co/index.php/avenferm/article/view/35901>
10. Velásquez PD, Arias VM, Aguilar GY. Percepción de los comportamientos de cuidado humanizado del personal de enfermería en la Clínica San José durante el segundo semestre del 2011 [tesis de pregrado]. [San José de Cúcuta]: Universidad Francisco de Paula Santander; 2012. Disponible en: <http://alejandria.ufps.edu.co/cgi-bin/koha/opac-detail.pl?biblionumber=32897>
11. Henriques SH. Competencias profesionales de los enfermeros para trabajar en Unidades de Cuidados Intensivos: una revisión integradora. Rev Latino-Am Enfermagem. 2012;20(4):499–503.
12. Vargas MP. Percepción de los comportamientos del cuidado de enfermería en la unidad de cuidados intensivos. Av Enferm [Internet]. 2011;29(1):97–108. Disponible en: <http://www.revistas.unal.edu.co/index.php/avenferm/article/view/35861>
13. Valderrama R, Valdivia AG. Tecnología, asistencial y el cuidado enfermero. Cuid Salud [Internet]. 2014;1(1):1-7. Disponible en: Disponible en: <http://eeplt.edu.pe/revista/index.php/Salud/article/view/17/16> .
14. Plan de Humanización de la Asistencia Sanitaria de 2016-2019. España. 2016;28.

15. Següel Palma Fredy, Valenzuela Sūazo Sandra, Sanhueza Alvarado Olivia. EL TRABAJO DEL PROFESIONAL DE ENFERMERÍA: REVISIÓN DE LA LITERATURA. Cienc. enferm. [Internet]. 2015 Ago 21(2): 11-20. Disponible en:http://www.scielo.cl/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0717-95532015000200002&lng=es
16. El-Masri MM, Fox-Wasylyshyn SM. Nurses' roles with families: perceptions of ICU nurses. Intensive Crit Care Nurs [Internet]. 2007;23(1):43–50. Disponible en: <http://dx.doi.org/10.1016/j.iccn.2006.07.003>
17. Verhaeghe S, Defloor T, Van Zuuren F, Duijnste M, Grypdonck M. The needs and experiences of family members of adult patients in an intensive care unit: a review of the literature. J Clin Nurs [Internet]. 2005;14(4):501–9. Disponible en: <http://dx.doi.org/10.1111/j.1365-2702.2004.01081.x>
18. Heater BS. Nursing responsibilities in changing visiting restrictions in the intensive care unit. Heart Lung. 1985;14(2):181–6.
19. Molter NC. Families are not visitors in the critical care unit. Dimens Crit Care Nurs [Internet]. 1994;13(1):2–3. Disponible en: <http://dx.doi.org/10.1097/00003465-199401000-00001>
20. Garrouste-Orgeas M, Philippart F, Timsit JF, Diaw F, Willems V, Tabah A, et al. Perceptions of a 24-hour visiting policy in the intensive care unit. Crit Care Med [Internet]. 2008;36(1):30–5. Disponible en: <http://dx.doi.org/10.1097/01.CCM.0000295310.29099.F8>
21. Brown AJ. Effect of family visits on the blood pressure and heart rate of patients in the coronary care unit. Heart Lung. 1976;5:291–6.
22. Davidson JE, Powers K, Hedayat KM, Tieszen M, Kon AA, Shepard E, et al. Clinical practice guidelines for support of the family in the patient-centered intensive care unit: American College of Critical Care Medicine Task Force 2004-2005. Crit Care Med [Internet]. 2007;35(2):605–22. Disponible en: <http://dx.doi.org/10.1097/01.CCM.0000254067.14607.EB>
23. Hughes F, Bryan K, Robbins I. Relatives' experiences of critical care. Nurs Crit Care [Internet]. 2005;10(1):23–30. Disponible en: <http://dx.doi.org/10.1111/j.1362-1017.2005.00091.x>
24. Lee LYK, Lau YL. Immediate needs of adult family members of adult intensive care patients in Hong Kong. J Clin Nurs [Internet]. 2003;12(4):490–500. Disponible en: <http://dx.doi.org/10.1046/j.1365-2702.2003.00743.x>
25. Gadow S. Touch and technology: Two paradigms of patient care. J Relig Health [Internet]. 1984;23(1):63–9. Disponible en: <http://dx.doi.org/10.1007/bf00999900>

26. Marriner A, Raile M. Modelos y teorías en enfermería. Elsevier Science; 2005.
27. Watson J. Nursing: The philosophy and science of caring. University Press of Colorado; 1985.
28. J. Watson. Filosofía y teoría de los cuidados humanos en enfermería de Watson. Modelos conceptuales de enfermería, pp. 179-192
29. J. Watson. Postmodern nursing and beyond. Churchill Livingstone, (1999),
30. Watson J. Nursing human science and human care. A theory of nursing. National League for Nursing. 1988;
31. Medina Araújo B. Cuidado de sí, una visión ontológica. Fermentario [Perspectivas contemporáneas del cuidado de sí. 2009.
32. Ortega y Gasset J. ¿Qué es la filosofía? Madrid: Espasa Calpe; 2007.
33. Begrich A. El encuentro con el otro según la ética de Levinas. Teología y cultura. 2007;4(7):71–81.
34. DARTIGUES, A. (2003) O que é fenomenologia. São Paulo: Moraes.
35. Freitas GF, Merighi M, Fernandes M. La interface entre la fenomenología y el cuidado de enfermería. Index de Enfermería. 2007;16(58):55–8.
36. Garcia, A. (2000). Introducción a la fenomenología de Edmund Husserl. *Revista de ciencias humanas*, 22. Disponible en <http://www.utp.edu.co/~chumanas/revistas/revistas/rev22/garcia.htm>
37. Heidegger M. Mi camino en la fenomenología. En: Tiempo y ser. Madrid: Tecnos. 2003;1–7.
38. Ryan L, Seymour J. Death and dying in intensive care: Emotional labour of nurses. *End Life J*. 2013;3(2):1–9.
39. Lorda SP, López EM, Sagrario M, Cruz M. Limitación del esfuerzo terapéutico en cuidados intensivos: recomendaciones para la elaboración de protocolos (en línea). Junta de Andalucía Consejería de Igualdad, Salud y Políticas Sociales. 2014;10.
40. Falcó-Pegueroles A. La enfermera frente a la limitación del tratamiento de soporte vital en las Unidades de Cuidados Intensivos. *Enferm Intensiva*. 2009;20(3):104–9.
41. Cook D, Ricker G. Dying with dignity in the intensive care unit. *N Engl J Med*. 2014;370(26):2506–14.
42. Luce J. End-of-life Decision Making in The Intensive Care Unit University of California San Francisco, and San Francisco General Hospital, San Francisco California. *Am J Respir Crit Care Med*. 2010;182(11).

43. Falco A. La enfermera frente a la limitación del tratamiento de soporte vital en las Unidades de Cuidados Intensivos. Aspectos técnicos y prácticos a considerar. *Enferm Intensiva*. 2009;20(3):104–9.
44. Luce J. End-of-life. Decision Making in The Intensive Care Unit University of California San Francisco, and San Francisco General Hospital. *Am J Respir Crit Care Med*. 2010;182(11).
45. Center H. Guidelines on the termination of treatment and the care of the dying. Briarcliff Manor, NY; 1987.
46. BOE-A-2018-16673 Ley Orgánica 3/2018, de 5 de diciembre, de Protección de Datos Personales y garantía de los derechos digitales [Internet]. Boe.es. Available from: <https://www.boe.es/buscar/act.php?id=BOE-A-2018-16673>
47. Declaración de Helsinki de la AMM – Principios éticos para las investigaciones médicas en seres humanos [Internet]. Wma.net. Available from: <https://www.wma.net/es/polices-post/declaracion-de-helsinki-de-la-amm-principios-eticos-para-las-investigaciones-medicas-en-seres-humanos/>

6. Anexos

6.1 Solicitud gerencia hospital. Anexo 1



Estimado/a Gerente del Hospital,

Me dirijo a usted en calidad de investigadora en Enfermería para solicitar permiso para llevar a cabo un estudio de investigación en la unidad de cuidados intensivos del hospital, con el objetivo de investigar los efectos de los cuidados humanizados en la recuperación de los pacientes.

El estudio que tengo en mente busca evaluar el impacto de un enfoque centrado en el paciente en la atención de los pacientes en la UCI. Es sabido que la estadía en la UCI puede ser una experiencia traumática para los pacientes, ya que pueden sentirse aislados y desconectados de sus seres queridos, lo que puede afectar su recuperación. Es por eso que este estudio se centrará en proporcionar atención centrada en el paciente y enfocada en brindar un cuidado más humano y personalizado, que incluya una mayor participación de la familia y amigos en el proceso de recuperación del paciente.

Para llevar a cabo este estudio, necesitamos la colaboración del personal de Enfermería de la unidad de cuidados intensivos. Solicitamos su permiso para acceder a la unidad de cuidados intensivos y llevar a cabo el estudio durante un período determinado de tiempo. Además, garantizamos que todos los profesionales que participen en el estudio serán informados de los objetivos y los procedimientos del mismo, y se les solicitará su consentimiento informado para su participación en el estudio.

Es importante destacar que los resultados de este estudio tienen el potencial de mejorar la calidad de la atención enfermera brindada a los pacientes de la UCI, lo que puede tener un impacto positivo en su recuperación. Por lo tanto, le solicito amablemente que considere nuestra solicitud de permiso para llevar a cabo este estudio.

Agradezco de antemano su atención y espero tener la oportunidad de colaborar con usted en la mejora de la calidad de atención de los pacientes en la UCI.

Atentamente,

[Nombre y firma]

6.2 Solicitud supervisión de Enfermería. Anexo 2



Estimado/a Supervisor/a de Enfermería,

Me dirijo a usted para solicitar su permiso para llevar a cabo un estudio de investigación sobre la humanización del cuidado en la unidad de cuidados intensivos del hospital, con el objetivo de evaluar la calidad de los cuidados brindados por el personal de Enfermería.

Como Enfermera, estoy comprometida con la mejora continua de la atención médica brindada a los pacientes. Este estudio tiene como objetivo evaluar la calidad de los cuidados humanizados en la unidad de cuidados intensivos, y cómo esto puede afectar la experiencia de los pacientes y sus familias.

En este sentido, solicito su permiso para llevar a cabo este estudio en la unidad de cuidados intensivos durante un período de tiempo determinado. Durante el estudio, se entrevistará al personal de Enfermería de la unidad de cuidados intensivos para conocer su percepción sobre los cuidados humanizados brindados a los pacientes críticos. Además, se analizarán las respuestas para determinar el impacto de los cuidados humanizados en la calidad de atención brindada a los pacientes críticos.

Es importante destacar que los resultados de este estudio pueden mejorar la calidad de atención médica brindada a los pacientes en la unidad de cuidados intensivos y contribuir a la satisfacción del personal de enfermería. Por lo tanto, le solicito amablemente su permiso para llevar a cabo este estudio y su colaboración en la realización de este proyecto.

Agradezco de antemano su atención y espero tener la oportunidad de colaborar con usted en la mejora de la atención de los pacientes críticos.

Atentamente,

[Nombre y firma]

6.3 Permiso de confidencialidad. Anexo 3



Compromiso de confidencialidad

El siguiente acuerdo de confidencialidad tiene por objetivo garantizar la privacidad y confidencialidad de los datos e información recolectados en el estudio de investigación sobre el cuidado humanizado en la unidad de cuidados intensivos del hospital.

Declaraciones:

1. La persona que suscribe este acuerdo, en adelante denominado/a "participante", se compromete a mantener en secreto toda la información y datos obtenidos en el estudio de investigación sobre el cuidado humanizado en la unidad de cuidados intensivos del hospital.
2. El participante entiende que toda la información y datos recolectados son confidenciales y están protegidos por leyes y regulaciones de privacidad y seguridad de datos.
3. El participante reconoce que cualquier violación de este acuerdo de confidencialidad puede ocasionar daños irreparables al estudio de investigación, así como al hospital y a los pacientes y sus familias.

Compromisos:

1. El participante se compromete a mantener toda la información y datos obtenidos durante el estudio de investigación en la más estricta confidencialidad.
2. El participante se compromete a no compartir o divulgar la información y datos obtenidos con ninguna otra persona o entidad, a menos que haya obtenido el consentimiento expreso y por escrito del equipo de investigación o se le permita hacerlo por ley.
3. El participante se compromete a no copiar o hacer una reproducción no autorizada de la información y datos obtenidos durante el estudio de investigación.
4. El participante se compromete a proteger la privacidad y confidencialidad de los pacientes, sus familias y del personal de enfermería del hospital.
5. El participante se compromete a informar inmediatamente al equipo de investigación sobre cualquier violación o sospecha de violación de este acuerdo de confidencialidad.
6. Duración del Acuerdo Este acuerdo de confidencialidad entra en vigencia desde la fecha de su firma y permanecerá en efecto durante el período de tiempo que dure el estudio de investigación y hasta que se cumpla con todas las obligaciones y requerimientos relacionados con la confidencialidad y privacidad de los datos e información recolectados durante el estudio.
7. Firma del Participante

Al firmar este acuerdo, el participante acepta y se compromete a cumplir con todas las condiciones y términos establecidos en este acuerdo de confidencialidad.

1. Nombre completo: _____

2. Firma: _____

3. Fecha: _____

6.4 Solicitud comité de ética. Anexo 4

COMITÉ DE ÉTICA DE LA INVESTIGACIÓN
Complejo Hospitalario Universitario de Canarias
(Provincia de S/c de Tenerife)
Edificio de Actividades Ambulatorias, Planta -2
C/Ofra s/n 38320 La Laguna Santa Cruz de Tenerife

SOLICITUD DE EVALUACIÓN DEL ESTUDIO POR EL CEIm

Código:
Investigador Principal:
Título:

En este estudio participaran como investigadores colaboradores:

(Añadir otro tipo de información que se considere relevante para la evaluación por parte del CEIm)

Se adjunta protocolo para su evaluación.

La Laguna, a de de

Fdo:
Investigador Principal

Para envío de la documentación en digital
DATOS DE CONTACTO:
ceticohuc.scs@gobiernodecanarias.org