



**LA HUMANIZACIÓN DE LOS CUIDADOS DE ENFERMERÍA
INTENSIVA: LA POSICIÓN DE LAS ENFERMERAS DE UCI FRENTE
AL ASPECTO HUMANO DEL CUIDADO INTENSIVO**

Jorge Raúl Oliva Mederos

Grado en Enfermería

Tutora: Hipólito Delgado

Facultad de Ciencias de la Salud: Sección de Medicina, Enfermería y Fisioterapia.
Sede de La Laguna, Tenerife.

Universidad de La Laguna

2017

ÍNDICE

1. INTRODUCCIÓN.....	1
1.1 La humanización de los cuidados y la obra de Watson.....	1
1.2 Los cuidados intensivos.....	2
1.3 La tecnología y la deshumanización del sistema.....	3
1.4 Las características de la humanización.....	5
1.5 La experiencia en la unidad de cuidados intensivos.....	8
1.6 La actualidad de la humanización.....	13
2. JUSTIFICACIÓN.....	16
3. OBJETIVOS.....	17
3.1 Objetivo General.....	17
3.2 Objetivos específicos.....	17
4. METODOLOGÍA DEL PROYECTO.....	18
4.1 Método de recogida de datos.....	18
4.2 Población diana.....	19
4.3 Población de estudio.....	19
4.4 Variables incorporadas.....	19
4.5 Análisis de los resultados.....	20
4.6 Ética del proyecto.....	20
5. REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS.....	21
6. BIBLIOGRAFÍA CONSULTADA.....	23
7. ANEXOS.....	24
7.1 Anexo I.....	24
7.2 Anexo II.....	26
7.3 Anexo III.....	26
7.4 Anexo IV.....	27
7.5 Anexo V.....	28

Resumen

La humanización de los cuidados de enfermería es el reto actual en el mundo sanitario, sobre todo en aquellas unidades donde el dominio de la tecnología y la técnica propia del enfermero se aprecia de forma vital. Este es el caso de las unidades de cuidados intensivos (UCI), donde el empleo tecnológico y técnico garantiza una mejor estabilización del paciente crítico, pero a cuanto más nos acercamos a este aspecto, más nos parecemos alejar del aspecto humano del cuidado intensivo. Es un reto aún mayor para las enfermeras de este ámbito.

Por ello, proponemos este proyecto de investigación, con el fin de averiguar cuál es la perspectiva de la realidad de los profesionales que llevan a cabo el cuidado intensivo, los cuales ya tengan experiencia en este campo, sobre sus actitudes y conceptos de humanización, y conocer si ellos mismos creen que es una realidad muy lejana o una posibilidad muy enriquecedora para los fundamentos del cuidado enfermero intensivo, saber si es una posibilidad o una imposibilidad en las condiciones actuales.

Palabras clave

UCI, Humanización de los Cuidados, Enfermería, Unidad de Cuidados Intensivos.

Abstract

The humanization of nursing cares is the most recent challenge in the world of health care, most likely in those units where the technology aspect and the technique related to nurses are close to be completely dominant. This is the case of the Intensive Care Units (ICU), where the use of the technology and technique guarantees a better stabilization of critical patients, but the more we get closer to this aspect, the more we go far away from the human aspect of intensive care. This is even a bigger challenge for nurses in these units.

For this, we are proposing this investigation project, with the objective of getting the perspective from professionals, those that deliver the intensive care, those who are experienced on it, about the attitudes and basics of humanization, and to know if themselves believe this is not a real thing or is a huge possibility for the foundations of nursing intensive care, to know if this is a possibility or it is impossible in today's conditions.

Keywords

ICU, Humanization of care, Nursing, Intensive Care Unit.

1. Introducción

1.1 La humanización de los cuidados y la humanización de Watson

El concepto de cuidados humanizados comenzó a ser resurgido y discutido durante los años 70, en los que la profesora de enfermería Margaret Jean Harman Watson comienza a elaborar su teoría del cuidado humano¹, defendiéndola progresivamente en sus publicaciones. Recientemente, su concepto ha vuelto a surgir de nuevo desde la perspectiva de la necesidad y el de ser un desafío para la enfermería.

En sus teorías, sostiene que “ante el riesgo de deshumanización en el cuidado del paciente, a causa de la gran reestructuración administrativa de la mayoría de los sistemas de cuidado de salud en el mundo, se hace necesario el rescate del aspecto humano, espiritual y transpersonal, en la práctica clínica, administrativa, educativa y de investigación por parte de los profesionales en el campo de la enfermería”²

La enfermería es la ciencia del cuidado, que basa sus principios en la promoción de la salud, la prevención de la enfermedad, y en los valores humanos que debemos proteger mediante intervenciones profesionales, programadas y con la suficiente evidencia científica como para que su aplicación cumpla un rendimiento y con unos resultados delimitados al final de la prestación de cuidados.

Por otra parte, para Watson la humanización de los cuidados es un acercamiento de la enfermería a los aspectos emocionales, afectivos y “transpersonales” a través de las actividades de enfermería, el dialogo, la resolución de problemas y el desarrollo de la empatía¹.

Jean Watson considera que el estudio de las humanidades expande la mente e incrementa la capacidad de pensar y el desarrollo personal, por lo tanto, es pionera de la integración de las humanidades, las artes y las ciencias. A través de su pensamiento y basándose en las teorías filosóficas de otros profesionales, entre ellos el trabajo de Nightingale (enfermera), Henderson, Hall, Leininger (antropólogas y enfermeras), Hegel (filósofa), Kierkegaard (filósofa y teóloga), Gadw (naturalista) y Yalom (psiquiatra), elabora su “teoría del cuidado humano”.²

En los últimos años, el desarrollo técnico de la enfermería ha sido exponencial, mostrando evidencias de mejoría en la prevención de complicaciones potenciales, problemas interdisciplinarios y fallos en la técnica diaria.

1.2 Los cuidados intensivos

En el sentido técnico, todo parece correcto respecto a la enfermería. Pero, en otro aspecto, en el aspecto humano, perdemos puntos de referencia cuanto mayor desarrollo tecnológico logramos, según demuestran las reacciones de nuestros pacientes. Apostamos por un sistema de salud que tiene como objetivo central y rige su estructura por el centro, que es el paciente, persona objetivo de nuestros cuidados, pero no centramos la tecnología y la técnica en él, sino que se desarrolla a partir de ella misma.

Este problema se plantea notablemente en las unidades de cuidados críticos, donde la prevalencia de técnica y equipo informatizado, necesario para la estabilización de un paciente, que trabaja en un silencio cauteloso, es mayor que la de un trato enfermero-paciente, y mayor que una comunicación entre ellos. La humanización de los cuidados vuelve a ser un tema del que hablar y plantear actividades. En mayor o en menor grado, se pueden visualizar intervenciones en las unidades de cuidados críticos que reflejan una preocupación por este aspecto: visitas con horarios más flexibles, decoración de la unidad para un mejor aspecto visual, sesiones de reunión con la familia, entre otras.

Durante las fechas 4 Y 5 de noviembre de 2016 se realizan las jornadas del congreso de enfermería en el Aula Magna del campus de Guajara de la Universidad de La Laguna, abordando la humanización de los cuidados de enfermería como tema principal, este aspecto que parece tan alejado en la realidad actual en las unidades de cuidados críticos, vuelve a resurgir como un planteamiento profesional.

Pero, hemos de confirmar que las profesionales del cuidado, las enfermeras, se encuentran en una actitud de cambio, que conocen las iniciativas y que se encuentran en una posición de aceptación y de darle importancia a la humanización de los cuidados.

1.3 La tecnología y deshumanización del sistema

“La lamentación por la deshumanización es una cuestión universal y que se refiere no sólo al ámbito de la salud, sino a la complejidad de realidades que afectan a la vida humana.”. Nuestra vida, según la obra de Bermejo, con la informatización y maquinación de nuestro día a día, nos vamos alejando de nuestra propia humanidad, mecanizando nuestros sentimientos, acciones y actitudes ante la vida.³

En el año 2013, la frase *too posh to wash* (demasiado elegante para limpiar) salía de forma oficial en *DAILYMAIL NEWS* del Reino Unido, donde daban la noticia de que la nueva promoción de enfermería, la que ha sido orientada para establecer una buena formación y prestigio a esta, es, literalmente “demasiado elegante para limpiar”. Estudiantes de enfermería en prácticas que se niegan a limpiar vómitos y fluidos por estar estudiando una carrera, según ellos. Personas que consideran que realizar tales actos orientados al bienestar de la persona es incorrecto y que no corresponde con su profesionalidad. Ante tal situación, el ministerio de sanidad del Reino Unido ordena a los estudiantes devuelta al ejercicio de cuidados básicos para mejorar su compasión al paciente.⁴

Las instituciones sanitarias han dedicado una parte de sus esfuerzos en el análisis y evaluación de la calidad asistencial que ellos mismos ofrecen a sus pacientes. Pero, para hablar de una calidad asistencial bien ofrecida, siempre se ha de tener en cuenta a la persona que los recibe, es decir, hemos de tener en cuenta la satisfacción y percepción de la persona atendida y también de sus familiares, que poseen un rol muy importante en el proceso de salud.⁵

Lo profesional es tener conciencia de que somos una ciencia humana, que claramente debe regirse por la lógica y la evidencia más clara frente a un problema, pero que también ha de tener en cuenta el factor humano, que añade toda la importancia al desarrollo de la calidad asistencial.⁵

Debemos olvidar la idea de fomentar únicamente el desarrollo tecnológico de las ciencias de la salud para centrarnos en el aspecto humano de nuestro trabajo. Debemos de dejar de tratar al paciente como un número y tener en cuenta las dimensiones que aborda. No exclusivamente se trata del tipo de comida que ha comido, ni de lo bien que ha ido la intervención, también se ha de tener en cuenta, en la calidad asistencial, el trato que ha recibido por parte del personal sanitario acorde a sus problemas, las intervenciones para solucionarlo, prevención de malestar, entre otras.²

Hemos estado olvidando poco a poco que la Humanidad nos necesita siendo humanos, no solamente puros científicos, máquinas de realizar diagnósticos, objetivos y actividades. Para cuidar, hay que acceder a ser de lo que formamos parte, y reconocer que sin la ayuda de nuestra parte más humana, no podremos realizar lo que verdaderamente implica el cuidar “transpersonalmente”¹.

Nos hemos ido alejando de la idea de la humanización de los cuidados, mecanizando las tareas y las actividades de enfermería. Esto ha provocado un cambio en la percepción de la calidad de nuestra labor y un cambio en los resultados y, sobretodo, una realidad en donde algunos profesionales de enfermería no poseen las actitudes necesarias para afrontar las situaciones más conflictivas desde el campo global del paciente.³

Hay muchos factores que influyen en la deshumanización y que se han vuelto más visibles en la sociedad sanitaria actual.⁸

- Aspectos organizacionales y estructurales: estos aspectos condicionan la situación laboral de un hospital y, sobretodo, de un servicio especial. Los entornos hospitalarios están diseñados para una función consolidada en un todo, no de forma personalizada para cada individuo al que se le asiste. Es la entidad la que determina la forma de actuar y ello marca diferencias entre lo requerido y ofrecido.
- Proceso de ingreso: la dinámica está predeterminada, ajustando unos patrones de actuación, unas relaciones nuevas y cohibiendo otras en su estado previo al ingreso. El paciente pierde su identidad y van a ser otros los que determinen sus experiencias.
- La cultura del trabajo de enfermería: la gran demanda sanitaria de nuestro tiempo hace que los profesionales suframos y seamos la representación más notable del síndrome de “*Burnout*” (quemarse por el trabajo). Con el paso del tiempo, los pacientes son considerados una carga, una estadística a mejorar, e impide el empleo de la máxima calidad en los cuidados. “Las famosas listas de espera, mal endémico, cuyos gestores no saben dar con la solución eficaz que acabe con el problema. La mala gestión de las diversas unidades como consecuencia de la diversidad de especialidades.”⁸

- Los propios profesionales: “Bien es verdad que no es únicamente su responsabilidad, pero es tal la rutina en la que nos movemos que nos parece que no podemos cambiar las diversas situaciones”⁷. No hay tiempo para medir cualitativamente las situaciones, los aspectos psicológicos, espirituales y personales de cada persona y quedan atrás, quedando absorbidos por la técnica, los procedimientos, los resultados clínicos, sobretodo, lo que se evalúa.⁸
- Falta de herramientas para favorecer los aspectos menos tangibles de las personas.: la falta de herramientas comunicativas en muchas situaciones y tener técnicas de afrontamiento para situaciones conflictivas hace que tengamos menor consideración y empatía con las personas a nuestro cargo.
- Aspectos sociales y culturales: “La población actual de nuestra sociedad demanda los avances científicos y técnicos porque cree que eso es lo que les va a salvar de su dolencia, va a hacer el milagro de curarles, va a restituirles su anterior estado de salud, porque es la propia sociedad quien determina cómo se debe vivir, cómo se debe ser, cómo se debe aparentar. Ha forjado el modelo de individuo a costa de cargarse cualidades fundamentales del ser humano.”⁸

1.4 Las características de la humanización

En la obra de Bermejo, director del Centro San Camilo y del Centro de Humanización de la Salud, en Madrid. Se establecen los valores que el personal de enfermería debe reunir con el fin de realizar una buena praxis de los cuidados, y con el objetivo de establecer lo que él llama una “relación de ayuda”.⁵

- 1- Empatía: “Ser capaz de adoptar el punto de vista del enfermo y su marco de diferencia, de ver las cosas desde su punto de vista para captar el impacto que tienen sobre él, de comprenderlo y hacerle experimentar que nuestra comprensión se ajusta a su experiencia” como bien expresa Bermejo en su obra “Humanizar la Salud”.
- 2- Autenticidad y congruencia: Una relación de lo que somos por dentro como personas, y lo que enseñamos y practicamos como profesionales.

- 3- Respeto: valorar la dignidad de la persona cuidada. Nos puede permitir averiguar sus valores más significativos y tomar medidas para no afectarlos.
- 4- Comprensión: entender a la persona y qué es lo que le sucede según su perspectiva.
- 5- Solidaridad: “Con las personas que sufren, con las instituciones y sus proyectos, con la mejora de la salud y el entorno de las personas. Con la misma profesión.”³
- 6- Tolerancia: ante toda persona que requiera de nuestros servicios, sin ningún tipo de actitud selectiva ni marginación ante cualquier aspecto de nuestros pacientes.
- 7- Altruismo: actuar siempre en beneficio de nuestro paciente de forma incondicional.
- 8- Moderación: saber medir el grado de intensidad de nuestras actividades y cuando aplazar nuestras intervenciones.
- 9- Equidad: no tener preferencias en nuestra labor a no ser que sea necesario por el estado del paciente y aceptar la importancia de todos por igual.
- 10- No violencia: nunca recurrir a actos violentos ante ninguna situación.

Debemos cumplir en nuestra labor con estos requisitos. Esto se demuestra en el día a día en los entornos sanitarios con los aumentos del nivel de ansiedad, de dolor, de miedo, que provoca un ingreso, una prueba desconocida, una actuación sin explicación o sin empatía, etc. Un profesional de enfermería debe de estar preparado para afrontar este tipo de situaciones y contar con los recursos necesarios para realizar el cuidado humano de la persona, que se verá envuelta en una serie de problemas que deben ser orientados no desde el punto de vista de la enfermedad, sino del enfermo, ya que “cada persona es única y maravillosa.”⁵

Todos estos valores de humanización pueden, tanto como las actividades más desarrolladas a día de hoy, ser planificadas y programadas, dando mayor valor a dicha labor y orientando una serie de recursos que se utilizarán de forma gradual a medida que se vayan requiriendo de su uso. Esto se denomina “Plan de Acogida de Acompañamiento”⁵, dirigido a la reducción o desaparición de la ansiedad, evitando los efectos perjudiciales de esta y aumentando la calidad de los cuidados con mejores resultados.

Para realizar este “Plan de Acogida y Acompañamiento”, hemos de reunir, como profesionales de la salud, ciertas actitudes y valores correlacionados, orientados a entender la situación que es ajena a nosotros, y para la cual hemos de analizar la actuación necesaria y pertinente, y asegurar que la actuación ayudará a la persona que estamos atendiendo.⁵

Una herramienta muy necesaria para la humanización de los cuidados es la herramienta de la comunicación. La comunicación nos proporciona la información necesaria para extraer la raíz de los problemas que abordaremos por medio de nuestras intervenciones. Es por ello que el poder desarrollar una comunicación eficaz y empática se hace tan imprescindible para llegar a cabo la humanización de los cuidados.³

Un enfermero con unas buenas herramientas comunicativas y con un buen uso de la empatía puede conseguir grandes progresos en la disminución de la ansiedad del paciente⁴ y de su percepción positiva sobre el entorno sanitario. Es por ello que debemos desarrollar este tipo de técnicas por encima de las ya formalizadas y especializadas con protocolos y un sinnúmero de evidencias bibliográficas.³

Siempre hemos conseguido a través de los medios necesarios prevenir las infecciones, dehiscencias de heridas, complicaciones neurológicas, cardiológicas. Pero hemos dejado atrás otras cosas muy influyentes y que están en nuestra mano: ¿Dónde han quedado las complicaciones emocionales, y afectivas que supone un ingreso hospitalario, o una técnica invasiva?

Solamente reconocemos actualmente la salud fisiológica y psicológica de la persona, sino la salud de las relaciones, la salud de los valores interiores, la salud de los sentimientos, de la autopercepción, y todas las saludes en todos sus campos.³

“Humanizar es un proceso del individuo y de la colectividad de hacer digno de la condición humana cuanto se vive. Aplicado al mundo de la salud el compromiso por humanizar pasa por el ámbito político, donde se marcan los modos de proteger a las personas, de prevenir la dependencia, la exclusión, así como de afrontarla. Pasa también por el ámbito jurídico, donde se marcan límites de protección y defensa de la vulnerabilidad humana. Pasa asimismo por el ámbito de las decisiones éticas y del afrontamiento de los conflictos y la modalidad como se resuelven. Humanizar pasa por el estilo asistencial y de desarrollo de los programas y servicios de protección social, por el talento y el modo como se atiende a las personas necesitadas de la profesionalidad de otros.”³

Todas estas afirmaciones de la obra de Bermejo nos hacen reflexionar como profesionales de la salud si las actuaciones que normalmente realizamos en las jornadas de trabajo están bien orientadas a una mejoría real de la calidad asistencial en su totalidad, sino simplemente a la parte más objetivable y científica, olvidándose del ser de la ciencia más humana que existe: el cuidado al ser humano.

Es por ello, que se nos plantea la cuestión: ¿Está realmente la enfermería de la actualidad orientando los recursos de forma humanizada? Teniendo en cuenta el factor humano, y las condiciones que se necesitan para hacerlo: ¿Cuentan realmente los profesionales con el nivel necesario para convertir la enfermería una ciencia humana centrada en un campo total?

Siempre se han sentado estas bases de trabajo, pero la duda es: ¿Se puede realmente llevar a práctica esos conocimientos teóricos a la vida real de un enfermero hoy en día?

1.5 La experiencia en la unidad de cuidados intensivos

En la actualidad de la enfermería en la que trabajamos el modelo mayormente implantado en el entorno hospitalario es el modelo bio-médico: el cuerpo humano es una máquina y el médico junto con otras disciplinas es el mecánico que lo repara. Alejados del aspecto más humano, debemos reunir de nuevo las características que componen un cuidado que cubre todos los campos.

En una unidad de críticos la técnica ha sido desarrollada a sus máximos esplendores. Es la unidad especial donde priman los protocolos y materiales más preparados para un cuidado clínico y especializado.

Según el estudio publicado por María del Carmen Solano, doctora en enfermería: dentro de los sentimientos causados en una unidad de críticos se encontraban: aceptación del ingreso, negatividad absoluta, confianza en el profesional y en la tecnología, sensación de muerte próxima, asociación de experiencias de seres cercanos en la UCI, entre otras⁵. Si comparamos esto con lo mencionado anteriormente, vemos la importante relevancia de las habilidades comunicativas y empáticas.

Las sensaciones que mostraban los pacientes se registraron como: percepción de total invalidez, búsqueda de justificación de la enfermedad, evocación de recuerdos, añoranza de los familiares, la detención del tiempo, esperanza sobre la recuperación, reflexión sobre la muerte, sentimientos de soledad y el aburrimiento.⁶

Debido a estas sensaciones experimentadas generalmente por todos los pacientes, se hace necesaria la capacidad de desarrollar respuestas humanas antes estas situaciones que demandan de nosotros actividades que sean aplicables y viables a una solución, dada la condición crítica que experimentan.

Una de las causas comunes también de la deshumanización de los cuidados es el hecho de tratar con pacientes sedados, con la creencia que debemos prescindir de ellos o de que estos son imposibles de llevar a cabo debido a que el paciente no está consciente. Pero lo correcto es pensar continuamente en un análisis holístico de la persona y velar por las necesidades más allá que por sus demandas propias.

Por la población, las palabras “unidad de coronarias”, “médico quirúrgicas” o “UVI”, cuando son escuchadas, ya se reconocen como motivos de estrés frente a un proceso de salud. La amenaza vital que implica el ingreso en ella, la separación de los suyos, el lenguaje incomprensible, el miedo a los procedimientos invasivos, pronósticos y diagnósticos. La pérdida de independencia, de comprensión, de sus compañías, y de sus autocuidados, hace que una experiencia en este tipo de unidades se vuelva todo lo contrario a positiva.⁶

Los pacientes viven durante un periodo de tiempo, a veces bastante largo, en un ambiente sin luz solar, lleno de luces artificiales, alarmas, en una habitación circular, con tecnología invasiva preparada para situaciones serias de cuestión vital, y personal muy técnico y especializado, y viven una serie de procedimientos invasivos que se vuelven rutina en la mayoría de los casos, con lo que la UCI se vuelve de los entornos hospitalarios posiblemente más peligrosos, tensos y traumáticos para la persona.

Para el personal de enfermería que labora en las unidades de cuidados intensivos (UCI) debe quedar claro que la experiencia vivida por estos pacientes en situación crítica depende de la ansiedad y la angustia albergada, la cual queda influenciada por experiencias anteriores, tal como ocurre en un proceso de quirófano⁷: cultura, temores a la muerte y las necesidades de sus personas más cercanas, sumada a la fuerte sensación de impotencia que experimentan ante una situación amenazante sobre la que no se tiene ningún control y se depende de otros para el éxito en el proceso. Esto lleva a que el cuidado profesional de enfermería identifique esas respuestas humanas frente a este proceso, siempre dentro de la fundamentación científica y avances tecnológicos para ofrecer cuidados.

Tenemos que convertirnos en una persona que tranquilice y cuide de forma humana a nuestro paciente, hacer que se evada de todo el estrés que tiene alrededor. Un

espacio agradable en medio de todos los aspectos estresantes y poco cálidos mencionados anteriormente.³

Con esto conseguiremos un ambiente que implique al paciente y lo más favorable posible para su mejoría, tanto emocional como fisiológica, consiguiendo una probable y notable reducción de la estancia media y una mejora en nuestra calidad de trabajo.

La familia tiene un rol fundamental en este proceso de cuidados humanizados, ya que son de las personas que más ser cercanas a la persona. Ellos mismos se pueden convertir en el motor que impulse la recuperación del paciente crítico. Esto también beneficia la integración social paulatinamente para la persona ya que el cambio a un entorno hospitalario suele ser bastante directo y con cambios bruscos. Con la familia podemos desarrollar destrezas y el crecimiento continuo que afiance la meta final: la recuperación e integración social con todos sus derechos.⁸

La presencia de los miembros familiares con el paciente es parte del cuidado humanizado, donde la familia tiene una vital importancia para la recuperación y la seguridad del paciente en el proceso de sensibilidad y fragilidad emocional. Una comunicación apropiada con la familia directamente nos acerca a un mejor cuidado.³

Natividad Pinto, da como definición del cuidado enfermero: “Se dice que cuidar es la esencia de la enfermería, y que el cuidado es el elemento paradigmático que hace diferencia entre enfermería y otras disciplinas del área de salud”⁹. Lo que nos concuerda con la idea de que la enfermería es la ciencia más potente para hacer frente a la humanización del proceso sanitario. Somos la parte humana de tal proceso y como tal debemos responder a las necesidades de los que se implican en este. “Cuidar es dedicarse a un fin, a la protección, la mejoría y la preservación de la dignidad del otro”.⁹

Por tanto, como enfermeros debemos preguntarnos, ¿Están los cuidados verdaderamente humanizados con la actualidad a la que debería? ¿Lo notamos en nuestro día a día o en ocasiones más especiales y aisladas en nuestro trabajo?

Cuidar desde el punto de vista de enfermería también implica una formación basada en el interés real de restablecer la condición del otro, sensibilidad para percibir, la comprensión de las emociones del paciente, y con los valores anteriormente mencionados.

Por tanto, en una unidad de cuidados intensivos se nos plantea un gran desafío, un reto grandioso, el cual es lograr la humanización del cuidado intensivo, siendo líderes en las instituciones sanitarias, promoviendo el respeto a los derechos de los pacientes y

lograr que el equipo desarrolle una labor humanizada. Este objetivo, además, debe ser logrado sin dejar de lado el conocimiento, la tecnología, la evidencia y los avances científicos, bajo la premisa de la vida y la dignidad humana.⁸

Muchos profesionales mencionan los problemas que dificultan la humanización del cuidado, tal como demuestra un estudio realizado en la universidad de Río de Janeiro por medio de una encuesta. Las dificultades mencionadas fueron: trabajo excesivo, los bajos salarios, la falta de recursos humanos, la falta de educación continua y las relaciones con los miembros de la familia. Los encuestados creen que el cuidado humanizado contribuye de manera significativa en la recuperación de los pacientes críticos, pero falta motivación para ello debido a lo anteriormente mencionado.¹⁰

Como define el propio estudio, la humanización de los cuidados requiere de más que características impecables individuales de cada trabajador frente a un sistema tecnológicamente dominante, también implica un mayor compromiso por parte de los directivos y de todos los involucrados en el proceso sanitario, para así superar el reto que supone saltar las barreras existentes en nuestra actualidad y así proporcionar una atención más humanizada y amigable para los usuarios que requieran de nuestros servicios.

El personal sanitario ha sido en el pasado evaluado según su destreza, habilidades y agilidades técnicas, procedimientos y el manejo del equipo y su capacidad de colaboración, con un especial énfasis en el cumplimiento de objetivos, siendo los aspectos más naturales del cuidado, como interacción con los pacientes, familias y profesionales, solidaridad, implicarse en la individualidad y privacidad del paciente, empatía y respeto por las personas, tratados con menor relevancia.

La mayoría coincide con que si es necesario darle la importancia que merece a este aspecto tan esencial del cuidado enfermero, pero se demuestran dificultades a la hora de poder llevarlo a cabo y de poder desarrollar en este ambiente este tipo de características. En el estudio llevado a cabo en el año 2013 en Río de Janeiro, a los profesionales encuestados se les preguntaba por una definición de “cuidados críticos humanizados”, y todas las definiciones dadas eran originadas del mismo concepto: visión global y no completamente técnica.¹⁰

Todos los encuestados coinciden con los beneficios que supondrían unos cuidados mayormente humanizados, como son la motivación al paciente para una mejoría en el tiempo de recuperación (reducción de estancia media), fomento del autocuidado, de la interacción y el aprendizaje continuo, entre otros.

Para la implementación de la humanización en una estructura hospitalaria, los profesionales necesitan concienciarse en la actitud profesional de que pueden monitorizar más allá de las tecnologías y acoplarlas a la escucha activa, el dialogo y la solidaridad durante el proceso del cuidado. La humanización necesita ser sentida y real para los pacientes, familia y el personal cuidador, siendo cada proceso de humanización único, dependiendo de cada trabajador e institución.¹¹

Una de los factores más notables que ya hemos mencionado ha sido la prevalencia de maquinaria en el servicio de cuidados críticos y la informatización y estandarización de estos procesos: administración de fármacos, vigilancia de perfusiones continuas, manejo de volúmenes respiratorios, escalas de consciencia, check-list de actividades de enfermería. Todas estas labores están, esencialmente, alejadas del cuidado propio a la persona y más cercano a su mantenimiento técnico.

Para realizar dichas actividades no tenemos que hablar con la persona, ni estar pendientes de ella, lo que nos hace poco a poco construirnos el concepto erróneo de que estamos cuidando de forma óptima al paciente cuando hacemos estas labores. La relación profesional-paciente se ha convertido en algo cada vez más automatizado, lo que deja a la humanización en el fondo de nuestras intervenciones.⁷

“Los usuarios de los hospitales aspiran a una atención de calidad y esa calidad en su dimensión técnica consiste en la aplicación de la ciencia y tecnología para que les reporte el máximo beneficio. Aspiran así mismo a recibir una atención sanitaria más humana que lleve implícito el respeto a ‘su dignidad’¹¹. Ello implica armonizar calidad tecnológica y calidad humana. La ciencia sanitaria, las investigaciones sobre el cáncer, las investigaciones en genética, en trasplantes de órganos, se encuentran hoy en un momento de formidable crecimiento cuantitativo. Hoy prima el impacto social, la cualificación de las técnicas, las estadísticas, es decir la tecnología en sí misma como medio y como fin y se olvida el sujeto y objeto de todo este engranaje: el hombre en sí mismo.”¹¹

1.6 La actualidad de la humanización

“Ante estas perspectivas de un futuro ideal para la humanidad, la ciencia y el progreso han pasado a ser el valor supremo porque se ha convertido en un interés vital para el hombre creyendo que va a tener la solución a cualquier tipo de problema, que va a ser la panacea que solucione todas las enfermedades. Se cree que el progreso en medicina va a ser tan poderoso que va a controlar la propia naturaleza humana, pero se olvida la esencia de esa naturaleza, se olvidan los aspectos de la propia personalidad que no se pueden controlar desde el punto de vista científico. Existe un desequilibrio práctico, real entre el poder de la ciencia y el aspecto humano de los hospitales. La tecnología no garantiza por sí misma la calidad, el confort al que tiene derecho el enfermo. La tecnología en sí misma es buena y necesaria, todo depende de cómo y con qué fin se utilice.”¹¹

Aceptar la humanización de los cuidados implican varias consecuencias a tener en cuenta: “Si se acepta este principio, el dolor y el sufrimiento que se acarrea a los enfermos quedan justificados. Pero los profesionales de la salud que creemos que el enfermo es un ser libre, un ser que tiene derecho a vivir su vida con dignidad, dignidad que significa respeto a sus deseos y valores, no a una vida dependiente de técnicas, aparatos, drogas, etc. nos preguntamos: ¿es humano, es ético prolongar la vida del enfermo terminal a costa de tanto sufrimiento? ¿No atenta contra el derecho de ser hombre esta actitud de hacer prevalecer la técnica, la ciencia sobre la dignidad humana?”¹⁰

Humanizar la asistencia en los hospitales es labor de gestores, profesionales y pacientes. Los tres son responsables directos del funcionamiento del hospital aunque desde vértices distintos. En el marco estructural del hospital se deben dar las condiciones necesarias para proporcionar una relación estrecha entre el profesional y el paciente. La calidad de esa relación va a venir determinada por la aplicación de la medicina o enfermería basada en la evidencia científica para solucionar o mejorar el proceso de enfermedad y por otro lado en esa atención directa, humana de atención integral del paciente. Todo lo que se realice debe redundar, debe ir dirigido a conseguir el bien del propio enfermo. Hay que tratar al paciente por lo que es en sí, no por la situación transitoria de enfermedad del momento.²

Un hecho constatable en los hospitales, en nuestras unidades, es que el enfermo recibe insuficiente atención como persona. No obstante se observa una corriente cada vez más extendida entre los profesionales de la salud de que es necesario que esta

situación empiece a cambiar. Se vuelve a plantear la relación interpersonal como pilar básico, cuya esencia es el servicio y ayuda al enfermo, sobre todo cuando la medicina, las diversas acciones terapéuticas como tal ya no pueden hacer nada más, ya no producen el efecto o beneficio esperado y el horizonte de vida es corto. En estos momentos son los profesionales de Enfermería quienes deben identificar las necesidades individualizadas del enfermo para proporcionarle una cobertura integral, aliviarle los síntomas prioritarios, mejorar el confort, ayudarle a adaptarse a su enfermedad y a ser conscientes de las consecuencias que de ello se deriven. En los hospitales, desde los diversos gestores hasta el último profesional, deben trabajar más de cara al enfermo. Este debe ser el epicentro de toda la maquinaria sanitaria, se le debe considerar único, de manera totalizadora, con sus valores, con sus deseos, con su propia personalidad.³

Uno de los movimientos más importantes e influyentes con respecto a humanizar los cuidados intensivos, es el plan de humanización presentado por la Comunidad de Madrid, llamado proyecto HUCI, y propuesto para los años del 2016 al 2019 en el que múltiples profesionales trabaja actualmente para dar a conocer las actividades propuestas y convencer a las instituciones para un progreso futuro. Las líneas de investigación que este plan recoge van desde programas de “UCI de puertas abiertas”, planes de intervención dirigidos a los profesionales con el fin de evitar un desgaste del profesional, mejoras en las infraestructuras, controles de luz y los cuidados al final de la vida. Todo esto es visible en la página web de “Humanizando los cuidados intensivos” donde los profesionales actualizan información acerca de este plan y sus intenciones, además de ser una herramienta de comunicación para los interesados con ellos.

“El bienestar, el confort del enfermo es una cualidad intrínseca de la asistencia sanitaria”. Esta cualidad debe de estar basada en las necesidades actuales del paciente, tanto general como específicamente requiera.⁷

“La Enfermería, como profesión científica, independiente y humanística debe apoyar y conseguir que el enfermo sea respetado, que se tenga en cuenta su dignidad y su libertad, que no se le coaccione ni manipule y mucho menos que se le denigre mediante investigación o terapias irracionales.”⁷

Es responsabilidad de la enfermería dar una respuesta, tomar decisiones claras y precisas, ir mejorando, ir cambiando la situación deshumanizadora tanto con su actitud como con sus conocimientos aprendidas mediante la práctica y el estudio.⁷

“En nuestros hospitales, donde cada vez existen más medios técnicos y donde la investigación cada día aporta nuevos resultados, donde la gestión economicista cada día tiene más valor, y lo que prima es el impacto social”, los profesionales de la salud deben estar a la altura del reto de equilibrar todos estos aspectos para prestar una asistencia sanitaria donde se respeten los deseos y valores del enfermo y no se minimice su dignidad. “Es el desafío de la enfermería de estos años por venir.”⁷

2. Justificación

Son estas cuestiones las que impulsan este estudio de intervención cualitativa: una opinión de los profesionales acerca de si creen que en su día a día laboral, sus actividades son fundamentadas con la base esencial de la enfermería, unos cuidados que giran en torno a la persona y no al revés. Y si será posible en el futuro más inmediato llevar a cabo estos planteamientos a la práctica diaria de una forma más notable y totalmente aplicable.

Este proyecto ha sido producto de la inspiración del pensamiento enfermero que siempre nos han inculcado desde el comienzo del periodo académico: la esencia de enfermería es cuidar, proporcionamos cuidados de calidad para promocionar la salud, y prevenir la enfermedad. La esencia de esos cuidados profesionales, como sanitarios, se centra en el paciente, la persona objetivo de la realización de dichos cuidados. Además, mi experiencia de prácticas externas en la unidad de cuidados críticos en el Complejo Hospitalario Universitario de Canarias, me inspiró a indagar más sobre este aspecto en su resurgimiento actual, y a plantearme su estado actual desde un punto de vista de los profesionales de enfermería.

Cada día, frente a la carga de trabajo y el desarrollo de nuevas técnicas y tecnología que apoya a los servicios de cuidados críticos, se tiene una percepción cada vez mayor de que el concepto de ser humano y necesidades holísticas se va convirtiendo y separando en algo que no define lo que antaño suponía definir la esencia de los cuidados: la persona en todos sus aspectos. Ahora, nos preocupamos actualmente de otros aspectos más científicos y características pertenecientes a la técnica mayormente, dedicándole menor parte al aspecto humano del cuidado enfermero y las intervenciones que requiere.

Por ello propongo este estudio cualitativo con el objetivo noble de mejorar la perspectiva de la enfermería con respecto a la humanización de los cuidados, y promover la idea de que es posible conseguirlo, y que todos sumados esta causa mejorará nuestro campo en todos los aspectos.

3. Objetivos:

3.1 General:

Estimar la opinión sobre de la humanización de los cuidados por parte las enfermeras que trabajan actualmente en las UVI de los hospitales de Nuestra Señora de Candelaria (HUNSC) y el Complejo Hospitalario Universitario de Canarias (CHUC).

3.2 Específicos:

1. Comprobar el concepto que tienen las enfermeras de “cuidados humanizados”.
2. Conocer el punto de vista de las enfermeras con respecto a la implementación de cuidados humanizados en las UCI.

4. Metodología del proyecto

Se tratará de un estudio cualitativo y semiestructurado dirigido al análisis de la perspectiva de los enfermeros de la humanización de los cuidados en las unidades de cuidados intensivos. Realizaremos una recogida de datos cualitativos con el fin de conocer la posición de los enfermeros con respecto a la humanización de los cuidados de enfermería.

4.1 Método de recogida de datos

La herramienta utilizada para la recogida de datos del estudio será una encuesta con respuesta de tipo semiabierta (Ver Anexo 1), donde los profesionales podrán desarrollar libremente sus respuestas conforme a cada enunciado. Se compondrá de 5 cuestiones a responder, sin límite de palabras en la respuesta. Las cuatro primeras preguntas serán abiertas, siendo la quinta pregunta condicional a haber asistido a las Jornadas de Humanización llevadas a cabo el 4 de noviembre de 2016 en el aula Magna del Campus de Guajara de la Universidad de La Laguna, con dos posibles respuestas, para posteriormente continuar con la segunda parte de la pregunta si la primera es afirmativa.

Serán un total de 5 preguntas con su respectiva respuesta textual y abierta dónde las enfermeras expresarán su postura con respecto al tema que se refiera en el enunciado o pregunta que se plantee. Por tanto, estas respuestas serán la visión subjetiva u opinión de los profesionales con respecto a las implementaciones de los cuidados humanizados en las unidades de cuidados críticos mediante una serie de cuestiones, cuales son los factores que la propician, los factores que impiden, dificultades para llevar a cabo, entre otras.

4.2 Población diana:

La población diana del estudio será el total de enfermeras y enfermeros que trabajan actualmente en las unidades de cuidados intensivos de los hospitales de Nuestra Señora de Candelaria (HUNSC) y el Complejo Hospitalario Universitario de Canarias (CHUC).

4.3 Población de estudio:

- Criterios de inclusión: enfermera/o en la unidad de cuidados intensivos que lleve trabajando un periodo mínimo de 1 año, acumulado o de manera continuada que esté dispuesto a participar en el proyecto.
- Criterios de exclusión: enfermeros con un periodo de tiempo trabajado en ICU menor de 12 meses.

Los dos grupos encuestados se dividirán por localización de sus respectivos lugares de trabajo, siendo un total el número de enfermeras en el CHUC de 60 y en HUNSC de 67. Siendo un total de población de 127 enfermeras para la recogida de datos mediante la encuesta. Con lo cual, trabajaremos con dos grupos, un grupo A, pertenecientes al CHUC, y un grupo B, perteneciente al HUNSC.

El periodo de tiempo en el que se realizará la encuesta será especificado en el cronograma realizado con el fin de ajustar las actividades a un periodo de tiempo determinado (Ver Anexo 2). Tras un periodo de 21 días, se recogerán en las mismas unidades, habiendo sido recogidas previamente por un personal asignado que participe en el estudio y/o supervisor de la unidad si se dispone.

4.4 Variables incorporadas:

Las variables que trabajaremos seguirán las siguientes características: sexo, edad, periodo de tiempo trabajado, puesto de trabajo fijo o interino, ratio de enfermero-pacientes que suele llevar, acorde con su experticia, asistencia o no a las jornadas de humanización de enfermería/ proyecto HUCI.

4.5 Análisis de los resultados

Posteriormente, el estudio cualitativo de estas mismas respuestas se realizará al cabo de 7 días posteriores a la recogida de datos, y extraeremos las conclusiones pertinentes para conocer cuál es la postura que predomina en la figura enfermera con respecto a la humanización de los cuidados intensivos y la importancia que le da a este aspecto.

Los resultados obtenidos serán analizados a través de programas analíticos de estudios cualitativos, que se muestra en este proyecto como propuesta el programa *NUDIST VIVO (NVivo)*, que analizará las respuesta en conjunto, siendo agrupadas por repetición textual y almacenando como dato coincidencias entre ellos a través de códigos, pudiendo dar apreciaciones precisas sobre las declaraciones de las enfermeras.

4.6 Ética del proyecto

Todos los datos obtenidos en el desarrollo de esta encuesta serían totalmente confidenciales, y sin recoger ningún tipo de dato personal o que pueda identificar a la persona que ha respondido la encuesta, tal y como regula la ley Orgánica 15/1999, de 13 de Diciembre, de Protección de Datos de Carácter Personal.

Se solicitaría permiso a las gerencias de ambos hospitales (Ver Anexo 4), realizando una presentación de este proyecto y sus objetivos, así como sus condiciones, ante los comités que se estimen necesarios (comité de ética e investigación clínica)

Junto con la encuesta, se adjuntaría un consentimiento informado para el personal enfermero, que sería firmado por el mismo y el autor del proyecto, dando a conocer su intención y garantizando que su participación sería siempre anónima y totalmente voluntaria. (Ver Anexo 5).

5. Referencias bibliográficas

1. J. Watson. *Nursing: Human science and human care. A theory of nursing. Connecticut: Appleton-Century Croft*, 1985.
2. Rivera L., Triana A. Cuidado humanizado de enfermería: visibilizando la teoría y la investigación práctica, en la clínica del country. [Internet] Bogotá, Colombia: 2007. [1 de octubre de 2007; 14 de marzo de 2017]. Disponible en: <https://www.u-cursos.cl/medicina/2011/0/ENFENFCO24/1/novedades/r/CUIDADO_HUMANIZADO_DE_ENFERMERIA_VISIBILIZANDO_LA_TEORIA_Y_LA_INVESTIGACION_EN_LA_PRACTICA.pdf>
3. Bermejo Higuera, José Carlos. Humanizar la salud. *Counselling en salud*. Arch Memoria [Internet]. 2013; (10 fasc. 1). Disponible en <http://www.index-f.com/memoria/10/1000.php>
4. *Nurses told, 'you're not too posh to wash a patient': Minister orders student nurses back to basics to improve compassion in NHS* [En línea]. Reino Unido: Servicios periodísticos y multimedia; 2013. [Fecha de acceso 30 de febrero de 2017]. URL disponible en: <http://www.dailymail.co.uk/news/article-2299085/Youre-posh-wash-patient-Minister-orders-student-nurses-basics-improve-compassion-NHS.html>
5. García P, *et al*. La humanización de los cuidados, la clave de la satisfacción asistencial: hacia el plan de acogida y acompañamiento. [Tesis para master]. Barcelona: escuela universitaria de enfermería Santa Madrona.; 2009. Disponible en: < http://diposit.ub.edu/dspace/bitstream/2445/21526/1/2009_2.pdf>
6. Solano Ruiz C. Siles González J, Análisis de las vivencias de un paciente en cuidados intensivos desde la perspectiva de la complejidad. *Cultura de los cuidados (Alicante)* 2003; Año VII (14): 2º semestre 2003, pp. 83-91.
7. Heluy de Castro Carolina, Efigênia de Faria Taís, Felipe Cabañero Rosa, Castelló Cabo Miquel. Humanización de la atención de enfermería en el quirófano. *Index Enferm* [Internet]. 2004 [fecha de acceso 10 de abril 2017] ; 13(44-45): 18-20. Disponible en: http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1132-12962004000100004&lng=en.

8. Hospital Ibáñez M^a Luz, Guallart Calvo Reyes. Humanización y tecnología sanitaria ante el proceso final de la vida. Index Enferm [Internet]. 2004 Oct fecha de acceso 4 de marzo 2017]; 13 (46): 49-53. Disponible en: http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1132-12962004000200010&lng=en
9. Ruby E. Cuidado humanizado al paciente críticamente enfermo: enfermería pieza clave en la atención. [Internet]. 2007 [fecha de acceso 20 de marzo 2017]; Volumen 4 (4). Disponible en: <<https://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=2534029>>
10. De Farias F, Vidal L, Rodrigues Farias R, de Jesus A. HUMANIZED CARE IN THE ICU: CHALLENGES FROM THE VIEWPOINT OF HEALTH PROFESSIONALS. Revista De Pesquisa: Cuidado E Fundamental [Internet]. (Octubre de 2013), [fecha de acceso 8 de abril de 2017]; 5(4): 635-642. Disponible en: <http://web.a.ebscohost.com/accedys2.bbt.ull.es/ehost/detail/detail?sid=a4b79e24-c832-4cc5-af49-86709b84d99d%40sessionmgr4007&vid=0&hid=4207&bdata=Jmxhbmc9ZXMmc2l0ZT1laG9zdC1saXZl#AN=104147262&db=ccm>
11. Manual general de enfermería, humanización del cuidado. [Internet]. Madrid: división de enfermería; [fecha de acceso 3 de abril 2017]. Disponible en: <http://www.enfermeria.hc.edu.uy/images/stories/humanizacin_del_cuidado.pdf>

6. Bibliografía consultada

1. Castañeda Valencia Cándida Rosa, Orozco Giraldo Myriam Jannette, Rincón Mancera Gloria Patricia. "EMPODERAMIENTO", UNA UTOPIA POSIBLE PARA RECONSTRUIR LA HUMANIZACIÓN EN UNIDADES DE CUIDADO CRÍTICO. Hacia promoc. Salud [Internet]. 2015 June [cited 2017 May 10]; 20 (1): 13-34. Disponible en: http://www.scielo.org.co/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0121-75772015000100002&lang=pt
2. G. Heras La Calle, HUCI se escribe con H de HUMANO. Enferm Intensiva [Internet]. 2014. [fecha de acceso 11 de mayo 2017]; 1130-2399 Disponible en: <<http://www.elsevier.es/es-revista-enfermeria-intensiva-142-articulo-huci-se-escribe-con-h-S113023991400087X#elsevierItemBibliografias>>
3. Zambrano de Guerrero, A. *et al.* Humanizando el cuidado a personas críticamente enfermas. Educación en valores [Internet]. 2010. [fecha de acceso 1 de mayo 2017]; 1690-7884. Disponible en: <<https://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=3920981>>
4. Bautista Rodríguez, LM *et al.* Percepción de los comportamientos de cuidado humanizado en los usuarios hospitalizados en una institución de salud de 3º y 4º nivel de atención. Ciencia y cuidado [Internet]. 2015. [fecha de acceso 26 de abril 2017]; 2322-7028. Disponible: <<https://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=5243988>>
5. Consejería de Sanidad, Comunidad de Madrid [Internet]. Madrid: Hospital de Torrejón (Madrid); 2017 [2017, 30 de abril 2017]. Disponible en: <<http://humanizandoloscuidadosintensivos.com/wp-content/uploads/2016/10/PlanHUCI.pdf>>
6. Lara Gutiérrez, Henry, Análisis de la importancia de la Humanización en los Cuidados para el personal de enfermería de la Unidad de Cuidados Intensivos del Hospitales Universitario de Canarias. Facultad de ciencias de la salud: Sección de Enfermería y Fisioterapia. Sede de La Laguna, 2016. Trabajo de fin de grado inédito. [10 de Mayo 2017]

Anexos

Anexo 1: Encuesta

Esta encuesta puede llevar un tiempo dependiendo del desarrollo de su respuesta. Será anónima en cuanto su identidad, especificando únicamente: su edad, sexo, su lugar de trabajo (CHUC o HUNSC), años de experiencia en unidades de cuidados intensivos, cuántos pacientes suele llevar al día, y, si procede, asistencia o no a las jornadas de humanización de cuidados intensivos y presentación del proyecto HUCI, realizado el 4 de noviembre de 2017. Podrá responder libremente a los enunciados que a continuación se exponen. Con esta encuesta se pretende conseguir conocer su postura acerca del abordaje de la humanización de los cuidados de enfermería en unidades de cuidados intensivos.

Datos del encuestado:

- Edad:
- Sexo:
- Unidad de cuidados intensivos de:
- Años trabajados en UCI:
- Ratio de paciente:
- Asistencia a las jornadas de humanización/proyecto HUCI:

Para las siguientes cuestiones, se le facilitará dos hojas en blanco para no limitar su respuesta, en caso de precisar más, se les facilitará a su petición.

1. Desarrolle una definición del siguiente concepto: Humanización de los cuidados de enfermería

2. Haga una lista en la que recoja los factores que favorezcan la humanización de los cuidados intensivos y otra lista que desfavorezcan los mismos, desde su punto de vista, con respecto a su rutina laboral como enfermero y a la organización de su unidad.

3. Escriba su opinión, desde el punto de vista personal y profesional, acerca de la implementación de actividades de humanización en su unidad de cuidados intensivos. ¿Cree que es posible o imposible? ¿Por qué?
4. Mencione algunas sugerencias para apoyar a la humanización, en términos de organización, macro estructura del sistema y actividades que puedan realizarse diariamente.
5. ¿Conoce el proyecto HUCI, realizado en 2014 por el hospital de Torrejón, en Madrid? En caso de conocerlo, ¿cree que podría ser llevado a cabo en las unidades de cuidados intensivos de su hospital? Justifique su respuesta.

A continuación, le facilitamos un enlace web con el motivo de dar a conocer la iniciativa de la Comunidad de Madrid, en donde se realizó un plan oficial de humanización para las actividades sanitarias con diversos planes de intervención a diferentes niveles.

<http://humanizandoloscuidadosintensivos.com/es/tenemos-un-plan/>

Gracias por su colaboración.

A través de su colaboración y de la de muchos más de sus compañeros, conseguiremos entender mejor todos los puntos de vista y así mejorar la calidad de los cuidados humanizados de enfermería.

Anexo 2: Presupuesto

Concepto	Cantidad	Coste/unidad	Subtotal	Total
<i>Material</i>		<i>Fungible</i>		
Folios	6 x 500	4	24	24
Tinta (cartuchos)	10	25	250	274
<i>Material</i>		<i>Almacenable</i>		
Ordenador	1	300	300	574
Impresora	1	50	50	634
<i>Otros</i>		<i>Gastos</i>		
Desplazamiento	3	20	60	694 €

Anexo 3: Cronograma

Actividad/Semana	1º Mes				2º Mes				3º Mes			
	1	2	3	4	1	2	3	4	1	2	3	4
Obtención de permisos	■	■										
Planificación piloto			■									
Modificaciones y adaptaciones				■								
Validación					■							
Entrega de encuestas						■	■	■	■			
Recogida de los escritos										■		
Análisis de los resultados											■	
Estimación de conclusiones												■

Anexo 4: Carta de propuesta del proyecto para los hospitales seleccionados

Dirigido a las direcciones generales del Complejo Hospitalario Universitario de Canarias (CHUC) y con el Hospital Universitario nuestra Señora de Candelaria (HUSNC):

Jorge Raúl Oliva Mederos presenta su proyecto de investigación: “La Humanización de los cuidados de enfermería intensiva: la posición de las enfermeras con respecto al aspecto humano del cuidado intensivo”, cuyo objetivo es realizar un análisis de la opinión de los profesionales de la UVI sobre la implementación de cuidados humanizados en las unidades de cuidados intensivos del CHUC Y HUSNC y conocer la valoración se les aporta la implementación de estos, por medio de una encuesta a responder. Con ello esperamos mejorar la enfermería, la calidad de vida y de los cuidados que proporcionamos y volverlos más cercanos al aspecto humano. Por ello:

Nos gustaría que aceptaran ambos hospitales esta propuesta para realizar las encuestas en sus respectivas unidades de cuidados intensivos, dirigidos al personal que cumpla con los criterios previos de inclusión, siempre garantizando la total confidencialidad de sus datos y la participación libre de estos, según corresponde acorde a la Ley Orgánica 15/1999, de 13 de diciembre, de protección de datos de carácter personal.

Les damos las gracias por mostrar interés por la propuesta.

Atentamente:

Jorge Raúl Oliva Mederos

Anexo 5: Consentimiento informado para las enfermeras

Este documento tiene como objetivo garantizar su acuerdo con su participación en el proyecto “La Humanización de los cuidados de enfermería intensiva: la posición de las enfermeras con respecto al aspecto humano del cuidado intensivo”, para conocer la opinión acerca de la humanización de los cuidados y de su implementación en las unidades de cuidados intensivos, afirmando su posibilidad o imposibilidad.

Su participación será siempre totalmente voluntaria, confidencial, protegiendo sus datos personales y demás datos aportados acorde con la ley Orgánica 15/1999, de 13 de diciembre, de Protección de Carácter Personal.

Con su firma, confirmará que acepta participar en este proyecto, ayudando a dar a conocer la postura del personal enfermero acerca de las iniciativas de la humanización de los cuidados y del sistema sanitario. Para poder firmar y aceptar su participación, **deberá llevar cómo mínimo 1 año trabajado, de forma intermitente o constante**, en la unidad de cuidados intensivos del CHUC O HUSNC, y que se encuentre actualmente trabajando en esta.

NOMBRE Y APELLIDOS DEL PARTICIPANTE.....

DNI:

He sido informado del objetivo de este proyecto de investigación y quiero participar de forma voluntaria en él.

NOMBRE Y APELLIDOS DEL INVESTIGADOR.....

DNI:

Garantizo la protección los datos que el participante aporte para la realización de este proyecto y he informado que su participación en totalmente anónima y voluntaria.

Firmas de investigador:

Firma de participante