



Universidad
Zaragoza

Trabajo Fin de Grado

Proyecto de mejora: propuesta de
actuaciones dirigidas a la humanización de
cuidados en Unidades de Cuidados
Intensivos

Improvement project: proposal of actions
aimed at the humanisation of care in
Intensive Care Units

Autor

Irache Borque Hernández

Director/es

Emmanuel Echániz Serrano

Facultad de Ciencias de la Salud
Curso Académico 2024/25

ÍNDICE

Resumen y Abstract.....	1-2
<i>Resumen</i>	1
<i>Abstract</i>	1-2
Introducción.....	3-13
<i>Humanización</i>	3-5
<i>Normativa</i>	5-8
<i>Humanización de cuidados en las UCI</i>	9-11
<i>Proyecto HU-CI</i>	11-12
<i>Justificación</i>	13
Objetivos.....	13-14
<i>Objetivo general</i>	13
<i>Objetivos específicos</i>	13-14
Metodología.....	14-17
<i>Diseño del proyecto</i>	14-17
Desarrollo	17-29
<i>Plan</i>	17-18
<i>Problema</i>	17
<i>Objetivos a lograr</i>	17-18
<i>Dificultades y beneficios</i>	18

<i>Do (hacer)</i>	19-23
<i>Difusión y captación</i>	19
<i>Sesiones</i>	19-23
<i>Check (comprobar)</i>	24-29
<i>Indicadores: Tablas 10, 11, 12, 13, 14</i>	24-29
<i>ACT (ajustar)</i>	29
Conclusiones.....	30
Bibliografía.....	31-34
Anexos.....	35-63
<i>Anexo 1. Líneas estratégicas. Plan de Humanización de Aragón</i>	35-46
<i>Anexo 2. Manual de Buenas Prácticas. Proyecto HU-CI</i>	47-59
<i>Anexo 3. Cartel informativo para profesionales</i>	60
<i>Anexo 4. Tríptico informativo para familias</i>	61
<i>Anexo 5. Encuesta de satisfacción</i>	62-63

RESUMEN Y ABSTRACT

Resumen

El presente Trabajo de Fin de Grado realiza una pequeña revisión de la situación actual de los cuidados asistenciales a nivel de calidad humana, más concretamente en pacientes de Unidades de Cuidados Intensivos. Se realiza una búsqueda bibliográfica que nos permite conocer la humanización de los cuidados, sus propósitos, implicaciones, obstáculos y beneficios. De esta manera el fin principal del trabajo comprende la elaboración de un proyecto cuyo objetivo es la humanización y, por tanto, mejora de la calidad de los cuidados en estos pacientes. Este proyecto de mejora se realizará e implementará mediante la utilización del ciclo de Deming (PDCA), que permitirá una adecuada definición del problema así como una mejora continua a través de las medidas propuestas, las cuales se enfocarán principalmente en sesiones formativas dirigidas al personal del equipo multidisciplinar de estas unidades, y otras formaciones diferentes enfocadas a familiares y allegados de los pacientes ingresados en UCI. Con el programa formativo que se propone, se busca principalmente una mayor satisfacción con el cuidado así como una mejor salud psicológica y emocional, tanto de los pacientes como de sus seres queridos. Así, se concluye la necesidad de la implementación de los cuidados humanizados en estas unidades, generalmente enfocadas hacia el diagnóstico y no hacia la persona.

Palabras clave: “Humanización de Cuidados”, “Unidad de Cuidados Intensivos”, “Paciente crítico”, “Familia”, “Proyecto de mejora”

Abstract

This Final Degree Project makes a brief review of the current situation of care at the level of human quality, more specifically in patients in Intensive Care Units. A bibliographic search was carried out to find out about the humanization of care, its purposes, implications, obstacles and benefits. In this way, the main aim of the work includes the elaboration of a project whose objective is the humanization and, therefore, improvement of the quality of care in these patients. This improvement project will be carried out and implemented through the use of the Deming cycle (PDCA), which will allow an adequate definition of the

problem as well as continuous improvement using the proposed measures, which will be mainly focused on training sessions aimed at the members of the multidisciplinary team of these units, and other different training sessions focused on the families and relatives of the patients admitted to the ICU. The main aim of the training programme proposed is to achieve greater satisfaction with care and better psychological and emotional health, both for patients and their loved ones. In this way, we conclude the need for the implementation of humanised care in these units, which are generally focused on the diagnosis and not on the person.

Keywords: “Humanization of Care”, “Intensive Care Unit”, “Critical Patient”, “Family”, “Improvement Project”

INTRODUCCIÓN

Humanización

A lo largo de la historia el significado de humanismo ha ido modificándose hasta llegar al concepto actual, que tiene su origen a principios del siglo XIX en Alemania y se completa más tarde en Italia. De este modo el humanismo se contempla como “encontrarse a sí mismo, recuperarse de la alineación y encausar en una vida verdaderamente humana” (González Juárez et al, 2009).

Aunque existe una gran variedad de definiciones, humanizar dentro del ámbito clínico hace referencia “al hombre en todo lo que se hace para promover y proteger la salud, curar la enfermedad y garantizar el ambiente que favorezca una vida sana y armoniosa en los ámbitos físicos, emotivo, social y espiritual”. De esta manera, humanizar la asistencia sería hacerla digna del ser humano, poniendo de manifiesto la dignidad y derechos de la persona, el respeto de la intimidad y la autonomía (García Cabeza, 2014; González Juárez et al, 2009; Heredia Díez et al, 2021; Herrero Ayuso et al, 2021).

Tradicionalmente, la asistencia se ha centrado en asegurar la excelencia técnica y científica. Sin embargo, la calidad de estos no viene determinada únicamente por la práctica y la evidencia, sino que resulta del cómputo de múltiples factores siendo fundamental aquello que el paciente percibe de quién le trata, como y donde (García Cabeza, 2014).

En la actualidad, se ha producido precisamente un incremento del desarrollo y aplicación de la tecnología y los conocimientos científicos que han hecho que lo humano quede en un segundo plano y se pongan todos los esfuerzos en el diagnóstico y tratamiento de la enfermedad. (García Cabeza, M.E., 2014; González Juárez, I. et al, 2009; Heredia Díez, V.B. et al, 2021)

Además, los profesionales sanitarios reciben en general una amplia formación en estos avances y aspectos técnicos, incluso con una gran especialización. Sin embargo existe un déficit de formación bioética y en valores que afecta en la práctica diaria y que resulta, entre otras, en una comunicación inadecuada paciente-profesional, imprescindible para conocer las necesidades reales de este (Arredondo-González et al, 2009; García Cabeza, 2014).

Existen otros factores que influyen directamente en la deshumanización. La organización y la estructura sanitaria es uno de ellos, puesto que se funciona de una misma manera para todos los pacientes de forma que no existe el trato individualizado, así como la existencia de un aumento del número de pacientes, el cambio constante de plantilla, o el descontento de estos últimos en el desarrollo de su trabajo. Por otro lado, aspectos relacionados con el paciente también pueden tener qué ver, como el exceso de expectativas y confianza en la tecnología y la falta de la misma en el profesional (Arredondo-González et al, 2009).

Todo esto genera una atención y un cuidado deshumanizado que despersonaliza a los pacientes convirtiéndolos en una patología, un número o un objeto, olvidándose del resto de necesidades que no son físicas (González Juárez et al, 2009; Herrero Ayuso et al, 2021).

La enfermería ha constituido siempre el lado más humano de la atención, siendo parte de su razón de ser, por ello los enfermeros y enfermeras son una pieza clave para evitar que la tecnificación y la tecnología se impongan a lo humano, dándole la importancia que tienen a las necesidades emocionales y psicológicas (García Cabeza, 2014; Moreno-Fergusson, 2013). Enfermería es cuidar a las personas (bien seres individuales o grupos), en un entorno significativo, ayudándolas en todo su proceso de vida y salud, mediante una relación activa y colaborativa (Moreno-Fergusson, 2013).

Humanizar los cuidados, se trata de proporcionar una atención integral y holística a la persona como ser único, considerando las dimensiones biológica, psicológica, emocional y conductual (García Cabeza, 2014; Heredia Díez et al, 2021). Esta atención humanizada se distingue por el interés y el compromiso de los profesionales en entender las necesidades de los individuos y sus familias, interpretando el significado que tiene para ellos la situación en la que se encuentran, así como para brindar el apoyo emocional que necesitan, respeto e impulso hacia la autodeterminación (Moreno-Fergusson, 2013). Es importante incluir a la familia en estos, pues el ingreso del paciente crea una situación vulnerable que provoca un gran impacto tanto en él como en su familia, que padecen también la enfermedad a nivel físico y emocional (García Cabeza, 2014).

El objetivo está en encontrar el equilibrio de la tecnología y la técnica con la cultura que da prioridad a la persona (Correa Zambrano, 2016). Añadir la dimensión moral a los cuidados es lo que permitirá la excelencia (García Cabeza, 2014).

Por otro lado, resultará fundamental también la implementación de formación en aspectos de humanización para poder considerar a la persona de manera global, pues el ser humano es la esencia de los profesionales de la salud (Correa Zambrano, 2016).

Normativa

En 1984, previo a la aprobación de la Ley General de sanidad, se fueron definiendo una serie de cambios que formarían parte del futuro nuevo sistema. Es aquí donde tienen lugar la Reforma de la Atención primaria y la Reforma Hospitalaria, en las que ya se le otorga un papel destacado a la Humanización (Instituto Nacional de la Salud, 1984).

El Instituto Nacional de la Gestión Sanitaria elabora entonces un Plan de Humanización de la Asistencia Hospitalaria que se aplicará inicialmente en 15 hospitales a modo de prueba, y cuyo objetivo es mejorar la calidad de la atención, utilizando para ello una serie de instrumentos entre los que se encontraba una Comisión de Humanización de la Asistencia (Instituto Nacional de la Salud, 1984).

La Ley General de Sanidad (Ley 14/1985, de 25 de abril) establece los fundamentos de organización y competencias del Sistema Sanitario Público. Algunas de estas competencias serán responsabilidad del Estado, mientras que las Comunidades Autónomas asumirán aquellas que el Estado les delegue o les transfiera, así como aquellas recogidas en sus Estatutos. Sin embargo, todos los Servicios de Salud se encaminarán al desarrollo de las actuaciones que esta Ley contiene, entre las que se encuentra, entre otras: “el control y mejora de la calidad de la asistencia sanitaria en todos sus niveles” (Ley 14/1986, de 25 de abril, BOE 102).

En la actualidad, a nivel autonómico en Aragón, la administración se organiza en Departamentos, y es el Decreto 102/2023 del 12 de agosto el que establece los órganos directivos del Departamento de Sanidad (Gráfico 1). Entre estos se encuentra la Dirección de Cuidados y Humanización, que pone en marcha una Estrategia de Cuidados del Sistema de Salud de Aragón con el fin de ampliar y mejorar la calidad de los cuidados centrados en la persona. Entre sus funciones también se encuentran:

- Elaboración de un Plan de Humanización.

- Promoción de la formación de los profesionales en materia de humanización (Decreto 39/2024, de 28 de febrero, BOA 50).

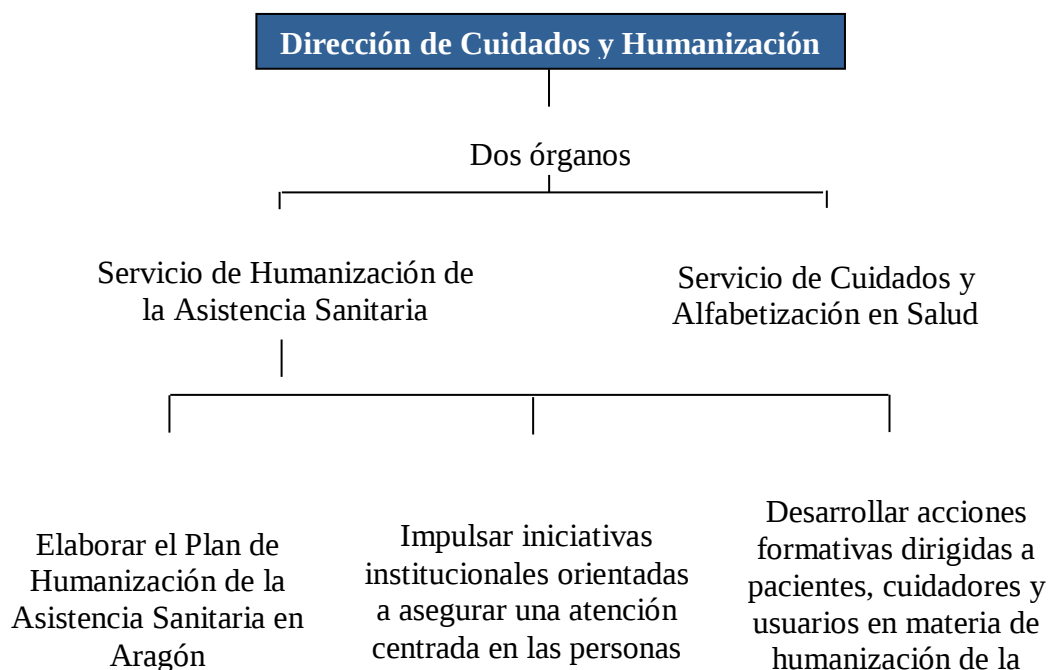


Gráfico 1. Organización de la Dirección de Cuidados y Humanización, y funciones del Servicio de Humanización de la Asistencia Sanitaria. Elaboración propia

El Plan de Humanización que desarrolla (Anexo 1) consta de dos fases, una inicial donde se recoge información para conocer cuál es la situación actual de la humanización en el Sistema Sanitario de Aragón (“Etapa Diagnóstico”), y una segunda parte posterior que utiliza las conclusiones de la primera para desarrollar un total de tres proyectos que actuarán como “pilotos” en Aragón durante este 2025 (“Etapa Activación”). Los proyectos que servirán de referencia son:

- “Humanizar los accesos al sistema sanitario”.
- “Por un mejor uso de los recursos”
- “Guías para pruebas y procedimientos” (Gobierno de Aragón, 2025).

Este Plan de Humanización establece una serie de objetivos (Gráfico 2) y un total de seis líneas estratégicas (Tabla 1), cada una con sus propios objetivos específicos y una propuesta de actuaciones para alcanzarlos (Gobierno de Aragón, 2025).

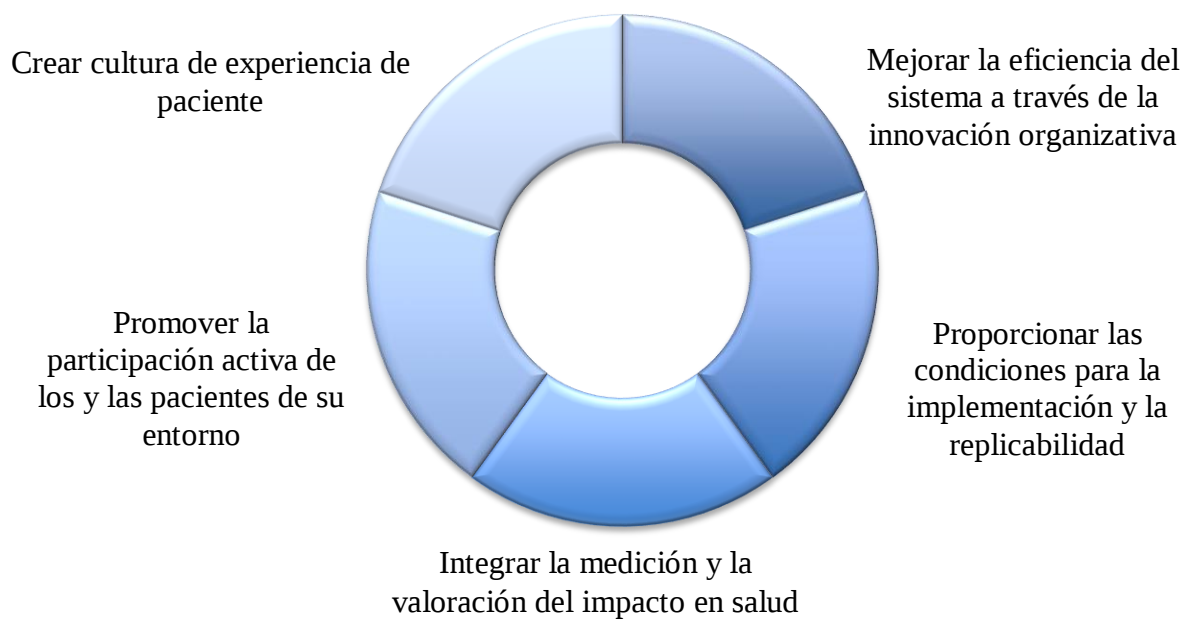


Gráfico 2. Objetivos estratégicos Plan de Humanización. Dirección General de Cuidados y Humanización.
Elaboración propia

L1. Información y comunicación

Calidad de la comunicación y la información entre pacientes, familias y profesionales.

L2. Adecuación de los espacios y del entorno

Adaptación de los espacios físico para que sean más seguros y confortables para pacientes, familias y profesionales.

L3. Atención y trato directo

Atención basada en el respeto y en la empatía para una atención humana e individualizada.

L4. La sociedad como activo de salud

Promover la participación de la sociedad y la implicación de las empresas para mayor humanización.

L5. Organización del sistema de salud orientada al paciente

Dirigir el sistema de salud en todas sus actuaciones hacia la propia experiencia del paciente.

L6. Profesionales: agentes y destinatarios de la estrategia

Formación, apoyo y reconocimiento de los profesionales como figuras de cambio y beneficiarios del mismo

Tabla 1. Líneas estratégicas Plan de Humanización. Dirección general de Cuidados y Humanización. Elaboración propia

De manera independiente a este Plan, se han desarrollado otros proyectos cuyo objetivo es también humanizar la asistencia sanitaria. Este mismo año, en 2025, el Hospital Clínico Lozano Blesa de Zaragoza junto con el Instituto de Investigación Sanitaria de Aragón, ha lanzado “La voz de Usuario” que pretende ser un espacio donde puedan dialogar pacientes, familiares y profesionales para, entre todos, detectar problemas y proponer e incorporar mejoras que favorezcan la humanización (Hospital Clínico Universitario Lozano Blesa. 2024a).

Por otro lado, otros proyectos llevan ya años en marcha, como los talleres para cuidadores que lleva a cabo este mismo hospital. En estos, enfermeras y fisioterapeutas presentan a cuidadores y familiares de pacientes habilidades y estrategias para adaptarse y manejar las dificultades que generan las nuevas necesidades de la persona tras el alta al domicilio (Hospital Clínico Lozano Blesa, 2024b).

Humanización de cuidados en las UCI

El cuidado deshumanizado se hace todavía más evidente en algunos servicios debido a sus características, como por ejemplo las Unidades de Cuidados Intensivos (UCI). Y aunque la alta tecnificación junto con los avances científicos han conseguido que la supervivencia de los pacientes de UCI aumente un 90%, lo ha hecho a costa de un cuidado menos humano (Heredia Díez et al, 2021).

Las UCI son unidades complejas que se caracterizan por ser poco acogedoras y hostiles, en las que ingresan pacientes cuya gravedad requiere atención continuada y hace que los profesionales prioricen la atención médica, dejando de lado la parte emocional. Además suelen ser unidades con gran carga de trabajo, políticas cerradas (visitas restrictivas) y condiciones adversas que afectan al desarrollo de la enfermedad (como son la actividad constante, exceso de ruido, exceso de luz, dolor, desorientación, etc.), así como a otras esferas de la persona a las que no se les da la misma importancia, favoreciendo el cuidado deshumanizado. La deshumanización de los pacientes en los servicios de cuidados intensivos conlleva pérdida de identidad, de habilidad de comunicación, de autoestima, de soporte familiar, de control, de respeto y de privacidad, y puede producir consecuencias graves tanto a nivel físico como mental. Esto hace que, con la voluntad de mejora por parte de los profesionales, la humanización en las UCI se esté convirtiendo poco a poco y necesariamente en el eje central de la atención al paciente (Andrés Castel et al, 2023; Baeza Gómez et al, 2020; Díez Angulo et al, 2021; Escudero Augusto et al, 2014; García Gaspar et al, 2023; González Juárez et al, 2009; Heredia Díez et al, 2021; Herrero Ayuso et al, 2021; Wilson et al, 2019).

Se entiende por paciente crítico como “aquel que presenta afecciones fisiopatológicas que han alcanzado un nivel de gravedad el cual representa una amenaza real o potencial para su vida y que, en última instancia es susceptible de recuperarse de tal hecho”. Para considerar a un paciente como crítico debe cumplir unos criterios determinados: padecer una enfermedad grave con posibilidad de revertir, que requiere asistencia y cuidados continuados por parte de los profesionales de enfermería en un área concreta (Andrade-Cabrera et al, 2022; Herrero Ayuso et al, 2021).

Estos pacientes en muchas ocasiones prolongan su estancia en UCI debido a complicaciones, provocando una pérdida de la calidad de vida así como una serie de consecuencias tanto en el paciente como en sus familiares, que afectan durante y tras el ingreso y que se conoce como Síndrome Post-Cuidados Intensivos (Arquellada Martínez et al, 2010; Baeza Gómez et al, 2020; García Gaspar et al, 2024; Ripoll Córdoba et al, 2023). Se producen, entre otras, alteraciones emocionales debido a diferentes factores como la gravedad de la situación o el aislamiento que se comentaba anteriormente (Díez Angulo, M.M. et al. 2021).

Estos pacientes críticos son especialmente vulnerables por lo que requerirán de una actuación enfermera caracterizada por la empatía, la calidez y la compasión, fundamental para la recuperación y supervivencia de los mismos (Andrés Castel et al, 2023; Escudero Augusto et al, 2014; Ripoll Córdoba et al, 2023). Así algunas de las funciones que engloba enfermería en estos servicios son:

- Vigilancia y monitorización constante.
- Realización de técnicas delegadas de medicina, así como la cooperación en otras.
- Administración de medicamentos intravenosos y manejo de los distintos aparatajes (Ripoll Córdoba et al, 2023).
- Trabajo en colaboración con un equipo multidisciplinar compuesto por distintos profesionales sanitarios (enfermeros, médicos, técnicos auxiliares de enfermería, fisioterapeutas, terapeutas ocupacionales...) que permita el tratamiento integral del paciente (Andrés Castel et al, 2023; Heredia Díez et al, 2021; Ripoll Córdoba et al, 2023).
- Puesta en marcha de diferentes proyectos para la prevención de infecciones: Resistencia Zero, Neumonía Zero, Bacteriemia Zero e ITU Zero (Ripoll Córdoba et al, 2023).
- Proporcionar al paciente y a su familia educación y recursos para el conocimiento y manejo de su patología (Arquellada Martínez et al, 2010; Ripoll Córdoba et al, 2023).
- Implicar a la familia en el cuidado (Arquellada Martínez et al, 2010; Heredia Díez et al, 2021).
- Apoyo tanto al paciente como a la familia para aliviar el sufrimiento y la ansiedad, por ser una situación estresante para ambos (Ripoll Córdoba et al, 2023).

El personal de enfermería debe aplicar por tanto un trato desde la perspectiva humana y biomédica al mismo tiempo, estableciendo un cuidado individualizado. Para ello será necesario además que desarrolle una correcta relación terapéutica enfermero-paciente (así como enfermero-familia) favoreciendo la seguridad y confianza en los profesionales que lo atienden (García Oroz, 2022; Herrero Ayuso et al, 2021).

Sin embargo, aunque esta asistencia a lo emocional se considere un básico entre las funciones enfermeras, la alta tecnificación, la carga de trabajo, la presión y el estrés constantes lo hacen más complicado, lo que lleva de nuevo al cuidado deshumanizado. Uno de los desafíos de la enfermería actualmente es por tanto brindar unos cuidados de calidad (Andrés Castel et al, 2023; García Gaspar et al, 2024; Ripoll Córdoba et al, 2023).

La humanización de la asistencia sanitaria requiere un cambio de cultura por lo que se trata de un proceso lento en constante evolución con el objeto de conseguir la atención centrada en el paciente implantando medidas innovadoras que favorezcan el confort y cuidado de calidad del paciente (Andrés Castel et al, 2023; Escudero Augusto et al, 2014; García Gaspar et al, 2024).

Varios estudios han evidenciado la necesidad de realizar cambios en las UCI para poder alcanzar una atención humanizada, destacando, sobre todo, la comunicación paciente-profesional y la ampliación o flexibilización de los horarios de visitas, que permita a las familias adaptarse y, en consecuencia, participar en el cuidado (Valvidares Mayor, 2017).

Proyecto HU-CI

Cada vez más profesionales sanitarios son conscientes de la posibilidad y necesidad de compaginar los valores en la asistencia con la parte más biomédica para así lograr en conjunto la máxima expresión de calidad asistencial, pues se ha demostrado la relación entre esto y unos mejores resultados clínicos (Díez Angulo et al, 2021; García Gaspar et al, 2024). La aplicación de los cuidados humanizados en la UCI se ha convertido en un elemento diferenciador entre los centros sanitarios (Andrade-Cabrera et al, 2022).

Para conseguir esto, en 2014 nace el proyecto “Humanización de Cuidados Intensivos (HU-CI)”, el mayor estímulo para la humanización de las Unidades de críticos que pone a la persona en el centro mediante el trabajo de un grupo multidisciplinar de profesionales de la

salud para mejorar la asistencia en las UCI (Baeza Gómez et al, 2020; García Gaspar et al, 2024; Heredia Díez et al, 2021).

Objetivos Proyecto HU-CI

- Humanizar los cuidados intensivos.
- Servir de foro y punto de encuentro entre pacientes, familiares y profesionales.
- Difundir los cuidados intensivos y acercarlos a la población general, poniendo énfasis en actividades relacionadas con la humanización de cuidados.
- Fomentar la formación en habilidades de humanización: comunicación, relación de ayuda, etc.
- Orientar hacia la prestación de un atención humanizada mediante el establecimiento de estándares y acreditando su cumplimiento en aquellas unidades que lo soliciten (Baeza Gómez et al, 2020).

Tabla 2. Objetivos Proyecto HU-CI. Elaboración propia

Este proyecto elabora un Manual de Buenas Prácticas de Humanización en las Unidades de Cuidados Intensivos (Anexo 2) con 7 líneas estratégicas (Gráfico 3) que tienen como fin el beneficio del paciente, su familia y el profesional sanitario (Grupo de trabajo de certificación de Proyecto HU-CI, 2017; Martínez Zubieta, 2021).

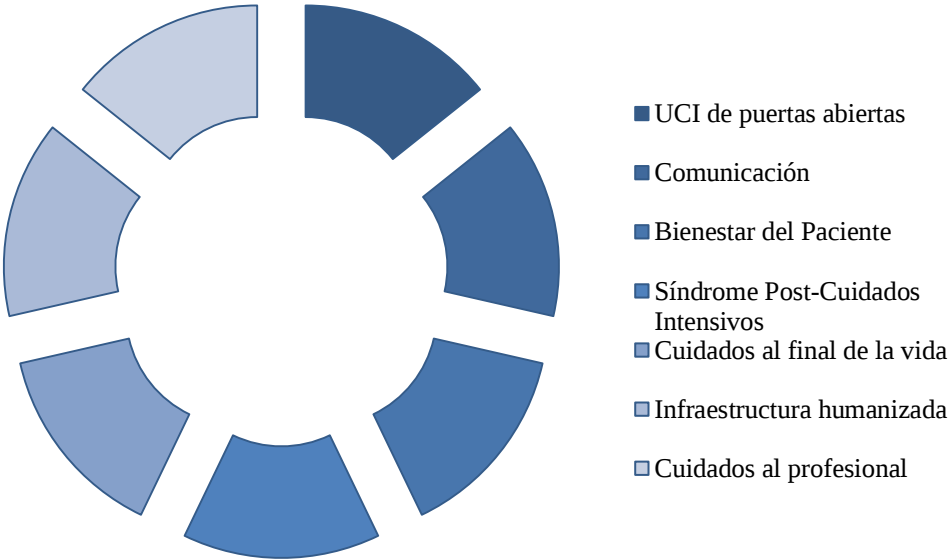


Gráfico 3. Líneas estratégicas del Proyecto HU-CI. Elaboración propia

Justificación

El brindar unos cuidados de calidad implica el contemplar y atender al paciente de una manera holística, más siendo la enfermería la parte más humana de la atención sanitaria. Sin embargo, como se ha podido comprobar, la vorágine de los turnos, la carga de trabajo, la complejidad de los pacientes, los nuevos conocimientos y las nuevas tecnologías, han hecho que el centro del cuidado se desvíe principal y casi únicamente al tratamiento de la enfermedad, descuidando por tanto el resto de esferas de la persona.

Se debe considerar entonces la necesidad de volver a acercar la enfermería a su verdadero sentido, a cuidar de las personas. Esto último es lo que impulsa la elaboración del proyecto que se expone más adelante, recuperar el cuidado integral de los pacientes para que este sea de verdadera calidad. Para ello, desde enfermería se desarrolla el programa que, a través de la formación, pretende educar en la importancia de ciertos aspectos que pueden tener gran impacto en la salud tanto física como psicológica de los pacientes.

Dicha formación se centrará tanto en enfermeros/as como en el resto de profesionales implicados en el cuidado del paciente ingresado en las Unidades de Cuidados intensivos (por ser lugares donde estas dificultades se hacen más evidentes), así como en las familias de los mismos como parte fundamental de su cuidado.

OBJETIVOS

Objetivo general

Elaborar un proyecto de mejora de los cuidados del paciente en UCI fundamentado en la humanización a través de la formación del personal de enfermería en este servicio, así como mediante la inclusión y participación de la familia de los pacientes en los mismos.

Objetivos específicos

- Realizar una búsqueda bibliográfica que permita conocer e identificar el tema de trabajo y sus principales problemáticas.

- Plantear las causas del cuidado poco humanizado en UCI junto con los beneficios que este tendría sobre los pacientes, e incluso sobre profesionales y familia.
- Proporcionar conocimientos y recursos tanto al personal de enfermería como a los familiares de pacientes de UCI para mejorar dichos problemas

METODOLOGÍA

Se realiza una búsqueda bibliográfica con el fin de describir los cuidados humanizados y su situación actual, más concretamente en las Unidades de Cuidados Intensivos. Para ello se han utilizado como palabras clave “UCI”, “Unidad de Cuidados Intensivos”, “Humanización de cuidados”, “Cuidados humanizados”, “Origen cuidados”, “Enfermería”, así como operadores booleanos como “AND” para conectar dichas palabras y definir la búsqueda.

La revisión se limita además con filtros de “texto completo” y “artículo de revista”, y una temporalidad de hace 5 años hasta la actualidad, aunque finalmente se han utilizado publicaciones de años anteriores. También se restringe a hallazgos en español e inglés, procurando que sean la mayoría de ellos desde la perspectiva sanitaria, principalmente enfermera.

Diseño del proyecto

Para poder elaborar el proyecto de mejora se realiza previamente un análisis DAFO (Tabla 3) tras la revisión bibliográfica para definir las ventajas y las debilidades de la humanización de cuidados en los servicios de cuidados intensivos.

Debilidades	Amenazas
- Sobrecarga de trabajo y estrés - Deficiente formación en habilidades sociales, emocionales y comunicativas del personal sanitario	- Distribución física de las unidades - Vulneración de la dignidad y los derechos del paciente (autonomía e intimidad)
Fortalezas	Oportunidades
- Equipos multidisciplinares - Recursos y materiales - Implicación de los profesionales	- Proyectos emergentes - Colaboración de la organización sanitaria

Tabla 3. DAFO cuidados humanizados en UCI. Elaboración propia

La realización del proyecto se plantea a través del Ciclo de Deming (Imagen 1) modificar, que consiste en 4 fases: Plan (planificar), Do (ejecutar), Check (comprobar), Act (mejorar). Este modelo va a permitir una valoración y mejora continua de las medidas que se propongan mediante la puesta en marcha y la evaluación del funcionamiento o no de las mismas, utilizando indicadores que permitirán su modificación posterior. Todo ello dirigido al fin de conseguir los objetivos que se pretenden.

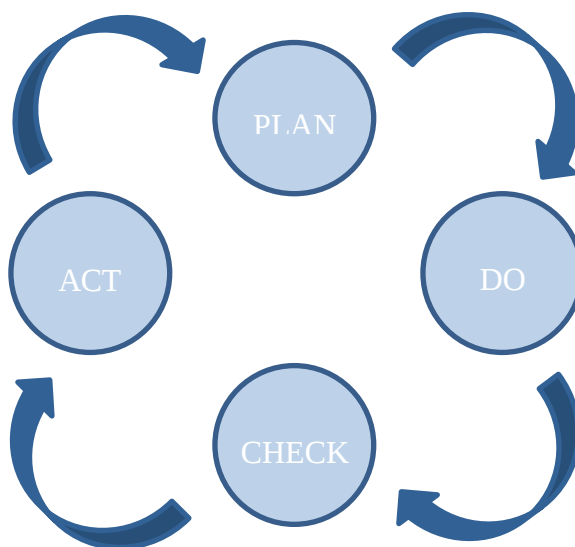


Imagen 1. Ciclo de Deming. Elaboración propia

Por otro lado, siendo el tema de trabajo la Humanización de Cuidados, y siendo esta necesaria en todos los servicios asistenciales, el presente proyecto se ha enfocado para llevarse a cabo en las UCI, por ser unidades asistenciales con gran carga de trabajo, que requieren alta tecnificación y conocimientos debido a la gravedad de los pacientes que acoge, así como por el impacto que supone para ellos y para sus familias el ingreso en las mismas.

De forma más concreta, el Hospital Universitario Lozano Blesa se ha considerado el lugar donde se propondrá la implantación de dicho proyecto por ser el referente en atención especializada de su sector, proporcionando cobertura a un gran volumen de población.

El plan de mejora se pretende realizar mediante la impartición de varias sesiones tanto a los profesionales sanitarios (considerando un equipo multidisciplinar) como a las familias de los pacientes, siguiendo unos criterios de inclusión y exclusión establecidos (Tabla 4).

Criterios de inclusión	Criterios de exclusión
- Profesionales sanitarios que se encuentren trabajando en las Unidades de Cuidados Intensivos del Hospital Universitario Lozano Blesa. - Enfermeras, TCAE, médicos, fisioterapeutas, terapeutas ocupacionales, psicólogos y todos aquellos que formen parte del equipo multidisciplinar. - Personas cuyo familiar se encuentre ingresado en estas unidades. - La participación de todos ellos será voluntaria.	- Personal sanitario que trabaje en Unidades de Cuidados Intensivos Infantiles/Neonatos. - Personal Sanitario de las UCI de adultos cuyo contrato finalice antes de que se lleven a cabo todas las sesiones de las que se compone el proyecto. - Familiares de pacientes ingresados en los Cuidados Intensivos que sean menores de edad.

Tabla 4. Criterios de inclusión y exclusión. Elaboración propia

Dichas sesiones serán impartidas preferiblemente por una enfermera, en una sala del hospital habilitada con proyector de pantalla, conexión a internet y asientos para acoger alrededor de 20-30 personas.

Para la ejecución de las sesiones será necesario además contemplar un coste económico:

- De recursos materiales:
 - Espacio donde impartir las sesiones: 200€.
 - Equipo electrónico (ordenador, proyector): 600€.
 - Carteles y trípticos informativos:
 - 20 carteles tamaño A4 x 0'30€ la fotocopia = 6€.
 - 100 trípticos informativos x 0'30€ la fotocopia = 30€.
 - Fotocopias evaluación final: nº de asistentes x 0'15€ la fotocopia.
- De recursos humanos:
 - Enfermera que va a impartir las sesiones: 80€/sesión.

DESARROLLO

Plan

Problema

El ingreso en las Unidades de Cuidados Intensivos genera ya por sí mismo una situación vulnerable. Además, la bibliografía nos muestra como múltiples factores confluyen en estos ingresos y generan un gran impacto en el paciente, tanto a nivel físico pero sobre todo psicológico, y que afectan de igual manera a la familia e incluso a los profesionales responsables del cuidado. De entre estos parecen destacar algunos como la comunicación (inadecuada), la estructura y organización del espacio, la presencia (o no presencia) de la familia, y la formación del personal asistencial en cuestiones emocionales y habilidades sociales.

La intervención con algunos aspectos muy sencillos podría mejorar la experiencia de los pacientes y sus familias en su estancia en UCI, además de mejorar su salud física y mental.

Objetivos a lograr

- Conseguir una asistencia sanitaria de calidad.

- Sensibilizar y aumentar conocimientos y competencias de los profesionales sanitarios en relación a los cuidados humanizados.
- Mejorar las habilidades de comunicación, aumentar la confianza y mejorar la relación enfermera-paciente-familia.
- Lograr mayor presencia y participación en los cuidados del familiar ingresado.

Dificultades y beneficios

Dificultades	
- Falta de reflexión crítica sobre el impacto de los horarios de visitas. - Ausencia de un proceso estructurado de comunicación entre profesionales. - Limitaciones en la comunicación con paciente y familia. - Carga de trabajo y tecnificación que dificultan el manejo de todos los aspectos puedan afectar al bienestar del paciente. - Situaciones críticas a manejar que afectan personalmente al profesional. - Falta o ausencia de formación al personal sanitario en el manejo de aspectos no físicos o técnicos (habilidades sociales, de comunicación...). - Estructura física que refuerzan las debilidades de estos servicios.	
Beneficios	
Paciente	- Mejor recuperación del proceso de enfermedad. - Mayor satisfacción con el cuidado recibido. - Prevención y/o disminución de los síntomas físicos, neurológicos y emocionales, derivados de la estancia en UCI (Síndrome Post-Cuidados Intensivos).
Familia	- Mejor adaptación a la situación y mejor conciliación familiar y laboral. - Mayor satisfacción con el cuidado prestado al paciente. - Disminución de sentimientos negativos producidos derivados del ingreso de su familiar en UCI.
Profesional	- Mayor satisfacción personal en el desarrollo del trabajo. - Mayor aprendizaje y capacidad de atención integral al paciente. - Mejores relaciones interpersonales y más humanas.

Tabla 5. Dificultades de la humanización y beneficios del programa. Elaboración propia

Do (hacer)

Difusión y captación

Para dar a conocer el proyecto y las sesiones de las que este se compone entre los profesionales, se colocarán carteles informativos (Anexo 3) durante los meses de septiembre y octubre con las fechas de realización de las mismas. Estos se ubicarán en salas comunes del personal (vestuarios, salas de descanso...), así como en tabloneros de anuncios a la entrada y en la misma Unidad de Cuidados Intensivos del Hospital Clínico.

Serán carteles de tamaño DIN-A4 en los que aparecerán las fechas de las sesiones que se impartirán a los profesionales, su ubicación, y un correo y un número de contacto de la persona responsable para poder comunicar la asistencia en caso de estar interesado.

Por otro lado, para informar sobre las sesiones con los familiares, al ingreso de cada paciente en la unidad se dará a la familia un tríptico (Anexo 4) con información y se les pedirá que si tienen interés en participar en estas actividades formativas así lo comuniquen a cualquier profesional que trabaje en la Unidad, debiendo facilitar: su nombre y apellidos, nombre del paciente del que es familiar y un correo electrónico para poder contactar. A partir de aquí, si la actividad es bien acogida, se establecerán unas fechas para realizar las sesiones con las familias, siendo informados de las mismas y de sus horarios a través del correo electrónico que nos proporcionaron.

Sesiones

El presente proyecto se va a realizar siguiendo el Plan de Humanización elaborado por la Dirección General de Cuidados y Humanización del Sistema Sanitario de Aragón, teniendo además en cuenta los estándares que según el Proyecto HU-CI que se deberían cumplir para considerar que la atención en la UCI es humanizada y, por tanto, de calidad.

Se diseñan dos líneas formativas diferentes, una enfocada hacia los profesionales sanitarios (considerando equipo multidisciplinar) y la otra hacia las familias de los pacientes ingresados en UCI.

- Para los profesionales sanitarios se determinarán los días para llevar a cabo, en un principio, tres sesiones diferentes (Tabla 6, Tabla 7 y Tabla 8).
- Por otro lado, para los familiares, el número de sesiones será indefinido (Tabla 9), pues la entrada y salida de los pacientes de UCI requerirá realizarlas de manera periódica.

Las sesiones serán dirigidas por una enfermera con amplios conocimientos tanto en cuidados intensivos como en humanización, con capacidad docente para formar al personal asistencial en cuidados humanizados y ofrecer distintas estrategias, así como para educar a la familia en cómo pueden formar parte de los mismos. Esta enfermera deberá tener además la capacidad para ejecutar y evaluar el proyecto de mejora que se plantea, aparte de gestionar los recursos que sean necesarios para el mismo.

La participación en las mismas, para ambos grupos, será completamente voluntaria, y todas ellas se desarrollarán en una sala habilitada en el mismo Hospital Clínico de Zaragoza.

SESIÓN 1	
Encargado	Enfermera
Dirigido a	Profesionales sanitarios que configuran el equipo multidisciplinar de la Unidad de Cuidados Intensivos del Hospital Clínico Universitario Lozano Blesa de Zaragoza
Duración	1 hora
Recursos	- Sala de amplia capacidad - Ordenador y proyector de pantalla
Desarrollo	- Introducción a la sesión - Mesa redonda - Charla y presentación - Ruegos y preguntas

Contenido	- Introducción a la humanización de los cuidados - Consecuencias de los cuidados deshumanizados - Implicaciones de la humanización - Recursos existentes
------------------	---

Tabla 6. Sesión 1 del proyecto de mejora para profesionales. Elaboración propia

SESIÓN 2	
Encargado	Enfermera
Dirigido a	Profesionales sanitarios que configuran el equipo multidisciplinar de la Unidad de Cuidados Intensivos del Hospital Clínico Universitario Lozano Blesa de Zaragoza
Duración	2 horas
Recursos	- Sala de amplia capacidad - Ordenador y proyector de pantalla
Desarrollo	- Introducción a la sesión - Mesa redonda - Charla y presentación - ‘Role-playing’ - Ruegos y preguntas

Contenido	- Información y comunicación ○ Comunicación interprofesional ○ Comunicación con la familia ○ Comunicación con el paciente ○ Herramientas y recursos informativos - Infraestructura humanizada ○ Privacidad del paciente ○ Bienestar ambiental ○ Orientación temporo-espacial ○ Distracción y entretenimiento ○ Espacios para acompañantes ○ Flexibilización de horarios
------------------	--

Tabla 7. Sesión 2 del proyecto de mejora para profesionales. Elaboración propia

SESIÓN 3	
Encargado	Enfermera
Dirigido a	Profesionales sanitarios que configuran el equipo multidisciplinar de la Unidad de Cuidados Intensivos del Hospital Clínico Universitario Lozano Blesa de Zaragoza
Duración	1 hora
Recursos	- Sala de amplia capacidad - Ordenador y proyector de pantalla
Desarrollo	- Introducción a la sesión - Mesa redonda - Charla y presentación - Ruegos y preguntas

Contenido	- Bienestar del paciente ○ Bienestar psicológico ○ Promoción de la autonomía ○ Descanso nocturno (control ambiental) - Bienestar del profesional ○ Sensibilización del ‘Síndrome de Burnout’ o ‘Síndrome de Desgaste profesional’ ○ Gestión emocional y autocuidado ○ Relaciones positivas
------------------	---

Tabla 8. Sesión 3 del proyecto de mejora para profesionales. Elaboración propia

SESIÓN FAMILIAS	
Encargado	Enfermera
Dirigido a	Familiares y acompañantes de pacientes ingresados en la Unidad de Cuidados Intensivos del Hospital Clínico Universitario Lozano Blesa de Zaragoza
Duración	1 hora
Recursos	- Sala de amplia capacidad - Ordenador y proyector de pantalla
Desarrollo	- Introducción a la sesión - Mesa redonda - Charla y presentación - Ruegos y preguntas ○ Necesidades y propuestas
Contenido	- Introducción a los cuidados humanizados - Participación de la familia en los cuidados ○ Flexibilización de los horarios ○ Personalización de los espacios ○ Entretenimiento y autonomía del paciente

Tabla 9. Sesión del proyecto de mejora para familias. Elaboración propia

Check (comprobar)

Una vez que el proyecto se ha llevado a cabo y se han realizado todas las sesiones previstas, se debe realizar una evaluación de los resultados obtenidos de las mismas. Esta evaluación se efectuará de manera cuantitativa a través de una serie de indicadores de estructura, proceso y resultado que se han desarrollado (Tabla 10, Tabla 11, Tabla 12, Tabla 13 y Tabla 14), además de forma cualitativa por medio de una encuesta de satisfacción (Anexo 5) que ha sido diseñada para cumplimentar por los participantes (tanto profesionales como familiares) al finalizar las actividades.

La evaluación permitirá valorar si es eficaz, si se alcanzan los objetivos planteados, así como si se produce una mejora de la calidad asistencial con el paciente.

INDICADORES DE ESTRUCTURA		
Indicador	Disponibilidad de salas con ordenador y proyector en el Hospital Clínico	Disponibilidad de sillas en la UCI del Hospital Clínico
Descripción	Numerador: número de salas con ordenador y proyectos en el Hospital Clínico Denominador: número total de salas en el Hospital Clínico	Numerador: número de sillas que ocupan los participantes en la sala Denominador: número de sillas totales disponibles en la UCI del Hospital Clínico
Aclaración de términos	Conocer las salas con ordenador y proyecto disponibles para la realización de las sesiones	Conocer el número de butacas disponibles en la UCI del Hospital Clínico para saber si son suficientes
Justificación	Resulta fundamental escoger el espacio que se adecue a las necesidades requeridas para la realización de las sesiones que componen el proyecto	El número de sillas deberá ser suficiente para todos los miembros del equipo multidisciplinar, así como para los familiares que participen en sus respectivas sesiones
Responsable	Enfermera encargada del proyecto	Enfermera encargada del proyecto

Frecuencia de recogida	Previo a la realización de las sesiones del proyecto	Previo a la realización de las sesiones del proyecto
Fuente de información	La enfermera encargada del proyecto escogerá la sala más adecuada para su desarrollo según disponibilidad	La enfermera encargada del proyecto asegurará el número mínimo necesario de sillas antes de cada sesión
Estándar	Se precisa un espacio con ordenador y proyector de pantalla	Se calcula serán necesarias al menos 20 sillas para cada sesión

Tabla 10. Indicadores de Estructura para la evaluación del proyecto de mejora. Elaboración propia

INDICADORES DE PROCESO I		
Indicador	Asistencia del miembros del equipo multidisciplinar de la UCI del Hospital Clínico	Asistencia de familiares de los pacientes ingresados en la UCI del Hospital Clínico
Descripción	Numerador: número de profesionales del equipo multidisciplinar de la UCI del Hospital Clínico que asisten a las sesiones Denominador: número total de profesionales del equipo multidisciplinar de la UCI del Hospital Clínico	Numerador: número de familiares de pacientes de UCI del Hospital Clínico que acuden a las sesiones de familia Denominador: número total de pacientes ingresados en UCI del Hospital Clínico
Aclaración de términos	La participación en las sesiones está abierta a todos miembros del equipo de UCI del Hospital Clínico	Se ofrece la participación en las sesiones a todos los familiares de los pacientes ingresados en UCI del Hospital Clínico
Justificación	Cuantificación de la participación de los profesionales en el proyecto para conocer el grado de interés en cada sesión	Cuantificación de la participación de las familias en las sesiones para conocer la implicación en el proyecto y en el cuidado del paciente

Responsable	Enfermera encargada del proyecto	Enfermera encargada del proyecto
Frecuencia de recogida	Al inicio y al final de cada sesión	Al inicio y al final de cada sesión
Fuente de información	La enfermera encargada del proyecto realizará el conteo de asistentes al inicio y al final de cada sesión	La enfermera encargada del proyecto realizará el conteo de asistentes al inicio y al final de cada sesión
Estándar	Se espera al menos la participación de la mitad de la plantilla, con representación de todo tipo de profesionales	Se espera al menos la participación de un familiar por cada paciente ingresado en UCI en el Hospital Clínico

Tabla 11. Indicadores de Proceso (I) para la evaluación del proyecto de mejora. Elaboración propia

INDICADORES DE PROCESO II	
Indicador	Adecuación del tiempo estimado al contenido programado para cada sesión
Descripción	Numerador: tiempo empleado en la sesión Denominador: tiempo estimado para la sesión
Aclaración de términos	Importancia de ajustarse a los tiempos establecidos para cada sesión en función de los contenidos de las mismas
Justificación	Evaluar la adaptación al tiempo estimado según los contenidos de cada sesión
Responsable	Enfermera encargada del proyecto
Frecuencia de recogida	Al final de cada una de las sesiones
Fuente de información	La enfermera encargada del proyecto será responsable de

	calcular la hora de inicio y la hora de fin de cada sesión
Estándar	Se espera ajustarse a los tiempos establecidos

Tabla 12. Indicadores de Proceso (II) para la evaluación del proyecto de mejora. Elaboración propia

INDICADORES DE RESULTADO I		
Indicador	Satisfacción del equipo multidisciplinar de la UCI del Hospital Clínico que participan en las sesiones	Satisfacción de los familiares de los pacientes ingresados en la UCI del Hospital Clínico que participan en las sesiones
Descripción	Numerador: número de profesionales satisfechos con el proyecto Denominador: número total de profesionales que han participado en el proyecto	Numerador: número de familiares satisfechos con el proyecto Denominador: número total de familiares que han participado en el proyecto
Aclaración de términos	Conformidad de los profesionales asistentes con las sesiones realizadas	Conformidad de los familiares asistentes con las sesiones realizadas
Justificación	La satisfacción de los profesionales es uno de los principales indicadores de la calidad del proyecto que se realiza	La satisfacción de la familia es uno de los principales indicadores de la calidad del proyecto que se realiza
Responsable	Enfermera encargada del proyecto	Enfermera encargada del proyecto
Frecuencia de recogida	Al finalizar el proyecto	Al finalizar el proyecto
Fuente de información	La enfermera encargada del proyecto pasará a los profesionales participantes una encuesta al finalizar todas las sesiones (Anexo 5)	La enfermera encargada del proyecto pasará a los familiares participantes una encuesta al finalizar todas las sesiones (Anexo 5)

Estándar	Se espera un grado de satisfacción óptimo por parte del personal	Se espera un grado de satisfacción óptimo por parte de la familia
-----------------	--	---

Tabla 13. Indicadores de Resultado (I) para la evaluación del proyecto de mejora. Elaboración propia

INDICADORES DE RESULTADO II		
Indicador	Implantación permanente del proyecto de mejora para el equipo multidisciplinar de UCI del Hospital Clínico	Implantación permanente del proyecto de mejora para los familiares de pacientes ingresados en UCI del Hospital Clínico
Descripción	Numerador: número de profesionales que han participado en las sesiones y estarían dispuestos a continuar con las mismas Denominador: número total de profesionales que han participado en las sesiones	Numerador: número de familiares que han participado en las sesiones y que estarían dispuestos a continuar con las mismas Denominador: número total de familiares que han participado en las sesiones
Aclaración de términos	Tras la realización de la encuesta de satisfacción (Anexo 5) se anotará el número de profesionales satisfechos con el proyecto	Tras la realización de la encuesta de satisfacción (Anexo 5) se anotará el número de familiares satisfechos con el proyecto
Justificación	Conocer si el proyecto ha sido de interés y de utilidad para los profesionales y su labor	Conocer si el proyecto ha sido de interés y utilidad para los familiares de los pacientes
Responsable	Enfermera encargada del proyecto	Enfermera encargada del proyecto
Frecuencia de recogida	Al finalizar las sesiones del proyecto, tras la realización de las encuestas de satisfacción (Anexo 5)	Al finalizar las sesiones del proyecto, tras la realización de las encuestas de satisfacción (Anexo 5)
Fuente de información	La enfermera encargada del proyecto será la responsable de hacer el recuento de profesionales	La enfermera encargada del proyecto será la responsable de hacer el recuento de los familiares satisfechos

	satisfechos con el proyecto	con el proyecto
Estándar	Se espera que al menos la mitad de los profesionales participantes estén satisfechos y a favor de la continuidad del proyecto	Se espera que al menos la mitad de los familiares participantes estén satisfechos y a favor de la continuidad del proyecto

Tabla 14. Indicadores de Resultado (II) para la evaluación del proyecto de mejora. Elaboración propia

ACT (ajustar)

En la última fase del Ciclo de Deming, se valorarán los resultados obtenidos gracias a las valoraciones y los indicadores de la fase anterior, permitiendo así:

- Implantar de manera definitiva el proyecto si los objetivos se han logrado alcanzar.
- Rediseñar el mismo haciendo los ajustes y mejoras necesarias, para después poder ponerlo de nuevo en práctica y alcanzar las metas propuestas.

CONCLUSIONES

- El diseño del plan de mejora se ha realizado conforme a la bibliografía revisada, y se apoya en la normativa vigente y en proyectos novedosos que buscan la humanización.
- La implementación de este plan de mejora con los profesionales del equipo multidisciplinar mejoraría la atención del paciente, dándole valor a lo emocional, haciéndola de mayor calidad.
- El plan de mejora planteado y dirigido hacia los familiares permitiría la implicación de estos en los cuidados y, así, la disminución de la incertidumbre y los sentimientos negativos generados por la situación.
- El principal logro que se espera del plan de mejora propuesto sería la mejora de la salud emocional y mental, así como el aumento de la satisfacción de los pacientes con los cuidados.
- Los cuidados humanizados serían necesarios en las Unidades de Cuidados Intensivos dada la gravedad de los pacientes de estos servicios, que potencia la cultura de la atención centrada en la enfermedad.
- La formación en cuestiones de humanización resultaría fundamental en las universidades (además de en todos los servicios asistenciales), pues los alumnos de las profesiones sanitarias forman y formarán parte del sistema, siendo preciso el conocimiento de la importancia del abordaje emocional y psicológico del paciente.

BIBLIOGRAFÍA

- Andrade-Cabrera, C.G. y Cáceres-Costales, C.H. (2022). Tendencias en la Atención del Enfermo Crítico en la Unidad de Cuidados Intensivos. Dificultades y Perspectivas. *Polo del Conocimiento: Revista científico-profesional*, 7(3). <https://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=9378690>
- Andrés Castel, N., Biota Pérez, M., Manteiga Pablo, A., Altarejos Salido, A., Muñoz Ruiz, A. y Becerril Ramírez, N. (2023). Humanización en cuidados intensivos: una revisión integral de estrategias, prácticas y resultados en entornos de UCI para adultos. *Revista Sanitaria de Investigación*, 4(12). <https://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=9233469>
- Arquellada Martínez, M.M., Bombín Benito, R. y Cruzado Álvarez, C. (2010). Caso clínico: Paciente con secuelas por estancia prolongada en UCI. *Enfermería en cardiología: revista científica e informativa de la Asociación Española de Enfermería en Cardiología*, (50), 33-37. <https://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=6303937>
- Arredondo-González, C.P. y Siles-González, J. (2009). Tecnología y Humanización de los Cuidados: Una mirada desde la Teoría de las Relaciones Interpersonales. *Index de Enfermería*, 18(1), 32-36. https://scielo.isciii.es/scielo.php?pid=S1132-12962009000100007&script=sci_arttext
- Baeza Gómez, I. y Quispe Hoxsas, L. (2020). Proyecto “Humanizando los Cuidados Intensivos!, nuevo paradigma de orientación de los Cuidados Intensivos. *Revista de bioética y derecho: publicación del Máster en bioética y derecho*, (48), 111-126. <https://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=7385728>
- Correa Zambrano, M.L. (2016). La humanización de la atención en los servicios de salud: un asunto de cuidado. *Revista Cuidarte*, 7(1), 1210-1218. http://www.scielo.org.co/scielo.php?pid=S2216-09732016000100011&script=sci_arttext

Decreto 39/2024, de 28 de febrero, del Gobierno de Aragón. Boletín Oficial de Aragón, 50, de 11 de marzo de 2024. <https://www.boa.aragon.es/cgi-bin/EBOA/BRSCGI?CMD=VEROBJ&MLKOB=1320380440303>

Díez Angulo, M.M., Fernández Peñarroya, R., Ferrer Gracia, M., Cuadra Giménez, L.M., Ruiz García, D. y Gregorio Pueyo, V. (2021). Por una UCI más abierta, confortable y humana, comunicación breve. *Revista Sanitaria de Investigación*, 2(11). <https://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=8210439>

Escudero Augusto, D., Viña, L. y Calleja, C. (2014). Por una UCI de puertas abiertas, más confortable y humana, es tiempo de cambio. *Medicina Intensiva*, 38(6), 371-375. <https://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=4831488>

García Cabeza, M.E. (2014). Humanizar la asistencia en los grandes hospitales: un reto para el profesional sanitario. *Metas de Enfermería*, 17(1), 70-74. <https://www.enfermeria21.com/revistas/metas/articulo/80549/>

García Gaspar, P., Rojo Gómez, L., Romano Arriazu, M., Rubio Jorge, P.L., Barrera Esteban, A. y Cortés Castillo, M. (2024). Análisis de un plan de humanización en la unidad de cuidados intensivos del Hospital Nuestra Señora de Gracia. *Revista Sanitaria de Investigación*, 5(4). <https://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=9530988>

García Oroz, E. (2022). Plan de mejora de la asistencia sanitaria en UCI aplicando cuidados paliativos. *Revista Sanitaria de Investigación*, 3(7). <https://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=8569869>

Gobierno de Aragón, Dirección General de Cuidados y Humanización. (2025). Estrategia de activación de la humanización en el ámbito sanitario de la Comunidad Autónoma de Aragón. <https://www.saludinforma.es/portalsi/documents/10179/0/Docu.+p%C3%BAblico+-+Plan+Estrat%C3%A9gico+de+Humanizaci%C3%B3n.pdf/497cb187-9beb-4cdd-a857-7923bfb1172>

- González Juárez, I., Velandia Mora, A.L. y Flores Fernández, V. (2009). Humanización del cuidado de enfermería. De la formación a la práctica clínica. *Revista CONAMED*, 14 (1), 40-43. <https://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=3633444>
- Grupo de trabajo de certificación de Proyecto HU-CI. (2017). Manual de buenas prácticas de humanización en Unidades de Cuidados Intensivos. Proyecto HU-CI. <https://proyctohuci.com/wp-content/uploads/2017/11/Manual-Buenas-Practicas-HUCI.pdf>
- Heredia Díez, V.B., Torralba Elía, L., Torralba Elía, M., Villagrasa Alloza, M., Torralba Sánchez, S. y Sanz Rosa, J. (2021). Humanización de los Cuidados e la unidad de cuidados intensivos. *Revista Sanitaria de Investigación*, 2(11). <https://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=8210181>
- Herrero Ayuso, E., Sainz de Medrano Moreno, M., Marín Jerez, E., Jimeno García, C. y Muñoz López, A. (2021). Exposición de la necesidad de mejora de cuidados en UCI. *Revista Sanitaria de Investigación*, 2(11). <https://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=8210658>
- Hospital Clínico Universitario Lozano Blesa. (2024a). El Hospital Clínico pone en marcha un nuevo espacio de diálogo entre profesionales, pacientes y familias. Gobierno de Aragón. <https://hospitalclinico.salud.aragon.es/el-hospital-clinico-pone-en-marcha-un-nuevo-espacio-de-dialogo-entre-profesionales-pacientes-y-familias/>
- Hospital Clínico Universitario Lozano Blesa. (2024b). El programa de talleres para cuidadores del Hospital Clínico, pionero en Aragón, cumple diez años ininterrumpidos. Gobierno de Aragón. <https://hospitalclinico.salud.aragon.es/el-programa-de-talleres-para-cuidadores-del-hospital-clinico-pionero-en-aragon-cumple-diez-anos-ininterrumpidos/>
- Instituto Nacional de la Salud. (1984). Plan de Humanización de la asistencia hospitalaria. Ministerio de Sanidad y Consumo. https://catalogobibliotecaingesa.sanidad.gob.es/bibliotecaPublicaciones/publicaciones/internet/docs/Plan_Humanizacion_AsistHospit.pdf

Ley 14/1986, de 25 de abril, General de Sanidad. Boletín Oficial del Estado, 102, de 29 de abril de 1986. <https://www.boe.es/buscar/act.php?id=BOE-A-1986-10499&p=20230323&tn=1#ci>

Martínez Zubieta, R. (2021). Humanización en la Unidad de Cuidados Intensivos. *Medicina crítica (Colegio Mexicano de Medicina Crítica)*, 35(3), 144-147. https://www.scielo.org.mx/scielo.php?pid=S2448-89092021000300144&script=sci_arttext

Moreno-Fergusson, M.E. (2013). Humanización del cuidado: una meta enraizada en la esencia de enfermería. *Aquichan*, 13(2), 146-147. http://www.scielo.org.co/scielo.php?pid=S1657-59972013000200001&script=sci_arttext

Ripoll Córdoba, J.R., Roy Guerrero, L., Fernández Marco, A., Puyal Alegret, M. y Fuertes Lahoz, E. (2023). El corazón del cuidado. El rol vital de las enfermeras en la UCI coronaria. *Revista Sanitaria de Investigación*, 4(12). <https://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=9233268>

Valvidares Mayor, M. (2017). Humanización de los cuidados de enfermería en las Unidades de Cuidados Intensivos. *Enfermería Integral*, (116), 52-57. <https://www.enfervalencia.org/ei/116/ENF-INTEG-116.pdf>

Wilson, M.E., Beesley, S., Grow, A., Rubin, E., Hopkins, R.O., Hajizadeh, N. y Brown, S.M. (2019). Humanizing the intensive care unit. *Critical Care*, 23(32). <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/30691528/>

ANEXOS

Anexo 1 – Líneas estratégicas. Plan de Humanización de Aragón

LÍNEA 1. INFORMACIÓN Y COMUNICACIÓN	
Asegurar que la información relevante esté disponible de manera oportuna y comprensible. Mejorar la calidad de la información y la comunicación entre pacientes, sus familias y profesionales del sistema sanitario.	
Objetivo estratégico 1: Crear cultura de experiencia y humanización	
Objetivo específico	Actuaciones
Desarrollar las habilidades de comunicación del personal	Formación en comunicación directa profesional-paciente. Formación continua enfocada en la mejora de las habilidades: trato humano, inteligencia emocional, escucha activa, entre otras.
Dosificar la información al paciente a lo largo de la atención	Desarrollo de materiales sobre ingreso, acogida y transición entre Atención Primaria y Hospitalaria en la Escuela de Salud. También disponibles a través de la Historia Clínica, permitiendo a los profesionales facilitarlos de manera directa a pacientes.
Objetivo estratégico 2: Promover la participación activa de los/as pacientes y su entorno	
Objetivo específico	Actuaciones
Involucrar a pacientes y ciudadanía en la identificación, creación y validación de información	Elaboración de un protocolo para la presentación, explicación y firma de documentos dirigidos a pacientes. Por ejemplo, documentos informativos, recomendaciones o prescripciones. Identificando los momentos clave para su entrega e incluyendo contactos para poder resolver dudas.

	Colaboración con pacientes expertos en la creación y validación de recursos informativos y explicativos destinados a pacientes. Para asegurar que son claros y verdaderamente útiles para las personas usuarias.
Objetivo estratégico 3: Mejorar la eficiencia del sistema a través de la innovación organizativa	
Objetivo específico	Actuaciones
Generar recursos de información de valor y consistentes	Generar un catálogo de recursos dirigidos a personas usuarias accesible a través de la Historia clínica electrónica y desde la Escuela de salud.
Objetivo estratégico 4: Proporcionar las condiciones para la implementación y la replicabilidad	
Objetivo específico	Actuaciones
Profesionalizar la información y crear estándares	Diseño de materiales explicativos que describan, de forma sencilla, visual y paso a paso, pruebas médicas y procedimientos. Información estandarizada que facilite la transmisión de la información y garantice su comprensión en cualquier centro del sistema de salud.
Sistematizar la detección de necesidades de información, su profundidad y su encontrabilidad	Encuestas de satisfacción para evaluar la atención recibida vía online, tras una consulta u hospitalización. Diseñar las encuestas enfocadas en valorar la experiencia de paciente.

Fuente: Gobierno de Aragón, Dirección General de Cuidados y Humanización. (2025). Estrategia de activación de la humanización en el ámbito sanitario de la Comunidad Autónoma de Aragón. <https://www.saludinforma.es/portalsi/documents/10179/0/Docu.+p%C3%BAblico+-+Plan+Estrat%C3%A9gico+de+Humanizaci%C3%B3n.pdf/497cb187-9beb-4cdd-a857-7923bfb1172>

LÍNEA 2. ADECUACIÓN DE LOS ESPACIOS Y DEL ENTORNO

Adaptar los espacios físicos y el entorno del sistema sanitario para que sean más acogedores, seguros y confortables, contribuyendo al bienestar integral de pacientes, acompañantes y profesionales.

Objetivo estratégico 1: Crear cultura de experiencia y humanización

Objetivo específico	Actuaciones
Divulgar y potenciar buenas prácticas en el uso de los espacios	Explorar posibles soluciones para resolver este objetivo específico.
Diseñar espacios y entornos accesibles y confortables	Explorar posibles soluciones para resolver este objetivo específico.
Garantizar el respeto a la intimidad y la confidencialidad	Implementar sistemas que aseguren la protección de datos en las salas de espera. Por ejemplo, mediante la instalación de dispensadores de números o el uso de pantallas.
	Habilitar espacios para la comunicación con familiares en unidades de hospitalización y urgencias.
	Minimizar las situaciones de vulneración de la intimidad de los pacientes. Por ejemplo, mediante pautas claras sobre el uso de ropa y cobertores durante pruebas o exploraciones.

Objetivo estratégico 2: Promover la participación activa de los/as pacientes y su entorno

Objetivo específico	Actuaciones
Identificar necesidades de los/las pacientes en relación al uso de los espacios	Identificación clara del personal, conociendo claramente su rol y su nombre.
	Habilitar espacios de descanso para las personas que acompañan a pacientes en urgencias. Por ejemplo, disponer de bancos donde puedan sentarse.
	Habilitar mecanismos para consultar a profesionales y recopilar su opinión, identificando sus necesidades y requerimientos en los espacios.
Objetivo estratégico 3: Mejorar la eficiencia del sistema a través de la innovación organizativa	
Objetivo específico	Actuaciones
Mejorar la accesibilidad y la continuidad de los circuitos	Redefinir los circuitos asistenciales mejorando la continuidad y la atención integral.
Objetivo estratégico 4: Proporcionar las condiciones para la implementación y la replicabilidad	
Objetivo específico	Actuaciones
Definir requerimientos de humanización y experiencia de paciente para el diseño de espacios.	Servicio de asesoramiento para ofrecer recomendaciones sobre el diseño y equipamiento de espacios nuevos, así como para la renovación o modificación de espacios existentes.
	Directrices para la señalética y uso de pictogramas en nuevos centros, cumpliendo con los requisitos de accesibilidad.

Sistematizar y coordinar de forma global las mejoras en espacios actuales.	Explorar posibles soluciones para resolver este objetivo específico.
--	--

Fuente: Gobierno de Aragón, Dirección General de Cuidados y Humanización. (2025). Estrategia de activación de la humanización en el ámbito sanitario de la Comunidad Autónoma de Aragón. <https://www.saludinforma.es/portalsi/documents/10179/0/Docu.+p%C3%BAblico+-+Plan+Estrat%C3%A9gico+de+Humanizaci%C3%B3n.pdf/497cb187-9beb-4cdd-a857-7923bfb1172>

LÍNEA 3. ATENCIÓN Y TRATO DIRECTO	
Garantizar que la atención directa a pacientes se realice con empatía, respeto y profesionalidad, promoviendo un trato humano y personalizado.	
Objetivo estratégico 1: Crear cultura de experiencia y humanización	
Objetivo específico	Actuaciones
Extender la visión del paciente como un todo	Guía, para la ciudadanía, sobre cómo manejarse por el sistema sanitario. Diseñada con la colaboración de pacientes y familiares.
Cuidar a las personas que cuidan	Explorar posibles soluciones para resolver este objetivo específico.
Objetivo estratégico 2: Promover la participación activa de los/as pacientes y su entorno	
Objetivo específico	Actuaciones
Facilitar los cuidados entre iguales	Explorar posibles soluciones para resolver este objetivo específico.

Desarrollar la toma de decisiones compartida	Formación a profesionales para fomentar la toma de decisiones compartida.
Objetivo estratégico 3: Mejorar la eficiencia del sistema a través de la innovación organizativa	
Objetivo específico	Actuaciones
Rediseñar los servicios desde el enfoque de la atención centrada en valor	Recoger la opinión de los pacientes sobre la atención y el trato, así como sus sugerencias de mejora en todos los servicios.
	Incorporación y medición de PREMs y PROMs.
Objetivo estratégico 4: Proporcionar las condiciones para la implementación y la replicabilidad	
Objetivo específico	Actuaciones
Identificar propuestas para favorecer la continuidad de los cuidados	Desarrollo de figuras de referencia, buenas prácticas y materiales informativos que garanticen un trato humano y de calidad.
	Entregar y explicar un manual de acogida, hacer un recorrido guiado por el servicio, apoyar en la gestión de citas, proporcionar información adicional y ofrecer apoyo tras el diagnóstico o ingreso.

Fuente: Gobierno de Aragón, Dirección General de Cuidados y Humanización. (2025). Estrategia de activación de la humanización en el ámbito sanitario de la Comunidad Autónoma de Aragón. <https://www.saludinforma.es/portalsi/documents/10179/0/Docu.+p%C3%BAblico+-+Plan+Estrat%C3%A9gico+de+Humanizaci%C3%B3n.pdf/497cb187-9beb-4cdd-a857-7923bfb1172>

LÍNEA 4. LA SOCIEDAD COMO ACTIVO DE SALUD

Fomentar la participación activa de la sociedad en general, destacando su papel esencial en el uso responsable de los recursos sanitarios, el cuidado de la salud propia y la promoción de la salud y el bienestar. Además, subrayar la responsabilidad social corporativa de empresas y proveedores como clave para una sociedad más humanizada.

Objetivo estratégico 1: Crear cultura de experiencia y humanización

Objetivo específico	Actuaciones
Divulgar criterios para el uso responsable de los recursos	Campañas de difusión sobre el uso adecuado del sistema sanitario a través de Salud Informa, Intranet y los propios centros sanitarios. Por ejemplo, cancelar cita si no puedes venir o cuándo hacer uso de urgencias u otros servicios de atención continuada. A través de pantallas en los centros sanitarios, redes sociales, locuciones telefónicas, etc.
Impulsar la educación y promoción de la salud	Incrementar la promoción de la salud y educación sanitaria en los medios de comunicación, para educar en autocuidado y hábitos saludables, entre otros.
	Apoyar programas educativos para colegios, en colaboración con Salud Pública. Promoción de la salud, fomento de hábitos saludables y educación en el uso responsable de los recursos durante la etapa escolar.

Objetivo estratégico 2: Promover la participación activa de los/as pacientes y su entorno

Objetivo específico	Actuaciones
Promover la participación colectiva en la construcción de los	Explorar posibles soluciones para resolver este objetivo específico.

activos de salud	
Objetivo estratégico 3: Mejorar la eficiencia del sistema a través de la innovación organizativa	
Objetivo específico	Actuaciones
Dinamizar los grupos existentes	Explorar posibles soluciones para resolver este objetivo específico.
Objetivo estratégico 4: Proporcionar las condiciones para la implementación y la replicabilidad	
Objetivo específico	Actuaciones
Crear modelos de colaboración entre el sistema y la sociedad	Potenciar el voluntariado en hospitales, crear redes y colaboraciones con asociaciones. Definir el proceso para regular, integrar y tutelar el voluntariado.

Fuente: Gobierno de Aragón, Dirección General de Cuidados y Humanización. (2025). Estrategia de activación de la humanización en el ámbito sanitario de la Comunidad Autónoma de Aragón. <https://www.saludinforma.es/portalsi/documents/10179/0/Docu.+p%C3%BAblico+-+Plan+Estrat%C3%A9gico+de+Humanizaci%C3%B3n.pdf/497cb187-9beb-4cdd-a857-7923bfb1172>

LÍNEA 5. ORGANIZACIÓN DEL SISTEMA DE SALUD ORIENTADA AL PACIENTE	
Orientar el propio sistema de salud hacia la experiencia de paciente, desde el sistema de gestión a la definición de las funciones del personal o los resultados esperados en cada servicio.	
Objetivo estratégico 1: Crear cultura de experiencia y humanización	
Objetivo específico	Actuaciones

Favorecer el trabajo colaborativo y la conexión entre centros	Coordinación sociosanitaria para una atención integral. Diseñar los procesos asistenciales con un enfoque centrado en las personas, eliminando las barreras entre Atención primaria, hospitalaria y domiciliaria.
	Intervención proactiva de las unidades de admisión en la acogida de paciente.
Objetivo estratégico 2: Promover la participación activa de los/as pacientes y su entorno	
Objetivo específico	Actuaciones
Favorecer entornos de acogida donde los y las pacientes puedan ser informados adecuadamente	Habilitar consultas de profesionales que actúan como referentes para pacientes y familias.
Objetivo estratégico 3: Mejorar la eficiencia del sistema a través de la innovación organizativa	
Objetivo específico	Actuaciones
Desarrollar fórmulas de trabajo transversal e interdisciplinar.	Creación de una Comisión de humanización en cada sector. Con el objetivo de facilitar la coordinación y generar iniciativas que respondan a las necesidades específicas de cada área.
	Agendas eficientes. Optimización de la gestión de agendas, automatizando la reasignación de los huecos que generan las citas canceladas.
Objetivo estratégico 4: Proporcionar las condiciones para la implementación y la replicabilidad	

Objetivo específico	Actuaciones
Profesionalizar y sistematizar la innovación centrada en el paciente, para que forme parte de la estrategia del sistema	Incluir objetivos relacionados con la humanización y la experiencia del paciente en el Contrato Programa y en los Acuerdos de Gestión Clínica. Por ejemplo, incorporar la experiencia del paciente en el desarrollo de los protocolos.
	Revisión de las quejas recibidas en el centro, servicio o unidad para identificar áreas de mejora.
Afrontar la transformación digital desde la perspectiva de paciente	Explorar posibles soluciones para resolver este objetivo específico.

Fuente: Gobierno de Aragón, Dirección General de Cuidados y Humanización. (2025). Estrategia de activación de la humanización en el ámbito sanitario de la Comunidad Autónoma de Aragón. <https://www.saludinforma.es/portalsi/documents/10179/0/Docu.+p%C3%ABlico+-+Plan+Estrat%C3%A9gico+de+Humanizaci%C3%B3n.pdf/497cb187-9beb-4cdd-a857-7923bfb1172>

LÍNEA 6. PROFESIONALES: AGENTES Y DESTINATARIOS DE LA ESTRATEGIA	
Reconocer y empoderar a los y las profesionales de la salud como actores clave y beneficiarios de este plan, proporcionándoles las herramientas y el apoyo necesarios para incorporar y extender esta cultura.	
Objetivo estratégico 1: Crear cultura de experiencia y humanización	
Objetivo específico	Actuaciones
Canalizar la mejora de la experiencia del	Formación en el ámbito de la humanización para el personal de nueva incorporación en las diferentes unidades asistenciales.

personal	Incluir formación en humanización dentro de los programas de formación especializada.
Cuidar el bienestar de los y las profesionales	Incorporar formación específica sobre humanización en los programas universitarios, a través de asignaturas y/o contenidos. Además, incluir esta formación en los ciclos de Formación Profesional sanitarios.
	Jornada multidisciplinar de bienvenida y acogida al sistema de salud para nuevos/as profesionales, con actividades dinámicas para formar y entrenar habilidades para la humanización. Con el objetivo de conectar la experiencia universitaria con la experiencia laboral. Este programa también podría replicarse para profesionales ya en activo.
Objetivo estratégico 2: Promover la participación activa de los/as pacientes y su entorno	
Objetivo específico	Actuaciones
Reorientar el proceso de atención para favorecer la corresponsabilidad del paciente sobre sus cuidados	Incorporar la experiencia de paciente en el diseño de los procesos asistenciales.
Objetivo estratégico 3: Mejorar la eficiencia del sistema a través de la innovación organizativa	
Objetivo específico	Actuaciones
Lograr que el personal interiorice su propio potencial como agente de	Creación de Comisiones de Humanización formadas por equipos multidisciplinares de profesionales.

cambio	
Objetivo estratégico 4: Proporcionar las condiciones para la implementación y la replicabilidad	
Objetivo específico	Actuaciones
Definir una metodología para la replicabilidad de acciones	Establecer acuerdos de colaboración con las Unidades de Calidad y los centros con certificación ISO para obtener su apoyo en la definición.
	Habilitar un espacio digital para profesionales del sistema sanitario de Aragón donde compartir proyectos de humanización que se llevan a cabo. Que permita acceder a información, recursos, contactos de referencia y etiquetas para facilitar la réplica de iniciativas.

Fuente: Gobierno de Aragón, Dirección General de Cuidados y Humanización. (2025). Estrategia de activación de la humanización en el ámbito sanitario de la Comunidad Autónoma de Aragón. <https://www.saludinforma.es/portalsi/documents/10179/0/Docu.+p%C3%BAblico+-+Plan+Estrat%C3%A9gico+de+Humanizaci%C3%B3n.pdf/497cb187-9beb-4cdd-a857-7923bfb1172>

Anexo 2 – Manual de Buenas Prácticas. Proyecto HU-CI

UCI DE PUERTAS ABIERTAS
Sensibilización y formación del equipo asistencial: puesta en marcha de actividades de sensibilización y formación al equipo asistencial sobre los beneficios de la implantación del modelo de UCI de puertas abiertas
- Actividades reflexivas de experiencias de UCI de puertas abiertas - Se realizan sesiones informativas/trabajo con representación de todos los miembros del equipo asistencial analizando barreras, elementos facilitadores y estrategias consensuadas para la implantación del nuevo modelo. - Se realiza formación continuada en humantools (habilidades comunicativas, duelo, etc.), dirigidas al equipo asistencia, para facilitar la inclusión de la familia en la UCI. - Existe un grupo de trabajo multidisciplinar encargado de coordinar y monitorizar el cumplimiento del modelo de flexibilidad de horarios.
Accesibilidad: puesta en marcha de actividades que faciliten la accesibilidad de los familiares de pacientes en la UCI
- Existe un protocolo asistencial de atención a la familia que refleja un horario de acceso flexibilizado. - Existe flexibilidad en los horarios de visita a la unidad. - Se reconoce y respeta la figura del cuidador/acompañante con acceso continuado, independientemente de los familiares que pudieran visitar al paciente en los horarios previstos. - Se permite la visita de menores previamente instruidos a la unidad. - Se dispone de un procedimiento para la preparación de menores para el acceso a la unidad. - Existe una guía formativa de acogida a familiares y pacientes ingresados en UCI que recoge las indicaciones de acceso a la unidad.
Contacto: puesta en marcha de medidas para favorecer el contacto y la relación de familiares con el paciente durante su estancia en UCI

- No se aplican barreras innecesarias (calzas, batas, guantes y mascarillas) salvo en casos especiales en los que estén indicados.
- Se permite lactancia materna cuando las condiciones de la madre y el lactante son adecuadas.

Presencia y participación en procedimientos y cuidados: ofertar a la familia la participación en los cuidados del paciente y en determinados procedimientos

- Se dispone de un protocolo asistencia relativo a la participación de la familia en los cuidados al paciente crítico.
- Se valora la estructura y función de la familia identificando los familiares que potencialmente deseen asumir el rol de cuidadores principales.
- Se llevan a cabo actividades de formación a familiares. Escuela de Familiares de UCI.
- Se contempla y permite a los familiares acompañar al paciente en determinados procedimientos cuando es solicitado.
- Existe un formulario de oferta y registro del acompañamiento familiar en determinados procedimientos.
- En casos de ingresos programados, se contempla la posibilidad de realizar visitas previas al ingreso en UCI (con el fin de minimizar el estrés que genera un ingreso en una unidad de críticos).
- En caso de que el estado del paciente lo incapacite, la toma de decisiones relativa al tratamiento y cuidados es compartida con la familia.
- Se utilizan herramientas validadas de Ayuda para la toma de decisiones.
- Se realiza formación individualiza “in situ” sobre los cuidados en los que se implica la familia.
- Se registra el consentimiento del paciente para la implicación de su familia en los cuidados, si procediera.
- El sistema organizativo promueve la continuidad de cuidados procurando la asignación de profesionales de referencia para cada paciente concreto.
- Existe una guía de acogida para los familiares en la que se indica la posibilidad de participar en los cuidados del paciente.
- Existe una guía de acogida para los familiares en la que se indica la posibilidad de participar en la ronda diaria junto a los profesionales.

Soporte a las necesidades emocionales, psicológicas y espirituales de los familiares: detectar y dar soporte a las necesidades emocionales, psicológicas y espirituales de la familia

- Se utilizan herramientas para identificar las necesidades emocionales, psicológicas y espirituales de los familiares.
- Se permite el uso regulado del teléfono móvil u otros dispositivos (favorecer el contacto con familiares).
- Se dispone de atención psicológica para las familias que lo precisen.
- Existe una guía de acogida para los familiares en lo que se indican los distintos métodos que tienen los familiares para poder comunicarse con el paciente.

Fuente: Grupo de trabajo de certificación de Proyecto HU-CI. (2017). Manual de buenas prácticas de humanización en Unidades de Cuidados Intensivos. Proyecto HU-CI. <https://proyctohuci.com/wp-content/uploads/2017/11/Manual-Buenas-Practicas-HUCI.pdf>

COMUNICACIÓN

Comunicación en el equipo: se asegura el traspaso correcto de la información relevante del paciente y su familia entre los miembros del equipo y se usan herramientas que fomentan el trabajo en equipo

- Existe un protocolo de traspaso de información en el cambio de turno.
- Existe un protocolo estructurado de traspaso de información en el cambio de guardia.
- Existe un protocolo estructurado de traspaso de información en el alta a planta.
- Se realizan actividades formativas para los profesionales de UCI en trabajo en equipo y comunicación efectiva utilizando herramientas como la simulación clínica y el CRM (Crisis Resource Management).
- Se realizan sesiones conjuntas y/o rondas diarias por el equipo multidisciplinar.
- Están implantadas herramientas específicas para la mejora de la comunicación efectiva: objetivos diarios/listados de verificación/Briefings/AASTRE (Análisis aleatorio de Seguridad en Tiempo Real)/técnica SBAR.
- Existen herramientas para identificar los conflictos entre los profesionales de cuidados intensivos.

Comunicación e información a la familia: Facilitar elementos que ayuden a entablar una comunicación adecuada y empática con los familiares por parte de todos los miembros del equipo, para llegar a una satisfactoria relación de ayuda, así como la accesibilidad a la información

- Existen espacios físicos adecuados para la información a familiares.
- Existe un protocolo de información conjunto médico-enfermera a pacientes y

familiares y se lleva a cabo de forma habitual. - Se realizan actividades formativas en habilidades de relación de ayuda, que incluyan comunicación y malas noticias. - Además programada existen otras estrategias que facilitan la información y comunicación con los pacientes y las familias tales como la flexibilización de los horarios de visita y de información, la información telefónica y a través de herramientas telemáticas seleccionadas. - En pacientes competentes se explora con el propio paciente la voluntad de que sea informada la familia o los allegados.
Comunicación con el paciente: Facilitar la información a los pacientes y potenciar el uso de sistemas aumentativos y/o alternativos de comunicación en los casos que lo precisen
- Se dispone de sistemas de comunicación aumentativa/alternativa (CAA). - Existe un protocolo para favorecer la comunicación con pacientes que presentan dificultades para comunicarse. - Existe un procedimiento para la evaluación de los pacientes con dificultades del lenguaje y sus necesidades. - Se dispone de un equipo multidisciplinar que pueda apoyar las estrategias de comunicación en pacientes con limitaciones del lenguaje (ORL, logopeda). - Se entrena a profesionales, pacientes y familiares en el uso de sistemas aumentativos y alternativos de comunicación. - Existe un sistema para que los pacientes puedan llamar a los profesionales sanitarios cuando lo necesiten.

Fuente: Grupo de trabajo de certificación de Proyecto HU-CI. (2017). Manual de buenas prácticas de humanización en Unidades de Cuidados Intensivos. Proyecto HU-CI. <https://proyctohuci.com/wp-content/uploads/2017/11/Manual-Buenas-Practicas-HUCI.pdf>

BIENESTAR DEL PACIENTE
Bienestar físico: Promover medidas que eviten o disminuyan las molestias físicas y que favorezcan la recuperación motora precoz
- Existe un protocolo de Analgesia y Sedación. - Existe una monitorización de los niveles de sedación y analgesia a través de escalas validadas. - Existe un protocolo de prevención y manejo del delirium agudo que incluye la

valoración con escalas validadas e intervenciones no farmacológicas. - Existe un protocolo de contención mecánica. - Se aplica fisioterapia respiratoria precoz en los pacientes críticos. - Existe un protocolo de movilización precoz. - Se aplica la movilización precoz (cambios posturales, sedestación...). - Existe protocolo de aseo (higiene e hidratación) del paciente encamado.
Bienestar psicológico: Promover actuaciones encaminadas a disminuir el sufrimiento psicológico del paciente y atender las necesidades espirituales
- Se facilita el uso de medidas de entretenimiento para los pacientes con la regulación debida de utilización (lectura, dispositivos multimedia, radio, TV...). - Se aplican intervenciones para dar soporte a las necesidades espirituales del paciente. - Se dispone de psicólogos integrados en el equipo asistencial. - Se dispone de un protocolo de paseos fuera de la UCI para pacientes seleccionados que puedan beneficiarse de ello.
Promoción de la autonomía del paciente: Establecer medidas que promueva la autonomía del paciente y faciliten su conexión con el exterior
- Se promueve la deambulación controlada. - Se facilita la utilización del WC en casos seleccionados. - Se permite el uso regulado de la telefonía móvil y otras tecnologías para favorecer el contacto con familiares y amigos. - Existe una guía donde se recogen indicadores para el autocuidado dirigida a paciente o cuidador principal.
Bienestar ambiental y descanso nocturno: Promover medidas que faciliten el ritmo vigilia-sueño y el descanso nocturno, así como otras medidas de bienestar ambiental

- Se mantiene un control del ruido ambiental, procurando mantener un ambiente lo menos bullicioso posible (idealmente inferior a 60dB. La OMS aconseja un nivel de ruido de 30 decibelios en el área de pacientes, y hasta 10dB más para permitir la comunicación).
- Se realizan mediciones del ruido ambiental mediante la colocación de medidores de decibelios con aviso luminoso cuando se sobrepasan los límites establecidos.
- Existe un protocolo de medidas de descanso nocturno.
- Ese ajusta el tono de las alarmas y otros dispositivos según el momento del día.
- Se ajusta la luz ambiental nocturna con posibilidad de disminuir la intensidad general por la noche en los espacios comunes e individualizarla en cada box.
- Se incluye en el protocolo de descanso nocturno la adaptación de los horarios de las intervenciones (tratamiento médico, intervenciones enfermeras, etc.) a los periodos de descanso de los pacientes.
- Se evalúa y monitoriza la calidad del sueño.
- Se favorece a iluminación exterior durante el día (boxes con luz natural).
- Se realizan intervenciones relacionadas con la música (musicoterapia, música relajante, música preferente para el paciente).

Fuente: Grupo de trabajo de certificación de Proyecto HU-CI. (2017). Manual de buenas prácticas de humanización en Unidades de Cuidados Intensivos. Proyecto HU-CI. <https://proyctohuci.com/wp-content/uploads/2017/11/Manual-Buenas-Practicas-HUCI.pdf>

CUIDADOS AL PROFESIONAL

Sensibilización sobre el Síndrome de Desgaste Profesional y factores asociados:
Mejorar el conocimiento sobre el síndrome de desgaste profesional favoreciendo su visibilidad

- Se llevan a cabo actividades formativas relacionadas con el conocimiento y gestión del desgaste profesional, factores asociados y el fomento del engagement para la adquisición de competencias y habilidades en el afrontamiento del stress y situaciones conflictivas (resiliencia, personalidad positiva, asertividad, resolución de problemas, manejo eficaz del tiempo, etc.) así como el fomento de la vinculación o compromiso con el trabajo.
- Se evalúa periódicamente el proceso de desgaste profesional y el engagement, usando herramientas validadas.

Prevención del Síndrome de Desgaste Profesional y promoción del bienestar:
Prevenir el síndrome de desgaste profesional y promover el engagement

- La dotación de plantilla es adecuada cumpliendo con los estándares propuestos en la bibliografía.
- Se promueven cambios organizativos que reduzcan la aparición y/o e impacto del desgaste profesional:
 - Personal de reciente incorporación: Se ofrece un programa de acogida a todo el personal sanitario de UCI (para explicación adecuada de la organización, dinámicas internas UCI, ajuste de expectativas de los nuevos profesionales, motivación, difusión de propuestas de humanización, etc.)
- Se promueven cambios organizativos que reduzcan la aparición y/o el impacto de desgaste profesional:
 - Personal mayor de 55 años: Se ofrece la posibilidad de reducción/exención de guardias.
- Se promueven cambios organizativos que reduzcan la aparición y/o el impacto del desgaste profesional:
 - Se facilita la posibilidad de cambiar turnos de trabajo y adaptar horario a las necesidades particulares de los profesionales.
- Se promueven cambios organizativos que reduzcan la aparición y/o el impacto del desgaste profesional:
 - Existen reuniones preestablecidas y periódicas del equipo de UCI en los que poder establecer pautas participativas de actuación y organización del trabajo.
- Se promueven cambios organizativos que reduzcan al aparición y/o el impacto del desgaste profesional:
 - Se facilita la actividad docente, formativa e investigadora.
- Se promueve la participación y opinión de los profesionales en la cultura organizacional de la Unidad, en su gestión y en los objetivos de la misma.
- Se dispone de estrategias de prevención ante problemas emocionales y soporte del profesional, incluyendo la disponibilidad de un psicólogo.
- Ante incidentes críticos, situaciones difíciles o traumáticas para el equipo asistencia (por complicaciones no esperadas en un paciente, errores en la práctica asistencial, actitudes violentas de familiares, etc.), se llevan a cabo acciones facilitadoras del procesamiento emocional de la situación. promotoras del bienestar del equipo y detección temprana de alteraciones emocionales en los profesionales.
- Se dispone de una zona adecuada de descanso para los profesionales para pausas y acceso a bebidas calientes.

Fuente: Grupo de trabajo de certificación de Proyecto HU-CI. (2017). Manual de buenas prácticas de humanización en Unidades de Cuidados Intensivos. Proyecto HU-CI. <https://proyctohuci.com/wp-content/uploads/2017/11/Manual-Buenas-Practicas-HUCI.pdf>

SÍNDROME POST CUIDADOS INTENSIVOS

Prevención y manejo: Prevenir, detectar y atender el Síndrome Post-Cuidados Intensivos (PICS), tanto en el paciente como en su familia

- Existe un protocolo multidisciplinar para el paciente con PICS.
- Existe un protocolo de analgesia y sedación en la unidad.
- Existe una monitorización de los niveles de sedación y analgesia a través de escalas validadas.
- Se realizan pruebas de despertar y/o de respiración espontánea diariamente.
- Existe un protocolo de prevención y manejo del delirium agudo que incluye valoración con escalas validadas e intervenciones no farmacológicas.
- Existe una monitorización continua del delirium.
- Se aplican intervenciones no farmacológicas para prevenir y tratar el delirium (reorientación, acompañamiento de la familiar, calendarios, relojes, iluminación natural, reducción de ruido ambiental, favorecer el sueño...).
- Se aplica fisioterapia precoz en los pacientes críticos.
- Existe un protocolo de movilización precoz en la unidad.
- Se aplica la movilización precoz (cambios posturales, sedestación, ejercicios activos o pasivos,...).
- Se aplican medidas de prevención y tratamiento de la enfermedad neuromuscular (reducción de la duración de la ventilación mecánica, uso de prótesis antiequino...).
- Existe un protocolo asistencia de atención a la familia que incluye la participación en rondas diarias, disponibilidad de guía escrita de información a los familiares, inclusión de la participación familiar en el cuidado...
- Se aplican intervenciones dirigidas a las necesidades de las familias (información, apoyo social y emocional, incorporación de grupos de apoyo, prevención del cansancio del rol del cuidador...).

Seguimiento: Mejorar la calidad de vida de los paciente identificados pre-alta de la UCI en su seguimiento en planta y/o al alta a domicilio. Valorar e implantar las posibles medidas organizativas en función de la realidad de cada hospital

- Se realiza una valoración funcional física que consta en el informe de alta del paciente.

- Se realiza una valoración funcional psicológica que consta en el informe de alta del paciente.
- Existe un protocolo de seguimiento de pacientes al alta de UCI.
- Existe un protocolo de seguimiento de familiares al alta de UCI.
- Existe una consulta específica de seguimiento cuando ya han sido dados de alta del hospital.
- Se emplean instrumentos validados para valorar calidad de vida del paciente antes y después del ingreso en UCI.

Fuente: Grupo de trabajo de certificación de Proyecto HU-CI. (2017). Manual de buenas prácticas de humanización en Unidades de Cuidados Intensivos. Proyecto HU-CI. <https://proyctohuci.com/wp-content/uploads/2017/11/Manual-Buenas-Practicas-HUCI.pdf>

CUIDADOS AL FINAL DE LA VIDA

Protocolización de cuidados al final de la vida: Disponer de un protocolo de cuidados al final de la vida

- Existe un protocolo multidisciplinar de cuidados al final de la vida adaptado a las recomendaciones de las Sociedades Científicas.
- Existe un procedimiento para la identificación de necesidades paliativas en pacientes ingresados en UCI.

Soporte de síntomas físicos: Detectar y dar soporte a los síntomas físicos en los pacientes en situaciones al final de la vida

- Se instaura sedación paliativa adecuada a los pacientes en situación al final de la vida.
- Existe un registro adecuado de la decisión de instaurar sedación paliativa (consentimiento informado, medicación, indicación...).

Acompañamiento en situaciones al final de la vida: Facilitar el acompañamiento de los paciente en situaciones al final de la vida

- Se facilita el acompañamiento continuo de los familiares de los pacientes en situación al final de la vida.
- Se facilita formación en acompañamiento y atención al duelo a los profesionales implicados en el cuidado del paciente/familia.

Soporte a las necesidades y preferencias emocionales y espirituales: Detectar y dar soporte a las necesidades emocionales y espirituales a los pacientes y familiares en situaciones al final de la vida

- Se aplican estrategias de apoyo emocional para los pacientes y familiares en situaciones al final de la vida.
- Se consulta de forma sistemática el registro de instrucciones previas en los pacientes que ingresan en UCI, especialmente a aquellos a los que se realice limitación de tratamientos de soporte vital (LTSV).
- Se incorporan las instrucciones previas en la toma de decisiones quedando constancia del proceso en la historia clínica.
- Se ofrece apoyo emocional y de soporte a los profesionales que participan en los cuidados al final de la vida con el objetivo de reducir la aparición de síndrome como el sufrimiento moral, la percepción de cuidados inapropiados y fatiga por compasión.
- Existe fácil accesibilidad de los profesionales a los registros de instrucciones previas de los pacientes.
- Se identifica la figura del Representante Legal para la Toma de Decisiones.
- Existe la posibilidad de interconsulta con un servicio de cuidados paliativos.

Protocolo de limitación de tratamiento de soporte vital (LTSV): Disponer de un protocolo de LTSV que siga las recomendaciones de las Sociedades Científicas

- Existe protocolo de Limitación de Tratamiento de Soporte Vital (LTSV).
- Se utiliza un registro específico para la LTSV.
- Existen procedimientos para la resolución de conflictos relacionados con los tratamientos considerados potencialmente inapropiados.
- Se incorpora la donación de órganos y tejidos en los cuidados al final de la vida en los casos en que esté indicado.
- Se facilita formación específica a los profesionales en aspectos bioéticos y legales relacionados con la toma de decisiones y los cuidados al final de la vida.
- Se mide la satisfacción de los familiares de los pacientes fallecidos en la UCI sobre los cuidados al final de la vida.

Implicación multidisciplinar en la decisión y desarrollo de medidas de LTSV: Asegurar la participación de todos los profesionales implicados en la LTSV

- La LTSV se realiza por consenso contando con la participación de todo el equipo asistencial de la UCI y de otros profesionales implicados en la atención del paciente.
- Se dispone de protocolos y herramientas que faciliten la valoración pronóstica y toma

de decisiones en pacientes con determinadas patologías no oncológicas.

- Se dispone de un procedimiento de consulta con el Comité de Ética Asistencial para casos de desacuerdo (CEA).

Fuente: Grupo de trabajo de certificación de Proyecto HU-CI. (2017). Manual de buenas prácticas de humanización en Unidades de Cuidados Intensivos. Proyecto HU-CI. <https://proyectohuci.com/wp-content/uploads/2017/11/Manual-Buenas-Practicas-HUCI.pdf>

INFRAESTRUCTURA HUMANIZADA

Privacidad del paciente: Asegurar la privacidad del paciente

- Existen boxes individuales, a ser posible con ventanas y puertas translúcidas.
- Existen biombos, cortinas y demás elementos separadores entre boxes que hacen posible la privacidad.
- Existe baño accesible a los pacientes o WC portátiles que aseguren una mínima intimidad para las funciones fisiológicas que generan pudor.

Confort ambiental del paciente: Asegurar el confort ambiental del paciente

- Se dispone de luz natural que llega con suficiente cantidad y calidad al paciente, con opción de oscurecimiento.
- Se incorporan colores adecuados para pacientes adultos e imágenes para pacientes pediátricos. Se presta atención además a los techos, que a veces es lo único que ve el paciente.
- Existe mobiliario adecuado y correctamente distribuido, para crear un espacio funcional, con una circulación óptima, evitando molestias y obstáculos innecesarios.
- El box cuenta con opciones de “personalización del espacio” (fotos de familia, dibujos de hijos o familiares, tarjetas con mensajes de cariño de amigos y familiares, fotos de grupos musicales, equipos de fútbol, etc.).
- Existe control autónomo e individualizado en cada box de temperatura, humedad y ventilación de acuerdo a normas UNE e ISO publicadas.
- Existe sistema de control de luz, con suficiente cantidad en todas las habitaciones de pacientes. La iluminación general de la habitación es de 100 lux.
- Se mantiene un control de ruido ambiental, procurando mantener un ambiente lo menos bullicioso posible (idealmente inferior a 60dB. La OMS aconseja un nivel de ruido de 30 decibelios, 35 decibelios en el área de paciente, y hasta 10 dB más para permitir la comunicación).

Orientación del paciente: Fomentar la comunicación y la orientación del paciente
- Se dispone de conexión visual con el exterior (ventana a una altura adecuada), para no perder la orientación y mantener el ciclo circadiano, siempre que sea posible. - Se cuenta con la posibilidad de disponer de calendario y reloj visibles desde la cama. - Se dispone de sistemas de comunicación aumentativa/alternativa. - Existe un sistema para que los enfermos puedan llamar a los profesionales cuando lo necesiten. - Cuando el box no dispone de luz natural y/o ventana existen ventanas virtuales.
Confort en el área de familiares: Asegurar el confort en el área de familiares
- Existe una señalización adecuada mediante rotulación visible de habitaciones, indicando vías de acceso, y manteniendo la estética establecida para la unidad. - Existe una orientación hacia el uso “salas de estar” del espacio donde se encuentran los familiares el tiempo que no están en la unidad. - Existen habitaciones para familiares en situaciones especiales, que aseguren privacidad, siempre que sea posible. - Existe una habitación de despedida en la que pueda acompañarse a un paciente terminal en condiciones de intimidad, sin presiones de tiempo o espaciales, para posibilitar el inicio de duelo saludable.
Confort y funcionalidad en el área de cuidados: Asegurar el confort y la funcionalidad del área de trabajo
- Se lleva a cabo un control acústico adecuado en el área de trabajo. En general, el nivel de ruido de fondo total en cuidados intensivos debe mantenerse por debajo de 40dBA, con un nivel máximo operativo de 55dB en áreas de trabajo, que permita comunicación y aprendizaje. - Se posibilita un adecuado acceso a la documentación con suficientes puestos de ordenador y wifi para consulta de historias y avisos de monitorización en salas médicas y enfermeras. - Existe un sistema de información clínica (SIC) ajustado al flujo de trabajo de la Unidad que permita trabajar en red. - Existe un sistema de monitorización central que recoja todos los monitores de la unidad, controlados por los médicos y las enfermeras, desde un espacio fácilmente accesible a los boxes. - Existen sistemas de visualización adecuada del paciente desde el control (diseños

circulares, instalación de cámaras y conexión a circuitos cerrados, etc.).
Confort en el área administrativa y de profesionales: Asegurar el confort en el área administrativa y de profesionales
- Existen espacios de trabajo adecuados dotados de las instalaciones necesarias para llevar a cabo el trabajo. - Existen habitaciones para profesionales de guardia, con espacios adecuados y manteniendo el hilo conductor estético marcado en la unidad.
Distracción del paciente: Fomentar la distracción del paciente
- Se dispone de luz para lectura en pacientes conscientes. - Se dispone de receptor de televisión/radio. - Se dispone de la posibilidad de contar con música individualizada. - Se dispone de conexión wifi para uso de tabletas y móviles que permitan al paciente comunicarse con sus allegados y estar conectados con el mundo exterior, favoreciendo su distracción. - Se permite el uso de teléfono dentro de la habitación. - Se dispone de acceso a juegos (UCI pediátrica), vídeos infantiles, libre, consolas de videojuegos y material educativo suficiente para todos los niños ingresados y que cubran el rango de edad desde lactantes a adolescentes.
Habilitación de espacios en jardines o patios: Habilitar espacios en jardines o patios para pacientes, con garantía de acceso a los mismos (silla de ruedas, camas, etc.)
- Se dispone de espacios en jardines o patios para pacientes, con garantía de acceso a los mismos (silla de ruedas, camas, etc.), siempre que sea posible.

Fuente: Grupo de trabajo de certificación de Proyecto HU-CI. (2017). Manual de buenas prácticas de humanización en Unidades de Cuidados Intensivos. Proyecto HU-CI. <https://proyctohuci.com/wp-content/uploads/2017/11/Manual-Buenas-Practicas-HUCI.pdf>

Anexo 3 – Cartel informativo para profesionales

**HUMANIZANDO
LOS CUIDADOS CRÍTICOS**

**FORMACIÓN
PARA PROFESIONALES**



Tema:
Humanización de Cuidados en la UCI

Dirigido a:
Equipo multidisciplinar de la UCI del Hospital Clínico Universitario Lozano Blesa, Zaragoza

Fechas:
3, 10 y 17 de Diciembre de 2025

Horarios:

- Sesiones de 1h: 14h - 15h
- Sesiones de 2h: 13h-15h

Lugar: Hospital Clínico Universitario Lozano Blesa

INFORMACIÓN

Teléfono de contacto:
xxx xx xx xx

Correo de contacto:
xxxxxxxx@xxxxxxxx.xxx



Gratuito
Sin inscripción previa

Fuente: elaboración propia

Anexo 4 – Tríptico informativo para familias



Cuidar de los demás es una expresión completa de lo que es ser humano





Contacto

 xxx xx xx xx

 xxxxxx@xxxxxxx.xxx

 Hospital Clínico
Universitario Lozano Blesa

**Formación
Familias**



**Humanizando
los cuidados**

¿QUÉ HACEMOS?

Se trata de una formación a los familiares de los pacientes ingresados en la UCI del Hospital Clínico acerca de la humanización de los cuidados y cómo pueden participar en ellos.

¿CÓMO?

- Método: sesiones formativas
- Dirigido a: familiares/seres queridos de pacientes ingresados en la UCI del Hospital Clínico
- Fechas: por determinar (según demanda)
- Horarios: por determinar
- Lugar: Hospital Clínico Lozano Blesa

**Inscripciones en la
Unidad
Gratuito**



Hospital Clínico Lozano Blesa

**Unidad de Cuidados
Intensivos**

¿PARA QUÉ?

Aportar a la familia conocimientos y "tips" que puedan llevar a cabo para mejorar tanto la salud psicológica y emocional, tanto de sus familiares ingresados como la suya propia

Fuente: elaboración propia

Anexo 5 – Encuesta de Satisfacción

ENCUESTA DE SATISFACCIÓN

Puntúe los ítems que se plantean del 1 al 5 según su grado de satisfacción, siendo:

- 1 → Nada satisfecho
- 2 → Ligeramente satisfecho
- 3 → Neutral
- 4 → Muy satisfecho
- 5 → Completamente satisfecho

Proyecto:

1. Satisfacción general con el proyecto	1	2	3	4	5
2. Información recibida sobre el proyecto previo a su inicio	1	2	3	4	5
3. Contenidos impartidos durante las sesiones del proyecto	1	2	3	4	5
4. Métodos utilizados para la impartición de los contenidos	1	2	3	4	5

Organización y espacio:

5. Entorno adecuado para el desarrollo de las sesiones	1	2	3	4	5
6. Fechas y horarios de las sesiones bien ajustados	1	2	3	4	5
7. Duración del proyecto	1	2	3	4	5

Conocimientos adquiridos:

*El ítem nº8 solo será contestado por profesionales sanitarios

8. Aprendizaje de competencias profesionales	1	2	3	4	5
9. Aprendizaje de elementos de interés para el cuidado	1	2	3	4	5
10. Utilidad de los nuevos aprendizajes	1	2	3	4	5

Encargados del proyecto:

11. Asistencia y puntualidad en las sesiones	1	2	3	4	5
12. Capacidad para transmitir los contenidos de la sesión	1	2	3	4	5

13. Capacidad para ajustarse a los contenidos de la sesión	1	2	3	4	5
14. Disponibilidad y actitud receptiva	1	2	3	4	5
15. Atención a dudas	1	2	3	4	5
16. Cumplimiento general del plan	1	2	3	4	5
17. Satisfacción general con los responsables	1	2	3	4	5

Por último, su ayuda nos es de gran utilidad para poder mejorar el proyecto. Indique a continuación qué cambios realizarías o qué incluirías en el mismo:

Fuente: elaboración propia