



**ESCUELA  
DE ENFERMERÍA  
Y FISIOTERAPIA**



## **Trabajo Fin de Grado**

**Título:**

***Humaniza-te: para el Cuidado en  
tiempo de pandemia***

Alumno: Jeymi Andrea Cedeño

Director: Calixto Andrés Plumed Moreno

**Madrid, 26 de abril de 2021**

## Contenido

<b>1. Resumen:</b> .....	<b>3</b>
<b>2. Presentación</b> .....	<b>5</b>
<b>3. Estado de la cuestión</b> .....	<b>7</b>
<b>3.1. Fundamentación, antecedentes y estado actual del tema</b> .....	<b>7</b>
Estrategia de búsqueda .....	7
Definición y concepto de los cuidados humanizados.....	10
Teorías y modelos con enfoque humanizador .....	11
Antecedentes .....	12
Análisis crítico: Los cuidados intensivos humanizados en tiempo de Covid 19 .....	17
<b>3.2. Justificación</b> .....	<b>21</b>
<b>4. Población y captación</b> .....	<b>22</b>
<b>4.1. Población</b> .....	<b>22</b>
<b>4.3. Captación</b> .....	<b>22</b>
<b>5. Objetivos</b> .....	<b>23</b>
<b>5.2. Objetivo de General</b> .....	<b>23</b>
<b>5.2. Objetivos Específicos</b> .....	<b>23</b>
Área de conocimiento .....	23
Área de habilidad .....	23
Área de actitud: .....	23
<b>6. Contenidos</b> .....	<b>25</b>
Conocimiento .....	25
Habilidad.....	25
Actitud .....	25
<b>7. Sesiones, técnicas de trabajo y utilización de materiales</b> .....	<b>26</b>
<b>8. Evaluación</b> .....	<b>36</b>
<b>8.1. Evaluación de la estructura y el proceso</b> .....	<b>36</b>
<b>8.2. Evaluación de resultados</b> .....	<b>37</b>
Área de conocimiento .....	37
Área de actitudes .....	37
Área de habilidades.....	37
<b>9. Bibliografía</b> .....	<b>38</b>
<b>10. Anexos</b> .....	<b>42</b>

## **1. Resumen:**

**Introducción:** La crisis que está causando el virus SARS-coV llamado COVID-19, ha supuesto un desafío para los cuidados de enfermería especialmente en las personas que han sufrido esta enfermedad. Todo esto lleva a cuestionar, reflexionar y analizar sobre el modo como se ha facilitado entornos humanizados y compasivos, lo cual forma parte del cuidado integral y auténtico a los pacientes, de manera particular a los afectados por el virus y que tienen que pasar un periodo en la UCI o en planta de hospitalización, y no solo a los pacientes también a sus familias y al mismo personal de enfermería.

**Objetivo general:** Mejorar las competencias enfermeras en conocimientos, habilidades y técnicas para transformar los cuidados humanizados en pacientes con Covid-19 y enfermedades similares con un acercamiento bio-psicosocial-espiritual.

**Metodología:** Proyecto formativo dirigido a personal de enfermería de unidad de cuidados intensivos y hospitalización.

**Implicaciones para la práctica enfermera:** Aportar una reflexión teórica- práctica para facilitar entornos humanizados y compasivos, lo cual forma parte del cuidado integral y auténtico a los pacientes, de manera particular a los afectados por el virus y que tienen que pasar un periodo en la UCI o en una planta de hospitalización, y no solo a los pacientes también a sus familias y al mismo personal de enfermería.

**Palabras clave:** Unidad de cuidados intensivos, Enfermería de cuidados intensivos, Atención humanizada, Covid-19

## **Abstract**

**Introduction:** The crisis that is causing the SARS-coV virus called COVID- 19, has been a challenge for nursing care especially in people who have suffered from this disease. All of this leads to questioning, reflecting and analyzing how humanized and compassionate environments have been facilitated, which is part of comprehensive and authentic care for patients, particularly those affected by the virus and who have to spend a period in the ICU or hospitalization plant, and not only patients also their families and nurses.

**Overall objective:** To improve nurse skills in knowledge, skills and techniques to transform humanized care into patients with Covid-19 and similar diseases with a bio- psychosocial-spiritual approach.

Methodology: Training project aimed at nursing personnel of intensive care unit and hospitalization.

Implications for nurse practice: Provide a theoretical-practical reflection to facilitate humanized and compassionate environments, which is part of comprehensive and authentic care for patients, particularly those affected by the virus and who have to spend a period in the ICU or in a hospitalization plant, and not only patients also their families and nurses.

Keywords: Intensive Care Unit, Intensive Care Nursing, Humanized Care, Covid-19

## 2. Presentación

La crisis que está causando el virus SARS-coV llamado COVID- 19, ha supuesto un desafío para los cuidados de enfermería especialmente en las personas que han sufrido esta enfermedad. Los problemas respiratorios graves, el ingreso en Unidades de Cuidados Intensivos, el aislamiento añade a los pacientes sufrimiento y desconcierto al no tener contacto con ningún familiar.

Gran parte de las horas del día los pacientes en su aislamiento no pueden compartir nada con nadie, en esta experiencia de soledad se hace significativo que en el escaso contacto y tiempo que se tiene con el paciente, haya aquella parte de humanidad en la que el paciente se apoye cuando en sus reflexiones está solo, y necesita y quiere tener ese soporte positivo de alguien y quien más que el de su enfermera que le brinda cuidados.

Es así como esta pandemia no ha dejado a nadie indiferente, al sentir tan cercanas tantas experiencias de sufrimiento, soledad, dolor, angustia y miedo en todas las personas que se han contagiado y en todos aquellos sanitarios que han estado en la primera línea de acción, sin olvidar a todas aquellas personas mayores que han vivido el tiempo de confinamiento solas.

En las unidades de cuidados intensivos el personal de enfermería se ha centrado en cuidar, curar y evitar a toda costa la muerte, recordando así la vocación originaria de la profesión, el ¿por qué escogí hacerme enfermera?, afrontando de este modo un reto vital, a lo que ha estado llamada y escogida, es decir cuidar, prolongar la vida y evitar en lo posible muertes. Los profesionales también han sufrido lo vulnerable de la vida, al utilizar todos los medios para sacar a los pacientes de estado crítico y en el intento han fracasado, experimentando como las vidas de tantas personas se les iba de las manos. Este es uno de los momentos cruciales en donde inicia el sufrimiento del profesional al preguntarse que ha faltado, estas experiencias tocan la esencia del ser humano y dejan huella para siempre.

En esta situación extrema, el miedo ha condicionado los hospitales, ya sea por desconocimiento del virus, la escasez de material, la creación y modificación de protocolos los cuales el de aislamiento de los pacientes por SARS-Cov-2 se revisaron más de 30 veces en los tres primeros meses de pandemia.

Todo esto lleva a cuestionarse, reflexionar y analizar sobre el modo como se ha facilitado entornos humanizados, lo cual forma parte del cuidado integral y

auténtico a los pacientes, de manera particular a los afectados por el virus y que tienen que pasar un periodo en la UCI o en una planta de hospitalización, y no solo a los pacientes también a sus familias y al mismo personal de enfermería. Y una vez realizado este análisis se pueda elaborar una propuesta de actuación para evitar el menor sufrimiento a los pacientes contagiados y aislados a causa del virus.

### 3. Estado de la cuestión

#### 3.1. Fundamentación, antecedentes y estado actual del tema

Para iniciar se hará una revisión de la literatura escrita hasta ahora del Covid-19 y su relación con los cuidados humanizados, de los artículos escogidos se hará una exposición de sus resultados y sus evidencias contrastándolos con artículos similares.

Se tomarán las definiciones oficiales de los términos, tomando las teorías y modelos ya existentes. A continuación, se analizará los cuidados humanizados en las unidades de cuidados intensivos en estos tiempos de pandemia.

#### ***Estrategia de búsqueda***

Para este trabajo de fin de grado se buscan las palabras claves: cuidado humanizado, enfermería de cuidados críticos, Covid-19, unidad de cuidados intensivos. Estas palabras se confrontan con los Descriptores de Ciencias de la Salud Decs y así conocer los términos Medical Subject health MeHS (Tabla 1) para poder realizar la estrategia de búsqueda.

<b>Términos Desc</b>	<b>Términos MeHS</b>
Unidad de cuidados intensivos	Intensive care units
Enfermería de cuidados intensivos	Critical care nursing
Atención humanizada	Humanization care, person-centred care
Covid-19	Covid-19, SARS-CoV-2 infection

*Tabla 1: Términos seleccionados*

Una vez seleccionadas las palabras claves y realizada la búsqueda de los términos Desc y MeHS, se plantea la estrategia de búsqueda (Tabla 2) utilizando operadores Boléanos AND, OR y NOT.

#### **Planteamiento de búsqueda por variables**

**Critical care nursing AND humanization care**  
**Intensive care units AND humanization care AND critical care nursing NOT pediatric**  
**(filtrado 1 año)**  
**Critical care nursing AND COVID-19 AND humanization care OR person-centred care**

*Tabla 2 Estrategia de búsqueda*

Con esta estrategia se inicia el proceso de búsqueda (Tabla 3) en las bases de datos de PubMed, Cochrane Library, CINAHL y MEDLINE. Con los criterios de búsqueda en el último año.

<b>Base de datos PubMed</b>	
Criterio de búsqueda	Resultado de artículos
(critical care nursing[Title/Abstract]) AND (humanization care[Title/Abstract])	11
((Intensive care units) AND (Humanization care)) AND (critical care nursing) NOT (pediatric) filtrado 1 año	17
((Critical care nursing) AND (patients)) AND (humanization)) AND (Critical care outcomes) filtrado un año	22
	50
<b>Base de datos CINAHL</b>	
Criterio de búsqueda	Resultado de artículos
Critical care nursing OR intensive care nursing AND humanized care OR person centred care AND Covid 19 OR coronavirus or 2019-ncov	16
Intensive care AND nursing care AND person centred care OR patient centred care OR holistic care	8
Intensive care units AND nursing care AND humanized care adult	7
	31
<b>Base de datos Cochrane library</b>	
Criterio de búsqueda	Resultado de artículos
Critical care nursing AND patient AND Covid-19	12= 8 revisiones y 4 ensayos
<b>Base de datos Scopus</b>	
Criterio de búsqueda	Resultado de artículos



Critical care nursing AND covid-19 OR sars-cov-2 AND patient	81
<b>Base de datos MEDLINE</b>	
Criterio de búsqueda	Resultado de artículos
Critical care nursing OR intensive care nursing AND covid-19 OR coronavirus OR 2019-ncov AND humanization of care	7

*Tabla 3 Proceso de búsqueda*

Para la selección de los artículos se emplearon los siguientes filtros: el año de publicación, aquellos que se han publicado en el último año hasta la fecha, el idioma captando los documentos redactados en inglés y español, y en cuanto a la población todos aquellos que hacen referencia a la edad adulta.

Los criterios de inclusión de artículos:

- Presentan la humanización en cuidados intensivos.
- Los cuidados enfermeros en las unidades covid-19.
- Las unidades de cuidados intensivos con pacientes Covid- 19.
- La atención centrada en la persona en las unidades de cuidados intensivos.

Los criterios de exclusión

- La población neonatal y pediátrica
- Mujeres en embarazo

Para la aplicación de los filtros, los criterios de inclusión y exclusión se realizó una lectura de los títulos y resúmenes de los artículos, analizando más detalladamente los artículos relevantes según muestra la figura1.

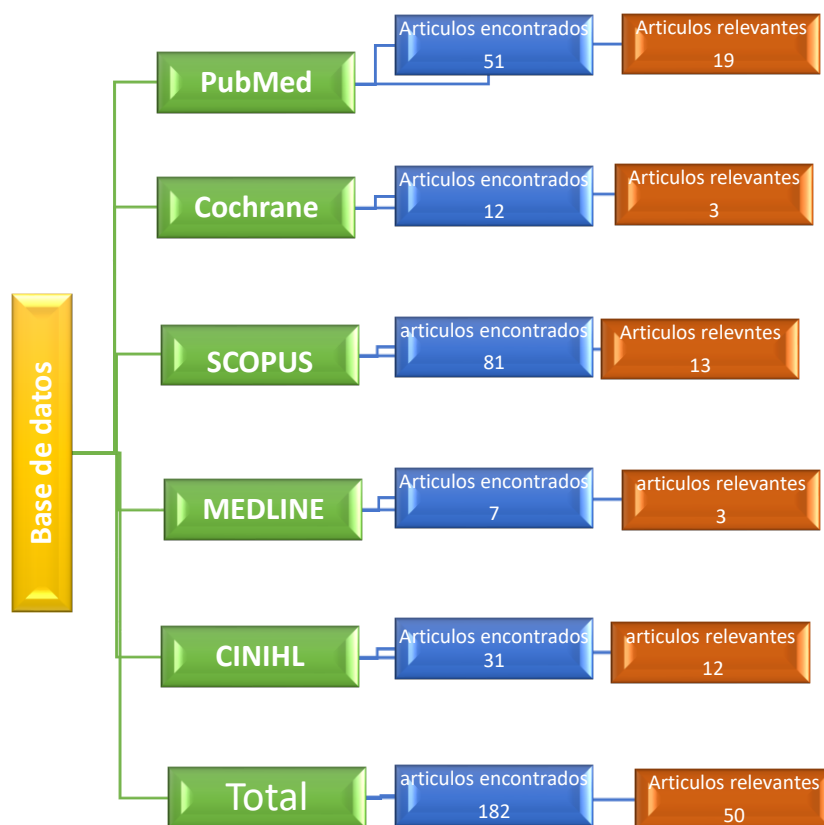


Figura 1 Proceso de búsqueda

### **Definición y concepto de los cuidados humanizados**

Para comprender el concepto de cuidados humanizados, se parte de la definición de salud de la Organización Mundial de la Salud, “La salud es un estado de completo bienestar físico, mental y social, y no solamente la ausencia de afecciones o enfermedades”(OMS, 1946), es así como la salud abarca todas las dimensiones de la persona.

El concepto de humanización no es fácil de definir. Para Pierluigi Marchesi (1981) Superior General de la Orden de los Hermanos de San Juan de Dios, lo expresaba así: “la humanización, es un proceso de nuestra alianza con el hombre que sufre”, más adelante en 1986 dirá: “hay que humanizarse para humanizar”(Marchesi, Spinsanti, & Spinelli, 1986). Es decir, no partir desde el exterior, sino en la construcción desde el interior de cada persona, para que así manifieste externamente desde su interioridad, la compasión, el hacerse cargo de la realidad de otra persona con todo respeto a su dignidad. (García Férrez et al., 2002)

Bermejo (2003) aporta una definición del concepto de humanización de la

asistencia, “humanizar es todo lo que se realiza para promover y proteger la salud, curar las enfermedades, garantizar un ambiente que favorezca una vida sana armoniosa a nivel físico, emotivo, social y espiritual. Esto demanda la dignidad intrínseca de todo ser humano y los derechos que de ella derivan, convirtiéndose en una necesidad de vital importancia y trascendencia, por lo cual no puede ser sólo buenas iniciativas, sino un compromiso genuinamente ético con la vulnerabilidad que genere salud y acompañe en el sufrimiento”

La sociedad hoy exige profesionales de la salud con competencias integrales, que vean a la persona de una forma holística, que en la práctica clínica se manifieste también en cuidados invisibles, es decir, acciones conscientes no técnicas del profesional de salud que influyen en la consecución del éxito terapéutico. La crisis de la pandemia está marcando un camino más digitalizado donde las relaciones interpersonales son más ausentes, por esta razón se hace necesario insistir en la humanización del cuidado.

### ***Teorías y modelos con enfoque humanizador***

En la historia de la enfermería han surgido teorías que consideran a la persona como ser integral cuerpo y espíritu, en sus dimensiones corporal, afectiva, intelectual y espiritual, como clave en el cuidado enfermero.

La teoría de cuidado humano de Jean Watson deja manifiesto que al ser humano no se le puede tomar como un objeto y separarlo de su yo, de los otros y de su naturaleza. El cuidado humano es el objetivo moral de la enfermería, que protege la dignidad humana con una doble responsabilidad, ser cuidadora del cuidado y atender a las necesidades del cuidado humano (Raile Alligood, 2015). La aplicación práctica de esta teoría lleva a alentar a que en los equipos interdisciplinarios se identifique las necesidades espirituales y de humanidad de los pacientes, para llegar a su conocimiento interior y augurarles una buena curación (Lukose, 2011).

Hildegard E. Peplau con la teoría de las relaciones interpersonales describió la importancia de la relación enfermera-paciente como un proceso interpersonal significativo terapéutico (Raile Alligood, 2015).

Rosemarie R. Pearse apunta a una visión de la enfermería basada en las ciencias humanas, su teoría del desarrollo humano asume que las personas tienen un significado único sobre las situaciones de la vida, tienen libertad, los seres humanos

son seres indivisibles, imprevisibles, en cambio constante, y que las personas se relacionan con los demás y con el universo siguiendo pautas paradójicas (Raile Alligood, 2015). En una entrevista realizada en el año 2000, Pearse, explicaba que la práctica de su teoría se llevaba a cabo en la relación con el paciente; cuando se está con un paciente, se está en ese momento con la familia, la comunidad, con las experiencias y proyectos de esa persona (Fawcett, 2001). No se puede dividir a la persona en fragmentos o situaciones, el ser humano es indivisible y como tal se debe tratar.

Locsin desarrolló la teoría de la competencia tecnológica como cuidados en enfermería de cuidados intensivos (Raile Alligood, 2015). Destaca que proporcionar cuidados requiere que las enfermeras equilibren activamente la atención humana mientras manejan maquinas tecnológicas. Los programas de orientación de los enfermeros de cuidados críticos deben estar orientados por un enfoque holístico que aborde el dualismo de la tecnología y la atención humana.

Desde los orígenes, la Orden Hospitalaria San Juan de Dios, tiene como estilo propio de asistencia la humanización desde la relación de ayuda. Proponen un modelo asistencial en un continuo proceso de humanización personal y profesional; de los miembros de los equipos asistenciales, la implicación de cuantos participan en el proceso de rehabilitación; incluyendo también la humanización de los factores estructurales y los recursos materiales (Plumed Moreno, 2019).

## ***Antecedentes***

### ***La humanización de la atención sanitaria en España***

Es así como la humanización de los cuidados es una necesidad sentida y expresada en todos los ámbitos de la salud, en España se instauró en las estructuras hospitalarias en 1984 con el Plan de Humanización de la Asistencia Hospitalaria del Instituto Nacional de Salud (INSALUD), este documento explica que “la enfermedad genera, tanto en el paciente como en su entorno familiar y social, una situación de indefensión que le hace sentirse desvalido, y por lo tanto necesita un sistema sanitario lo más humano posible. La propia tecnificación de la Medicina y la masificación despersonalizada añade suficientes componentes para que el paciente se sienta frecuentemente desvalido, frente a esa situación que no domina” (Gutiérrez Marti, 1984).

A partir de este Plan Nacional las comunidades autónomas se han interesado por mejorar la calidad humana de la asistencia, una de las primeras comunidades en realizar e implementar este tipo de planes fue Asturias, con el “Plan de confortabilidad del servicio de salud (2004-2007)” (Cañas Sancho & Herias Corral, 2004).

En el año 2007 la comunidad de Extremadura lanzó su “Plan de Humanización de la atención sanitaria (2007-2013)”(Amador Galván et al., 2007).

La Comunidad de Madrid en el año 2016 decide ampliar el horizonte hacia toda la asistencia sanitaria con el “Plan de Humanización de la Asistencia Sanitaria 2016-2019” (González del Yerro, Salinero Aceituno, Fernández Delgado, & Mateos Rodilla, 2016).

La comunidad de Castilla la Mancha llevó los cuidados humanizados a sus hospitales con su “Plan Dignifica. Plan de Humanización asistencia sanitaria (2017)”(Aguirre de la Peña, Esther et al., 2017).

En la comunidad de Navarra se implementó la “Estrategia de Humanización del Sistema Sanitario Público de Navarra (2018)” (Ansa Erice et al., 2018)

Se han realizado planes en diferentes servicios de salud como la Humanización de la Atención Perinatal, en las unidades de cuidados intensivos y estrategia de Humanización del Parto de las comunidades de Murcia y Andalucía.

Como se observa en los últimos años el proceso de humanización de los cuidados es una parte fundamental del sistema sanitario español, se han logrado pasos importantes, pero aún falta avanzar en este proceso complejo, especialmente en el personal de enfermería, los cuales están a pie de cama tratando de mejorar la calidad de vida de los pacientes.

### ***Los cuidados humanizados en las unidades de cuidados intensivos***

La unidad de Cuidados Intensivos es definida por el Ministerio de Sanidad y Política Social como “una organización de profesionales sanitarios que ofrece asistencia multidisciplinar en un espacio específico del hospital, que cumple unos requisitos funcionales, estructuras y organizativos, de forma que garantiza las condiciones de seguridad, calidad y eficiencia adecuada para atender pacientes” (Ministerio de Sanidad, Consumo y Bienestar Social, 2010).

La salud de los pacientes cuando ingresan a la Unidad de Cuidados Intensivos está realmente comprometida con un desequilibrio en el organismo causando un

elevado riesgo de muerte, por esta razón se debe actuar rápidamente. Frente a la vulnerabilidad y fragilidad del ser humano en estas situaciones se necesitan habilidades tanto técnicas como de humanización para atender y cuidar al paciente protegiendo su dignidad y sus valores. Estas unidades de cuidados críticos dominan los protocolos, los instrumentos y equipos más preparados para un cuidado especializado.

En el año 2014 nace el Proyecto HU-CI Humanizando los Cuidados Intensivos del Hospital Universitario de Torrejón, liderado por el Dr. Gabriel Heras Médico Intensivista, su objetivo es efectuar una medicina cercana al paciente y más cuidadosa a sus necesidades, asimismo trabaja en investigación colaborativa a nivel nacional e internacional en el Plan de Humanización de las UCI impulsado por la Consejería de Sanidad de la Comunidad de Madrid. Con este plan se está logrando concienciar y e implantar una cultura de cuidados humanizados en todos los ámbitos del hospital y en particular de la unidad de cuidados intensivos teniendo al paciente como parte central.

### ***Epidemiología de Covid 19 y su impacto en las unidades de cuidados intensivos***

Esta emergencia de salud pública fue declarada por la Organización Mundial de la Salud el 30 de enero de 2020. Es la sexta emergencia mundial después de H1N1 en 2009, la polio en 2014, la del Ébola en África Occidental en 2014, el zika en 2016 y el ébola en República Democrática del Congo en 2019. El Comité Internacional de Taxonomía de Virus, el 12 de febrero de 2020, nombro 2019-nCoV como coronavirus 2 del síndrome respiratorio agudo severo (SARS-CoV-2), y la neumonía relacionada como enfermedad coronavirus 2019 (COVID-19)(Tu, Tu, Gao, Shao, & Sheng, 2020).

El primer caso de Covid-19 fue detectado en Wuhan-China, y desde ese momento se ha expandido por el resto del mundo. En Europa los primeros casos importados e identificados fueron en Francia el 24 de enero 2020 (Bernard Stoecklin et al., 2020). En España el primer caso confirmado fue el 24 de febrero en un hotel de Tenerife, esta persona viajaba desde las zonas de riesgo de Italia, el 16 de febrero antes de llegar a España presentó síntomas de una infección respiratoria aguda, las autoridades de salud pública inmediatamente pusieron en cuarentena al grupo de acompañantes de esta persona, así como a todas las personas del hotel en donde se hospedó (Hoefler et al., 2020). Las autoridades sanitarias no tomaron medidas hasta un mes después, en el que se observó un aumento exponencial de casos positivos y

fallecidos. En la figura 1 podemos observar los momentos más cruciales de la pandemia en España como a nivel mundial.

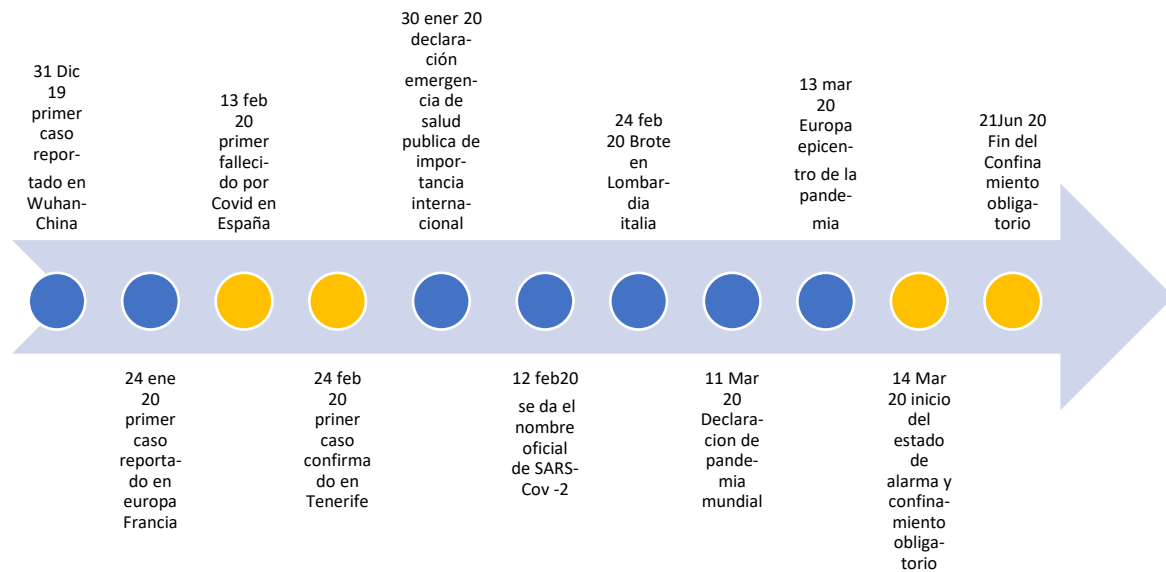


Figura 1. Serie de eventos de la pandemia del Covid 19. De color azul contexto global y color amarillo España. Elaboración propia a partir de: (Tu et al., 2020), (Bernard Stoecklin et al., 2020), (Hoefler et al., 2020)

Hasta finales de mayo de 2020 según datos de la Red Nacional de Vigilancia Epidemiológica y como observamos en el gráfico 1, los casos reportados con PCR positiva fueron 231.178 personas a partir de los 30 años y la ocupación en UCI fue de 7537 personas (RENAVE, 2020).

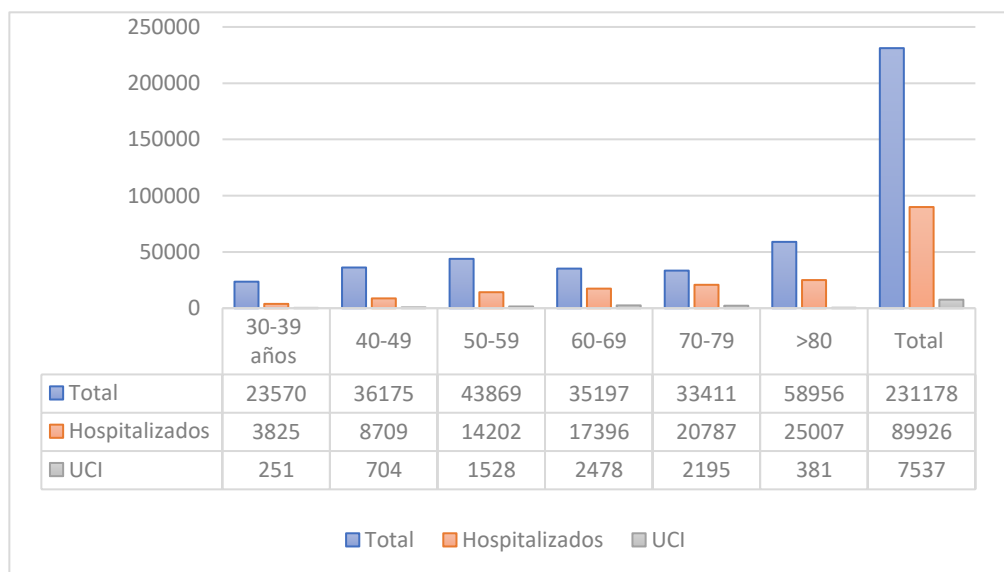


Gráfico 1: Elaboración propia a partir del informe 33. Análisis de casos Covid-19 notificados a la RENAVE hasta 10 de mayo de 2020 en España. (RENAVE, 2020).

A mediados de julio la hospitalización en España, de pacientes desde el primer caso fueron 125.797, de los cuales 11.721 fueron ingresados en UCI (Pérez de la Sota, Enrique, Piñón, Quintana, & Mestres, 2020).

Según los datos del Ministerio de Sanidad, Consumo y Bienestar Social a 16 de noviembre de 2020 en España han ingresado en la UCI 175.477 pacientes desde el inicio de la pandemia, de los cuales 3.655 pacientes en las unidades de cuidados intensivos de la comunidad de Madrid (Ministerio de Sanidad, Consumo y Bienestar Social, 2020).

En estos datos se observa el colapso de los cuidados intensivos, ya que los últimos datos oficiales son de 2017, con un suministro de camas de 4.519 en el sector público y 1.137 camas en hospitales privados en todo el territorio español. En lo más grave de la pandemia, en el pico 2 de abril, España llegó a multiplicar por siete la ocupación de las camas UCI, solo en Madrid pasó de ser de 460 a 1528 camas (Pérez de la Sota, Enrique et al., 2020).

El entorno de cuarentena de la unidad de cuidados críticos presenta desafíos para el tratamiento de los pacientes, en las unidades de aislamiento, el personal sanitario debe usar el equipo de protección estrictamente, por lo que es difícil la realización de cuidados, exámenes de rutina y principalmente el contacto con los pacientes. Los pacientes graves y críticos por Covid-19 pueden tener diferentes problemas psicológicos causados por la sensación de muerte derivada de la hipoxia. El miedo a la enfermedad, el entorno de aislamiento, la dificultad en la comunicación verbal y otras situaciones de estrés hacen que sean más vulnerables (Yang, 2020).

Los pacientes que han requerido de unidad de cuidados intensivos son aquellos más graves con síntomas de disnea, hipoxia o > 50% de afectación pulmonar; y los pacientes críticos con insuficiencia respiratoria, shock o fallo multiorgánico (García-Alamino, 2021).

En El metaanálisis de 1994 pacientes realizado por Li et al. (2020) exponen los síntomas clínicos de los pacientes con Covid-19, estos eran fiebre (88,5%), tos (68,6%), fatiga o mialgia (35,8%), expectoración (28,2%) y disnea (21,9%). Los



síntomas menores fueron Cefalea (12,1%), diarrea (4,8%), náuseas y vómitos (3,9%).

En la revisión narrativa de Arabi, Fowler, & Hayden,( 2020) se describe que el uso de técnicas y ensayos moleculares hacen que actualmente se detecten más rápido los patógeno virales en pacientes ingresados en la UCI por infección respiratoria, con una prevalencia entre el 17% y el 53%, también estos pacientes presentan neumonía, síndrome de distrés respiratorio agudo(SARS), insuficiencia cardiaca descompensada, exacerbación de la enfermedad pulmonar crónica lo que conlleva ala hipoxemia aguda y a la insuficiencia respiratoria.

### ***Análisis crítico: Los cuidados intensivos humanizados en tiempo de Covid 19***

La crisis del Covid 19 ha derrumbado parte de lo que se había construido hasta ahora con la humanización de los cuidados, especialmente en cuidados intensivos, y reveló la fragilidad de los sistemas sanitarios. A nivel mundial cada país realizó estrategias de actuación para el ingreso de pacientes en el hospital y en la UCI. Pocos países consideraron criterios de humanización en sus guías de actuación y protocolos. La literatura actual es limitada, porque es un virus diferente a los otros coronavirus por tanto es nuevo y desconocido.

En la pandemia se plantearon protocolos de triaje para asignar recursos escasos de manera transparente y justa a enfermos críticos. Desde la experiencia de Italia en un artículo publicado en marzo de 2020, explicaba que el sistema de salud no puede sostener un brote incontrolado, destacando que el aumento de la capacidad de la UCI no es suficiente y las medidas de contención estrictas son la opción más realista para evitar el colapso total del sistema de cuidados intensivos (Grasselli, Pesenti, & Cecconi, 2020).

La mayoría de las guías y protocolos han tenido en cuenta los principios éticos, fundamentados en producción científica como la publicación realizada por el Hastings Center en Estados unidos: *Ethical framework for health care institutions responding to novel Coronavirus SARS-CoV-2 (COVID-19) guidelines for institutional ethics services responding to COVID-19*. Este documento ayuda a estructurar el discurso actual sobre las preocupaciones éticas que surgen bajo niveles de atención de adversidad y patrones de atención potencialmente en crisis. Explica tres funciones (planificar, salvaguardar y guiar) de los lideres para gestionar la atención durante la emergencia de salud pública (Berlinger et al., 2020).

Algunas guías de actuación como la Suiza, la de Australia y Nueva Zelanda apostaron por tener al centro la persona, de esta manera proporcionar humanidad a los cuidados.

La academia suiza de ciencias médicas actualizó sus directrices de “Intervenciones de cuidados intensivos”, frente al Covid-19 de acuerdo con los principios éticos fundamentales (beneficencia, no maleficencia, respeto a la autonomía y equidad) derivando de ellos reglas de prioridad respecto a la equidad en los recursos, preservar la vida y protección de los profesionales. También organizó los criterios de triaje bajo la limitación de recursos, y dando importancia a los deseos de los pacientes en caso de posibles complicaciones. Estableció el criterio que cuando se agota la capacidad UCI, no se admitirán todos los pacientes que necesiten cuidados intensivos, con el criterio de pronóstico a corto plazo, concediendo prioridad a aquellos pacientes cuyo pronóstico con respecto a alta hospitalaria es bueno con cuidados intensivos y escaso sin él. Con Respecto a la edad la establece como un factor de riesgo de mortalidad y debe tenerse en cuenta. Por último, el proceso de decisiones se debe tomar dentro de un equipo interdisciplinar (Swiss Academy Of Medical Sciences, null, 2020).

La Sociedad de cuidados intensivos de Australia y Nueva Zelanda en los principios de la guía de actuación para hacer frente al Covid-19, toma al paciente como centro fundamental de los cuidados intensivos, realizando una evaluación integral, incluyendo sus preferencias y la aceptabilidad de intervenciones si se requieren (Warrillow et al., 2020)

La valoración espiritual ha tomado mucha importancia en esta pandemia. El Comité Ad Hoc COVID-19 de Israel solicita a las personas que tiene alto riesgo, a que consideren la posibilidad de firmar si aún no lo han hecho un poder notarial continuo y/o directivas anticipadas de acuerdo con la legislación, esto para determinar si desean cuidados agresivos o paliativos en caso de enfermar gravemente. Es de anotar que en esta guía tiene en cuenta la religión, ya que el 80% de la población es judía y el 20% restante hace parte del islam, y por tanto las dos partes tienen una visión similar de la santidad de la vida (Clarfield et al., 2020). Para el personal de enfermería es significativo desenvolver su enfoque de cuidados donde se acentúen orientaciones estructurales de la dimensión espiritual de los pacientes. El cuidado espiritual no es un lujo hace parte de las necesidades de cada persona.

En la revisión de literatura de Anantham, Chai-Lim, Zhou, & Phua, (2020). recuerdan que los criterios multidimensionales brindan un pronóstico más holístico que el uso de los límites de edad, teniendo en cuenta los desafíos de la comunicación y la angustia de morir solo. Propone una comunicación protocolizada basada en diálogo honesto con el paciente y la familia, así como de escucha activa.

En varias guías y protocolos asocian los cuidados intensivos con los cuidados paliativos para brindar una atención más personalizada, uno de ellos por ejemplo es la Guía del Colegio Americano de Médicos, que pide la intervención temprana de actuaciones de cuidados paliativos para proporcionar mejor calidad de vida, bajar la intensidad de tratamiento, sin impacto constante en la mortalidad (Maves et al., 2020). Se refleja aquí también una obligación ética del personal sanitario atender la angustia espiritual como parte del cuidado holístico.

El impacto de la pandemia en las unidades de cuidados intensivos provocó otra pandemia invisible en el personal de enfermería, cargando la pesada labor de cuidar a los más enfermos de los enfermos con Covid-19, sobrepasados de pacientes, sin suficiente personal capacitado en cuidados críticos, para poder brindar atención humana debida, sin suficientes equipos de protección personal, y han sufrido agotamiento y angustia entre otros, como lo muestra el primer estudio de encuesta transversal a gran escala sobre los efectos de la pandemia en el personal de enfermería en China epicentro de la pandemia, los resultados de este estudio realizados a 12.596 enfermeras, indicaron que las enfermeras que trabajaban en unidades de cuidados intensivos con prestación de servicios a pacientes Covid-19 tenían puntuaciones de crecimiento postraumática altas (Chen et al., 2020).

Es de señalar que no se llevaron a cabo todos los cuidados a los pacientes con Covid en UCI, debido a la sobrecarga de trabajo, sin embargo, los cimientos que han quedado han hecho re- crear la creatividad y lo humano que ya estaba cimentado. En España, por ejemplo, varios hospitales han tenido en cuenta la humanización como es el caso del Hospital san Juan de Dios de Córdoba quienes proponen actuaciones concretas para los pacientes afectados por el Covid-19, como la escucha activa, la sonrisa, la compañía y el respeto a su dignidad(Hospital San Juan de Dios Córdoba, 2020). El Hospital Asepeyo en Madrid formuló una guía con los objetivos de “reforzar la humanización hospitalaria durante el Covid-19, combatir la soledad de pacientes aislados, dar soporte de fe a los pacientes que lo soliciten”, entre otros objetivos

(Grupo de humanización hospitalaria “Cuidar con el corazón”. Hospital Asepeyo Coslada, 2020).

Los cuidados humanizados que brinda el personal de enfermería en el marco de trato humanizado en unidades de cuidados intensivos permiten la atención integral para mejorar y preservar la salud, ayudando a la persona a encontrar el significado de su enfermedad, sufrimiento y dolor.

### **3.2. Justificación**

De acuerdo con el anterior análisis, el personal de enfermería ha tenido y tiene que replantearse o mejorar sus conocimientos para proporcionar en mayor grado posible cuidados humanizados a los pacientes, especialmente a aquellos afectados con Covid-19, generando nuevos recursos de atención a la persona, a la familia y a los diferentes grupos sociales a partir del rol investigativo, docente y asistencial.

Una manera de progresar en la labor enfermera son las intervenciones formativas, que en la hospitalización y en la UCI optimiza la calidad asistencial y en asociación con el cuidado humanizado mejora el pronóstico de los pacientes. Por esta razón en la actual pandemia del Covid-19 es pertinente que el personal de enfermería, el cual está más tiempo con el paciente, adquiera, refuerce o potencie habilidades que lo hagan más humano para que, así humanice los cuidados que brinda a los pacientes de las unidades Covid-19.

Se pretende también generar un cambio de cultura en donde la dignidad, el respeto y la compasión forman el fundamento del cuidado.

La atención humanizada y la compasión se debe extender a todos los profesionales para dar respuesta al cuidado integral de la persona en este tiempo de pandemia, por esta razón, desde el análisis enfermero surge, este proyecto formativo propuesto para el personal de enfermería, teniendo en cuenta que insistir en la humanización de los cuidados, es una responsabilidad de todos los profesionales sanitarios.

El objetivo de esta intervención es mejorar las competencias enfermeras en conocimientos, habilidades y técnicas para revitalizar los cuidados humanizados en pacientes con Covid-19 y enfermedades similares, con un acercamiento bio-psicosocial-espiritual. Por medio de actividades y prácticas guiadas por una teoría, se pretende que los participantes adquieran capacidades de aplicar los conocimientos teóricos y dar a las acciones una significación y perspectiva que trascienda a la propia vida y a la práctica diaria.

## **4. Población y captación**

### **4.1. Población**

Esta intervención formativa se dirige al personal sanitario enfermería de la unidad de cuidados intensivos y de Hospitalización del Hospital de Móstoles que por primera vez realizarán su actividad con pacientes con el virus Covid-19, y para todos aquellos profesionales que estén interesados y que quisieran participar. La formación continua de cuidado humanizado de alta calidad e integral favorece a los pacientes e igualmente a los profesionales de la salud, concediendo una primera línea de inmunidad contra la pérdida de motivación y el desánimo.

### **4.3. Captación**

La captación se realizará en el área de hospitalización por Covid 19 y la Unidad de cuidados intensivos. Se comunicará primero a supervisor/a de la unidad entregándole también folletos de inscripción y un cartel informativo para dar los permisos correspondientes a su personal (Anexo 1 y 2). Así mismo, se enviará a los profesionales la inscripción e información vía correo corporativo (Anexo 3). Con los permisos correspondientes se colocarán posters en las áreas comunes del personal de enfermería.

## **5. Objetivos**

### **5.1. Objetivo General**

Mejorar las competencias enfermeras en conocimientos, habilidades y técnicas para revitalizar los cuidados humanizados en pacientes con Covid-19 y enfermedades similares con un acercamiento bio-psicosocial-espiritual.

### **5.2. Objetivos Específicos**

#### ***Área de conocimiento***

- El participante analizará e identificará cuáles son los factores que provocan deshumanización, sufrimiento y angustia en los pacientes ingresados por Covid19.
- El participante conocerá estrategias y herramientas de prevención y manejo del estrés en situaciones de crisis.
- El participante identificará las técnicas que influyen y fomentan la comunicación y las relaciones eficaces dentro del equipo interdisciplinario en situaciones de crisis.

#### ***Área de habilidad***

- ✓ El participante establecerá relaciones de confianza y ofrecerá cuidados compasivos y empáticos hacia los pacientes y sus familias
- ✓ El participante ejecutará herramientas y habilidades que identifiquen dificultades espirituales provocados por el Covid en los pacientes afectados
- ✓ El participante empleará estrategias de cohesión y de espíritu de equipo

#### ***Área de actitud:***

- ✓ El participante asumirá competencias emocionales de compasión con el fin de activar actitudes saludables, humanas y transmitir las

- ✓ El participante se concienciará en el acompañamiento y orientación a las familias con pacientes Covid 19
- ✓ El participante gestionara su bienestar personal identificando su estado emocional para valorar sus propias necesidades y hacerles frente.



## **6. Contenidos**

### ***Conocimiento***

- Los síntomas físicos, la angustia emocional y el aislamiento social causados por el Covid 19.
- Afrontamiento de situaciones de estrés con estrategias de resolución de problemas y herramientas de prevención.
- La humanización en la comunicación del equipo interdisciplinario.

### ***Habilidad***

- La compasión y la empatía en la relación Paciente Covid- enfermera-familia.
- La historia espiritual del paciente a través de la herramienta FICA.
- Recursos SBAR, Check-back, call-out y Handoffs para una comunicación efectiva.

### ***Actitud***

- La compasión como actitud natural.
- Ejercicio de la compasión.
- La comunicación con la familia en tiempos de pandemia.
- Trascender los protocolos.

## 7. Sesiones, técnicas de trabajo y utilización de materiales

El desarrollo de esta intervención se realizará en cuatro sesiones, de 120 minutos cada una, con un máximo de 8-10 participantes.

Estas secciones formativas se realizarán en la sala de formación del hospital de Móstoles para poder favorecer la asistencia del personal.

Se llevará a cabo el 5,7,12 y 14 de octubre de 2021

Octubre 2021						
Lunes	martes	miércoles	Jueves	viernes	Sábado	domingo
				1	2	3
4	5	6	7	8	9	10
11	12	13	14	15	16	17
18	19	20	21	22	23	24
25	26	27	28	29	30	31

Con el fin de favorecer el aprendizaje cada sesión se realizará a través de técnicas informativas, de expresión, de análisis y de desarrollo de habilidades.

En las sesiones se utilizarán técnicas de resolución de problemas, herramientas cognitivo-conductuales para un autoconocimiento así mejorar la calidad de vida de los profesionales de la salud. No se pretende aquí hacer psicoterapia sino de dotar a los participantes de recursos útiles y sencillos que le ayuden en su vida diaria, con el plus de que con lo que aprenden lo pueden enseñar a sus pacientes.

*Los recursos necesarios para el proyecto son:*

Recursos humanos: Los formadores serán dos enfermeros capacitados en Humanización de la asistencia sanitaria, uno será el encargado de impartir las sesiones y otro será quien llevará el control del guion del observador.

Recursos materiales: ordenador y proyector, pizarra y rotuladores, fotografías, folios y bolígrafos, las presentaciones de power point con las exposiciones de los temas.

1º sesión Formativa	
Recursos Humanos empleados: Enfermera/o formador/a Enfermera/o observador	Duración: 120 minutos
Objetivos para cumplir en la sesión: <ul style="list-style-type: none"> <li>• Generar un ambiente de acogida, de confianza y comunicación activa entre formadores y participantes.</li> <li>• Presentar los formadores, los objetivos, el contenido y el cronograma del taller.</li> <li>• El participante analizará e identificará cuáles son los factores que provocan deshumanización, sufrimiento y angustia en los pacientes ingresados por Covid19.</li> <li>• El participante asumirá competencias emocionales de compasión con el fin de activar actitudes saludables y humanas y transmitir las</li> </ul>	
Contenidos	Técnicas, desarrollo, material empleado y tiempo
Presentación del taller	<b>Técnica:</b> Exposición del taller <b>Material</b> Ordenador, proyector <b>Tiempo</b> 10 minutos
Presentación de los participantes	<b>Técnica:</b> Presentación “el dado” <b>Desarrollo:</b> se realizará un dado grande, en cada cara se colocará un aspecto llamativo que sirva para presentarse: mi principal motivación es...Cada participante lanzara el dado y deberá dar respuesta con la frase que salga <b>Material:</b> Dado hecho en cartulina <b>Tiempo:</b> 10 minutos.
Los síntomas físicos, la angustia emocional y el aislamiento social causados por el Covid 19	<b>Técnica:</b> <b>Rejilla investigación</b> en el aula <b>Desarrollo:</b> Se propone que en grupos de 4 personas expresen sus conocimientos sobre los síntomas causados por el Covid 19, estos datos se recogen en un folio con la técnica Rejilla (Anexo 4), después de que los grupos hayan terminado, se comparte a todo el grupo. El formador recopila toda la información, la sistematiza y la devuelve al grupo en forma de exposición.

	<p><b>Material:</b> Folios, bolígrafos, pizarra.</p> <p><b>Tiempo:</b> 30 minutos</p> <hr/> <p><b>Técnica:</b> Exposición del tema</p> <p><b>Desarrollo:</b> El formador expone los síntomas más comunes según los últimos informes científicos, haciendo énfasis en la angustia emocional y los efectos del aislamiento social como factores deshumanizantes causados por el Covid 19</p> <p><b>Material:</b> Ordenador, proyector y soporte educativo de power point.</p> <p><b>Tiempo:</b> 20 minutos</p>
Descanso	<b>Tiempo 10 minutos</b>
La compasión como actitud natural	<p><b>Técnica de análisis:</b> caso video <a href="#">Historia del enfermero compasivo - Testimonio de Kathy Thorpie (con subtítulos) - YouTube</a></p> <p><b>Desarrollo:</b> Después de ver el video se pide al grupo que analice, el testimonio del cuidado compasivo del enfermero y lo que significó para la paciente. Se realizará en grupo grande y se preguntan lo siguiente:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• ¿crees que el trato positivo y negativo deja huella en la memoria de los pacientes inconscientes?</li> <li>• ¿este trato afecta en algo el estado físico y mental del paciente?</li> <li>• ¿cuál de los enfermeros disfrutaba más de su trabajo y estaba menos apresurado?</li> </ul> <p><b>Material:</b> Ordenador y proyector</p> <p><b>Tiempo:</b> 20 minutos</p>
Evaluación	<p><b>Técnica</b> Cuestionario de preguntas pre-taller (Anexo 5) y guía del observador (anexo 6)</p> <p><b>Desarrollo:</b> Se pasará a cada participante las fotocopias del cuestionario.</p> <p><b>Material:</b> folios bolígrafos</p> <p><b>Tiempo</b> 10 minutos</p>

<b>2ª sesión Formativa</b>	
<b>Recursos Humanos empleados:</b> <b>Enfermera/o formador/a</b> <b>Enfermera/o observador</b>	<b>Duración: 120 minutos</b>
<b>Objetivos para cumplir en la sesión:</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>• El participante establecerá relaciones de confianza y ofrecerá una atención empática y compasiva hacia los pacientes y sus familias</li> <li>• El participante gestionara su bienestar personal identificando su estado emocional para valorar sus propias necesidades y hacerles frente.</li> <li>• El participante conocerá estrategias y herramientas de prevención y manejo del estrés en situaciones de crisis.</li> </ul>	
<b>Contenidos</b>	<b>Técnicas, desarrollo, material empleado y tiempo</b>
La compasión y la empatía en la relación Paciente Covid enfermera familia	<p><b>Técnica: Análisis de imágenes</b></p> <p><b>Desarrollo:</b> Por grupos de 3 personas analizar y comentar las imágenes de “descenso al pozo” durante seis minutos. Pasado el tiempo indicado se reúne a los grupos en grupo grande, un representante de cada grupo expone las ideas recogidas los mismos folios con las imagines. Se recogen las ideas y se explica la habilidad de la empatía con la metáfora del pozo.</p> <p><b>Material:</b> Copias de las imágenes descenso al pozo (anexo 7), ordenador, proyector y soporte educativo de power point</p> <p><b>Tiempo:</b> 30 minutos</p>
Ejercicio de la compasión	<p><b>Técnica:</b> Simulación operativa</p> <p><b>Desarrollo:</b> Se inicia narrando la parábola del Buen Samaritano, explicando que la parábola pretende despertar en cada uno la empatía y la compasión, para practicar estas actitudes, se juega “La oca del Buen Samaritano”, se divide el grupo en cuatro subgrupos de dos personas; se explican las bases del juego adaptado a personal de enfermería (Anexo 8)</p> <p><b>Material:</b> Tablero del juego (anexo 9), fichas de juego de mesas</p> <p><b>Tiempo:</b> 30 minutos</p>
<b>Descanso</b>	<b>10 minutos</b>
	<p><b>Técnica: Demostración con entrenamiento</b></p> <p><b>Desarrollo:</b> Se plantea al grupo la siguiente pregunta ¿qué sucede cuando estamos abrumados y no buscamos ayuda? Se explica que la</p>

<p>Afrontamiento de situaciones de estrés con estrategias de resolución de problemas y herramientas de prevención</p>	<p>vulnerabilidad de errores aumenta cuando las personas están bajo estrés y fatigadas. A continuación, se presenta la técnica de relajación muscular progresiva que consiste en tensar y relajar diferentes zonas musculares del cuerpo, se explican sus beneficios y se demuestra cómo realizar de manera correcta el ejercicio, se invita a los participantes a:</p> <p>Inicialmente a centrarse en la respiración, al trabajar cada zona se realiza una respiración profunda que se mantiene cuatro segundos mientras se tensa la zona y se inspira lentamente, así en cada zona del cuerpo.</p> <p>Colocarse de pie e iniciar e iniciar con los pies, los gemelos, los muslos, se pasa a la zona abdominal, el pecho, la espalda, los brazos, manos, cuello y finalmente en la zona facial.</p> <p>Es importante que los participantes logren centrarse en la tensión como una sensación desagradable y después en la relajación como una experiencia agradable.</p> <p><b>Material:</b> Altavoz y música relajante</p> <p><b>Tiempo:</b> 20 minutos</p> <hr/> <p><b>Técnica:</b> Simulación operativa</p> <p><b>Desarrollo:</b> La técnica D.E.P.A Detente, enlentece, piensa y actúa es una herramienta para la solución de problemas que ayuda a desactivar la subida de emociones, obstáculo para la solución de problemas. Se les enseña a los participantes a tomar conciencia de su reacción global del estrés: sus respuestas físicas afectivas, cognitivas y conductuales. Se propone el ejercicio escrito de realizar la técnica recordando alguna situación de estrés. Esta técnica lleva al conocimiento de sus sentimientos dentro del ámbito de situaciones que generan reacciones. (Anexo 10)</p> <p><b>Material:</b> Proyector y soporte educativo de power point</p> <p><b>Tiempo:</b>20 minutos</p>
<p>Evaluación</p>	<p><b>Técnica:</b> Análisis de materiales realizados en la sesión y guion del observador.</p> <p><b>Tiempo:</b> 10 minutos</p>

3ª Sesión Formativa	
<b>Recursos Humanos empleados:</b> <b>Enfermera/o formador/a</b> <b>Enfermera/o observador</b>	<b>Duración:</b> 120 minutos
<b>Objetivos para cumplir en la sesión:</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>• El participante identificará técnicas que influyen y fomentan la comunicación y las relaciones eficaces dentro del equipo interdisciplinario</li> <li>• El participante empleara estrategias de cohesión y de espíritu de equipo</li> </ul>	
Contenidos	Técnicas, desarrollo, material empleado y tiempo
La humanización en la comunicación del equipo interdisciplinario	<p><b>Técnica:</b> Exposición con discusión</p> <p><b>Desarrollo:</b> El formador expondrá el modelo de comunicación participativa dentro del equipo interdisciplinario, sus ventajas, las dificultades, sus fundamentos y los factores para promover equipos eficaces. Durante la explicación el formador realizara preguntas a los participantes sobre los temas que va exponiendo. (Anexo 11)</p> <p><b>Material:</b> Ordenador, proyector y soporte educativo presentación de power point, fotocopias del material escrito</p> <p><b>Tiempo</b> 30 minutos</p>
Recursos para una comunicación efectiva	<p><b>Técnica:</b> simulación operativa ejercicios de trabajo en equipo y discusión</p> <p><b>Desarrollo</b> formar grupos de 4 personas. El ejercicio de trabajo en equipo consiste en hacer cadenas de papel. Decir al grupo que tienen dos minutos para realizar el ejercicio. Después de los 2 minutos, pedir a cada grupo que muestre la longitud de su cadena.</p> <p>Discusión: iniciando por los grupos que tenían las cadenas más largas hacer las siguientes preguntas</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• ¿qué técnicas o métodos utilizo para trabajar bien como equipo al hacer las cadenas?</li> <li>• ¿qué impidió a su equipo trabajar en equipo?</li> </ul> <p>Ir tomando nota en la pizarra de</p> <p>Reformular las preguntas con las habilidades de</p>

	<p>comunicación, liderazgo, apoyo mutuo.</p> <p><b>Material:</b> Papel, cinta, tijeras, pizarra rotuladores</p> <p><b>Tiempo</b> 25 minutos</p>
Descanso	<b>Tiempo</b> 10 minutos
Recursos SBAR, Check-back, y Handoffs para una comunicación efectiva en el equipo interdisciplinario	<p><b>Técnica:</b> Expositiva</p> <p><b>Desarrollo:</b> Se exponen brevemente los recursos SBAR, Check-back y Handoffs con un ejemplo de cada uno; tres estrategias sencillas para integrar en la práctica clínica diaria, estas han demostrado que mejoran la comunicación y el rendimiento del equipo.</p> <p>A continuación, en los mismos equipos de la actividad anterior, realizar ejercicios con cada una de las estrategias. SBAR se le pide al equipo que elabore un ejemplo de SBAR en enfermería.</p> <p>Check-Back se presenta un video ejemplo de la estrategia <a href="#">(1) TeamSTEPPS: Check-Back in Inpatient Surgical Teams - YouTube</a> y se proponen preguntas.</p> <p>Handoffs recomendaciones para realizar una entrega de turno. (Anexo 12)</p> <p><b>Material:</b> Pizarra, rotuladores, video</p> <p><b>Tiempo</b> 45 minutos</p>
Evaluación	<p><b>Técnica:</b> Análisis del material trabajado por los participantes el cual se recogerá para evaluarlo y Guía del observador</p> <p><b>Tiempo</b> 10 minutos</p>



4ª Sesión Formativa	
<b>Recursos Humanos empleados:</b> <b>Enfermera/o formador/a</b> <b>Enfermera/o observador</b>	<b>Duración: 120 minutos</b>
<b>Objetivos para cumplir en la sesión:</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>• El participante ejecutará herramientas que identifiquen dificultades espirituales provocadas por el Covid en los pacientes afectados</li> <li>• El participante se concienciará en el acompañamiento y orientación a las familias con pacientes Covid 19</li> </ul>	
Contenidos	Técnicas, desarrollo, material empleado y tiempo
La historia clínica del paciente a través de la herramienta FICA	<p><b>Técnica</b> Rol playing</p> <p><b>Desarrollo:</b> Se inicia exponiendo en que consiste la herramienta FICA (Puchalski, 2014), animando a los participantes al utilizar esta herramienta no como un chek-list sino a utilizarla como guía y apoyo para mejorar la calidad de vida y brindar más humanidad a los cuidados.</p> <p><b>F.</b> Fe- creencias, significado: Determinar si el paciente se identifica con un sistema de creencias o espiritualidad</p> <p><b>I.</b> Importancia e influencia: Comprender la importancia de la espiritualidad en la vida del paciente y la influencia en las decisiones de atención sanitaria</p> <p><b>C.</b> Comunidad: averiguar si el paciente hace parte de algún grupo religioso o espiritual, y si confía en el cómo apoyo</p> <p><b>A.</b> Acción del cuidado: aprender a abordar los problemas espirituales con respecto a los cuidados del paciente</p> <p>A continuación, se forman parejas y se escenifica un caso clínico y como se puede utilizar la herramienta con la ayuda de un guion (anexo 13).</p> <p>Y por último se realiza una puesta en común de lo observado con respecto a la herramienta y su aplicación.</p> <p><b>Material</b> Ordenador, proyector y soporte educativo presentación de power point. También los folios con el guion</p> <p><b>Tiempo 40 minutos</b></p>

Descanso	<b>Tiempo: 5 minutos</b>
La comunicación con la familia en tiempos de pandemia	<p><b>Técnica:</b> Expositiva video con discusión</p> <p><b>Desarrollo:</b> Analizar las diferentes iniciativas de comunicación entre el Paciente Covid 19 ingresado y su familia que sean ejecutado durante la pandemia:</p> <p>“siempre conectados”</p> <p>“a tu lado”</p> <p>“con mucho amor”</p> <p><b>Material:</b> Ordenador y proyector</p> <p><b>Tiempo:</b> 15 minutos</p>
Trascender los protocolos	<p><b>Técnica:</b> Exposición</p> <p><b>Desarrollo:</b> A continuación, se explica como la familia es un elemento terapéutico para el paciente, y es importante conocer y cubrir sus necesidades e integrarla en el proceso de cuidados del paciente. Para esto es necesario conocer y practicar estrategias de comunicación de malas noticias especialmente en estos tiempos de pandemia. Una mala noticia no es necesariamente el fallecimiento de un ser querido.</p> <p>Exposición de Protocolo de Baile y Buckman Comunicación a través de vía telefónica en la pandemia (anexo 14)</p> <p><b>Materiales:</b> Fotocopias del anexo 14, ordenador, proyector presentación de power point</p> <p><b>Tiempo:</b> 30 minutos</p>
Cierre temático y evaluación de la intervención formativa	<p><b>Técnica:</b> Investigación en el aula foto palabra</p> <p><b>Desarrollo:</b> Se colocan las fotografías pegadas a la pared, se invita a los participantes a escoger una imagen que represente lo que significó el taller formativo. Se compartirá en grupo lo que pensó cada participante.</p> <p><b>Material:</b> Fotografías, pegamento para pared.</p> <p><b>Tiempo:</b> 15 minutos</p>

	<p><b>Técnica:</b> Desarrollo de habilidades ayuda a la toma de decisiones.</p> <p><b>Desarrollo:</b> Se propone encajar lo experimentado y aprendido en el proyecto de vida de cada participante. Cada uno en un cuarto de folio escribe aquello que más le ha impactado y quiere integrar e en su vida.</p> <p><b>Material:</b> Folios y bolígrafos.</p> <p><b>Tiempo:</b> 5 minutos.</p>
	<p><b>Técnica:</b> de <b>investigación en el aula</b></p> <p><b>Desarrollo:</b> Se pasará el test de conocimiento post taller (Anexo 5) y Cuestionario de satisfacción (Anexo 15).</p> <p><b>Material:</b> Fotocopias con los cuestionarios y bolígrafos.</p> <p>Tiempo: 10 minutos</p>

## **8. Evaluación**

### **8.1. Evaluación de la estructura y el proceso.**

La evaluación de este proyecto es el instrumento por el cual se determina en que grado las sesiones han sido aprovechadas y beneficiosas para los participantes, de tal manera que pueda cambiar hábitos y generar otros que ayuden a mejorar los cuidados humanizados. También permitirá ver los errores y corregirlos.

Se utilizarán los instrumentos de evaluación que se utilizarán en las sesiones tales como: Test de conocimientos antes y después, análisis de materiales elaborados por los participantes, simulaciones, observación sistemática a través del guion de observador en el cual se anotarán toda la información.

Los encargados de analizar la evaluación será el equipo de evaluación que serían el enfermero formador y aquella persona que realiza en cada sesión el guion del observador.

Se evaluarán diferentes aspectos significativos de proyecto:

- El número de participantes, en cada sesión se deberá estimular la asistencia, ya sea con la misma metodología o con otras estrategias propias de las capacidades del mismo formador para poder persuadir. El número de participantes será reducido para que el proceso de aprendizaje sea más personalizado y participativo.
- La adecuación del lugar de las sesiones: se verificará que la sala de formación del hospital esté dispuesta con todo lo necesario para realizar las actividades.
- El proceso de captación se realizará de forma directa e indirecta, se evaluará con la asistencia e implicación de los participantes en cada sesión, esto se verá reflejado en el guion del observador.
- La calidad e idoneidad de los educadores se evaluará con la encuesta de satisfacción y con el guion del observador.
- La adecuación de la programación se evaluará a través de: número de sesiones realizadas y si se alcanzaron los objetivos en cada una con el tiempo proporcionado para la escucha de opiniones, preguntas y resolución de dudas. Si las sesiones trataron los contenidos proyectados con la mayor claridad y con la actualización la situación presente. También si las técnicas fueron las apropiadas para las sesiones y para

los participantes. Esto determinara el dominio del docente en el tema.

## **8.2. Evaluación de resultados**

Para evaluar este aspecto es necesario una visión integral de cada participante, y por tanto evaluarlo en el conjunto de las tres áreas, de tal manera que la adquisición de conocimientos esté al mismo nivel que el razonamiento actitudinal y las destrezas aprendidas. Este análisis permitirá cuantificar en que grado se han conseguido los objetivos del proyecto.

### ***Área de conocimiento***

Por medio de la evaluación cuantitativa que se realiza con los cuestionarios de antes y después, se determinara si los participantes han adquirido los contenidos propuestos.

### ***Área de actitudes***

Por medio de la evaluación cualitativa se analizará el material que han realizado los participantes en las sesiones.

### ***Área de habilidades***

Con una evaluación cualitativa de análisis del guion del observador se determinará si las actividades de simulaciones operativas y de demostración con entrenamiento realizadas por los participantes fueron percibidas adecuadamente.

Se evaluará progresivamente a corto y largo plazo a través de los cuestionarios de antes y después, a corto plazo en cada sesión por medio de análisis de materiales elaborados por los participantes y el guion de observador.

## 9. Bibliografía

- Agency for Healthcare Research and Quality. (2019). TeamSTEPPS fundamentals course: Module 3. communication. Recuperado de: <https://www.ahrq.gov/teamstepps/instructor/fundamentals/module3/igcommunication.html>
- Aguirre de la Peña, E., Bernabé Jiménez, C., Fernández Martín, J., Fernández Sánchez, J. D., Fernández Valverde, M. B., Fluriache Garcia- Caro, P., . . . González López, P. (2017). Plan dignifica. humanizando la asistencia. Recuperado de: [https://sanidad.castillalamancha.es/files/documentos/pdf/20171016/plan\\_dignifica\\_octubre\\_2017.pdf](https://sanidad.castillalamancha.es/files/documentos/pdf/20171016/plan_dignifica_octubre_2017.pdf)
- Amador Galván, M., Brioso Jerez, A., Cordon Arroyo, A. M., Díaz Mateos, A., Ferrer Agualeles, J. L., González Tovar, G., . . . Zarallo Barbosa, T. (2007). Plan de humanización de la atención sanitaria del sistema sanitario público de Extremadura. Recuperado de: <http://www.areasaludplasencia.es/wasp/pdfs/7/714003.pdf>
- Anantham, D., Chai-Lim, C., Zhou, J. X., & Phua, G. C. (2020). Operationalization of critical care triage during a pandemic surge using protocolized communication and integrated supportive care. *Journal of Intensive Care*, 8, 59. doi:10.1186/s40560-020-00475-y
- Ansa Erice, I., Díez Espino, J., Domínguez Cunchillos, F., Elizalde Soto, L., Flamarique Chocarro, B., Hermoso de Mendoza Merino, Marisa, . . . Soria Sarnago, M. (2018). *Estrategia de humanización del sistema sanitario público de navarra*. Pamplona: Dirección General de Salud.
- Arabi, Y. M., Fowler, R., & Hayden, F. G. (2020). Critical care management of adults with community-acquired severe respiratory viral infection. *Intensive Care Medicine*, 46(2), 315-328. doi:10.1007/s00134-020-05943-5
- Berlinger, N., Wynia, M., Powell, T., Hester, M., Milliken, A., Fabi, R., . . . Jenks, N. P. (2020). Ethical framework for health care institutions responding to novel coronavirus SARS-CoV-2 (COVID-19) guidelines for institutional ethics services responding to COVID-19. Recuperado de: <https://www.thehastingscenter.org/wp-content/uploads/HastingsCenterCovidFramework2020.pdf>
- Bermejo Higuera, J. C., & Carabias, R. (1998). *Relación de ayuda y Enfermería*. España: Sal Terrae.
- Bermejo, J. C. (2003). *Que es humanizar la salud*. Madrid: San Pablo.
- Bernard Stoecklin, S., Rolland, P., Silue, Y., Mailles, A., Campese, C., Simondon, A., . . . Levy-Bruhl, D. (2020). First cases of coronavirus disease 2019 (COVID-19) in France: Surveillance, investigations and control measures, january 2020. *Euro Surveillance: Bulletin Europeen Sur Les Maladies Transmissibles = European*

*Communicable Disease Bulletin*, 25(6), 1-7. doi:10.2807/1560-7917.ES.2020.25.6.2000094

- Cañas Sancho, J. J., & Herias Corral, G. (2004). Plan de confortabilidad del servicio de salud. Principado de Asturias. Recuperado de: <https://www.astursalud.es/documents/31867/0/Plan+de+confortabilidad+del+SE+SPA.pdf/c6653ae7-16c1-0215-87b0-27cbf23c8c6f?version=1.0>
- Chen, R., Sun, C., Chen, J., Jen, H., Kang, X. L., Kao, C., & Chou, K. (2020). A large-scale survey on trauma, burnout, and posttraumatic growth among nurses during the COVID-19 pandemic. *International Journal of Mental Health Nursing*, doi:10.1111/inm.12796
- Clarfield, A. M., Dwolatzky, T., Brill, S., Press, Y., Glick, S., Shvartzman, P., & Doron, I. I. (2020). Israel ad hoc COVID-19 committee: Guidelines for care of older persons during a pandemic. *Journal of the American Geriatrics Society*, 68(7), 1370-1375. doi:10.1111/jgs.16554
- Fawcett, J. (2001). The nurse theorists: 21st-century updates-Rosemarie Rizzo Parse. *Nursing Science Quarterly*, 14(2), 126-131. doi:10.1177/08943180122108319
- García Férez, J., Alarcos Martínez, F. J., Álvarez Pérez, J. C., Bermejo Higuera, J. C., Feito Grande Lydia, & Torralba i Roselló Francesc. (2002). *10 Palabras clave en humanizar la salud*. España: Verbo Divino.
- García-Alamino, J. M. (2021). Aspectos epidemiológicos, clínica y mecanismos de control de la pandemia por SARS-CoV-2: situación en España. *Enfermería clínica*, 31, S4-S11. doi:10.1016/j.enfcli.2020.05.001 Recuperado de: <http://dx.doi.org/10.1016/j.enfcli.2020.05.001>
- García-Rincón de Castro C. (2018a). *La oca de Buen Samaritano*. España: [www.prosocialia.org](http://www.prosocialia.org).
- García-Rincón de Castro C. (2018b). Tablero de la oca del Buen Samaritano. Recuperado de: [twitter.com/EducAutor/status/1052466647083171840/photo/1](https://twitter.com/EducAutor/status/1052466647083171840/photo/1)
- Garza Castellón M, Garza Castellón Marta, & Gómez Conte Rosana. (2020). Caso clínico: Paciente ingresado por COVID-19 en planta hospitalaria. *Revista Electrónica de PortalesMedicos.Com*, XV(24). Recuperado de: <https://www.revista-portalesmedicos.com/revista-medica/caso-clinico-paciente-ingresado-por-covid-19-en-planta-hospitalaria/>
- González del Yerro, Y., Salinero Aceituno, M., Fernández Delgado, A. & Mateos Rodilla, J. (2016). Plan de humanización de la asistencia sanitaria 2016- 2019. Recuperado de: [https://www.comunidad.madrid/transparencia/sites/default/files/plan/document/88\\_1\\_232\\_bvcm017902\\_0.pdf](https://www.comunidad.madrid/transparencia/sites/default/files/plan/document/88_1_232_bvcm017902_0.pdf)

- Grasselli, G., Pesenti, A., & Cecconi, M. (2020). Critical care utilization for the COVID-19 outbreak in Lombardy, Italy: Early experience and forecast during an emergency response. *Jama*, 323(16), 1545-1546. doi:10.1001/jama.2020.4031
- Grupo de humanización hospitalaria "Cuidar con el corazón". Hospital Asepeyo Coslada. (2020). *Guía de actuación. iniciativas de humanización impulsadas durante el covid-19*. Madrid: Recuperado de: <https://www.asepeyo.es/centro/hospital-coslada/>
- Hoefler, A., Pampaka, D., Rivas Wagner, E., Alemán Herrera, A., García-Ramos Alonso, E., López-Perea, N., . . . Núñez Gallo, D. (2020). Management of a COVID-19 outbreak in a hotel in Tenerife, Spain. *International Journal of Infectious Diseases: IJID: Official Publication of the International Society for Infectious Diseases*, 96, 384-386. doi:10.1016/j.ijid.2020.05.047
- Hospital San Juan de Dios Córdoba. (2020). Guía de buenas prácticas. área de humanización. Recuperado de: <https://www.sjd.es/cordoba/?q=humanizacion-nuestro-centro>
- Junta de Castilla y León - Consejería de Sanidad. (2020). Protocolo para profesionales sanitarios para la comunicación telefónica de malas noticias a familiares de pacientes con coronavirus en situaciones de cuidados de últimos días. Recuperado de: [https://www.saludcastillayleon.es/en/covid-19/informacion-profesionales/informacion-general.files/1569187-200324\\_COMUNICACION%20TELEFONICA%20DE%20MALAS%20NOTICIAS%20a%20familiares%20de%20pacientes%20COVID.pdf](https://www.saludcastillayleon.es/en/covid-19/informacion-profesionales/informacion-general.files/1569187-200324_COMUNICACION%20TELEFONICA%20DE%20MALAS%20NOTICIAS%20a%20familiares%20de%20pacientes%20COVID.pdf)
- Li, L., Huang, T., Wang, Y., Wang, Z., Liang, Y., Huang, T., . . . Wang, Y. (2020). COVID-19 patients clinical characteristics, discharge rate, and fatality rate of meta-analysis. *J Med Virol*, 92(6), 1-7. doi:10.1002/jmv.25757
- Lukose, A. (2011). Developing a practice model for Watson's theory of caring. *Nursing Science Quarterly*, 24(1), 27-30. doi:10.1177/0894318410389073
- Marchesi, P., Spinsanti, S., & Spinelli, A. (1986). *Por un hospital más humano*. Madrid: Paulinas.
- Maves, R. C., Downar, J., Dichter, J. R., Hick, J. L., Devereaux, A., Geiling, J. A., . . . Christian, M. D. (2020). Triage of scarce critical care resources in COVID-19 an implementation guide for regional allocation: An expert panel report of the task force for mass critical care and the American college of chest physicians. *Chest*, 158(1), 212-225. doi:10.1016/j.chest.2020.03.063
- Ministerio de Sanidad, Consumo y Bienestar Social. (2010). Unidades de cuidados intensivos. Estándares y recomendaciones. Recuperado de: [www.mscbs.gob.es/organizacion/sns/planCalidadSNS/docs/UCI.pdf](http://www.mscbs.gob.es/organizacion/sns/planCalidadSNS/docs/UCI.pdf)
- Nezu Arthur, Nezu Chritine Maguth, & D'Zurilla Thomas. (2014). *Terapia de solución de problemas. Manual de tratamiento*. España: DESCLÉE DE BROUWER.



- OMS. (1946). ¿Cómo define la OMS la salud? Recuperado de: <https://www.who.int/es/about/who-we-are/frequently-asked-questions>
- Pérez de la Sota, E., Piñón, M., Quintana, E., & Mestres, C. A. (2020). COVID 19-the Spanish perspective. *Journal of Cardiac Surgery*, 1-8. doi:10.1111/jocs.14994
- Pierluigi Marchesi, o. h. (1981). *Por un hospital más humano*. Colombia: Hermanos Hospitalarios de San Juan de Dios.
- Plumed Moreno, C. (2019). Humanización de la asistencia I y II. *Labor Hospitalaria*, 51(324), 11-19.
- Puchalski, C. M. (2014). The FICA spiritual history tool #274. *Journal of Palliative Medicine*, 17(1), 105-106. doi:10.1089/jpm.2013.9458
- Raile Alligood, M. (2015). *Modelos y teorías en enfermería*. (8th ed.). España: Elsevier.
- RENAVE. (2020). COVID-19. informes previos. Recuperado de: <https://www.isciii.es/QueHacemos/Servicios/VigilanciaSaludPublicaRENAVE/EnfermedadesTransmisibles/Documents/INFORMES/Informes%20COVID-19/Informe%20n%20ba%2033.%20An%20a1lisis%20de%20los%20casos%20de%20COVID-19%20hasta%20el%2010%20de%20mayo%20en%20Espa%c3%b1a%20a%2029%20de%20mayo%20de%202020.pdf>
- Rubio Rico, L., Cosi Marsans, M., Martínez Márquez, C., Miró Borrás, A., Sans Riba, L., Toda Savall, D., & Velasco Blasco, C. (2006). Relaciones interdisciplinarias y humanización en las unidades de cuidados intensivos. *Enfermería Intensiva*, 17(4), 141-153. doi:10.1016/S1130-2399(06)73928-1
- Swiss Academy Of Medical Sciences, null. (2020). COVID-19 pandemic: Triage for intensive-care treatment under resource scarcity. *Swiss Medical Weekly*, 150, w20229. doi:10.4414/smw.2020.20229
- Tu, H., Tu, S., Gao, S., Shao, A., & Sheng, J. (2020). Current epidemiological and clinical features of COVID-19; a global perspective from china. *The Journal of Infection*, 81(1). 1-9. doi:10.1016/j.jinf.2020.04.011
- Warrillow, S., Austin, D., Cheung, W., Close, E., Holley, A., Horgan, B., . . . Willmott, L. (2020). *ANZICS guiding principles for complex decision making during the COVID-19 pandemic*. Australia: Australian and New Zealand Intensive Care Society 2020. Recuperado de: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/32294810/>
- Yang, Q. (2020). Multidisciplinary, three-dimensional and individualized comprehensive treatment for severe/critical COVID-19. *Liver Research*, 4(3), 109-117. doi:10.1016/j.livres.2020.08.001
- Youngwerth, J., & Twaddle, M. (2011). Cultures of interdisciplinary teams: How to foster good dynamics. *Journal of Palliative Medicine*, 14(5), 650-654. doi:10.1089/jpm.2010.0395

## **10. Anexos**

Anexo 1.

*Humaniza-te*

***El cuidado en tiempo de  
pandemia un  
acercamiento bio-  
psicosocial-espiritual***

Secciones formativas para el personal de  
enfermería

Para adquirir habilidades y  
aplicar los conocimientos teóricos  
dando a las acciones una  
significación y perspectiva que trascienda en la  
práctica diaria

Secciones formativas se realizarán en la sala de  
formación del hospital de Móstoles.

Se llevará a cabo el 5,7,12 y 14 de octubre de 2021  
de 4 a 6 p.m.

***¡ATRÉVETE  
A DEJAR  
Huella!***

¡ATRÉVETE  
A DEJAR  
Huella!

Poster de elaboración propia con la herramienta de diseño [www.canva.com](http://www.canva.com) las imágenes son tomadas de [es.pngtree.com](http://es.pngtree.com) recursos gráficos para descarga gratuita

## Anexo 2 Tríptico



**El cuidado en tiempo de pandemia un acercamiento bio-psicosocial-espiritual**

Taller teórico práctico para el personal de enfermería

Cuatro secciones formativas de dos horas cada una

**5**

**Primera sección**

- Presentación del taller
- Los síntomas físicos, la angustia emocional y el aislamiento social causados por el Covid 19
- La compasión como actitud natural

**7**

**Segunda sección**

- La compasión y la empatía en la relación Paciente Covid enfermera familia
- Afrontamiento de situaciones de estrés con estrategias de resolución de problemas y herramientas de prevención

**12**

**Tercera sección**

- La humanización en la comunicación del equipo interdisciplinario
- Recursos SBAR, Check-back, call-out y Handoffs para una comunicación efectiva en el equipo interdisciplinario

**14**

**Cuarta sección**

- La historia clínica del paciente a través de la herramienta FICA
- La comunicación con la familia en tiempos de pandemia

Para adquirir habilidades y aplicar los conocimientos teóricos dando a las acciones una significación y perspectiva que trascienda en la practica diaria

Secciones formativas se realizarán en la sala de formación del Hospital Universitario de Móstoles.



Calle Río Júcar, S/N, 28935 Móstoles, Madrid

**Días 5,7,12 y 14 de octubre de 2021. de 16:00 a 18:00**



Tríptico de elaboración propia con la herramienta de diseño [www.canva.com](http://www.canva.com) las imágenes son tomadas de es.pngtree.com recursos gráficos para descarga gratuita

**Anexo 3 Inscripción.**

<b>Inscripción sesiones formativas Humaniza-te.</b> <b>Hospital Universitario de Móstoles</b>	
<b>Nombre:</b>	<b>Apellidos:</b>
<b>Fecha de Nacimiento:</b>	<b>DNI</b>
<b>Teléfono</b>	<b>E-mail:</b>
<b>Experiencia Laboral:</b>	
<b>Servicio de destino:</b>	
En Madrid ____ de ____ de 2021	
Firma	

**Anexo 4. REJILLA.**

<b>Síntomas respiratorios</b>	<b>Síntomas gastrointestinales</b>	<b>Síntomas Neurológicos</b>	<b>Otros</b>

### **Anexo 5. Cuestionario pre-taller.**

Antes de iniciar nuestras sesiones formativas, conteste a las siguientes preguntas con la mayor sinceridad posible

1. ¿En su formación universitaria recibió formación sobre humanización de los cuidados?
2. ¿Tiene importancia la humanización de los cuidados en la práctica diaria
3. En relación con la familia y el paciente ¿brindo un trato acogedor y cercano?
4. En la relación con los pacientes ¿trato de colocarme en su lugar?
5. Ayudarían los cuidados humanizados a mejorar los resultados en salud de pacientes críticos
6. Considero que tengo recursos personales para afrontar cualquier situación laboral
7. Tengo la capacidad para darme cuenta cuando un paciente no recibe los cuidados adecuados
8. Tengo la capacidad para darme cuenta de mis cambios de animo
9. Cree que la pandemia le ha afectado y cambiado su vida.
10. Cree que ha aprendido algo de la experiencia vivida en la pandemia

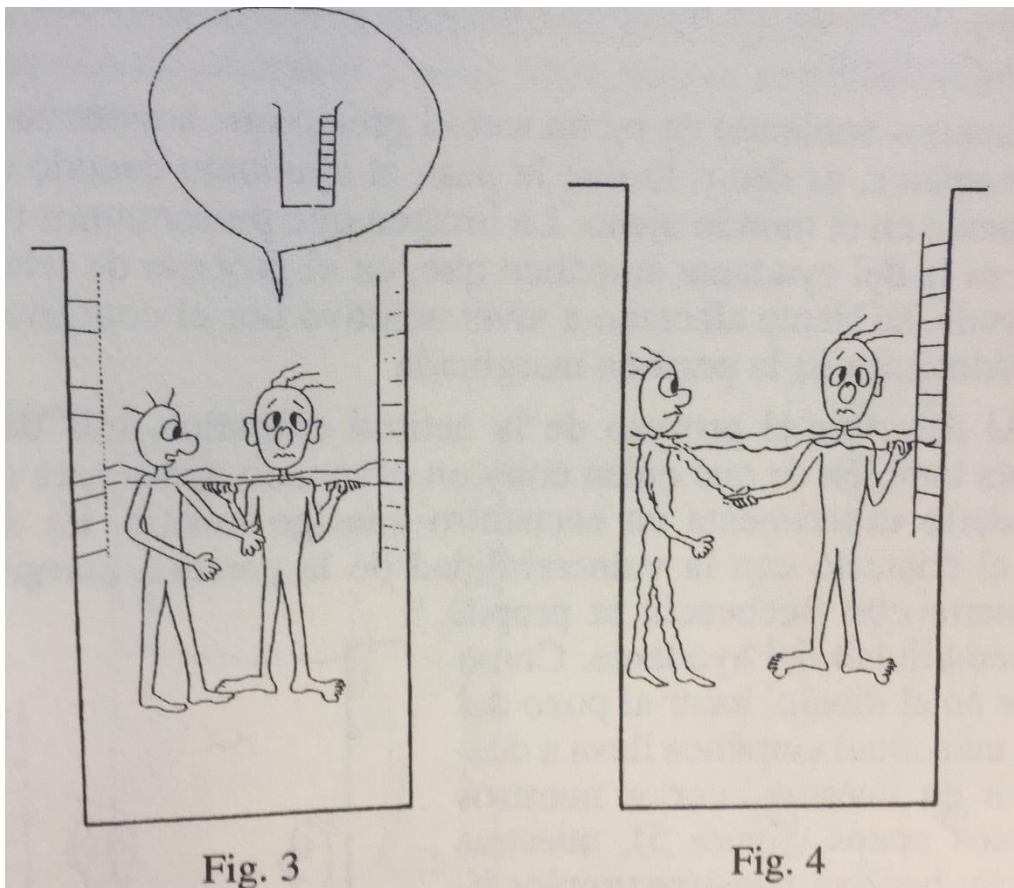
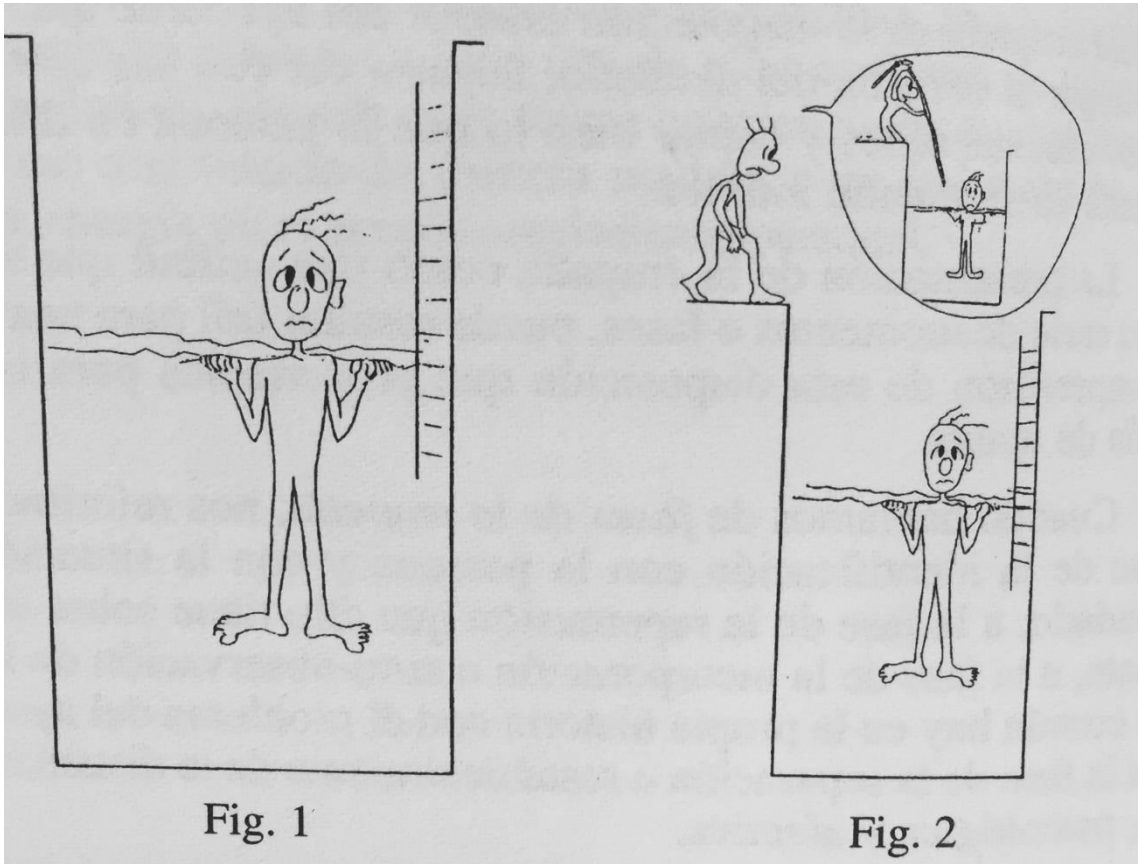


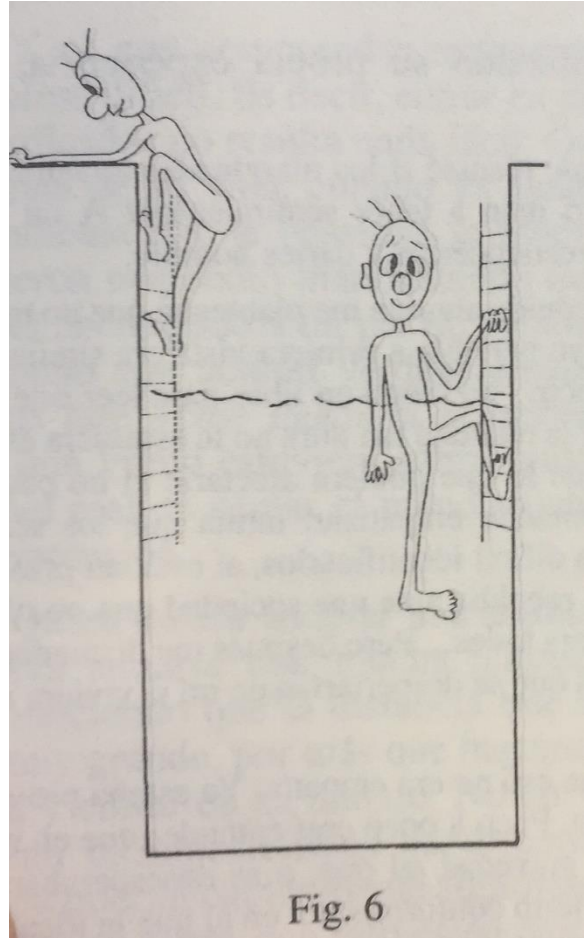
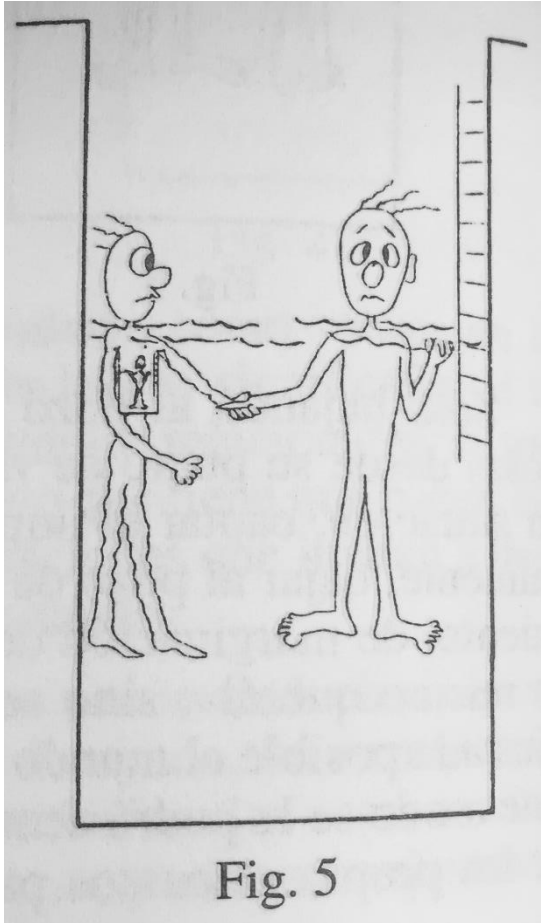
**Anexo 6 Guion del observador.**

<b>Sesión</b>			
<b>Fecha de realización</b>			
<b>Asistencia y participación</b>			
<b>Objetivos de la sesión cumplidos</b>			
<b>Contenidos de la sesión cumplidos</b>			
<b>Realización de actividades en el tiempo y forma proyectada</b>			
<b>Efectividad de las técnicas presentadas</b>	<b>Adecuadas al grupo</b>	<b>Presentación y realización</b>	
<b>Forma de comunicación del formador</b>			
<b>Actitud de los asistentes en la actividad</b>			
<b>Ambiente general de la sesión</b>			
<b>Estructura</b>	<b>Espacio</b>	<b>horario</b>	<b>Materiales</b>
<b>Observaciones</b>			



**Anexo 7 "Descenso al pozo"**





*Imágenes: La empatía: descenso al pozo. (Bermejo Higuera & Carabias, 1998)*

**Anexo 8 Reglas del juego La oca del Buen Samaritano.  
Adaptación al personal de enfermería.**

**La Oca del Buen Samaritano**

Casillas “Samaritano” cada vez que se cae en esta casilla se tiene que decir una cualidad de Samaritano.

Casilla de las “Necesidades Humanas”. Representan los diferentes sentimientos y necesidades de nuestros pacientes, expresadas en frases- preguntas breves de un corazón roto que nos habla e interpela:

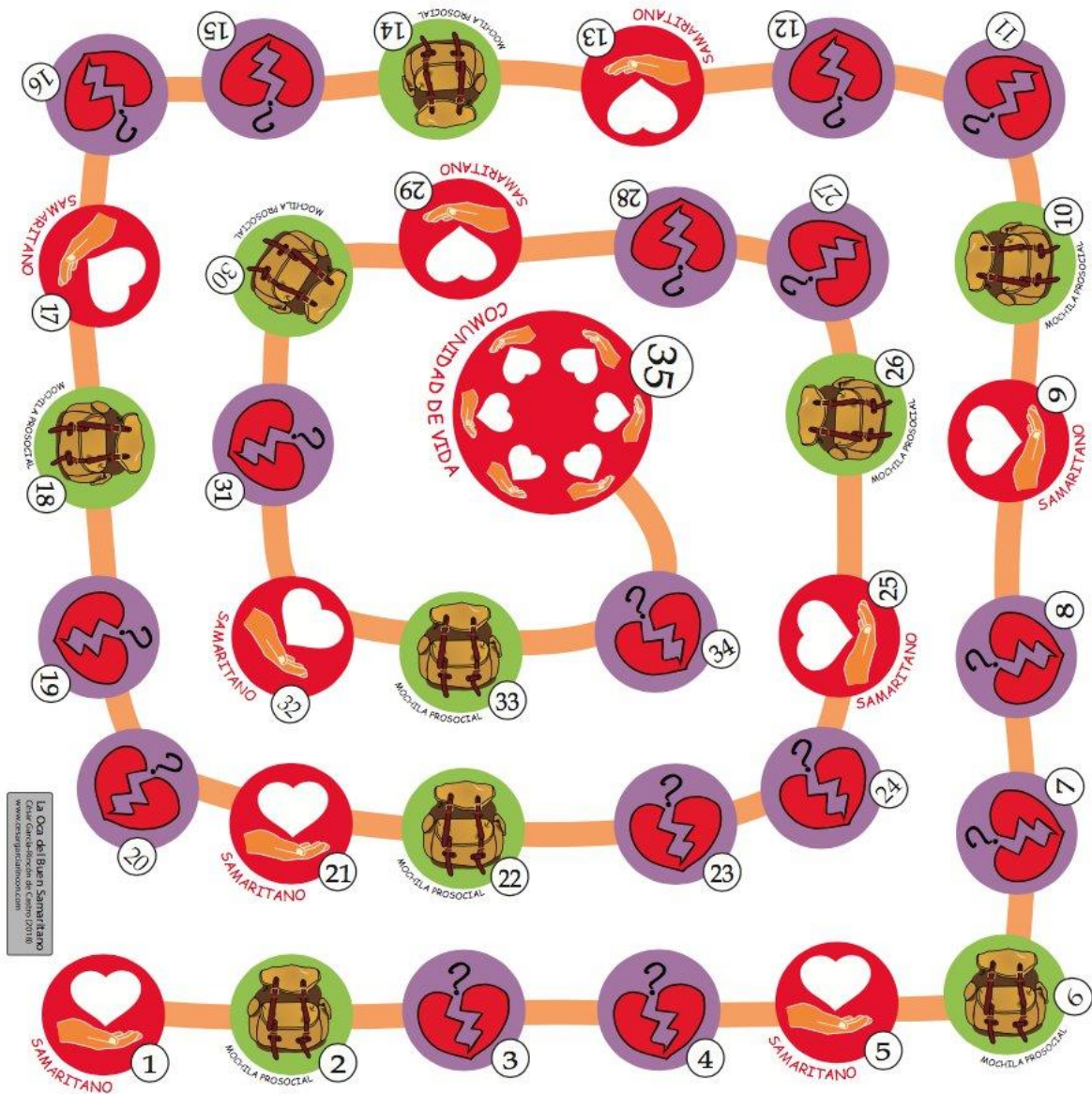
1. A Los pacientes ingresados en la UCI por Covid por causas de salud pública no se les pudo satisfacer todas las necesidades. ¿cuáles fueron?
2. ¿Cómo crees que vivieron esa situación?
3. ¿Cómo pudiste ser más cercano a esos pacientes? ¿qué dificultades encontraste para acercarte?
4. ¿qué hace falta saber y saber hacer para ayudar mejor?
5. ¿qué tiene que cambiar en nuestro sistema sanitario y en nosotros para que los cuidados sean más compasivos?

Casilla Mochila: estas corresponden a actitudes que promueven la empatía y compasión en todo tipo de relaciones. Al caer en esta casilla se lanza el dado y de acuerdo con el número que salga cada equipo deberá promover lo siguiente:

1. Abrazar al equipo que vaya de ultimo, animándole y regalándole una casilla, que quien abraza se descuenta.
2. Valorar positivamente una habilidad, cualidad o logro de otro jugador, diciéndolo en voz alta
3. Dar alguna cosa nuestra a algún jugador que pueda necesitarla. Se debe acordar entre todos.
4. Comprometerse con los demás jugadores a mejorar algo del entorno de la unidad en donde se trabaja. Se debe acordar entre todos.
5. Ayudar a otro jugador o equipo en algo que necesite hacer
6. Ofrecer a los demás jugadores alguna habilidad o talento particular que se tenga.

Final del juego: termina cuando un equipo logra llegar a la casilla de la Comunidad de Vida, dando la opción a que lleguen todos. Si se acaba el tiempo no hay que preocuparse, lo importante es participar y haber reflexionado.

**Anexo 9 Tablero del juego.**



Tablero de La Oca del Buen Samaritano tomado de (García-Rincón de Castro César, 2018b)

## **ANEXO 10 D.E.P.A**

El peor momento para resolver un problema difícil, es cuando tenemos una subida de emociones como las que genera el estrés en estos tiempos de pandemia, esto nos genera la sensación de no poder solucionar nuestro problema y a la vez tenemos más emociones negativas. Practica con este método como podrías solucionar tus problemas de una forma eficaz.

<b>D</b>	Detente, observa tus emociones y pensamientos a la hora de afrontar un problema	
<b>E</b>	Enlentece tu cuerpo y tu cerebro, para reducir la intensidad, utiliza la técnica de relajación progresiva	
<b>P</b>	Piensa y enfrenta el problema buscando soluciones de manera activa	
<b>A</b>	Actúa en base a la reflexión que has tenido al respecto	

*Elaboración propia a partir del libro Terapia de solución de Problemas (Nezu Arthur, Nezu Chritine Maguth, & D'Zurilla Thomas, 2014)*

## **Anexo 11 La humanización en la comunicación.**

### **La humanización en la comunicación del equipo interdisciplinario**

#### Los beneficios de la comunicación y trabajo interdisciplinario

- Mejoran los resultados clínicos, los procesos de atención médica y satisface una variedad de procesos en poblaciones y en entornos de enfermedad.
- Aumentan la probabilidad de que los pacientes reciban atención relacionado con los valores del paciente y familia
- La comunicación y el trabajo en equipo mejora el nivel de satisfacción laboral y reduce las tasas de agotamiento.

¿cuáles son tus valores en el momento de cuidar?

#### Un equipo funciona bien si:

- Existe La buena comunicación abierta entre los profesionales que lo conforman con un intercambio activo de información de manera formal e informal
- Las relaciones interpersonales son de respeto y tolerancia mutua
- La escucha atenta de cada miembro puede aumentar la conciencia y la comprensión de la perspectiva de cada disciplina.

#### Aspectos que humanizan las relaciones en equipos interdisciplinario

- La comunicación abierta y sincera
- La definición de roles y exigencias profesionales permiten la creación de un ambiente laboral humano que invita a la humanización
- Entornos tolerantes y con sentido del humor incentivan la libre expresión de sus miembros, promueven la creatividad del equipo y favorecen programas de trabajo con más autonomía y capacidad de decisión de los profesionales, creando así bienestar emocional e implicación profesional que va más allá de las técnicas.

¿Necesitas algo más para poder comunicarte con humanidad dentro de tu equipo?

*Elaboración propia a partir de "Relaciones interdisciplinarias y humanización en las unidades de cuidados intensivos" (Rubio Rico et al., 2006) y "Cultures of interdisciplinary teams: how to foster good dynamics" (Youngwerth & Twaddle, 2011)*

## **Anexo 12 Recursos**

Recursos SBAR, Check-back, call-out y Handoffs para una comunicación efectiva en el equipo interdisciplinario

<p><b>S.</b> situación ¿Qué le está pasando al paciente?</p> <p><b>B.</b> Background Antecedentes del paciente.</p> <p><b>A.</b> Assessment Valoración ¿cuál es problema?</p> <p><b>R.</b> Recommendation ¿qué cuidados recomienda?</p>	
<p><b>Check-Back:</b></p> <p>¿Quién era el remitente?</p> <p>¿Quién era el receptor?</p> <p>¿Cómo cerraron la información?</p> <p>¿Qué errores de comunicación evitaron?</p>	

Elaboración propia a partir de Team STEPPS® (Agency for Healthcare Research and Quality, 2019)



### **Anexo 13 Guion caso práctico.**

Mujer de 70 años que acude a urgencias por fiebre y diarrea, que no remite con medicación vía oral, dio positivo para Covid 19 hace siete días. Al ingreso refería empeoramiento de los síntomas en las 24 horas anteriores, presentando ansiedad por su situación. Tras el ingreso en la unidad sufre empeoramiento clínico precisando aporte de oxígeno con mascarilla reservorio y tratamiento mantener niveles de ansiedad bajos.

Para implementar la herramienta FICA, recuerda que estas con el equipo de protección personal, y debes guardar la distancia, dos barreras que dificultan el acompañamiento a nuestros pacientes infectados por el virus, recuerda que tienes otros recursos aprendidos en las sesiones anteriores.

F. Fe, creencias, significado.	¿Tienes creencias espirituales, valores o prácticas que te ayudan a lidiar con tus sufrimientos o momentos difíciles?
I. Importancia	¿Qué importancia tienen tus creencias o valores en tu vida? ¿en qué medida pueden influen en la atención sanitaria?
C. comunidad	¿Haces parte de algún grupo religioso o de espiritualidad? ¿te sientes apoyada por el grupo?
A. Cuidados	¿Como te gustaría que solucionemos estas necesidades espirituales o religiosas?

*Elaboración propia a partir de Caso clínico-. Paciente ingresado por COVID-19 en planta hospitalaria (Garza Castellón María, Garza Castellón Marta, & Gómez Conte Rosana, 2020)*



## **Anexo 14 Protocolo de información**

Protocolo para la comunicación telefónica de malas noticias a familiares de pacientes con Covid 19 en situación crítica

Se pondrá en contacto el profesional que asista habitualmente al paciente. Se tendrá en cuenta y analizará antes su Historia espiritual: proyecto de vida, testamento vital, voluntades, etc.

### **Primera Fase: Preparar la entrevista**

Recopilación completa de información, de a quien se va a llamar, la calidad de la relación.	Tener a la mano la historia clínica de paciente y del familiar
Planear la entrevista	Razonar la información que se va a dar, debe ser clara y precisa.
Disponerse antes de la llamada	Utilizar alguna técnica breve de relajación. Cuidar el lenguaje, tratar de transmitir con voz calmada y suave

### **Segunda fase: Averiguar que sabe el familiar**

Identificarse	Nombre, apellido y cargo de trabajo
Identificar a la persona con la que hablamos	¿hablo con el hijo, hermano ... de...?
Indicar la finalidad de la llamada	“Soy el .... a cargo de su familiar y le llamo para comunicarle sobre su situación actual”
Preguntar qué información tiene hasta el momento	¿me puede comentar que información tiene sobre la situación de su familiar?

### **Tercera fase: Evaluar lo que el familiar quiere conocer**

Preguntar qué información puede asimilar	¿Desea conocer todos los detalles?
--	------------------------------------

Hacerle buscar apoyo	¿prefiere que hablemos con otra persona?
----------------------	--

#### Cuarta fase: **Compartir información**

Información claro y realista, con lenguaje sencillo, dar la información progresivamente	“Le voy a explicar cómo se encuentran en este momento su familiar... ha empezado a ponerse mal... se le ha realizado... se le ha puesto” “lamento decirle que a pesar de todas estas medidas ha ido empeorando su situación...” “se encuentra en este momento en una situación muy crítica...”
Acoger las emociones de la familia que se puedan producir en el dialogo.	“Se le están administrando todas las medidas, debido a su estado de gran dificultad respiratoria se le ha intubado y esta sedado”
Asegurarse que la información fue comprendida	¿Tiene alguna duda, quiere que le vuelva a explicar algo que no haya entendido?

#### Quinta fase: **Dar respuesta a los sentimientos del familiar**

Escucha empática. Identificar emociones y dar tiempo para su expresión. Acoger las necesidades y preocupaciones	“Es lógico que usted se preocupe y se asuste...comprendo su situación” ¿Cómo se siente? Estoy aquí para escucharle “no hay palabras para aliviar su sufrimiento” ¿hay algo que le preocupe, algo que necesite?
---	---

#### Sexta fase: **Planificación y seguimiento del proceso**

Comunicar un pronóstico realista	“lo que probablemente pueda pasar en los próximos días es...”
Programar visita si es posible	“se puede realizar una visita de un solo familiar con PCR negativa realizada, y con las medidas de protección necesarias” si no es posible desculpabilizar.
Contar con las opiniones de la familia	Seremos sus intermediarios ¿Quiere que le digamos algo de su parte?

Detectar necesidades de ayuda y valoración espiritual	¿tiene con quien hablar de esto en estos días, tiene alguna persona de apoyo?
Resume y asegurar la comprensión de la información	Reiterar las actuaciones y peticiones a las que nos comprometemos. ¿lo ha comprendido todo? Nos despedimos.
Autocuidado del profesional	Respirar hondo, animarse, hablar con otro compañero y analizar como lo hemos hecho

*Esquema elaborado a partir de "Protocolo para profesionales sanitarios para la comunicación de malas noticias a familiares de pacientes con coronavirus en situación de cuidados de últimos días" (Junta de Castilla y León - Consejería de Sanidad, 2020)*

## **Anexo 15. Cuestionario de satisfacción**

Nombre y apellido:	Fecha:
--------------------	--------

Con este cuestionario se intenta conocer el grado de satisfacción que usted ha obtenido con la formación en las sesiones, esto servirá para mejorar y proyectar acciones con mayor calidad en el proceso de aprendizaje.

El entorno	0	1	2	3	4	5
El ambiente de trabajo a sido agradable						
Me he sentido cómodo/a						

El formador	0	1	2	3	4	5
Considero que dominaba el tema						
Su lenguaje era claro favoreció la participación del grupo						
Resolvía dudas						

Metodología, técnicas y contenidos	0	1	2	3	4	5
Metodología empleada						
Técnicas utilizadas						
Conocimientos impartidos						
Actualización del tema						

Las sesiones	0	1	2	3	4	5
El número de sesiones han sido suficientes						
El tiempo empleado en cada sesión ha sido el adecuado						

Aprovechamiento	0	1	2	3	4	5
En qué grado me ha sido útil el taller						
Interés por el tema						
Cuál es tu valoración global del taller						

Comentarios y sugerencias