

**David Moya Francés**

**“EFECTOS DE LA METODOLOGÍA DE CUIDADOS HUMANITUD EN PERSONAS MAYORES CON ALTO GRADO DE DEPENDENCIA Y SUS CUIDADORES. UNA REVISIÓN SISTEMÁTICA EXPLORATORIA”**

**TRABAJO DE FIN DE MÁSTER**

**Dirigido por la Dra. Carme Rissech Badalló**

**Máster de Envejecimiento y Salud**



**UNIVERSITAT ROVIRA I VIRGILI**

**Reus**

**2023**



**Tutor/a:** Carme Rissech

Nombre del/la estudiante evaluado/a: David Moya

<b>Memoria del TFM</b>	
Pon la nota del 0 al 10 dentro de la casilla correspondiente	Nota 0 a 10
<b>Evaluación global del trabajo 10%</b>	<b>0,82</b>
1. Claridad en la formulación de los objetivos y de los problemas	8
2. Coherencia interna del trabajo	8
3. El trabajo muestra el uso del pensamiento crítico	8
4. Relevancia: originalidad e innovación	9
5. Propuesta para la aplicación práctica de los resultados	8
<b>Introducción y justificación 15%</b>	<b>1,2375</b>
1. Explicación de las teorías que fundamentan el trabajo	8
2. Síntesis e integración de las teorías y del tema	8
3. Contribución en el avance teórico	8
4. Aportaciones a la sociedad y a la ética profesional	9
<b>Metodología de la investigación 25%</b>	<b>2</b>
1. Adecuación de la metodología a la temática	8
2. Instrumentos de investigación apropiados	8
3. Descripción de los métodos utilizados	8
<b>Resultados y discusión 20%</b>	<b>1,56</b>
1. Interpretación de los datos y resultados	7
2. Uso adecuado de los mecanismos de evaluación	8
3. Viabilidad de la propuesta	8
4. Uso adecuado de las herramientas de reflexión	7
5. Figuras y tablas adecuadas	9
<b>Conclusión 20%</b>	<b>1,8</b>
1. Conclusiones relacionadas con los objetivos	9
2. Coherencia y adecuación de las conclusiones	9
<b>Aspectos formales 5%</b>	<b>0,45</b>
1. Orden y claridad en la estructura del trabajo	9
2. Normativa (ortográfica, sintáctica, etc.) y corrección formal	9
3. Referencias bibliográficas actualizadas y formato adecuado	9
<b>Evaluación del proceso: 5%</b>	<b>0,4</b>
1. ha mostrado capacidades de análisis, síntesis y razonamiento y se ve reflejado en el trabajo final	8
<b>Nota total sobre 10 (memoria escrita):</b>	<b>8,27</b>

**Firma del/a tutor/a:**



## RESUMEN

### Objetivos

Existen pocos estudios que exploren el impacto de los cuidados Humanitude en el bienestar y cuidado de las personas mayores de alto nivel de dependencia y sus cuidadores. Existen pocas evidencias que permitan evaluar la utilidad de Humanitude. Así pues, el objetivo de este estudio es realizar una revisión sistemática exploratoria de la literatura existente sobre Humanitude para evaluar los resultados de su aplicación tanto en las personas mayores con niveles altos de dependencia como en sus cuidadores.

### Metodología

Para llevar a término este estudio, nos proponemos una Revisión Sistemática Exploratoria (RSE), siguiendo la metodología de Arksey y O'Malley. Se realizaron búsquedas de datos en: Pubmed, CINAHL, Scopus y Embase, desde diciembre de 2022 hasta marzo de 2023. En esta RSE se consideraron los criterios PICOS, y se incluyeron tanto datos cualitativos como cuantitativos de las publicaciones basados en la metodología de cuidado Humanitude.

### Resultados

Se revisaron 95 procedentes de las bases de datos, de los cuales solo 3 fueron incluidos en el análisis. Los resultados sugieren que Humanitude puede reducir la agitación y promover el bienestar los pacientes. También se observan efectos positivos en los cuidadores: mejora la satisfacción, la comunicación y empatía de estos con los pacientes.

### Conclusiones

Humanitude puede ser una herramienta efectiva para mejorar la empatía en los profesionales sanitarios en la atención de los pacientes, mejorando, además, la calidad de vida de los pacientes, reflejándose en una mejor aceptación de los cuidados y sosiego de los pacientes. En los pacientes parece que la aplicación de Humanitude aumenta el nivel de independencia, reduce las caídas, reduce el riesgo a sufrir lesiones por inmovilidad y se administran menos fármacos. Es necesario realizar estudios longitudinales con muestras mayores tanto de cuidadores como de pacientes, con periodos de tiempo más largos y grupos control, para realizar un contraste estadístico entre ambos grupos de análisis.

## ABSTRACT

### **Objectives**

There are few studies exploring the impact of the application of Humanitude on the well-being and care of high-dependent older people and their caregivers. There is no synthesis of evidence to evaluate the usefulness of Humanitude. Thus, the objective of this study is to conduct a scoping review of the literature (quantitative and qualitative methodology), existing on Humanitude, to assess the effects of Humanitude methodology on both elderly with high levels of dependency and their caregivers.

### **Methodology**

To carry out this study we adopted the scoping review framework by Arksey and O'Malley. We searched through the following datasets: Pubmed, CINAHL, Scopus and Embase from December 2022 to March 2023. The author of the study screened the titles and abstracts and assessed the abstracts and full-text papers for eligibility. The PICOS criteria were considered. This exploratory review included both qualitative and quantitative data from studies and publications based on the Humanitude care methodology.

### **Results**

Ninetyfive paper from the databases were reviewed, of which only 3 were included in the analysis. The results suggest that Humanitude can reduce confusion and the general well-being of patients. It also has positive effects on care, improving communication and empathy between patients and caregivers. Humanitude also produce job satisfaction in caregivers.

### **Conclusions**

The Humanitude methodology can be an effective tool to improve empathy in health professionals in patient care, also improving the quality of life of patients, reflected in a better acceptance of care and tranquility of patients. In patients, it seems that the application of Humanitude increases the level of independence, reduces falls, reduces the risk of immobility injuries and fewer drugs are administered. It is necessary to carry out longitudinal studies with larger samples of both caregivers and patients, with longer periods of time and control groups, to perform a statistical contrast between both analysis groups.

## ***Agradecimientos***

*A mi tutora, Dra. Carme Rissech por toda su ayuda, dedicación y sobre todo su paciencia.*

*Gracias también a la Dra. M. José Cid por toda la información aportada y su interés.*

*Agradecerle también a mi familia, Susana y Aleix, por su paciencia, comprensión y darme ánimos.  
Y a mis amigos que me acompañan siempre.*

# Índice

<b>1. Introducción.....</b>	<b>1</b>
<b>2. Hipótesis .....</b>	<b>5</b>
<b>3. Objetivo .....</b>	<b>5</b>
<b>4. Metodología.....</b>	<b>5</b>
<b>5. Resultados .....</b>	<b>6</b>
<b>6. Discusión.....</b>	<b>15</b>
<b>7. Conclusiones .....</b>	<b>17</b>
<b>8. Bibliografía.....</b>	<b>18</b>

# 1. Introducción

En la población actual de los países desarrollados se observa un aumento significativo de la esperanza de vida que conlleva un envejecimiento de la población. Según la Organización Mundial de la Salud (OMS) en 2030, una de cada seis personas en el mundo tendrá más de 60 años y en 2050 estas alcanzarán los 2100 millones(1). Por lo tanto, el envejecimiento constituye uno de los retos más importantes para la sociedad actual. Esto implica, de manera indirecta, un aumento de las afecciones físicas y cognitivas de la población. La prevalencia de la demencia, teniendo en cuenta todos los diferentes tipos, es inferior al 2% en pacientes de 65-69 años, esta se duplica cada cinco años llegando a prevalencias del 10-17% en los grupos de edad de 80-84 años y hasta un 30% en personas mayores de 90 años(2), lo mismo sucede con las capacidades físicas. Si el reto del siglo pasado fue asegurar la supervivencia, en el siglo XXI el reto será el de asegurar la calidad de vida especialmente en las personas mayores(3). Las personas mayores con afectaciones físicas y cognitivas suelen tener un mayor número de ingresos y períodos más largos de hospitalización(4). Durante los ingresos hospitalarios de estas personas se puede observar un aumento de la prevalencia de agitación(5), depresión(6), rechazo de los cuidados(7) y poca implicación en los mismos(8). Estos síntomas psicológicos y de comportamiento conllevan un aumento del estrés en los cuidadores y en los mismos pacientes, aumentando el impacto negativo en la percepción de los cuidados tanto en cuidadores como en los propios pacientes(9). Así pues, con la intención de mejorar la interacción entre cuidadores y pacientes, y disminuir el nivel de estrés en ambos durante los cuidados surge Humanitude.

- **Humanitude**

La metodología Humanitude (Metodología Gineste-Marescotti) es un enfoque de atención y cuidado centrado en la persona, que se basa en el desarrollo de la empatía, la dignidad y el respeto por la autonomía de las personas mayores dependientes(10). Se basa en la creencia de que todas las personas tienen un valor intrínseco y merecen ser tratadas con respeto y consideración en todas las situaciones, y en la importancia de la comunicación efectiva, la valoración de la persona en su totalidad y el desarrollo de la autonomía y la independencia. Esta metodología de cuidados, también conocida como Metodología de cuidados Gineste-Marescotti, nace hace más de 40 años cuando dos profesores de educación física, Rosette Marescotti y Yves Gineste fueron requeridos por el Ministerio de Salud Francés debido al aumento de bajas laborales en trabajadores de centros de personas mayores con niveles de dependencia elevados(11). Marescotti y Gineste observaron cómo interactuaban los cuidadores con los pacientes durante un periodo de tiempo lo suficientemente largo para poder analizar el comportamiento de ambos (cuidador y paciente) durante su interacción. Estos observaron los patrones de comportamiento del paciente como consecuencia de la atención recibida por los

cuidadores. Los cuidadores con mayor aproximación y comunicación con los pacientes, conseguían una mayor aceptación de los cuidados y reducían el nivel de estrés y agresividad de los pacientes, cosa que parecía favorecer la interacción entre los pacientes y el cuidador, y tenía consecuencias positivas tanto a nivel de salud física como de bienestar corporal en ambos, cuidador y paciente (10).

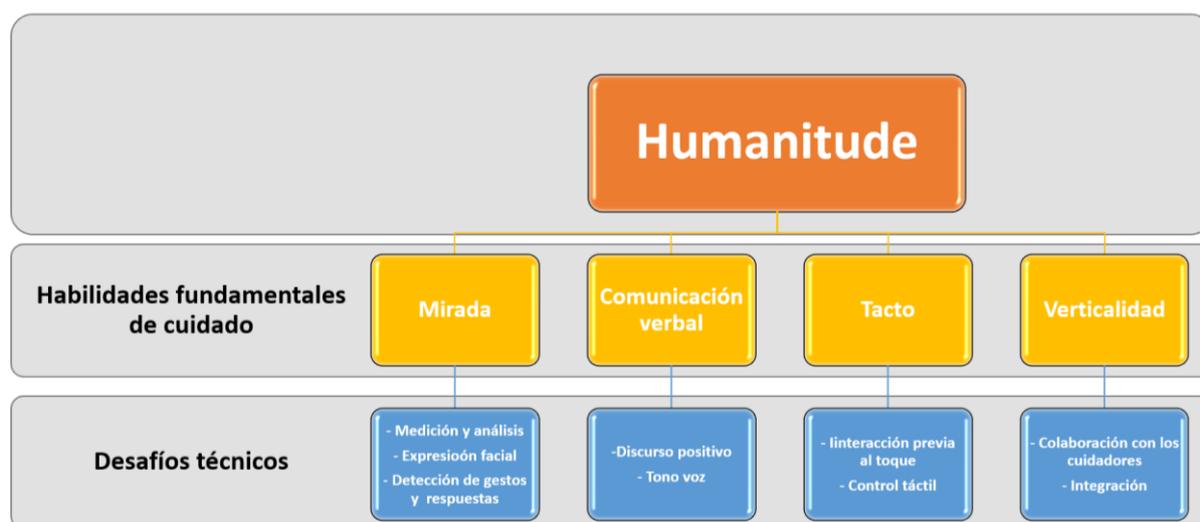
La metodología Humanitude se basa en cinco pilares fundamentales(10), que son los siguientes:

1. *El reconocimiento de la humanidad de cada persona:* Humanitude cree que cada persona es única y valiosa, y merece ser tratada con respeto y consideración en todas las situaciones. Se enfoca en la comprensión y la aceptación de las diferencias individuales y en la promoción de la igualdad de derechos y oportunidades para todas las personas.
2. *La empatía:* Humanitude se enfoca en desarrollar la capacidad de ponerse en el lugar de otra persona y comprender sus necesidades, deseos y sentimientos. Cree que la empatía es fundamental para la atención y el cuidado efectivo de las personas mayores o dependientes, y que permite crear relaciones más significativas y satisfactorias.
3. *La comunicación:* Humanitude se basa en el desarrollo de habilidades de comunicación efectiva, tanto verbal como no verbal. Cree que la comunicación es fundamental para establecer una relación de confianza y comprensión con la persona cuidada. Esto permite asegurar que se satisfagan las necesidades y los deseos del paciente de manera efectiva.
4. *El respeto por la autonomía:* Humanitude se basa en el desarrollo de la máxima autonomía e independencia posible de las personas mayores o dependientes. Cree que todas las personas tienen el derecho de tomar sus decisiones y controlar sus propias vidas en la medida de lo posible. El cuidado debe ser dado de manera que se respete y promueva esta autonomía.
5. *La valoración de la persona en su totalidad:* Humanitude valora a las personas mayores o dependientes en su totalidad, incluyendo sus aspectos físicos, psicológicos, sociales y espirituales. Cree que una atención y un cuidado efectivos deben tener en cuenta todos estos aspectos, y que se deben ofrecer oportunidades para la expresión y el desarrollo de las necesidades y deseos en cada uno de estos entornos(10)(12).

- **¿Qué técnicas utiliza Humanitude?**

Las técnicas de Humanitude están centradas en cuatro habilidades fundamentales basadas en la comunicación no verbal y pensadas para mejorar la interacción entre los cuidadores y el paciente. Estas habilidades fundamentales están relacionadas con la mirada, el tacto, la comunicación verbal y verticalidad del paciente (Figura 1). Es muy importante establecer contacto visual con los pacientes para mostrar atención, interés y comprensión hacia a estos. Es importante utilizar la expresión facial para comunicar la sensación de interés y comprensión. También es importante tener en cuenta las expresiones faciales del paciente para evaluar cómo se siente. Además, el discurso del cuidador con el

paciente debe ser positivo, lento, claro, pausado y con una voz tranquila; esta comunicación tranquila ayuda a que el paciente comprenda mejor lo que se le dice. Es importante, también, que el cuidador utilice el sentido del humor para fomentar el bienestar emocional del paciente y crear ambientes relajados. Después de esta interacción verbal y no verbal con el paciente, el cuidador puede iniciar una interacción más cercana de contacto físico con el paciente. El cuidador debe tocar al paciente de manera respetuosa, suave y tranquilizadora, haciéndole sentir acompañado y seguro. Es fundamental que el cuidador oriente a los pacientes para que estos puedan sentirse más cómodos y seguros. La verticalidad del paciente también es muy importante, pues es una manera de igualar la relación entre cuidador y paciente, así se permite una mayor colaboración del paciente con el cuidador durante los cuidados. Integrar la verticalidad es importante pues para promover la salud física y sus múltiples beneficios en el paciente. En resumen, se basa en una serie de técnicas que buscan establecer una conexión emocional y respetuosa entre el cuidador y el paciente, con el objetivo de mejorar la calidad de vida(13).



**Figura 1.** Resumen de técnicas (Habilidades fundamentales) utilizadas por el método Humanitude y como se llevan a cabo (13)

Las 4 habilidades fundamentales de Humanitude se aplican durante la interacción cuidador y paciente, en forma de una Secuencia Estructurada de Procedimientos de Cuidados Humanitude conocidos por SEPCH (Tabla 1) que nos permite además tener una guía de procedimientos. Esta secuencia estructurada de procedimientos (SEPCH), fue diseñada específicamente para mejorar la interacción entre los cuidadores y el paciente (Tabla 1), y así tener una guía de procedimientos formada de 27 pasos (Tabla 1). SEPCH es una guía para el cuidador, que le permite intervenir de manera sistematizada y estructurada hacia las personas cuidadas, asegurando el respeto por los principios de Humanitude y manteniendo las técnicas de desarrollo de la metodología (habilidades fundamentales):

mirada, palabra, tacto y verticalidad(14). La Tabla 1 muestra los 27 pasos de la guía SEPCH para los cuidadores. Estos 27 pasos corresponden a cuatro etapas consecutivas y dinámicas para interactuar con el paciente (15). Esta secuencia estructurada de procedimientos (Tabla 1) tiene el objetivo de orientar a los cuidadores sobre cómo anunciar la presencia (los 6 primeros pasos), iniciar el acercamiento y contacto (del paso 7 al 11), mantener el acercamiento y contacto (del paso 12 al 23) y finalizar el contacto (del paso 24 al 27) con las personas cuidadas.

N.º	Descripción del procedimiento	N.º	Descripción del procedimiento
1	Llama a la puerta (y/o al pie de la cama) está atento y espera la respuesta.	15	Observa signos de aceptación y adhesión del enfermo a los cuidados anunciados y descritos.
2	Se acerca y se para a una distancia de contacto con una postura ligeramente inclinada hacia la persona enferma.	16	Evita el uso de palabras que puedan estimular sentimientos conflictivos en la persona enferma.
3	Mira directamente a los ojos de la persona enferma (axial, horizontal, larga, mirada cercana).	17	A menudo toma el nombre de la persona enferma (que no tiene un nombre no existe).
4	Llama al enfermo por su nombre, saludándolo, con un tono de voz suave, firme y melodioso.	18	A menudo mira directamente a los ojos de la persona enferma, cerca y persistentemente, sonriéndole.
5	Se anuncia a la persona enferma (Yo soy la enfermera...).	19	Uno responde continuamente en voz alta a sí mismo cuando el paciente no tiene capacidad de respuesta verbal (auto retroalimentación).
6	Le dice al enfermo que está allí para prestarle atención, para ayudarlo, para cuidarlo, usa palabras positivas.	20	Busca ayudar a la persona enferma a tomar una postura erguida. (p. ej. levante el tronco, el segmento torácico de la cama, siéntese en la silla, párese).
7	Inicia el tacto suavemente en una zona neutra del cuerpo (hombro, brazo...), con la pulpa de los dedos, se desliza, se sienta. palma inmediata en deslizamiento suave y corto (Pulp-slide-palmar).	21	Presta atención a la presentación física (por ejemplo, ropa, peinado...) de la persona enferma, según sus preferencias.
8	Espera una señal de la persona enferma que acuse la aceptación de la relación (por ejemplo, mirar, hablar, ...).	22	Utiliza las capacidades restantes de la persona enferma estimulando gestos y dándole refuerzos positivos.
9	Da continuidad al tacto: amplio, suave, lento, acariciante (tacto-ternura hasta el final del cuidado) sin usar los dedos en pinzas o la mano en garra.	23	Está atento a las respuestas de satisfacción del enfermo con los cuidados recibidos. (Ej: sin rigidez muscular, sin temblores, facies serenas, facies sonrientes, lágrimas de emoción).
10	Evite comenzar el procedimiento desde la cara (especialmente en el baño).	24	Le cuenta al enfermo la grata experiencia de darle ese cuidado.
11	Anuncia cada gesto que realizará. (por ejemplo, Sra. María le lavaremos la mano derecha).	25	Refuerza positivamente los esfuerzos de la persona enferma, por mínimos que hayan sido.
12	Pide al enfermo que inicie los movimientos, dando refuerzos positivos. (p. ej. Santa María levanta su brazo derecho... muy bien!).	26	Le dice al enfermo que tiene todo el interés en ayudarlo en su cuidado.
13	Realiza los gestos con movimientos muy suaves, gestos amplios.	27	Agradecer al enfermo por ese momento de relación en él/ella.
14	Describe en detalle los gestos realizados (por ejemplo, Sra. María estoy enjabonando su mano derecha, su pulgar, ...)		

**Tabla 1.** Secuencia Estructurada de Procedimientos de Cuidados Humanitude (SEPCH)

## 2. Hipótesis

Humanitude es una metodología novedosa que se aplica al cuidado de personas mayores con niveles altos de dependencia. Actualmente existe un número muy reducido de trabajos que evalúen en profundidad y extensión los resultados obtenidos en su aplicación(16). Con la intención de evaluar el impacto de Humanitude tanto en pacientes como en cuidadores nos proponemos una revisión sistemática exploratoria de la literatura existente sobre ella. La hipótesis de partida es “La Metodología Humanitude Care” (HCM) impacta de manera positiva en el bienestar y cuidado de las personas mayores que precisan mayor atención en sus cuidados y también en sus cuidadores”.

## 3. Objetivo

- **General:**

- Hay muy pocos estudios que exploren el impacto de la aplicación de Humanitude en el bienestar y cuidado de las personas mayores de alto nivel de dependencia y sus cuidadores. No existe una síntesis de evidencias que permita evaluar la utilidad de Humanitude en el cuidado de este tipo de pacientes y sus cuidadores. Así pues, el objetivo de este estudio es realizar una revisión sistemática exploratoria de la literatura existente sobre Humanitude, para evaluar los resultados de aplicación de la metodología Humanitude tanto en las personas mayores con niveles altos de dependencia como en sus cuidadores.

- **Específicos:**

- Describir e identificar los efectos (cuantitativos y cualitativos) de Humanitude tanto en las personas mayores con alto grado de dependencia y en sus cuidadores.
- Evaluar la importancia de Humanitude en las tareas de cuidado de las personas mayores con alto grado de dependencia.

## 4. Metodología

Para llevar a cabo la evaluación del impacto de la metodología de cuidado Humanitude tanto en cuidadores como en pacientes al ser aplicada durante los cuidados, nos proponemos una Revisión Sistemática Exploratoria (RSE) siguiendo la metodología de Arksey y O'Malley(17). Para ello se utilizaron los criterios PRISMA (Preferred Reporting Items for Systematic Reviews and Meta-Analyses).

En esta revisión sistemática exploratoria se incluyeron tanto los datos cualitativos como los cuantitativos de los estudios y publicaciones basados en la metodología de cuidado Humanitude.

Humanitude es una visión novedosa de la aplicación de los cuidados a pacientes, de la cual existe poca evidencia científica sobre el alcance y la profundidad de su aplicación. En este estudio se optó por un método de revisión sistemática exploratoria en lugar de una revisión sistemática, debido a la escasez de datos y artículos sobre este tema. Además, la revisión sistemática exploratoria de un tema concreto proporciona una visión general de la evidencia a analizar. En el presente estudio se analizaron los resultados obtenidos en el comportamiento y bienestar de cuidadores y personas mayores con niveles de dependencia elevados al ser aplicada la metodología Humanitude frente a la aplicación de cuidados convencionales.

La revisión bibliográfica se realizó desde el mes de diciembre de 2022 a marzo de 2023, siguiendo los criterios PICOS (Tabla 2). Para la búsqueda de publicaciones y trabajos se utilizaron las siguientes bases de datos: Pubmed, CINAHL, Scopus y Embase. Un solo investigador realizó la búsqueda y revisión. Se utilizó la palabra clave Humanitude en todas las búsquedas.

<b>CRITERIOS PICO</b>	
<b>Población</b>	-Cuidadores de personas mayores con niveles de dependencia elevados. -Pacientes con elevados niveles de dependencia
<b>Intervención</b>	-Aplicación de Humanitude
<b>Comparación</b>	-Humanitude vs cuidados convencionales
<b>Resultados</b>	-Evolución del comportamiento tanto en cuidadores como en pacientes

**Tabla 2.** Criterios PICO

## 5. Resultados

### Identificación estudios y selección de los estudios

El diagrama de flujo PRISMA (Tabla 3) muestra el proceso de selección de los artículos del presente estudio. Se obtuvo un total de 95 artículos resultantes de la búsqueda en las 4 bases de datos (Tabla 3). Tras la eliminación de 31 artículos duplicados, quedó un remanente de 62 artículos. De estos

fueron excluidos 59 por tener títulos y abstracts irrelevantes, estudios descriptivos y no seguir los criterios de inclusión y que respondían la pregunta de investigación de esta revisión, utilizando como muestra de análisis profesionales sanitarios que trabajaban con personas mayores de 65 años con niveles altos de dependencia y que recibieron cuidados con la metodología Humanitude. Después de la eliminación de estos 59 artículos quedó un total de 3, que fueron los que utilizamos en este estudio (Tabla 3). Estos 3 artículos finales uno es cuantitativo y dos son cualitativos.



**Tabla 3.** Diagrama de flujo PRISMA resultante de la búsqueda sistemática exploratoria en las bases de datos.

Para poder analizar en conjunto los 3 artículos resultantes de la búsqueda sistemática exploratoria, hemos resumido los artículos en una descripción individual de cada uno de ellos. También se han resumido en forma de tablas (Tabla 4 y 5). Las descripciones individuales de los artículos siguen este parágrafo.

**Artículo 1. “Nursing Students’ Relational Skills with Elders Improve through Humanitude Care Methodology”. Melo et al. 2020(18)**

El estudio asignó 64 estudiantes de enfermería divididos en dos grupos: Grupo experimental (GE) y Grupo Control (GC). GE recibió formación en Humanitude (HCM), (GE=32) y el GC una formación convencional (GC=32). El grupo GE estaba compuesto por 28 mujeres y 4 hombres, con una edad media de 20,09 años ( $\pm 2,26$ ). El grupo GC estaba compuesto por 25 mujeres y 7 hombres, con una edad media de 20,36 años ( $\pm 1,99$ ). El rango de edad de ambos grupos estaba entre 19 y 31 años, mostrando una distribución similar en cuanto a sexo y edad. Ambas muestras, GE y GC, fueron seleccionadas aleatoriamente utilizando la función RAND de Microsoft Excel.

*Los criterios de inclusión para el GE fueron:* (1) ser estudiante de segundo año de enfermería; (2) haber asistido a la unidad de curso optativo “Cuidar con Humanidad”; (3) recibir su formación clínica en un hospital central durante diez semanas en unidades de medicina o neurología; y (4) aplicar la HCM durante su formación clínica.

*Los criterios de inclusión para el GC fueron:* (1) ser estudiante de segundo año de enfermería; (2) no tener conocimiento de HCM; (3) recibir su formación clínica en un hospital central durante diez semanas en unidades de medicina o neurología; y (4) realizar los procedimientos relacionales que normalmente se enseñan en la escuela de enfermería.

GE recibió una formación de 27 horas de clases teóricas con un docente formado en HCM. Éste mismo docente supervisó la formación clínica donde se utilizaron las siguientes estrategias de formación en el puesto de trabajo: formación en habilidades relacionales; reflexión semanal sobre las dificultades en la interacción con personas mayores con niveles de dependencia elevados que estaban agitados y que se negaban a ser atendidos; y la elaboración de ensayos reflexivos en las semanas 5 y 10 de formación por parte de los estudiantes para reflexionar sobre la contribución de la HCM para reducir sus dificultades en la interacción con las personas mayores que presentaban cambios de comportamiento.

Para llevar a cabo el estudio se realizó en ambos grupos, GE y GC, un cuestionario que constaba de preguntas abiertas y cerradas para identificar las dificultades en la interacción y las estrategias para superarlas, también para evaluar las dificultades de interacción con los pacientes. Las preguntas

abiertas fueron las siguientes: *¿Cuáles son las causas de dificultad identificadas?* y *¿Qué estrategias utilizó para reducir las dificultades en la interacción con los pacientes?*; se añadió una pregunta abierta al final de la formación: *¿La Metodología de Cuidados Humanitude facilitó el desarrollo de las habilidades de interacción?* Las preguntas cerradas no constan en el artículo publicado.

Los datos se recogieron en dos momentos diferentes, el primero fue INICIO, 3ª semana tras la integración en las unidades y contacto con los pacientes y el segundo corresponde al SEGUIMIENTO, 10ª semana al final de la formación y entrenamiento clínico. Estos datos se analizaron a través de los test estadísticos de chi-cuadrado y pruebas de la t de Student. La validez y confiabilidad se aseguraron mediante la validación de dos expertos de investigación cualitativa.

Este estudio y fue aprobado por el comité de ética de la Unidad de Investigación en Ciencias de la Salud: Enfermería (UICISA: E) de la Escuela de Enfermería de Coimbra, Portugal.

### Resultados ARTICULO 1

Las principales dificultades identificadas en el pre-test (Inicio) y post-test (Seguimiento) en los dos grupos analizados GE y GC durante la interacción con las personas mayores fueron: comunicarse de manera no verbal (inicio 68,8%; seguimiento 50%), cuidar a las personas mayores agitadas y confundidas (inicio 54,7%; seguimiento 48,3%), comunicarse con ancianos con afasia (inicio 45,3%; seguimiento 55,0%), iniciar la comunicación con las personas mayores (inicio 37,5%; seguimiento 21,7%) y cuidar a personas mayores que se niegan a recibir atención (inicio 23,4%; seguimiento 31,7%).

Del análisis de contenido de la pregunta “¿Cuáles son las causas de las dificultades identificadas en la formación clínica?”, en ambos grupos GE y GC, surgieron cuatro categorías: inexperiencia, déficit en la enseñanza teórico-práctica, contexto de formación clínica y rasgos personales.

Del análisis de contenido de las respuestas a la pregunta “¿Qué estrategias utilizó para reducir las dificultades en la interacción con los mayores?” Se identificaron 107 registros y surgieron tres categorías: aplicación de la HCM, formación/educación y desarrollo de habilidades personales. El GE identificó más estrategias (80) para superar las dificultades, tanto al inicio como al final de la formación clínica, en comparación con el GC (27).

### **Artículo 2. “The effect of Humanitude care methodology on improving empathy: a six-year longitudinal study of medical students in Japan”. Fukuyasu et al 2021(19).**

El segundo artículo seleccionado, es un estudio longitudinal de seis años que incluyó a 115 estudiantes de medicina (88 hombres y 27 mujeres), que ingresaron en 2013 en la Universidad de

Okayama Japón. De estos individuos se evaluó la empatía de estos estudiantes en el contexto de la atención al paciente. Para ello se utilizó el cuestionario de empatía Jefferson (JSE), éste es un instrumento validado de 20 ítems para medir la empatía en el contexto de la atención al paciente en estudiantes de medicina, estudiantes de otras profesiones de la salud y profesionales de las profesiones de la salud. Cada ítem se responde en una escala tipo Likert de 7 puntos (1 = totalmente en desacuerdo, 7=totalmente de acuerdo). La utilizada en este estudio es la versión para estudiantes de medicina (Student Version) traducida al japonés.

Para valorar el nivel de empatía a lo largo de este estudio y en relación a las intervenciones, a los estudiantes se les aplicó la escala JSE. Los momentos de aplicación son los siguientes:

- Al inicio de este trabajo, el año 1 (Inicio)
- Antes y después de la Intervención 1 (prueba previa y prueba posterior)
- Antes y después de la Intervención 2 (prueba previa y prueba posterior)
- Al final del año 5
- Al final de los años 6 y después del Examen clínico objetivo estructurado (OSCE)

El estudio y fue aprobado por el comité de ética (The Institutional Review Board - IRB) de la Universidad de Okayama, Japón.

## Resultados Artículo 2

Del total de alumnos de la clase (n=115), 113 (98%) completaron el JSE durante el año 1; 107 (93%) completaron la prueba previa durante el Año 2 o 3; 110 (96%) completaron la prueba posterior durante el Año 2 o 3; 109 (95%) completaron la prueba previa durante el Año 4 y 108 (94%) completaron la prueba posterior durante el Año 4; durante el año 5, 97 (84%) completaron el JSE y durante el año 6, 89 (77%) completaron el JSE. El análisis final incluyó a 79 estudiantes con datos completos, que representaron el 69% de la cohorte total (57 hombres y 15 mujeres). La puntuación media total del JSE antes de la prueba fue de 109,9 (DE =11,9) antes de la participación en el programa, que aumentó significativamente a 112,9 (DE =12.3) inmediatamente después de la finalización de la Intervención 1 (Entrevista médica).

La puntuación JSE volvió al nivel de referencia durante los años 5 (M =108.4, SD =15.0) y 6 (M=109.3, SD=14.3) de la facultad de medicina, lo que indica que la empatía potenciada durante los programas (en los Años 3 y 4) no se mantuvo a largo plazo (durante los Años 5 y 6).

**Artículo 3. “Methodology of Care Humanitude Implementation at an Integrated Continuing Care Unit: Benefits for the Individuals receiving Care”. Henriquez et al. 2020(20)**

Estudio de investigación en el que se seleccionaron 33 pacientes (25 mujeres y 8 hombres), en su mayoría dependientes y con deterioro cognitivo y con más de 90 días de ingreso hospitalario. La selección de los participantes fue un muestreo por convivencia, no probabilístico. Los cuidadores estaban formados en la Metodología de Cuidados Humanitude. Para evaluar la posible influencia de Humanitude en estos pacientes se evaluaron diferentes indicadores de salud, como el riesgo de caídas, el riesgo de desarrollar úlceras en la piel por presión, el nivel de independencia, la funcionalidad cognitiva y se llevó a cabo un registro de fármacos prescritos. Se utilizaron diferentes métodos para evaluar el riesgo de caídas (Escala Braden), úlceras por presión (UPP) (Escala Morse), nivel de independencia (Índice Barthel) y funciones cognitivas de los pacientes (Mini Examen Estado Mental MMSE) y registro de fármacos divididos en cuatro subgrupos: ansiolíticos - sedantes – hipnóticos, antipsicóticos, antidepresivos y neurolepticos.

**Resultados Artículo 3**

Los resultados permitieron comprender los beneficios positivos, de la implementación de la HMC, sobre las personas atendidas, específicamente a nivel cognitivo, nivel de dependencia en las actividades de la vida diaria, y la evitación del deterioro físico y mental. Se obtuvieron resultados significativamente estadísticos ( $p < 0,005$ ), en riesgo de UPP (reducción riesgo a sufrir), en el índice de dependencia (aumento de la independencia) y en el déficit cognitivo (menor deterioro cognitivo).

**Evaluación de los resultados de los 3 artículos en conjunto**

La síntesis de los resultados de estos artículos se centra en dos aspectos: (1) los efectos de Humanitude en los profesionales que atienden a personas con elevados niveles de dependencia; y (2) los efectos Humanitude en las personas mayores con altos niveles de dependencia. Un resumen de los efectos observados al aplicar Humanitude se pueden encontrar en la tabla 4 y 5.

➤ **Efectos Humanitude en los profesionales que atienden a personas con elevados niveles de dependencia**

La metodología de cuidados Humanitude (HCM) mostró efectos positivos en los profesionales que atienden a personas con elevados niveles de dependencia, mejorando la calidad de los cuidados dados, la comunicación con los pacientes, el aumento de la empatía y satisfacción y disminución del agotamiento profesional.

Los resultados están basados en dos estudios cuantitativos, los de Fukuyasu et al.(19) y Melo et al.(18) que están basados en grupos pre-test y pos-test (19) y en grupos no equivalentes pre-test y

pos-test (18). El tercer estudio corresponde al un estudio mixto, cualitativo y cuantitativo, de Henriques et al. (20). Los tres estudios están descritos en los apartados siguientes y en las tablas 4 y 5.

- Mejora en la empatía:

El estudio de Fukuyasu et al.(19), con un grupo único pre y post test midió los efectos de Humanitude sobre la empatía utilizando la Escala de Jefferson para la Empatía del Médico (JSPE) sobre 115 estudiantes de medicina. Los resultados JSPE mejoraron significativamente después de que estos estudiantes participaran en dos cursos, uno sobre el Communication Skills Training Programme (en estudiantes de 2 y 5 año) y el otro sobre Humanitude (estudiantes de 4 año). Los resultados mostraron que la empatía de los profesionales puede mejorar después de recibir la formación en HCM. Además, la mejora en la empatía se mantuvo a largo plazo, incluso después de tres años de seguimiento. Los autores de este estudio concluyeron que HCM puede ser efectiva para mejorar la empatía en los profesionales, lo que puede tener un impacto positivo en la calidad del cuidado que se brinda a los pacientes.

- Mejoras de la comunicación y la calidad de atención:

En el estudio de Melo et al.(18), basado en una muestra de 29 estudiantes de enfermería formados en Humanitude y en 31 con una formación convencional, se observaron diferencias significativas en cuanto a número de respuestas que indicaban tener menos dificultades para interactuar con pacientes con alto grado de dependencia, siendo los valores mayores en el grupo formado en Humanitude. También, el grupo formado en Humanitude mostró menos dificultades en el “cuidado de los pacientes agitados y confusos”, la “comunicación con los pacientes que no podían hablar” y en “iniciar la comunicación con los pacientes”

Además, también se demostró una mejora en la actitud de los profesionales hacia los pacientes y en la comprensión de sus necesidades. Según los resultados de los estudios analizados, HCM puede ser una herramienta efectiva para mejorar las habilidades relacionales de los profesionales y fomentar una atención más humana y centrada en la persona.

➤ Efectos Humanitude en las personas mayores con altos niveles de dependencia

En el estudio realizado por Henriques et al.(20), hubo ganancias de salud efectivas, mejoras en la autonomía y capacidades físicas

- Beneficios en la salud

Los pacientes que recibieron atención de profesionales formados en HCM, mostraron un mayor nivel de independencia, con mayor movilidad y menor uso de sillas de ruedas, una disminución del

riesgo de desarrollar UPP, reducción del número y la gravedad de las UPP y disminución del riesgo de caídas.

- Beneficios relacionados con las medicaciones

En el estudio hubo una reducción en la administración de ansiolíticos, sedantes, hipnóticos, antidepresivos y antipsicóticos. Concretamente en el grupo de ansiolíticos-sedantes-hipnóticos se redujeron de un 30,30% en la primera evaluación a un 3,03% en la última; los antipsicóticos se redujeron de un 27,27% a un 9,09%; los antidepresivos pasaron de un 9,09% a un 3,03% y en último lugar los neurolépticos pasaron de un 3,03% a un 0%.

Autores/año/ diseño de estudio	Variables en pacientes			Variables en cuidadores		
	Déficit cognitivo	Aceptación y participación de los cuidados	Bienestar	Calidad de cuidados y comunicación	Empatía	Agotamiento
Fukuyasu et al. (2021), un grupo pre-test y post-test					√	
Melo et al. (2020), grupos no equivalentes, diseño pre y post test				√		√
Henriques et al. (2020), estudio mixto	√	√	√			

**Tabla 4.** Efectos de Humanidade en los estudios cualitativos

Autor/Año	País/Participantes	Control Intervención	Medidas resultadas	Resultados
Melo et al. (2020)	Portugal Cuidadores Estudiantes de Enfermería (N = 62) GC (n = 32, n=31 analizados) GE (n = 32, n=29 analizados)	GE entrenamiento 27 h de formación teórica y durante la atención clínica. GC: Atención convencional	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Cuestionario para identificar dificultades de los estudiantes</li> <li>• Importancia atribuida a la secuencia estructurada de formación de Humanitude</li> </ul>	<p>Dificultades en la interacción con personas con demencia:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• En el seguimiento, GE identificó menos dificultades que el GC</li> <li>o “cuidado de ancianos agitados y confundidos”, <math>\chi^2 = 6,637</math>; <math>p = 0,010</math></li> <li>o “comunicarse con ancianos con afasia”, <math>\chi^2 = 6,877</math>; <math>p = 0,009</math></li> <li>o “iniciar la comunicación con los mayores”, <math>\chi^2 = 8,748</math>; <math>p = 0,003</math></li> </ul> <p>Importancia atribuida a la secuencia estructurada de los procedimientos de atención Humanitude</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Inicio práctica clínica (3ª SEMANA)</li> <li>o Pre-preliminares: GE <math>3,59 \pm 0,42</math> vs GC <math>3,20 \pm 0,49</math>, <math>p = 0,001</math></li> <li>o Preliminares: GE <math>3,65 \pm 0,31</math> vs GC <math>3,45 \pm 0,28</math>, <math>p = 0,010</math></li> <li>o Cita: GE <math>3,70 \pm 0,42</math> vs GC <math>3,35 \pm 0,49</math></li> <li>• Fin práctica clínica (10ª SEMANA)</li> <li>o Preliminares: GE <math>3,76 \pm 0,21</math> vs GC <math>3,60 \pm 0,27</math>, <math>p = 0,012</math></li> <li>o Cita: GE <math>3,80 \pm 0,3</math> vs GC <math>3,49 \pm 0,60</math>, <math>p = 0,018</math></li> </ul>
Fukuyasu et al. (2021)	Japón Cuidadores estudiantes medicina (n=115, n=79, analizado)	(1) Entrenamiento en habilidades de comunicación (año 2 y 3) (2) Formación HCM (año 4)	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Escala Jefferson empatía estudiantes (JSP)</li> </ul>	<p>JSP mejoró significativamente después de la participación en el programa de entrenamiento (<math>t=2,65</math>, <math>p&lt;0,01</math>) y el programa de entrenamiento de Humanitude (<math>t=3,32</math>, <math>p=0,001</math>). No obstante, ninguno de los programas mostró un efecto sostenido</p> <p>Puntuaciones JSE totales:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Año 1 (Inicio), media = <math>108,8 \pm 12,9</math></li> <li>• Prueba previa antes de la intervención 1 (programa de capacitación en habilidades de comunicación), media = <math>109,9 \pm 11,9</math></li> <li>• Prueba posterior inmediatamente después de la intervención 1, media = <math>112,9 \pm 12,3</math></li> <li>• Prueba previa antes de la intervención 2 (Humanidad), media = <math>110,4 \pm 14,3</math></li> <li>• Prueba posterior inmediatamente después de la intervención 2, media = <math>114,7 \pm 14,3</math></li> <li>• Año 5 de la facultad de medicina, media = <math>108,4 \pm 15,0</math></li> <li>• Año 6 (último año) de la facultad de medicina, media = <math>109,3 \pm 14,3</math></li> </ul>
Henriques et al. (2020)	Portugal Pacientes con ingreso en centro cuidados continuos $\geq 90$ días (n=33)	Pacientes recibieron atención con cuidadores formados en Humanitude	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Escala Morse</li> <li>• Escala de Braden</li> <li>• Índice de Barthel</li> <li>• Mini Examen del Estado Mental (MMSE)</li> <li>• Registro fármacos</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Riesgo a reducir UPP; 1ª evaluación (84,85%). 2ª evaluación (72,73%). 3ª evaluación (60, 61%). 4ª evaluación (51,52%). Entre primera y última evaluación (<math>p &lt; 0,005</math>)</li> <li>• Riesgo de caídas; 1ª evaluación: promedio global = <math>51,06 \pm 22,38</math>; última evaluación: <math>45,45 \pm 19,62</math>. No estadísticamente significativa (<math>p = 0,277</math>)</li> <li>• Índice dependencia; 1ª evaluación (60,61% eran dependientes). última evaluación (30,30% dependientes). Entre primera evaluación (20,45 <math>\pm</math> 22,49), última evaluación (35,45 <math>\pm</math> 27,79); Entre primera y última evaluación fue estadísticamente significativa (<math>p &lt; 0,005</math>)</li> <li>• Déficit cognitivo; 1ª evaluación, el 93,94 por ciento mostró déficit cognitivo y en última evaluación 81,82%. Estadísticamente significativa (<math>p &lt; 0,005</math>)</li> <li>• Porcentaje ANSOLÚTICOS, SEDANTE O HIPNÓTICO; 1ª evaluación (30,30%), última evaluación (3,03 %)</li> <li>• Porcentaje ANTIPSPICÓTICOS; 1ª evaluación (27,27%), última evaluación (9,09 %)</li> <li>• Porcentaje ANTIDEPRESIVOS; 1ª evaluación (9,09%), última evaluación (3,03 %)</li> <li>• Porcentaje NEUROLÉPTICOS; 1ª evaluación (3,03%), última evaluación (0 %)</li> </ul>

**Tabla 5.** Efectos de Humanitude en los estudios cuantitativos.

## 6. Discusión

Se incluyeron tres artículos en la revisión exploratoria de este estudio. Dos de estos artículos son estudios pre-post test (Melo et al.(18) y Fukuyasu et al.(19)). En el tercer estudio (Henriques et al.(20)), era mixto. En los 3 estudios, Humanitude ha mostrado efectos positivos tanto en pacientes con altos niveles de dependencia como en cuidadores. Se observaron numerosos beneficios en los pacientes, ya que aumentaba el nivel de independencia, reducía las caídas, reducía también el riesgo a sufrir lesiones por inmovilidad y se administraban menos fármacos (ansiolíticos, sedantes, hipnóticos, antidepresivos y antipsicóticos). En general se observó una disminución del comportamiento negativo y de los síntomas psicológicos de depresión y demencia senil, y mejora el bienestar general de los pacientes. También se observó un incremento de la empatía y de la calidad de comunicación entre cuidadores y pacientes. Por otro lado, aumenta la satisfacción de los cuidadores y disminuye el cansancio psicológico de estos debida a la relación con los pacientes de alto nivel de dependencia.

La relación entre pacientes dependientes y cuidadores juega un papel esencial en su mutuo bienestar. Los cuidadores con actitudes negativas y poca conexión con los pacientes suelen asociarse a una reducida calidad de vida de los pacientes. Contrariamente, un incremento del compromiso y una actitud positiva por parte de los cuidadores generan un buen ambiente de interacción entre cuidador y paciente, lo cual aumenta la calidad de vida de pacientes(21). Por otro lado, los pacientes también influyen en el bienestar de los cuidadores, los cuales indican altos índices de estrés y agotamiento y nerviosismo(9). Por lo tanto, si queremos mejorar el bienestar de cuidadores y pacientes dependientes es absolutamente necesario mejorar las relaciones entre ambos, y creemos que la respuesta a esto está en la aplicación de la metodología Humanitude de cuidados.

Después de más de 40 años de experiencia, a día de hoy Humanitude ha sido utilizada en más de 1.000 unidades de cuidado en países como Francia, Suiza, Canadá, Luxemburgo, Bélgica, Alemania, Japón, Singapur, Estados Unidos, Portugal y muy recientemente se empieza a aplicar en España (2021). Todo este recorrido ha beneficiado a más de 30.000 personas y con los años ha hecho que Humanitude cuente con más de 400 técnicas de aproximación perfectamente estructuradas y estandarizadas. Humanitude en Francia dispone de un sello de calidad específico para centros de atención a las personas, éste está regulado y acreditado por el Ministerio de Salud Francés(11).

Los resultados positivos de Humanitude permiten reflexionar sobre la importancia de la formación de profesionales de la salud en métodos de atención innovadores, basados en la evidencia. Es clave la investigación en este campo para demostrar (o rechazar) la mejor metodología de atención adecuada a las necesidades del paciente. La investigación de base es clave para promover prácticas de atención profesionalizadas y especializadas, adecuadas a los pacientes y cuidadores. Por lo tanto, es necesario que existan métodos de difusión y condiciones que permitan la implementación y

aprendizaje de nuevas metodologías, en nuestro caso Humanitude en las prácticas de cuidados a pacientes. Además, creemos necesario que los profesionales aprendan la metodología de Humanitude de atención al paciente para salvaguardar la dignidad de este y mejorar la interacción con él. Es de suma importancia rechazar las prácticas de cuidado que ponen en riesgo la dignidad de los pacientes y menoscaban sus capacidades, ya que esto es poco ético y poco profesional. Además, como hemos visto en estos 3 artículos, no da buenos resultados ni para el cuidador ni el paciente.

### **Limitaciones, fortalezas y expectativas de futuro**

Las limitaciones de esta revisión sistemática exploratoria son: (1) el bajo número de artículos encontrados para poder realizar una evaluación crítica; pero como hemos dicho ya al principio de este estudio, hay extremadamente pocos trabajos que evalúen de manera objetiva la aplicación de esta metodología de cuidados. (2) El bajo número de muestra tanto de cuidadores como de pacientes en los artículos encontrados. (3) las evaluaciones realizadas a los pacientes son solo de comportamiento, sería necesario realizar evaluaciones que nos permitieran conocer mejor el bienestar físico de los pacientes, basado en variables más objetivas. Y (4) el tiempo de aplicación de la metodología de cuidados Humanitude y su análisis son cortos, estos deberían ser más prolongados en el tiempo.

La fortaleza de este estudio es que es una de las primeras revisiones exploratorias realizadas sobre estudios basados en la metodología Humanitude y sus efectos sobre cuidadores y pacientes, pues como ya hemos dicho hay muy pocas evidencias sobre la utilidad de este nuevo enfoque de cuidados.

Para que exista una evaluación realmente significativa de la aplicación de la metodología Humanitude de cuidado, sería necesario desarrollar un estudio longitudinal de al menos un año con una muestra amplia de cuidadores y pacientes, y también un grupo control de cuidadores y pacientes. En este hipotético estudio se deberían evaluar tanto datos de comportamiento de cuidadores y pacientes como datos cuantitativos y tangibles de los marcadores de salud y bienestar de los pacientes. Las variables que propondríamos son las siguientes:

VARIABLES PARA CUIDADORES:

1. Nivel de estrés; se podría medir con la Escala de Estrés Percibido (Perceived Stress Scale, PSS), diseñada para medir el grado en que las situaciones de la vida son valoradas como estresantes. Podría aplicarse al trabajo de los profesionales sanitarios para interpretar las diferencias entre el cuidado convencional versus el cuidado Humanitude(22).
2. Satisfacción laboral; podría evaluarse mediante la escala Likert que es un método de medición utilizado por los investigadores con el objetivo de evaluar la opinión y actitudes

de las personas. La escala Likert es un método universal de recopilación de datos o información(23). Se podrían plantear preguntas relacionadas directamente con la satisfacción laboral.

3. Empatía; para evaluar la empatía se podría usar la escala Jefferson. Es una herramienta utilizada para medir la capacidad de un profesional sanitario para entender y considerar perspectivas, sentimientos y situaciones de sus pacientes durante su atención. Es una herramienta ampliamente reconocida y utilizada. Ha demostrado que tiene una confiabilidad y validez adecuadas para su uso en la educación sanitaria, evaluación clínica e investigación médica(24,25).

Variables para los pacientes:

- 1- Nivel de Sarcopenia, podría evaluarse con el test EWGSOP2. Éste tiene como objetivo aumentar la conciencia y riesgo de la sarcopenia(26).
- 2- Nivel de autonomía; evaluable mediante el Índice Barthel. Instrumento que mide la capacidad de la persona para la realización de diez actividades básicas de la vida diaria, obteniéndose una estimación cuantitativa del grado de dependencia del sujeto(27).
- 3- Nivel de satisfacción de la atención recibida; podría evaluarse mediante la Escala de Satisfacción del Paciente (PSQ-18), que es una escala genérica de satisfacción de pacientes que puedan tener niveles altos de dependencia(28).
- 4- Nivel de depresión; mediante la escala Yesavage para Depresión Geriátrica (GDS)(29).
- 5- Estado nutricional; se podrían registrar variables como una valoración antropométrica, un análisis de la composición corporal, una valoración bioquímica y datos hematológicos del paciente(30).

## 7. Conclusiones

La metodología Humanitude puede ser una herramienta efectiva para mejorar la empatía de los profesionales sanitarios en la atención de los pacientes, mejorando, además, la calidad de vida de los pacientes, reflejándose en una mejor aceptación de los cuidados y sosiego de los pacientes. En los pacientes parece que la aplicación de Humanitude aumenta el nivel de independencia, reduce las caídas, reduce el riesgo a sufrir lesiones por inmovilidad y se administran menos fármacos. A parte de mejorar la calidad en la atención, Humanitude también es una herramienta para reducir los costes asociados a la atención continua, llegando a la conclusión de que parece una metodología muy útil. No obstante, es necesario continuar investigando y aportar evidencias claras de mejora tanto en

cuidadores como pacientes. Hasta ahora solo se han realizado estudios cortos, con un número reducido de cuidadores y pacientes, y análisis de revisión con datos obtenidos por las pocas publicaciones existentes de este tema. Es necesario realizar estudios longitudinales con muestras mayores tanto de cuidadores como de pacientes, con periodos de tiempo más largos y grupos control, para realizar un contraste estadístico entre ambos grupos de análisis.

## 8. Bibliografía

1. OMS. "Envejecimiento Y Salud." *www.who.int*, 1 Oct. 2022, [www.who.int/es/newsroom/factsheets/detail/ageing-and-health](http://www.who.int/es/newsroom/factsheets/detail/ageing-and-health)
2. Ferri CP, Prince M, Brayne C, Brodaty H, Fratiglioni L, Ganguli M, et al. Prevalencia mundial de la demencia: un estudio de consenso de Delphi. *Lanceta* [Internet]. 2005;366(9503):2112–7.
3. Alexandrerik K. El envejecimiento de la población un reto global y una realización integral. *Revista española de geriatría y gerontología: Órgano oficial de la Sociedad Española de Geriatría y Gerontología*. 2001;36: 13–5.
4. Zhang H, Zhang D, Yin Y, Zhang C, Huang Y. Costos de hospitalización por demencia en las zonas urbanas de China: estimaciones de dos datos de reclamos de planes de seguro de salud urbanos en la ciudad de Guangzhou. *Int J Environ Res Public Health* [Internet]. 2019;16(15):2781.
5. Savva GM, Zaccai J, Matthews FE, Davidson JE, McKeith I, Brayne C. Prevalencia, correlación y evolución de los síntomas conductuales y psicológicos de la demencia en la población. *Br J Psiquiatría* [Internet]. 2009;194(3):212–9.
6. Fernández M, Gobartt AL, Balañá M, COOPERA Study Group. Behavioural symptoms in patients with Alzheimer's disease and their association with cognitive impairment. *BMC Neurol* [Internet]. 2010;10(1):87.
7. Featherstone K, Northcott A, Harden J, Harrison Denning K, Tope R, Bale S, et al. Refusal and resistance to care by people living with dementia being cared for within acute hospital wards: an ethnographic study. *Health Serv Deliv Res* [Internet]. 2019;7(11):1–92.
8. Cipriani G, Lucetti C, Danti S, Nuti A. Apatía y demencia. Nosología, evaluación y manejo. *J Nerv Ment Dis* [Internet]. 2014;202(10):718–24.
9. Digby R, Lee S, Williams A. La experiencia de las personas con demencia y las enfermeras en el hospital: una revisión integradora. *J Clin Nurs* [Internet]. 2017;26(9–10):1152–71.
10. Gineste Y. *Humanitude*. Portugal: Piaget; 2016.
11. Pellissier J. *Humanidad: Comprendre La Vieillesse, Prendre Soins Des Hommes Vieux* [Internet]. París, Francia: Armand Colin; 2007 Disponible en: <https://www.humanitude.pt/es/faq>
12. Monteiro MM. *Cuidar Humanitude*. Portugal: Enfermagem Neurorelacional; 2014.
13. Sumioka H, Shiomi M, Honda M, Nakazawa A. Desafíos técnicos para una interacción fluida con personas mayores con demencia: Lecciones de Humanitude™. *Robot frontal AI*. 2 de junio de 2021.
14. Henriques LV, Melo RC, Correia LM, Investigaçao EE. *REVISTA INVESTIGAÇÃO EM ENFERMAGEM*. 2022;23–36.

15. Henriques LVL, Dourado M de ARF, Melo RCCP de, Tanaka LH. Implementación de la Metodología Cuidado Humanitud: contribución a la calidad de la atención en salud. *Rev Lat Am Enfermagem* [Internet]. 2019;27(0):e3123.
16. Melo RCCP, Fernandes DSC, Albuquerque JS, Duarte MN. Metodología de la humanidad del cuidado en la promoción del autocuidado en personas dependientes: Una revisión integradora. Es: *Avances en Sistemas Inteligentes y Computación*. Cham: publicación internacional de Springer; 2017. pág. 187–93.
17. Arksey H, O'Malley L. Estudios de alcance: hacia un marco metodológico. *Método Int J Soc Res* [Internet]. 2005;8(1):19–32.
18. Melo RCCP, Queirós PJP, Tanaka LH, Henriques LVL, Neves HL. Nursing students' relational skills with elders improve through Humanitude Care Methodology. *Int J Environ Res Public Health* [Internet]. 2020;17(22):8588.
19. Fukuyasu Y, Kataoka HU, Honda M, Iwase T, Ogawa H, Sato M, et al. The effect of Humanitude care methodology on improving empathy: a six-year longitudinal study of medical students in Japan. *BMC Med Educ* [Internet]. 2021;21(1):316.
20. Henriques L, Dourado M, Melo R, Araújo J, Inácio M. Methodology of care humanitude implementation at an integrated continuing care unit: Benefits for the individuals receiving care. *Open J Nurs* [Internet]. 2020;10(10):960–72.
21. Remor E. Psychometric properties of a European Spanish version of the Perceived Stress Scale (PSS). *Span J Psychol* [Internet]. 2006;9(1):86–93.
22. Jebb AT, Ng V, Tay L. A Review of Key Likert Scale Development Advances: 1995-2019. *Front Psychol*. 4 de mayo de 2021. 12.
23. Sulzer SH, Feinstein NW, Wendland CL. Assessing empathy development in medical education: a systematic review. *Med Educ* [Internet]. 2016;50(3):300–10.
24. Chen DCR, Kirshenbaum DS, Yan J, Kirshenbaum E, Aseltine RH. Characterizing changes in student empathy throughout medical school. *Med Teach* [Internet]. 2012;34(4):305–11.
25. Cruz-Jentoft AJ, Bahat G, Bauer J, Boirie Y, Bruyère O, Cederholm T, et al. Sarcopenia: revised European consensus on definition and diagnosis. *Age Ageing* [Internet]. 2019;48(4):601.
26. Chalder M, Wiles N, Campbell J, Hollinghurst S, Searle A, Haase A. A pragmatic randomised controlled trial to evaluate the cost-effectiveness of a physical activity intervention as a treatment for depression: the treating depression with physical activity (TREAD) trial. *Health Technol Assess (Rockv)*. 2012;16.
27. Marshall GN, Hays RD, Sherbourne CD, Wells KB. The structure of patient satisfaction with outpatient medical care. *Psychol Assess* [Internet]. 1993;5(4):477–83.
28. Sung Y-T, Wu J-S. The Visual Analogue Scale for Rating, Ranking and Paired-Comparison (VAS-RRP): A new technique for psychological measurement. *Behav Res Methods* [Internet]. 2018; 50(4):1694–715.
29. Camina-Martín MA, de Mateo-Silleras B, Malafarina V, Lopez-Mongil R, Niño-Martín V, López-Trigo JA, et al. Valoración del estado nutricional en Geriatría: declaración de consenso del Grupo de Nutrición de la Sociedad Española de Geriatría y Gerontología. *Rev Esp Geriatr Gerontol* [Internet]. 2016;51(1):52–7