

Elisabet Pino Santaella
Kaoutar Mrabet Guemraoui

**VIVENCIAS DEL PERSONAL DE ENFERMERÍA SOBRE
LA HUMANIZACIÓN DE LAS UNIDADES DE CUIDADOS
INTENSIVOS**

TRABAJO DE FINAL DE GRADO

Dirigido por: Sr. Miquel Rodrigo Barberán

Enfermería



UNIVERSITAT
ROVIRA I VIRGILI

Facultad de Enfermería

TARRAGONA 2023

ÍNDICE

RESUMEN.....	6
INTRODUCCIÓN Y JUSTIFICACIÓN.....	9
PREGUNTA DE INVESTIGACIÓN	11
OBJETIVOS.....	11
Objetivo general	11
Objetivos específicos	11
MARCO TEÓRICO.....	12
1. PACIENTE CRÍTICO EN LA UNIDAD DE CUIDADOS INTENSIVOS	12
1.1. Vivencias, percepciones y sensaciones del paciente en la unidad de cuidados intensivos	13
1.2. Necesidades del paciente crítico	14
1.3. Relación enfermería-paciente y comunicación con el paciente crítico.....	14
2. LA FAMILIA.....	15
2.1. Vivencias, percepciones y sensaciones de los familiares	15
2.2. Necesidades de la familia	16
2.3. Relación enfermería-familia y comunicación con la familia.....	17
3. PROFESIONALES DE ENFERMERÍA EN LA UNIDAD DE CUIDADOS INTENSIVOS	17
4. EL PROYECTO HUMANIZANDO LOS CUIDADOS INTENSIVOS (HU-CI).....	18
4.1. Flexibilización de los horarios de visita.....	19
4.2. Comunicación	19
4.3. Bienestar del paciente	20
4.4. Presencia y participación familiar en los cuidados	20
4.5. Cuidados al profesional.....	21
4.6. Detección, prevención y manejo del síndrome post-unidades de cuidados intensivos	21
4.7. Arquitectura e infraestructura humanizada	22
4.8. Cuidados al final de la vida.....	22
METODOLOGÍA.....	23
RESULTADOS Y DISCUSIÓN	26
CONCLUSIONES.....	34

LIMITACIONES Y LÍNEAS FUTURAS	35
BIBLIOGRAFÍA.....	36
ANEXOS	39
Anexo 1: Cronograma de Gantt.....	39
Anexo 2: Estructura de la entrevista.....	40
Anexo 3: Transcripción de las entrevistas	42
Anexo 4: Consentimiento informado.....	91

ÍNDICE DE TABLAS Y FIGURAS

Tabla 1: Descripción del perfil de los entrevistados	24
Figura 1. Cronograma de Gantt.	39

LISTADO DE ABREVIATURAS

- Proyecto HU-CI: Proyecto Humanizando los Cuidados Intensivos
- SB: Síndrome de *burnout*
- SEM: Servei d' Emergències Mèdiques
- TCAE: Técnico en cuidados auxiliares de enfermería
- UCI: Unidad de Cuidados Intensivos
- COVID-19: Coronavirus-19

RESUMEN

Vivencias del personal de enfermería sobre la humanización de las Unidades de Cuidados Intensivos

Las Unidades de Cuidados Intensivos (UCI) cuentan con un gran avance tecnológico y se llevan a cabo un gran número de técnicas invasivas. No obstante, a veces la atención se centra únicamente en la asistencia de las necesidades físicas dejando de lado el resto de las necesidades dando lugar a la deshumanización. El Proyecto Humanizando los Cuidados Intensivos (HU-CI) está formado por un grupo de investigación multidisciplinar que evalúa diferentes áreas para llevar a cabo acciones de mejora como hacer partícipes a los familiares en los cuidados, UCI de puertas abiertas, realizar una adecuada formación a los profesionales, etc., para que los cuidados sean más humanizados.

El objetivo principal fue conocer la percepción de los profesionales de enfermería sobre el grado de humanización que existe actualmente en las Unidades de Cuidados Intensivos.

Se utilizó una metodología cualitativa con enfoque fenomenológico mediante entrevistas semiestructuradas a tres participantes profundizando en tres categorías: humanización, síndrome de *burnout* (SB) y la familia.

Se observó que los informantes poseían un alto grado de conocimiento sobre la humanización de las UCI. Asimismo, coincidieron en el alto riesgo de padecer el SB en las UCI y como éste afecta negativamente a los cuidados en las UCI. También están de acuerdo en la importancia de la inclusión de la familia, además de otras medidas que propone el Proyecto HU-CI. Por último, remarcan la importancia de trabajar en acciones sobre la humanización, SB y la familia para mejorar la humanización de las UCI.

Palabras clave:

Humanización, Unidades de Cuidados Intensivos, Enfermería, Burnout, Proyecto HU-CI.

RESUM

Vivències del personal d'infermeria sobre la humanització de les Unitats de Cures Intensives

Les Unitats de Cures intensiva (UCI) compten amb un gran avanç tecnològic i es porten a terme un gran nombre de tècniques invasives. No obstant això, a vegades l'atenció se centra únicament en l'assistència de les necessitats físiques deixant de banda la resta de les necessitats, donant lloc a la deshumanització.

El Projecte Humanitzant les Cures Intensives (HU-CI) és format per un grup de recerca multidisciplinari que avalua diferents àrees per dur a terme accions de millora, com fer participis als familiars a les cures, UCI de portes obertes, realitzar una adequada formació als professionals, etc., perquè les cures siguin més humanitzades.

L'objectiu principal va ser conèixer la percepció dels professionals d'infermeria sobre el grau d'humanització que hi ha actualment a les Unitats de Cures Intensiva.

Es va utilitzar una metodologia qualitativa amb enfocament fenomenològic mitjançant entrevistes semi-estructurades a tres participants aprofundint en tres categories: humanització, síndrome de *burnout* (SB) i la família.

Es va observar que els informants posseïen un alt grau de coneixement sobre la humanització de les UCI. Així mateix, van coincidir en l'alt risc de patir el SB a les UCI i com aquest afecta negativament les cures a les UCI. També estan d'acord en la importància de la inclusió de la família, a més d'altres mesures que proposa el Projecte HU-CI. Finalment, remarquen la importància de treballar en accions sobre la humanització, el SB i la família per millorar la humanització de les UCI.

Paraules clau:

Humanització, Unitats de Cures Intensives, Infermeria, Burnout, Projecte HU-CI.

ABSTRACT

Nursing experiences about humanization in the Intensive Care Units

Intensive Care Units (ICU) have a great technological advance and many invasive techniques are carried out. Nevertheless, occasionally the attention is focused only on the assistance of physical needs, leaving aside the rest of them, leading to dehumanization. The Humanizing Intensive Care Project (HU-CI) is made up of a multidisciplinary research group that evaluates different areas to carry out improvement actions. This consist of involving family members in caring, open-door ICU, carrying out of a satisfactory training for professionals, etc., so the care is more humanized.

The aim of this study is to find out the perception of nursing professionals about the humanization that currently exists in the ICU. A qualitative methodology with a phenomenological approach was used through semi-structured interviews to three participants, centered in three categories: humanization, burnout syndrome (BS) and family.

The informants showed a high knowledge about ICU humanization. Also, they agreed in the high risk of suffering from BS and how it can negatively affect nursing care in the ICU. They remarked the importance of the inclusion of the family, among other measures proposed by the HU-CI Project. In conclusion, they highlighted the importance of building strategies based on humanization, BS and family to improve ICU humanization.

Keywords:

Humanization, Intensive Care Units, Nursing, Burnout, HU-CI Project.

INTRODUCCIÓN Y JUSTIFICACIÓN

La figura de enfermería en la Unidad de Cuidados Intensivos (UCI) y la responsabilidad de velar por las necesidades, el bienestar del paciente y su entorno familiar es de vital importancia. Estas unidades cuentan con un gran avance tecnológico y se llevan a cabo un elevado número de técnicas como ventilación mecánica, circulación extracorpórea, monitorización hemodinámica intensiva, etc. Dichos elementos, se centran únicamente en la asistencia de las necesidades fisiológicas dejando de lado las necesidades humanas de las personas, dando lugar a la deshumanización. (Correa et al., 2021)

Se define deshumanizar como la privatización de los caracteres humanos. Teniendo en cuenta este aspecto, es de gran importancia llevar a cabo acciones que involucren todas las esferas y así, ofrecer una atención basada en el abordaje integral del paciente”. En cambio, con el concepto de humanizar nos referimos a proteger y respetar la dignidad y los valores de los pacientes, y el único modo de llevarlo a cabo es mediante una asistencia que tenga en cuenta las necesidades biológicas, fisiológicas y emocionales. (Correa et al., 2021)

Para que los cuidados sean más humanizados se deben implementar una serie de modificaciones e iniciativas en este servicio, cambios que han demostrado ser beneficiosos tanto para el profesional como para pacientes y familiares. Estas medidas consisten en pequeñas acciones, como hacer partícipes a los familiares en los cuidados del paciente, ampliar el tiempo estipulado de visitas en las unidades, realizar una adecuada formación a los profesionales, etc. (Rojas, 2019)

El Proyecto Humanizando los Cuidados Intensivos (HU-CI) está formado por un grupo de investigación multidisciplinar que evalúa diferentes áreas para llevar a cabo una serie de acciones de mejora en la humanización. El Proyecto tiene un total de 160 medidas que se incluyen en un manual de buenas prácticas de humanización, mencionando las UCI de puertas abiertas, la comunicación, el bienestar del paciente, los cuidados al profesional y el síndrome post cuidados intensivos. (Velasco et al.,2019)

El síndrome de *burnout* (SB) es un factor de riesgo laboral que lo padecen un gran porcentaje de profesionales de enfermería. Este síndrome hace que las personas presenten agotamiento emocional, despersonalización y disminución del desempeño personal con lo que todo esto puede afectar a la hora de aplicar unos cuidados de calidad al paciente. (Velasco et al.,2019)

El rol de enfermería en las UCI es fundamental. Más allá de las habilidades técnicas, es la encargada de construir un vínculo sólido con los pacientes para proporcionarle las herramientas necesarias para poder afrontar y superar los obstáculos hacia una buena evolución. Por esta razón, creemos que es posible prevenir la deshumanización de estos cuidados y consideramos que se hallan aspectos que se pueden mejorar y que aportarían una mayor calidad de vida a los pacientes y evitar posibles complicaciones emocionales y afectivas. Por eso, consideramos importante conocer los testimonios personales de enfermeras de UCI acerca de la humanización, la implicación de la familia y el SB, para poder visibilizar sus necesidades y aplicar unos cuidados en un entorno más humanizado.

PREGUNTA DE INVESTIGACIÓN

¿Cuál es la visión del profesional de enfermería respecto a la humanización de las Unidades de Cuidados Intensivos?

OBJETIVOS

Objetivo general

- Conocer la percepción de los profesionales de enfermería sobre el grado de humanización que existe actualmente en las Unidades de Cuidados Intensivos.

Objetivos específicos

- Identificar el síndrome de *burnout* en los profesionales de enfermería en las Unidades de Cuidados Intensivos.
- Analizar la influencia de la familia desde el punto de vista de los profesionales de enfermería en las Unidades de Cuidados Intensivos.

MARCO TEÓRICO

1. PACIENTE CRÍTICO EN LA UNIDAD DE CUIDADOS INTENSIVOS

El paciente en estado crítico es el que sufre alguna afección de las funciones vitales que amenazan su vida, pero con probabilidad de recuperación; como lo son los episodios de insuficiencia respiratoria aguda, fallos orgánicos cardíacos, hepáticos o renales, traumatismos severos, estado de shock y alteraciones metabólicas considerables. (Correa et al., 2021)

El traslado del paciente crítico a una UCI conlleva el empleo real o potencial del soporte vital, que está comprendido por procedimientos asistenciales, instrumentales electrónicos y farmacológicos, los cuales reemplazan o proporcionan apoyo a las funciones de órganos o sistemas alterados. El paciente de UCI es sometido a varias técnicas invasivas o no invasivas que comportan riesgos como desarrollar una infección nosocomial. Debido a esto se limita el flujo de gente, de visitas y de la familia. (Rojas, 2019)

La estancia de una persona en la UCI implica una experiencia de una gran magnitud que no se puede negar. La UCI supone para los pacientes un espacio extraño, que provoca el aumento de la sensación de inseguridad y miedo al que se le añade el hecho de no estar acompañados de su familia. El ingreso en la UCI induce tanto al paciente como a la familia a una crisis, ya que se ven forzados a efectuar un cambio tajante en su vida. Hasta un 30% de los pacientes que ingresan en la UCI padecen síntomas de estrés postraumático, depresión y otras alteraciones emocionales. Debido a esto es fundamental instaurar un vínculo profesional entre el paciente, la familia y la enfermera que favorezca a que él mismo se sienta acompañado en el proceso de recuperación o final de vida. (La Calle et al., 2017)

1.1. VIVENCIAS, PERCEPCIONES Y SENSACIONES DEL PACIENTE EN LA UNIDAD DE CUIDADOS INTENSIVOS

Todo paciente se le debe atender de manera totalmente individualizada porque cada situación es incomparable y diferente al resto al igual que las vivencias, percepciones y sensaciones que puedan sentir durante su ingreso en la UCI. A continuación, se detallan algunas de ellas: (Montero, 2018)

Temor: Surge miedo ante el desconcierto de lo que pueda suceder en el futuro.

Ansiedad: También manifiestan preocupación por el bienestar de sus allegados y en la manera que afrontan este proceso.

Abandono físico y mental/aislamiento: Durante la estancia en la UCI, el paciente siente haber perdido el contacto con su realidad física y mental, debido a la separación de su hogar, seres queridos y su vida en general. (Blanca et al., 2018)

Desorientación temporo-espacial: Muchos pacientes padecen una desorientación temporo-espacial debido a muchos factores como: la escasez de ventanas y de luz natural, falta de relojes, el poco contacto con su familia o el hecho de no disponer de una alimentación oral que favorezcan la orientación de la persona.

Falta de control y de independencia: Es usual que mengüe la autoestima del paciente dada la privación de control e independencia ya que perciben que ceden en todo a otras personas ajenas, como lo es el equipo médico. (Blanca et al., 2018)

Estrés: Es habitual que el paciente padezca estrés después su ingreso en la UCI. Se distinguen tres componentes fundamentales como determinantes del estrés del paciente que se encuentra en la UCI: la vivencia de la enfermedad, la percepción del dolor y la información recibida.

Para mitigar esta situación de estrés es importante que enfermería ejecute un control apropiado del dolor, así como garantizar que el paciente disponga de información cuando resulte posible acerca de su estado de salud y de todos los procedimientos y técnicas que se le realizan. (Blanca et al., 2018)

1.2. NECESIDADES DEL PACIENTE CRÍTICO

En primer lugar, los pacientes disponen de la necesidad de comunicación. Estos pacientes requieren estar junto a sus seres queridos tanto como sea posible pues contribuye a hacer frente al sentimiento de soledad. (Blanca et al., 2018)

En segundo lugar, los pacientes poseen una necesidad de personalización. Los pacientes solicitan que el trato sea más humano y personalizado. De acuerdo con distintos autores, se considera que para satisfacer esta necesidad sería conveniente poder incluir en la habitación elementos que conduzcan a un sentimiento de familiaridad en el paciente y que promuevan a su recuperación tales como, fotografías, música, etc. (Blanca et al., 2018)

En tercer lugar, los pacientes disponen de una necesidad de seguridad. Para lidiar con su proceso precisan de poder confiar en el equipo médico. La confianza y la seguridad se incrementan cuando reciben la atención que necesitan por los mismos profesionales ya que les resultan familiares y conocidos y van estrechando lazos de confianza con ellos. (Montero, 2018)

En último lugar, los pacientes tienen una necesidad espiritual-religiosa indistintamente de que sean religiosos o no lo sean, sino que se torna en un elemento más de ayuda para enfrentarse al proceso. (Blanca et al., 2018)

1.3. RELACIÓN ENFERMERÍA-PACIENTE Y COMUNICACIÓN CON EL PACIENTE CRÍTICO

Respecto al vínculo enfermería-paciente, el personal de enfermería debe entender que todo sujeto es único y diferente a los demás, así que, el cuidado para conseguir una buena relación con el paciente es necesario dirigirse a él por su nombre y con respeto, y nunca de maneras despectivas, además de ofrecerles mensajes que ayuden a mejorar su situación. También se les deberá informar de que la familia se encuentra al corriente de su evolución y que se encuentran junto a ellos, etc. Todas estas pequeñas acciones proceden a ayudar en el proceso de curación. (Montero, 2018)

En la UCI, una de las razones que puede llevar a que los cuidados sean deshumanizados es la falta de comunicación por parte del personal de salud debido a

que muchos pacientes se encuentran sedados o con procedimientos invasivos que obstaculizan esta comunicación. No obstante, también están los pacientes que no se encuentran en esta situación y que no presentan limitaciones comunicativas.

Aun así, como la gran parte de los pacientes disponen de inconvenientes para poder comunicarse, el personal de enfermería se ha habituado a proporcionar atención a este tipo de paciente y empeñan en dar los cuidados de la misma manera en los pacientes que no presentan este problema. (Montero, 2018)

2. LA FAMILIA

2.1. VIVENCIAS, PERCEPCIONES Y SENSACIONES DE LOS FAMILIARES

La familia del paciente ingresado en la UCI percibe esta unidad como un lugar en el que se le van a realizar muchos procedimientos avanzados y una supervisión intensiva. A causa de este pensamiento, son muchas las familias que creen que va a tener lugar una muerte inminente de su ser querido. Cuando una persona es admitida en la UCI, se genera una modificación en el núcleo familiar. (Blanca et al., 2018)

La familia padece una serie de sentimientos que se exponen a continuación:

Dolor y angustia: Hay que tener presente el vínculo y el rol que poseía el paciente en el núcleo familiar, ya que, en función de eso, los familiares presentarán estos sentimientos en menor o mayor grado. Otros factores agravantes son el clima de la unidad (alarmas, monitores, cables, catéteres, etc.) y el hecho de no estar acompañado a su familiar en todo momento, hechos que les aumenta aún más el nivel de ansiedad. (Escudero et al., 2014)

Miedo: Los familiares padecen un miedo atroz al pensar que se pueda presentar un empeoramiento en el estado de salud o el fallecimiento de su ser querido. Esta sensación es intensificada aún más por la separación. (Escudero et al., 2014)

Tristeza: Es habitual presentar un sentimiento de tristeza debido a los cambios en la rutina del núcleo familiar y el deterioro de la salud del paciente.

Ira: Los familiares no comprenden la situación y el motivo del estado de su ser querido y disponen de sentimientos como la rabia, ira, etc.

Aceptación y fortaleza: La familia intenta encontrar soporte y poder amenguar su angustia. La unión, la fe y encontrar nuevas aspiraciones y esperanzas deben hacer su aparición. (Escudero et al., 2014)

2.2. NECESIDADES DE LA FAMILIA

Las necesidades que presentan los familiares se asemejan a las de los pacientes:

Necesidad de comunicación: Disponen de una necesidad de tener contacto tanto con su ser querido como con los profesionales que le atiendan y de este modo, averiguar en todo momento lo que está ocurriendo. Es frecuente que la familia presente quejas debido al método que se les hace llegar la información (de forma rápida, distante o en muchas ocasiones difícil de entender). Es de importancia el modo en el que se notifican las malas noticias ya que esto repercute en el estado de ánimo y en la capacidad de afrontamiento del duelo. El hecho de no recibir una mala noticia de forma apropiada puede ocasionar trastornos emocionales y por ello esta transmisión debe realizarse de manera individualizada, teniendo en cuenta la personalidad, los valores y vivencias de cada persona. (Escudero et al., 2014)

Necesidad de personalización: La familia reivindica que la atención ofrecida sea individualizada a los dos, tanto a ellos como a su ser querido, y que esta atención disponga de más humanidad. También reclaman que se habiliten espacios para ellos que protejan su intimidad y que sean más reconfortantes. (Montero, 2018)

Necesidad de seguridad: Solicitan instaurar un vínculo basado en la confianza con los profesionales de salud y que les proporcionen seguridad. Este sentimiento es respaldado aún más cuando su familiar es cuidado por el mismo grupo de personas. (Montero, 2018)

2.3. RELACIÓN ENFERMERÍA-FAMILIA Y COMUNICACIÓN CON LA FAMILIA

En muchas ocasiones la familia no osa a manifestar sus inquietudes, necesidades o preocupaciones a los profesionales de salud. Asimismo, el personal de enfermería aguarda que la familia colabore, que tengan pocas exigencias y que sean independientes. No obstante, no siempre es así y ellos precisan el soporte por parte de enfermería. (Montero, 2018)

En la UCI se hallan dos grupos de profesionales. Uno que contempla a la familia para hacerla partícipe en los cuidados y ve una mayor flexibilidad horaria como un aspecto beneficioso para el proceso de recuperación del paciente. El otro grupo se encuentra en la postura contraria, no tiene en cuenta a la familia y está de acuerdo con las políticas de visitas restrictivas. (Montero, 2018)

Tanto el personal de enfermería como la familia de los pacientes están de acuerdo en que se da un uso exagerado de tecnicismos al momento de proporcionar información sobre la evolución del paciente. También se da el caso contrario, cuando se proporciona la información con un lenguaje simplificando ya que se cree que es la única forma de que la familia comprenda dicha información. (Montero, 2018)

La interacción que tiene lugar entre los profesionales y la familia gira entorno al estado de salud del paciente, olvidando la importancia las demás esferas como la psicológica, social y cultural, afirmando la ausencia de humanización en los cuidados. (Escudero et al., 2014) La familia suele creer en un vínculo más profundo con el personal de enfermería, esto provoca que se sientan más cómodos para exponer sus emociones y preguntar por las dudas. (Montero, 2018)

3. PROFESIONALES DE ENFERMERÍA EN LA UNIDAD DE CUIDADOS INTENSIVOS

En el personal de enfermería se ha observado una relación directa entre la sobrecarga de trabajo y el descenso de la calidad de la atención. Es habitual que el personal adquiera una serie de acciones de rutina en su trabajo, dejando en un segundo plano el trato humano dirigido al paciente. (Montero, 2018)

El aprendizaje de los profesionales de enfermería no tiene que estar dirigido únicamente a los conocimientos y a la práctica de técnicas. Esta formación debe incluir la habilidad de los profesionales de ofrecer unos cuidados de calidad, cordialidad y consciencia humana que facilite el progreso de los profesionales. De este modo, las futuras generaciones de enfermeras tienen el desafío de conseguir un cambio en los cuidados de los pacientes en estado crítico, teniendo en cuenta que la atención debe ser integral. (Escudero et al., 2014)

Con frecuencia no se ofrece esa atención integral a causa del SB al que se encuentran sometidos los profesionales de enfermería por la exigencia laboral. El personal de enfermería refiere que la deshumanización de la atención ofrecida a los pacientes es provocada por una serie de factores como lo son la carga de trabajo, salarios bajos, falta de personal y la falta de formación continuada. (Moss et al., 2016)

Asimismo, el sistema sanitario coloca por delante las técnicas que se llevan a cabo y los registros, dejando apartada la importancia que supone la creación de un buen vínculo que facilite la comunicación con el paciente y su familia. (Suárez et al., 2014)

4. EL PROYECTO HUMANIZANDO LOS CUIDADOS INTENSIVOS (HU-CI)

Según la Real Academia Española, humanizar es *“hacer humano, familiar y afable a alguien o algo”*. Es de gran importancia tener en cuenta esta definición y vincularla a la UCI. (Rae, s.f.)

Para humanizar la UCI se debe hacer desde la perspectiva de que la persona atendida es única, salvaguardando su dignidad y valores y ofreciendo unos cuidados basados en la mayor evidencia. También se deben incluir a sus allegados en el proceso y fomentar la vocación del equipo de profesionales dándole un sentido a lo que realizan. (Rojas, 2019)

El Proyecto HU-CI está formado por un grupo de investigación multidisciplinar que evalúa diferentes áreas para llevar a cabo una serie de acciones de mejora que estas consideran la humanización. Estas medidas contienen cuestiones asociadas a la comunicación, el bienestar del paciente, los horarios de visita, la participación de la familia en los cuidados, el SB, la arquitectura e infraestructura humanizada, el síndrome post UCI y los cuidados al final de la vida. Estas acciones tienen la finalidad de proporcionar, no solo una atención excelente de la parte técnica, sino también más

humana, considerando a los profesionales como el eje del cambio. A continuación, se exponen las 8 líneas estratégicas que forman el proyecto, cada línea cuenta con sus objetivos y sus indicadores de calidad. (La Calle et al., 2017)

4.1. FLEXIBILIZACIÓN DE LOS HORARIOS DE VISITA

Tradicionalmente, las UCI se han ceñido a un modelo restrictivo en la política de visitas de los familiares, ya que se creía que esto fomentaba el cuidado y facilitaba el trabajo a los profesionales. No obstante, esta creencia ha sido impulsada más por la costumbre y la ausencia de una justificación crítica sobre sus desventajas. Las familias exigen la posibilidad de ampliar el horario de visitas. Actualmente, la flexibilización de horarios o la implementación de "puertas abiertas" en la UCI se puede llevar a cabo y es beneficioso para pacientes, familias y profesionales. Para ampliar el modelo, es necesario aprender de las experiencias positivas de algunas unidades, involucrar a los profesionales, formarles y modificar las actitudes y hábitos que permitan una política de visitas más abierta, adaptado a la idiosincrasia de cada unidad. (Oliva, 2017)

4.2. COMUNICACIÓN

Como ya se ha mencionado anteriormente, la información es una de las principales necesidades manifestadas por los pacientes y familiares en las UCI. En el caso del paciente crítico, ya que a menudo no puede expresarse adecuadamente, el derecho a la información recae sobre la familia. La transmisión de información en situaciones emocionalmente cargadas requiere de habilidades comunicativas que muchos profesionales no han recibido una formación específica para ello. Una comunicación correcta con pacientes y familiares facilita un ambiente de confianza y respeto, favorece la toma de decisiones de manera conjunta. Actualmente, no hay unas políticas específicas que regulen la comunicación informativa en la UCI, y todavía es común que la información se transmita solo una vez al día, sin amoldarse a las necesidades individuales de pacientes y familiares. La incapacidad de comunicarse de muchos pacientes críticos crea sentimientos negativos, además de ser un foco importante de estrés y frustración para el paciente, familia y profesionales. Es importante incluir sistemas alternativos para optimizar la comunicación con estos pacientes. (Cappellini et al., 2014)

4.3. BIENESTAR DEL PACIENTE

Hay numerosos factores que contribuyen al sufrimiento y al malestar de los pacientes. Experimentan malestar, dolor, sed, calor y frío; tienen problemas para dormir debido a exceso de ruido o luces fuertes; y presentan dificultad en la movilidad y en la comunicación. Para aumentar la comodidad es fundamental evaluar y controlar el dolor, proporcionar una sedación dinámica que sea apropiada para el estado del paciente y prevenir y tratar el delirio. El dolor psicológico y emocional puede ser extremadamente severo además de las lesiones físicas. Los pacientes sienten dependencia, soledad, aislamiento, miedo, pérdida de identidad, entre otras cosas. También se sienten inseguros por la falta de información e incomprendidos. (Ovies, 2014)

Un componente clave de la calidad de la atención y un objetivo principal en el tratamiento de los enfermos críticos es la evaluación y el apoyo de estas necesidades, así como la garantía de una formación adecuada para los profesionales que se centran en el tratamiento de estos síntomas. (Ovies, 2014)

4.4. PRESENCIA Y PARTICIPACIÓN FAMILIAR EN LOS CUIDADOS

El trastorno de estrés postraumático, la ansiedad y la depresión son muy comunes en los miembros de la familia. La presencia e implicación de los familiares en la UCI es muy limitada, a pesar de que con frecuencia quieren ayudar en los cuidados y muchos incluso se plantean quedarse. Las barreras se han centrado en el posible trauma psicológico y la ansiedad que puede causar a la familia, la interferencia con los procedimientos, la distracción y los posibles efectos en el equipo médico. Si las circunstancias clínicas lo permiten, las familias pueden colaborar y brindar algunos cuidados básicos (higiene personal, alimentación o rehabilitación), con la debida capacitación y supervisión. (Vincent et al., 2016)

Darle a la familia del paciente la oportunidad de ayudar en su recuperación puede beneficiar al paciente, a la familia y al proveedor de atención médica al aliviar la tensión emocional y fomentar una relación cercana y líneas abiertas de comunicación. Las familias presentes durante algunos procedimientos no se han relacionado con unos resultados desfavorables, a pesar de que los estudios no son concluyentes al respecto. Esta presencia se acompaña de cambios en las actitudes de los profesionales, así como de una mayor satisfacción de las familias y una mayor aceptación de la situación, favoreciendo el proceso de duelo. (Vincent et al., 2016)

4.5. CUIDADOS AL PROFESIONAL

El agotamiento emocional, la despersonalización y los sentimientos de baja autoestima profesional son los tres síntomas característicos del SB, una enfermedad profesional. Este síndrome tiene un nivel personal como profesional y puede derivar en suicidio, trastorno de estrés postraumático y otros trastornos psicológicos graves. Además, tiene un impacto en el estándar de atención, la satisfacción del paciente y los resultados del paciente, y está relacionado con la rotación de personal debido a cuestiones organizativas. Las características personales individuales, los factores ambientales y los factores organizacionales se encuentran entre las variables contribuyentes. (Jabre et al., 2016)

Los esfuerzos recientes de distintas sociedades científicas para difundir el SB han incluido recomendaciones para disminuir su aparición y mitigar sus efectos, así como el establecimiento de estrategias específicas que permitan dar una respuesta adecuada a las necesidades físicas, emocionales y psicológicas de los profesionales de UCI derivadas de su compromiso y esfuerzo en el desempeño de sus funciones. (Jabre et al., 2016)

4.6. DETECCIÓN, PREVENCIÓN Y MANEJO DEL SÍNDROME POST-UNIDADES DE CUIDADOS INTENSIVOS

Después de una enfermedad crítica, entre el 30% y el 50% de los pacientes experimentan el síndrome posterior a un proceso de enfermedad severa. Se caracteriza por síntomas físicos (dolor persistente, debilidad adquirida en la UCI, desnutrición, úlceras por presión, trastornos del sueño), neuropsicológicos (déficits cognitivos, trastornos de la memoria, atención, velocidad de los procesos mentales) o emocionales (ansiedad, depresión o depresión postraumática). estrés), y también puede afectar a las familias de los pacientes. La calidad de vida de los pacientes y sus familias se ve comprometida por sus efectos. La atención permanente requerida para cubrir estas necesidades es brindada por equipos multidisciplinarios que incluyen rehabilitación, fisioterapia, enfermeras, psicólogas, psiquiatras, terapeutas ocupacionales y logopedas, etc. (Moss et al., 2016)

4.7. ARQUITECTURA E INFRAESTRUCTURA HUMANIZADA

El entorno físico de las UCI debe posibilitar la prestación de cuidados en un ambiente saludable, ayudando en la mejoría del bienestar físico y psicológico de los pacientes, personal y familia. El diseño basado en la evidencia, un conjunto de pautas tiene como el objetivo de mejorar los aspectos arquitectónicos y estructurales de las UCI para disminuir el estrés y aumentar la comodidad. Estos manuales consideran las condiciones del entorno de luz, temperatura, acústica, materiales y acabados, mobiliario y decoración. Estas modificaciones pueden tener un impacto favorable en los sentimientos y emociones, favoreciendo espacios más humanos que se adapten a la funcionalidad de las unidades. Es necesario rediseñar otras áreas, como las salas de espera, para hacerlas más habitables y cómodas para las familias.

(Scrollings et al., 2015)

4.8. CUIDADOS AL FINAL DE LA VIDA

En el curso de la prestación de la atención en los pacientes críticos, los cuidados paliativos e intensivos no son alternativas que deban utilizarse de forma aislada. Aunque el objetivo principal de los cuidados intensivos en la UCI es hacer que las cosas vuelvan a ser como eran antes de que el paciente ingresara, en ocasiones esto no es posible y debe cambiarse dinámicamente con el objetivo de minimizar el sufrimiento y brindar la mejor atención posible, especialmente a los pacientes que se acercan al final de vida, posibilitando una muerte sin dolor ni sufrimiento para el paciente y para sus seres queridos. (Scrollings et al., 2015)

La suspensión del soporte vital, que se produce con frecuencia en pacientes críticos, debe realizarse de acuerdo con las normas y prescripciones establecidas por las sociedades científicas. Para satisfacer las necesidades físicas, psicosociales y espirituales de los pacientes y sus familias, debe aplicarse como parte integral de un plan de cuidados paliativos, utilizando un enfoque multidisciplinar. Como mínimo debe haber protocolos específicos y evaluaciones periódicas de la atención brindada. Las opiniones de los profesionales de la salud y sus familias pueden diferir debido a las decisiones difíciles que se deben tomar cuando se trata de pacientes terminales. Los profesionales deben estar bien equipados con el conocimiento y los recursos necesarios para resolver estos conflictos, incorporando el diálogo honesto y constructivo como mecanismos de afrontamiento para disminuir el daño emocional. (Rojas, 2019b)

METODOLOGÍA

Tipo de estudio

Dado que el objetivo principal de nuestro trabajo se basa en conocer la percepción de los profesionales de enfermería sobre el grado de humanización en las UCI, se ha utilizado una metodología de investigación cualitativa con enfoque fenomenológico mediante entrevistas semiestructuradas.

Cronograma

El estudio se llevó a cabo entre septiembre del 2022 y mayo del 2023. Se ha creado el Cronograma de Gantt donde se mencionan todas las acciones y el tiempo en que se aplican. (Figura 1. Anexo 1)

Revisión bibliográfica

Se realizó la búsqueda bibliográfica entre los meses de octubre del 2022 y mayo de 2023 para fundamentar el marco teórico y poder discutir los resultados obtenidos. Para llevarla a cabo, se han utilizado los siguientes buscadores y bases de datos: Google Académico, Intramed, PubMed, Dialnet, Scielo y Web of Science. Además, se consultaron los libros y revistas: Elsevier y Medicina Intensiva. También se realizó una búsqueda en la web del Repositor Institucional de la Universitat Rovira i Virgili (URV).

Las palabras clave utilizadas fueron *“humanización”*; *“Unidad de Cuidados Intensivos”*; *“enfermería”*; *“burnout”*; *“Proyecto HU-CI”*.

Para poder definir la estrategia de búsqueda, las palabras clave se han combinado entre sí con los operadores booleanos AND, OR y NOT.

Los criterios de inclusión y exclusión que se utilizaron para la búsqueda fueron:

- Criterios de inclusión:
 - Documentos publicados en los últimos 10 años (2013-2023)
 - Idioma de publicación de los documentos: Catalán, Castellano
 - Inglés
 - Disponibilidad del texto completo de los documentos
 - Ámbito de actuación en las UCI
 - Población diana de los documentos: adultos

- Criterios de exclusión:
 - No cumplir los criterios de inclusión

Participantes

Se estipularon como criterios de inclusión para la selección de los profesionales a entrevistar, ser Diplomados o Graduados en Enfermería y trabajar en la UCI. Dado que la formación en la profesión ha cambiado en los últimos años, se tuvieron en cuenta ambas titulaciones. La edad y sexo de los participantes no se delimitó, al igual que los años de experiencia profesional en la UCI, para aportar riqueza al estudio de un mismo fenómeno. Los participantes fueron localizados mediante contactos personales y contactos propuestos a través de muestreo en cadena o “bola de nieve”.

Técnicas de recogida de datos

Dados los objetivos marcados, se escogió la entrevista en profundidad como instrumento de recolección de datos. La entrevista tiene un carácter semiestructurado compatible con el relato libre de la experiencia, sin perder las directrices marcadas por los objetivos de investigación. La entrevista constaba de 18 preguntas divididas en 3 categorías preestablecidas: la humanización, el SB y la familia (Anexo 2). Las preguntas eran abiertas y generales para no limitar las respuestas de los participantes.

Se contactó y entrevistó a un total de 3 informantes, cada uno de ellos de hospitales distintos de la comarca de Tarragona. Las entrevistas fueron presenciales con una duración de entre 40 minutos y 1 hora y fueron grabadas en audio para facilitar la participación de los informantes y evitar que fueran cohibidos por una cámara. La transcripción de las entrevistas se encuentra en el Anexo 3.

La designación de los participantes se establece de la siguiente manera:

NOMBRE ADJUDICADO	ROL PROFESIONAL	CENTRO HOSPITALARIO
<i>Participante 1 (P1)</i>	Enfermero UCI	Hospital 1
<i>Participante 2 (P2)</i>	Enfermero UCI	Hospital 2
<i>Participante 3 (P3)</i>	Enfermero UCI	Hospital 3

Tabla 1: Descripción del perfil de los entrevistados. Elaboración propia

Análisis

Los datos recogidos de las entrevistas se transcribieron a un procesador de texto usando elementos de transcripción que pudieran transmitir el máximo detalle para un análisis exhaustivo. En el texto, las intervenciones de los participantes son identificadas con una “P” seguida de un número y las de las investigadoras, con una “I”.

Las categorías de análisis fueron previamente establecidas según los objetivos y la revisión bibliográfica y son las siguientes: la humanización, el SB y la familia.

El análisis de las entrevistas se realizó manualmente categorizando los fragmentos e identificando la ubicación de las temáticas. Posteriormente, se realizó un análisis transversal por categorías de todas las entrevistas.

Aspectos éticos

Los derechos y voluntad de participar de los informantes se recogen en el consentimiento informado (Anexo 4), que se obtuvo firmado de cada participante antes de iniciar la entrevista con la finalidad de respetar los principios éticos y jurídicos que este estudio debe cumplir. El consentimiento consta de una hoja de información al participante donde se recogen los datos del estudio, las investigadoras, un resumen sobre los objetivos, cómo se utilizarán los datos para la finalidad y qué se espera de los informantes. También consta de un consentimiento que informa la participación en el estudio.

Se preservó el anonimato mencionando a los participantes con una sigla además de ocultar el nombre del hospital al que pertenecían para eliminar cualquier información vinculante.

RESULTADOS Y DISCUSIÓN

El análisis de los resultados y discusión se realiza a partir de las respuestas de los participantes en las entrevistas y de la bibliografía consultada por categorías. Se llevaron a cabo un total de 3 entrevistas a 3 enfermeras de UCI de distintos hospitales de la comarca de Tarragona. El rango de años de experiencia fue entre 10 y 15 años.

Humanización

Para alcanzar una UCI más humana se debe hacer desde la perspectiva de que la persona que se cuida es única, salvaguardando su dignidad y valores y ofreciendo una atención basada en una evidencia científica actualizada. También se deben incluir a sus familiares en el proceso y fomentar la vocación de los profesionales dándole un sentido a lo que realizan. (Rojas, 2019) Estas acciones tienen la finalidad de proporcionar, no solo una atención excelente de la parte técnica, sino también más humana. (La Calle et al., 2017)

Todos los participantes del estudio coinciden en la definición del concepto de humanización de las UCI. Todos inciden en la importancia de darle valor a la esfera completa de la persona y no ceñirse solamente a la parte técnica de los cuidados. Los participantes P1 y P3 refieren que el personal de enfermería debería esforzarse para encontrar el equilibrio entre la parte humana y la parte técnica para visionarlo como un conjunto global, coincidiendo con la definición que se ha encontrado mediante la búsqueda bibliográfica:

P1: *“Vale, pues para mí es un concepto muy importante y significa no solamente el cuidado de lo que es la parte más técnica y material aplicada al paciente, sino también la parte más humana y personal del paciente, como por ejemplo el acompañamiento a la familia y vigilar todas las necesidades de la primera a la última.”*

P3: *“no podemos dejar de lado que no estamos tratando a máquinas, sino que estamos tratando a personas ¿no? y... creo que es lo que se busca con la humanización, el encontrar el equilibrio entre esta tecnología, tecnificación de los cuidados y tener en cuenta que estamos con personas, somos personas tratando persona.”*

El participante P2 remarca la importancia de incluir a la familia del paciente como un pilar fundamental en el proceso de la enfermedad:

P2: “Aquellas personas que son cercanas al paciente, incluirlas en el proceso de curación del paciente”

Según La Calle et al. (2017) el Proyecto HU-CI es un grupo de investigación multidisciplinar que evalúa diferentes áreas para llevar a cabo una serie de acciones de mejora para la humanización. Estas acciones incluyen la comunicación, el bienestar del paciente, los horarios de visita, la participación de la familia en los cuidados, el SB, la arquitectura e infraestructura humanizada, el síndrome post UCI y los cuidados al final de la vida.

Respecto al conocimiento que tienen nuestros participantes sobre el Proyecto, los 3 saben de su existencia, son capaces de mencionarnos la gran mayoría de medidas que incorpora la guía y de explicarnos en qué consisten sus acciones, como la UCI de puertas abiertas, comunicación, cuidados al final de vida, participación de la familia, etc.:

P1: *“Sí he oído hablar de ello y sé que se empezó, ahora no me acuerdo en que hospital era, creo que fue un médico que empezó a impulsar este proyecto y la verdad que cuando lo vi me pareció muy bien”*

P3: *“Sí que conozco la existencia del proyecto, no me sé las medidas de memoria, pero me imagino que incluir a las familias en los cuidados, el derecho de decisión, el derecho de información ¿no? Dedicar tiempo a la familia y... incluirlos en el proceso de cuidados.”*

Mediante la información de las entrevistas se ha comparado el grado de humanización de las UCI de cada hospital. Se ha observado que el hospital 1 es el que aplica más medidas de las recomendadas en el Proyecto HU-CI y también ha incorporado la musicoterapia:

P1: *“También hemos hecho musicoterapia, han venido grupos y siempre se intenta, pues eso ampliar los cuidados y ya sabéis que la música les ayuda mucho”*

Además, en el hospital 1 se usa una aplicación del móvil que simula una UCI y así hacer una demostración de lo que encontrarán los visitantes antes de entrar. Esto se utiliza sobre todo en los casos excepcionales en los que se han admitido visitas de niños. Así lo expone el participante P1:

P1: *“Luego también se hizo aquí otra cosa en la UCI, hicieron un estudio aquí las compañeras, para poder entrar los niños a la UCI, una aplicación una aplicación para... antes de que el niño entrara en una uci, en esa aplicación les enseña los sonidos que va a sentir de respiradores, de máquinas, de qué tipo de cables van a ver en su familiar, ya sea su madre, su abuelo. Pues para que cuando entren no sea el impacto tan fuerte, y se estuvo haciendo”*

En cambio, el participante P3 refiere que el hospital donde trabaja dispone de una gran limitación horaria y toda la información médica se ofrece por vía telefónica sin tener cuenta el carácter de la noticia:

P3: *“Ahora hay limitación horaria, solo hay dos visitas por la tarde de una hora de duración y la información médica se da por teléfono.”*

Suárez et al. (2011) exponen la importancia del modo en el que se notifican las malas noticias ya que esto repercute en el estado de ánimo y en la capacidad de afrontamiento del duelo. El hecho de no recibir una mala noticia de forma apropiada puede ocasionar trastornos emocionales y por ello la transmisión de esa noticia debe realizarse de manera individualizada, teniendo en cuenta la personalidad, los valores y vivencias de cada persona.

De acuerdo con distintos autores, los pacientes solicitan que el trato sea más humano y personalizado, para satisfacer esta necesidad sería conveniente poder incluir en la habitación elementos que conduzcan a un sentimiento de familiaridad en el paciente y que promuevan a su recuperación tales como, fotografías, música, etc. (Blanca et al. 2018)

Por otro lado, se ha querido comparar la oferta formativa relacionada con la humanización que ofrecen los distintos hospitales. Los 3 participantes dan una respuesta negativa. Toda la preparación que se requiere para una UCI más humana la han obtenido por cuenta ajena a través de cursos de formación o algún máster:

P1: *“He de decir que me he apuntado a un curso sobre esto, ¿no? He leído cosas, porque como me gusta el tema pues... pero que me han hecho una formación directamente, no.”*

P2: *“Más por interés propio que otra cosa eh... sí que es verdad que... sobre todo ya os digo el cuidado al final de la vida que es lo que más al final también es lo que a mi más me ha llamado la atención personalmente y es con lo que más me he ido formando.”*

Existe evidencia de que el aprendizaje y la formación de los profesionales de enfermería no ha de estar dirigido únicamente a los conocimientos y a la práctica de técnicas. Esta formación debe incluir la habilidad de los profesionales de ofrecer unos cuidados de calidad, cordialidad y consciencia humana que facilite el progreso de los profesionales. (Suárez et al., 2014)

En cuanto al papel que representa enfermería en el cambio de paradigma de la dinámica de los cuidados, los 3 informantes concuerdan que es el personal que más tiempo dedica al paciente y el que dispone de más conocimiento sobre las necesidades del paciente. Se toma como ejemplo la afirmación del participante P1:

P1: *“Bueno pues, yo creo que es uno de los más importantes, porque como siempre se sabe es quien está más cerca del paciente, más rato y más horas, entonces es quien más capta o escucha las necesidades que el paciente tiene y entre ellos siempre la familia.”*

Esta afirmación coincide con la bibliografía, por esto es fundamental instaurar un vínculo profesional entre el paciente, la familia y la enfermera que favorezca al acompañamiento en el proceso de recuperación o final de vida. (La Calle et al., 2017)

Síndrome de burnout

En cuanto al SB, cada uno de los participantes sabe en qué consiste y creen haberlo padecido en los comienzos de la pandemia por el Coronavirus (COVID-19), pero todos comparten que ha sido una situación excepcional, y que ha sido una respuesta normal frente a los acontecimientos que estaban teniendo lugar. Todos hacen énfasis en la importancia de desarrollar herramientas que ayuden a sobrellevar el estrés y la sobrecarga que exige este servicio. El apoyo familiar resulta ser el factor que más les

ha ayudado a desconectar de los sucesos diarios y en la gestión de las emociones, así lo detalla la participante P2:

P2: *El apoyo familiar. Mmm...tengo la gran suerte de tener, mi padre falleció hace unos años, pero mi madre es mi gran apoyo y mi marido, los dos, mi marido no es sanitario pero un poco entiende, hizo sus pinitos en su momento, pero es verdad que yo...mi vía de escape es mi madre, mi madre me entiende.*

Los participantes P1 y P3 coinciden, en que, con frecuencia, el estrés que se genera al personal no está relacionado con la carga laboral, sino más bien con las exigencias y la organización por parte de la institución. Los profesionales no reciben un apoyo directo ni se trabaja en la prevención de este síndrome en los 3 hospitales. Todos los entrevistados han pensado en la posibilidad de pedir apoyo psicológico en algún momento de su carrera, pero ninguna lo ha llegado a hacer debido a que han encontrado estrategias que les ayudan a canalizar las emociones. De hecho, los hospitales solo disponen de un mero teléfono al que pueden llamar en caso de necesitar ayuda psicológica. Todos afirman que no han accedido a esta opción ya que creen que es una medida impersonal y no les aportaría ningún beneficio. Esto demuestra que no se está siguiendo las medidas XXXXX que divulgan sobre el SB e incluyen recomendaciones para disminuir su aparición y mitigar sus efectos. (Jabre et al., 2016)

P3: *“Y bueno, no fui al psicólogo eh, sí que teníamos un teléfono que nos ofrecieron de la Generalitat que si querías llamabas y te ofrecían terapia por teléfono porque no los veías, pero... empecé a buscar recursos, que me facilitarían ¿no? Música relajante, cosas que me gusta hacer, me gusta mucho coser y... mi marido me decía “pues busca momentos que yo distraigo a la niña” momentos para evadirme”*

Además, todos los enfermeros afirman que el SB impacta de forma negativa en la calidad de los cuidados:

P3: *“Lo más característico que es lo que yo veo a veces, es que dejas de empatizar ¿no? Que vas ahí a trabajar a destajo, haces lo que toca por sistema ¿no? Y... medicación pues medicación, cambios posturales, higiene pues higiene, pero dejas de empatizar ¿no? Estas de mal humor, ya no sonríes, igual a veces te olvidas de presentarte ¿no? Cosas tan importantes, tan nuestras y que favorece tanto en la calidad de los cuidados.*

P2: *“La sobrecarga lo que hace es que tú no puedas dar esos cuidados de calidad, no significa que seas mal enfermero ¿no? Y que no hagas lo que tienes, pero los cuidados de calidad implican un plus, no es un llevo allí hago las constantes, hago la medicación y me toca estas tareas y las cumplo y ya está, sino lo que le da el plus de calidad es el trato con el paciente, es el trato con la familia.”*

P1: *“Hombre yo creo que afecta de forma negativa, porque si no estás bien tú no puedes estar bien con los que cuidas, incluso con los compañeros, puede haber malas contestaciones ¿no?”*

Las versiones ofrecidas por los participantes se ajustan a la bibliografía consultada que menciona que, con frecuencia, no se ofrece una atención integral a causa del SB al que se encuentran sometidos los profesionales de enfermería por la exigencia laboral. Así pues, refieren que la deshumanización de los cuidados es provocada por una serie de factores como la carga de trabajo, salarios bajos, falta de personal y de formación continua. (Moss et al., 2016)

Familia

En la última parte de la entrevista se valoró el rol de la familia y su implicación en los cuidados del paciente. Los 3 participantes hacen hincapié en que la familia es una parte esencial de los cuidados y la trascendencia de individualizar cada caso. Refieren que hay familias que están dispuestas a formar parte del proceso de recuperación o final de vida y ser partícipes en los cuidados. Sin embargo, coinciden también en respetar las familias que no lo quieran hacer, ya sea por la inseguridad de provocarles daño, por miedo o incertidumbre. Darle a la familia del paciente la oportunidad de ayudar en su recuperación puede beneficiar al paciente, a la familia y al proveedor de atención médica al aliviar la tensión emocional y fomentar una relación cercana y líneas abiertas de comunicación. La evidencia dice que la presencia familiar durante algunos procedimientos no se ha relacionado con resultados desfavorables, a pesar de que los estudios no son concluyentes al respecto. (Vincent et al., 2016)

P3: *“Las puertas abiertas hacían que se conocieran entre ellos, y hacían vínculo de amistad y... veías como creaban vínculos entre ellos y entre nosotros y... formabas parte de una pequeña familia.”*

P2: *“Yo creo que es esencial siempre respetando al paciente, es lo que os digo, es que en... cuando el paciente esta sedado, normalmente si un paciente está sedado, normalmente la higiene nos encargamos nosotras ¿Por qué? Porque llevan muchos dispositivos y muchas cosas, pero... por ejemplo si tiene fiebre pues le puedes proporcionar a la familia “mira para que le vayas cambiando los pañitos húmedos de la cabeza” ¿no? Pero también, ya os digo, depende hay familiares que no, que les da mucho apuro tocar a su familiar que no se encuentra bien”*

Respecto a los cuidados de final de vida, los enfermeros señalan que el acompañamiento familiar es fundamental. Si la muerte no es inminente, siempre se comunica a los seres queridos del paciente y se les da la posibilidad de permiso 24 horas a número razonable de acompañantes. Todos coinciden en que en estas situaciones se siguen llevando a cabo los mismos cuidados para proteger la dignidad y evitar el dolor que cuando las unidades eran más cerradas. Aunque el objetivo principal de la medicina intensiva es revertir el estado agudo del paciente, en ocasiones no es posible y el objetivo debe enfocarse en minimizar el sufrimiento y brindar la mejor atención posible, especialmente a los pacientes que se acercan al final de vida, con el objetivo de posibilitar una muerte sin dolor ni sufrimiento para el paciente ni para sus seres queridos de acuerdo con sus deseos y normas clínicas, culturales y ética (Srollings et al., 2015). El participante 3 lo describe como:

P3: *“Sí, eso siempre, como os comentaba antes, antes de abrir la UCI en 2010, siempre se ha tenido en cuenta que un paciente cuando esta al final de la vida, la familia le acompaña desde el momento que ya se ve que no va a ir a mejor, que no se sabe cuándo acabar entonces muchas veces pobres no es inminente, pero sí que se sabe, la familia acompaña las 24 horas, se les ofrece un sillón para dormir por si quieren dormir dentro o fuera de la unidad”*

Para concluir, se habla de una atención integral al paciente; además de las medidas agrupadas en el Proyecto HU-CI, nuestras participantes consideran que sería ideal poder incorporar acciones para una atención holística con el fin de humanizar aún más los cuidados en estas unidades. Uno de los elementos que sugiere el participante P1 en su unidad, sería disponer de un fisioterapeuta propio del servicio y no que visite los pacientes de manera puntual. En la misma línea, el participante P2 plantea la posibilidad de dotar la unidad con un servicio de psicología propio que pudiera prestar soporte al paciente y a la familia, ya que fuera del horario de visita no hay un psicólogo de guardia y se tiene que activar el psicólogo del Servei de Emergències Mèdiques (SEM).

P1: *“Yo creo que vamos por el camino de esto ¿no? con esto de la humanización que es como lo que quedaba como más abandonado en la típica uci... pues ahora lo que nos gustaría incluir sería el tema del fisio, que también que estuviera siempre y se ha pedido, un fisioterapeuta de uci.”*

P2: *“Es que es complicado, ¿Qué tiene que incluir? Lo ideal sería tener un servicio psicológico, un servicio de psicología en la propia unidad.”*

De este modo, las futuras generaciones de enfermeras tienen el desafío de conseguir un cambio en los cuidados de los pacientes en estado crítico, teniendo en cuenta que la atención debe ser integral. (Suárez et al., 2014)

CONCLUSIONES

El enfoque fenomenológico mediante entrevistas en profundidad es útil para contestar nuestra pregunta de investigación y cumplir con los objetivos de estudio.

Los enfermeros del estudio tienen un alto nivel de conocimiento sobre la humanización de la Unidad de Cuidados Intensivos y la definen como el equilibrio entre la parte más técnica y el no perder de vista todas las necesidades del paciente. Además, saben de la existencia del Proyecto HU-CI y las medidas que éste incluye. También presentan un gran interés para fomentar la humanización y se forman para ello, aunque no reciban facilidades en sus lugares de trabajo.

Todos los entrevistados alertan del alto riesgo de padecer el síndrome de *burnout* dada la exigencia del servicio y la mala organización por parte de las instituciones. Aunque no afirman haber padecido este síndrome, sí comentan haber tenido sentimientos y emociones relacionadas con el síndrome de *burnout*. Además, todos ellos inciden en la importancia de desarrollar herramientas para la prevención y manejo del *burnout*, puesto que impacta de forma negativa en la calidad de los cuidados, entre otras consecuencias.

Por otro lado, todos los participantes están de acuerdo en que la implicación de la familia en los cuidados afecta positivamente en la recuperación del paciente y reduce los síntomas de estrés postraumático, depresión, sensación de vulnerabilidad y otras alteraciones emocionales que puedan sufrir.

Las vivencias de enfermería remarcan la importancia de trabajar en acciones sobre la humanización, el síndrome de *burnout* y la familia para mejorar la humanización de los cuidados en las Unidades de Cuidados Intensivos.

LIMITACIONES Y LÍNEAS FUTURAS

Durante la realización de nuestro proyecto, en la fase de revisión bibliográfica han surgido problemas con la accesibilidad a documentos y artículos completos, ya que muchos son de pago o se necesita una suscripción para poder acceder a ellos. En la fase metodológica y de trabajo de campo ha habido la dificultad de elegir el horario para la realización de las entrevistas debido a la disponibilidad de las investigadoras. En esta fase también hay que remarcar la dificultad que ha supuesto la realización de las entrevistas y la capacidad de extracción del contenido, debido a la falta de experiencia de las investigadoras en el ámbito.

Como futuras líneas de investigación, se podría llevar a cabo un proyecto con una muestra de participantes mayor, para así poder visualizar más la comparativa entre los diferentes participantes, además de realizar entrevistas a familiares y pacientes que hayan estado en la UCI para saber la percepción que tienen ellos respecto al tema y como lo han vivido.

BIBLIOGRAFÍA

1. Correa-Pérez, L., & Chavarro, G. J. (2021). Integralidad en la atención del paciente crítico: buscando un camino para humanizar la UCI. *Acta Colombiana de Cuidado Intensivo*, 21(1), 77-82.
<https://www.sciencedirect.com/science/article/abs/pii/S0122726220300367>
2. Rojas, V. (2019). humanización de los cuidados intensivos. *Revista Médica Clínica Las Condes*, 30(2), 120-125.
<https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S0716864019300240>
3. La Calle, G. H., Martin, M., & Nin, N. (2017). Seeking to humanize intensive care. *Revista Brasileira De Terapia Intensiva*, 29(1).
<https://www.scielo.br/j/rbti/a/9sDvqzdt5nRP8QStGyGvyxk/?lang=p>
4. Vista de experiencias, percepciones y necesidades en la uci: revisión sistemática de estudios cualitativos. (s. f.).
<https://revistas.um.es/eglobal/article/view/822/842>
5. Montero Pérez S. (2018). Humanización del cuidado de enfermería en las Unidades de Cuidados Intensivos.
<https://revistas.um.es/eglobal/article/view/822/842>
6. Escudero, D., Viña, L., & Calleja, C. (2014). Por una UCI de puertas abiertas, más confortable y humana. Es tiempo de cambio. *Medicina Intensiva*, 38(6), 371-375.
<https://www.medintensiva.org/es-por-una-uci-puertas-abiertas-articulo-S0210569114000370>
7. Suárez KA, Villela E, Almeida AA, Jazmín J. (2014). Vivencias de familiares de pacientes ingresados en la unidad de cuidados intensivos. *Rev Parainfo Digital*, 14.
<http://www.index-f.com/para/n14/012o.php>

8. Oliva JR. (2017). La humanización de los cuidados de enfermería intensiva: la posición de las enfermeras de UCI frente al aspecto humano del cuidado intensivo. Univerddidad de la laguna.
<https://riull.ull.es/xmlui/bitstream/handle/915/5357/La%20humanizacion%20de%20los%20cuidados%20de%20enfermeria%20intensiva%20la%20posicion%20de%20las%20enfermeras%20de%20UCI%20frente%20al%20aspecto%20humano%20del%20cuidado%20intensivo.pdf?sequence=1&isAllowed=y>
9. Cappellini, E., Bambi, S., Lucchini, A., & Milanesio, E. (2014). Open Intensive Care Units. *Dimensions of Critical Care Nursing*, 33(4), 181-193.
<https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/24895947/>
10. Alonso-Ovies, Á. (2014). Expectativas de los familiares de pacientes críticos respecto a la información médica. Estudio de investigación cualitativa.
<https://medes.com/publication/95123>
11. Vincent, J. L., Shehabi, Y., Walsh, T. R., Pandharipande, P. P., Ball, J. K., Spronk, P. E., Longrois, D., Strøm, T., Conti, G., Funk, G., Badenes, R., Mantz, J., Spies, C., & Takala, J. (2016). Comfort and patient-centred care without excessive sedation: the eCASH concept. *Intensive Care Medicine*, 42(6), 962-971.
<https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/27075762/>
12. Jabre, P., Belpomme, V., Azoulay, E., Jacob, L., Bertrand, L., Lapostolle, F., Tazarourte, K., Bouilleau, G., Pinaud, V., Broche, C., Normand, D., Baubet, T., Ricard-Hibon, A., Istria, J., Beltramini, A., Alheritiere, A., Assez, N., Nace, L., Vivien, B., Adnet, F. (2013). Family Presence during Cardiopulmonary Resuscitation. *The New England Journal of Medicine*, 368(11), 1008-1018.
<https://www.nejm.org/doi/full/10.1056/nejmoa1203366>
13. Moss, M., Good, V. S., Gozal, D., Kleinpell, R. M., & Sessler, C. N. (2016). An Official Critical Care Societies Collaborative Statement. *Critical Care Medicine*, 44(7), 1414-1421.
<https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/27309157/>

14. Stollings, J. L., & Caylor, M. M. (2015). Postintensive care syndrome and the role of a follow-up clinic. *American Journal of Health-system Pharmacy*, 72(15), 1315-1323.
<https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/26195658/>
15. Manual de buenas prácticas de Humanización en las Unidades de Cuidados intensivos. (2019). Programa de certificación de humanización de unidades de cuidados intensivos.
https://proyectohuci.com/wp-content/uploads/2022/01/Manual_BP_HUCI_rev2019_web.pdf
16. La Calle, G. H., Martin, M., & Nin, N. (2017b). Seeking to humanize intensive care. *Revista Brasileira De Terapia Intensiva*, 29(1).
<https://www.scielo.br/j/rbti/a/9sDvqzdt5nRP8QStGyGvyxk/?lang=pt>
17. Rojas, V. (2019b). Humanización de los cuidados intensivos. *Revista Médica Clínica Las Condes*, 30(2), 120-125.
<https://www.elsevier.es/es-revista-revista-medica-clinica-las-condes-202-articulo-humanizacion-de-los-cuidados-intensivos-S0716864019300240>
18. RAE. es (S/f).
<https://dle.rae.es/humanizar>

ANEXOS

Anexo 1: Cronograma de Gantt

CRONOGRAMA TFG										
	Sep	Oct	Nov	Dec	Ene	Feb	Mar	Abr	May	Jun
Elección del tema y formular la pregunta de investigación	■	■								
Definir los objetivos		■								
Búsqueda bibliográfica y realización del marco teórico		■								
Metdología, investigación (elaborar las entrevistas)				■						
Ánalysis de resultados y redacción						■				
Conclusiones y limitaciones								■		
Revisión y edición (índice, resumen, introducción y anexos)								■		

Figura 1. Cronograma de Gantt. Abreviación: TFG: Trabajo Fin de Grado. Elaboración propia.

Anexo 2: Estructura de la entrevista

ESTRUCTURA DE LA ENTEVISTA

Concepto de humanización de las Unidades de Cuidados Intensivos

1. ¿Qué significa para usted el concepto de humanizar las Unidades de Cuidados Intensivos (UCI)?
2. ¿Sabe usted de la existencia del Proyecto Humanizando los Cuidados Intensivos (HU-CI)? ¿Me sabría mencionar las medidas que se exponen en él?
3. ¿Qué medidas se están llevando a cabo en su hospital en la UCI referente a su humanización?
4. ¿Qué tipo de información o formación le han proporcionado para hacerle participe en este proceso?
5. ¿Qué piensa sobre la incorporación de estas medidas en este ámbito de salud?
6. ¿Antes de comenzar a trabajar en esta unidad, qué percepción tenía sobre esta mismo? ¿Ha cambiado esta percepción actualmente?

Enfermería y el “síndrome de *burnout*”

7. ¿Qué papel juega la enfermería en este cambio de paradigma?
8. Estas medidas incluyen el cuidado del personal y hacen mención del “síndrome del *burnout*” ¿Qué sentimientos y sensaciones ha experimentado usted respecto al tema?
9. ¿Qué estrategias se promueven para la prevención y el manejo para evitar este desgaste?
10. ¿Ha necesitado en alguna ocasión ayuda psicológica a consecuencia del desgaste profesional? Si es así, ¿cuál ha sido el desencadenante?

11. ¿Cómo cree que el “síndrome del *burnout*” puede afectar a la calidad de los cuidados?
12. ¿Y qué las UCI dispongan de puertas abiertas y más flexibilidad horaria cómo afectan a la organización del personal de enfermería?

Aspectos relacionados con la familia y el paciente

13. No se puede negar el avance tecnológico y el conocimiento por parte de los profesionales que forman parte de las UCI, pero no podemos decir lo mismo de las habilidades no técnicas, ¿Cree posible llegar a realizar esta atención integral a los pacientes?
14. ¿Opina que se da una falta de sensibilidad en cuánto a las necesidades de los pacientes? ¿Cómo cuáles?
15. Se habla de incluir a la familia en la atención y cuidados del paciente, ¿Qué piensa sobre este aspecto?
16. ¿De qué manera cree que las políticas restrictivas de esta unidad limitan el bienestar del paciente? ¿Y a la familia?
17. ¿Cuál es el protocolo que se utiliza en los cuidados al final de vida en esta unidad?
18. ¿Qué beneficios cree que puede aportar esta nueva línea de cuidados en la UCI?

Anexo 3: Transcripción de las entrevistas

PARTICIPANTE 1

Investigador (I): Buenas Tardes, somos Kaoutar y Elisabet, estamos llevando a cabo nuestro trabajo de fin de grado que trata sobre la percepción que tienen los profesionales de enfermería sobre la humanización en los cuidados intensivos.

Participante 1 (P1): Muy bien.

I: Antes hemos firmado el consentimiento informado, con lo cual has aceptado a participar, igualmente este consentimiento lo puedes interrumpir cuando quieras.

P1: Perfecto. Pues yo soy participante P1, enfermerx de UCI en este Hospital, Hospital 1, trabajo hace 20 años como enfermerx y 15 que estoy en la UCI.

I: Vale, pues si quieres y estás de acuerdo comenzamos la entrevista.

P1: ¡Sí!

I: Vale perfecto. La entrevista la hemos agrupado en tres bloques, primero trata sobre la humanización, luego sobre el síndrome de burnout que afecta bastante a los profesionales y luego aspectos sobre la familia y el paciente. Empezamos primero con el concepto de humanización.

P1: Vale.

I: La primera pregunta sería ¿Qué significa para usted el concepto de humanizar en las UCI?

P1: Vale, pues para mi es un concepto muy importante y significa no solamente cuidado de lo que es la parte más técnica y material aplicada al paciente, sino también la parte más humana y personal, de persona, pues acompañamiento con la familia, Mmm... vigilar todas las necesidades, de la primera a la última.

I: Perfecto. ¿Quieres añadir algo más a esta pregunta?

P1: No.

I: ¿Pasamos a la siguiente?

P1: Sí

I: ¿Sabe usted de la experiencia del proyecto de humanización de los cuidados intensivos HU-CI?

P1: Sí he oído hablar de ello y sé que se empezó, ahora no me acuerdo en que hospital era, creo que fue un médico que empezó a impulsar este proyecto y la verdad que cuando lo vi me pareció muy bien y también, realmente no es porque esté yo en esta UCI, pero realmente en esta UCI sí que intentamos humanizar, ¿humanizarla no? y la verdad que intentamos fomentar la humanización dejando entrar las familias, y se propuso aquí hacer una UCI abierta... bueno es que no sé si más adelante hacéis una pregunta sobre esto.

I: Sí, más adelante también nos referimos sobre las puertas abiertas.

P1: Bueno pues las medidas que se ponen en la UCI y que se hace en este Hospital pues es el acompañamiento con la familia, el acompañamiento al final de la muerte, el tema de intentar salir a la calle e incluso hemos hecho traer a los perros de los pacientes para que lo vean.

I: ¿Sí? Que interesante.

P1: Pues sí, de hecho, tenemos fotos muy bonitas que una compañera fue a presentar un póster para un congreso con fotos que hemos ido recogiendo cuando hacemos cosas así.

I: ¡Qué chulo! Bueno la siguiente pregunta ya la has ido contestando, ya que va relacionada sobre las medidas que aplicáis aquí.

P1: Sí, pues aquí se hizo... Se estuvo planteando porque antes era..., bueno en el hospital viejo, yo cuando empecé ya no se hacía así, las familias ya entraban dentro de los boxes, pero anterior a esto había unas ventanitas. Por un cristal las familias se ponían ahí y desde el cristal veían al familiar, contacto cero. No sé si en aquel entonces cuando se morían los dejaban pasar, ya no lo sé, pero vamos era todo súper frío desde un cristal ver a tu familiar, no sé. Y entonces, yo cuando entré sí que había unos horarios y que los más estrictos de todo el hospital eran en la UCI, aparte de reanimación y quirófano que por tema de asepsia, pero aquí ya hace años que se empezó a estudiar el tema de hacer una UCI abierta y a mí es una cosa que la verdad a mí siempre me ha parecido bien, yo soy súper *pro* en esto, de que entren las familias, de que estén con ellos porque realmente están mejor, las familias están más tranquilas y ellos se sienten más acompañados. ¿cuándo uno está enfermo que necesita tener al lado?

I: Extracto, a un familiar.

P1: Sí, estamos el personal de enfermería, pero no es lo mismo, intentamos suplir eso, pero si está la familia pues mucho mejor. Luego también se hizo aquí otra cosa en la UCI, hicieron un estudio aquí las compañeras, para poder entrar los niños a la UCI, una aplicación una app para... antes de que el niño entrara en una uci, en esa aplicación les enseña los sonidos que va a sentir de respiradores, de máquinas, de qué tipo de cables van a ver en su familiar, ya sea su madre, su abuelo. Pues para que cuando entren no sea el impacto tan fuerte, y se estuvo haciendo. Lo que pasa, que luego vino el COVID y se paró, ahora hay algún caso que se ha dejado entrar a niños, pero ahora en el hospital por tema COVID no dejan.

I: Vale, o sea, de momento ese tema se ha quedado más estancado.

P1: Se ha quedado en *standby*, está hecho el proyecto y todo y se ha llevado a la práctica, pero con el tema del COVID pues se paró, para evitar riesgos.

I: Súper interesante esa parte. Y además lo que has comentado antes, que los últimos estudios demuestran que sean tan herméticos realmente no aporta ningún beneficio extra, ni los cuidados, ni en la esperanza de vida, todo lo contrario, es lo que has

comentado, que lo has dicho súper bien. Y, es más, siempre se ha asociado que esté cerrada es lo que aumentaba la esperanza de vida y se ha demostrado que no.

P1: Sí, el miedo a entrar algún tipo de microbio o alguna cosa.

I: Y está muy bien eso que has comentado de la preparación del niño, una preparación previa antes de que entren en las UCI.

P1: Sí, y que aparte cuando llega un ingreso mismo, hay un médico de urgencias que pasa el parte a la doctora, y lo primero que pregunto es ¿y la familia? siempre cuando llega un ingreso, porque claro a lo mejor luego la familia lleva media hora rondando por el hospital y que no saben dónde está, pues si en urgencias le han comentado que vengan aquí, pues nosotros salimos un momento y le decimos que le estamos arreglando y que en diez minutos podrán entrar, eso para la familia es una tranquilidad. Ya sabes que para la familia es una intranquilidad, saber que un ser querido que te lo llevan a la UCI, dices uy... porque todo el mundo tiene concepto de UCI, muerte. Y, ¡No! pero bueno...

I: Pues si estás de acuerdo avanzamos a la siguiente pregunta.

P1: Mmmm... vale.

I: Bueno más o menos la tercera es lo que has estado comentando, las medidas que se están llevando a cabo en la UCI.

P1: Sí.

I: ¿Quieres añadir algo? Aparte he visto, porque sigo la cuenta del hospital en Instagram, puede ser... ¿Qué vengan aquí hacer conciertos?

P1: Sí, también hemos hecho musicoterapia. Han venido grupos y siempre se intenta, pues eso ampliar los cuidados y ya sabéis que la música les ayuda mucho.

Tenemos a un camillero que canta, que imita a Queen, por ejemplo, y teníamos un chico joven que estuvo mucho tiempo ingresado, y que también le gustaba mucho y le dijimos

venga va entra y haznos un concierto, y le cantó, la piel de gallina, el chico cantando, súper chulo y eso los anima un montón.

I: Y tanto, la música forma parte de nuestra vida.

Pasamos a la cuarta, ¿ha recibido algún tipo de formación relacionada con la humanización?

P1: Decir que me he apuntado un curso sobre esto, ¿No? He leído cosas, porque como me gusta el tema pues... pero que me han hecho una formación directamente, no.

I: ¿Su hospital no le ha proporcionado ningún tipo de medio?

P1: No. Directamente sobre la humanización, no. Si que es verdad que en general, aquí en la UCI estamos trabajando mucho con eso, el equipo médico y todo. Están muy a favor de este tema, o sea ya se decía siempre “*venga sacarlo a la calle*”, y cogemos un respirador, máquina, lo que haga falta ¿sabes? y nos vamos para fuera con el paciente, que les dé el sol, que vean a la familia.

I: Genial.

P1: Sí sí, los animales, dos veces han traído perritos. Fue un caso, pobre... fue el mismo que le cantaron, él tenía un perrito y el pobre se quedó un poco... bueno, nos quedamos un poco así... nosotros le dijimos sí que te conocerá ¿no? y de primeras no le reconoció. Pero claro, el chico llevaba una traqueo, no le podía hablar, no podía llamarlo ¿no? y quizá tanto tiempo en la UCI, los olores los pierde, yo me imagino que no es lo mismo que en su casa. Y bueno... pero luego ya sí, al principio se quedó en plan... “*no me ha reconocido*”, decía.

I: Vale. Pues pasamos a otra pregunta. Ya que la siguiente ya nos has contestado.

¿Has trabajado en algún servicio antes de estar en la UCI?

P1: Sí.

I: Pues... ¿Qué percepción tenían sobre la UCI al estar en el otro servicio?

P1: Vale, yo, por ejemplo, claro acabe la carrera y estaba en dos hospitales Hospital 2 y aquí. En Hospital 2 estaba en la UCI y aquí estaba en medicina interna, y yo pedía estar aquí en la UCI, porque a mí me gustaba mucho la UCI pero tampoco sabía cómo funcionaba esto, no había hecho ni prácticas, ni nada, yo siempre había estado en Joan XXIII. Comparando las dos, pero claro... también han pasado casi 20 años y sí que es verdad... que no se si también será por mi falta de experiencia, pero el contacto con las familias no lo recuerdo, también eran horarios de visita mucho más estrictos en aquella época y no recuerdo el contacto que yo por ejemplo tenía en la planta de medicina interna, que me conocía la familia y que entraban cuando querían.

Entonces, claro sí que es verdad, que lo veía más frío, y me acuerdo cuando mi madre me decía... porque claro... yo pedía aquí estar en la UCI, *“en la UCI con lo que te gusta a ti hablar”*, y me decía es que *“no te veo”*, y mis compañeras me decían *“¿estás segurx de querer ir a la UCI? como que no veían mi perfil ¿no?”*

Como que le sorprendía que yo escogiera UCI. Y bueno, si, si..., y no se a mí me gustó mucho, luego por ejemplo mi percepción cambió, porque no me esperaba que fuera tan personalizada, y a parte se ha ido avanzando en este tema como se sabe. Pero mi madre, estuvo un tiempo... porque mi abuela estaba ingresada en la UCI, me decía *“ostras ahora entiendo porque te gusta”*, ¿no?, porque tampoco lo conocía mi madre, ella se pensaba que la UCI es lo típico, máquinas, el paciente se muere, no habla. Pues no, hay muchos que hablan, muchos se salvan y bueno...

Es más, yo cuando acabé la carrera, no perdona, antes de acabar, que mis últimas prácticas en mi caso era te hacían elegir UCI, quirófano o urgencias. Yo pensaba UCI, no, UCI, no, ya que a mí me gustaba quirófano para ver sangre ¿no? hahaha

O urgencias porque... ostras ves muchas cosas, aprendes mucho ¿no? Yo estudié en Barcelona la carrera, pero las prácticas las pude elegir en Tarragona y me dijeron *“pues te ha tocado la UCI”*, y yo pfff... y luego me encantó sabes...

I: Vale, la siguiente pregunta sería si ¿ha cambiado esta percepción?

P1: ¿La percepción en qué sentido?

I: La percepción que tenías tú en el servicio de medicina interna, que decías que era súper frío el trato en la UCI, lo que comentabas de no tener el contacto con las familias.

P1: Sí, me daba esa sensación, pero ...

I: ¿y luego ha cambiado esta percepción no?

P1: Sí, sí, totalmente y más desde que se hizo UCI de puertas abiertas

I: ¿Nos puedes confirmar que se está dando este cambio?

P1: Sí, sí, se ha dado hace tiempo ya, hace años.

I: Perfecto. ¿Pasamos a la siguiente pregunta?

P1: Sí.

I: Vale. ¿Qué papel juega la enfermería en este cambio de paradigma?

P1: Bueno pues... yo creo que uno de los más importantes, porque como siempre se sabe, es quien está más cerca del paciente, más rato y más horas, entonces es quien más capta o escucha las necesidades que el paciente tiene y entre ellos siempre la familia.

I: Muy bien.

Pues ahora sí que pasamos al siguiente bloque, es sobre el síndrome de *burnout* que ha ocasionado con los cuidados intensivos. Pues pasamos a la primera pregunta ¿Qué significa para usted el síndrome de *burnout*?

P1: Vale, pues bueno sería el síndrome de estar quemado por una faena que tienes, que acabas aborreciéndola, la pérdida de las ganas ¿no?, yo me acuerdo cuando las prácticas de primero con toda la ilusión, y la típica enfermera que decía “*ahora muy*

contenta pero luego dentro de unos años ya me lo dirás". Yo gracias a dios puedo decir que yo esto no va conmigo, pero ya te digo...

Y que sentimiento he experimentado, sí que es verdad que con el tema COVID lo pasamos muy mal, pero yo lo he comentado muchas veces con alumnas, familias e incluso habiendo pasado todo lo que hemos pasado con el COVID, que lo pasamos muy mal, mmmm... yo volvería a elegir esta profesión y volvería hacer otra vez enfermería. No sé, no sé si es porque ha sido muy vocacional en mi caso.

I: Claro. ¿Podemos decir que no has sufrido el síndrome de *burnout*?

P1: Yo, no.

I: Vale. La siguiente sería, ¿Qué estrategias se promueven para prevención y manejo para el síndrome de *burnout*? En vuestro hospital, que tú has comentado que no has padecido este síndrome.

P1: El plan estrategias prevención y manejo del síndrome de *burnout*, bueno justamente ahora me he apuntado a un curso, que empiezo el mes que viene que es para afrontar el estrés, yo me he apuntado, aunque estrés no tengo en el trabajo, pero en mi vida personal y familiar a lo mejor si.... hahaha. pero bueno... me parece interesante y... nos hemos apuntado unas cuantas compañeras.

I: Muy bien. Realmente va relacionado con eso, con estrés y la sobrecarga.

Y la siguiente pregunta sería, ¿ha necesitado en alguna ocasión apoyo psicológico como consecuencia de la carga de trabajo?

P1: Mmmm... ayuda psicológica sí que he tenido en mi vida ¿no?, he ido a psicólogo, pero lo que es referente por el trabajo, yo no. Sí que es verdad que con el tema COVID pues hemos necesitado mucha terapia, recordando los momentos vividos, en plan que era como la guerra, que era el miedo que pasamos a no saber a qué nos estábamos afrontando... que nos iba a pasar.

Si que es verdad, que se nos comentó y había un teléfono de ayuda al personal sanitario que se podía llamar, y hubo unos días que tuve tentaciones de llamar ¿no? porque, bueno... porque somos personas y también nos afectan las cosas, yo lo que siempre

digo, es que no se me olvidarán las caras de miedo de los que ingresaban, esas caras de terror, eso no se me va a olvidar, pero bueno... Y ya te digo había momentos que lo pasabas mal y de llorar incluso y... A veces pensaba llamo o no llamo, y mi madre me decía "llama". La situación se me hacía una montaña, y el no parar, el ver que se necesitaba gente, que había bajas de compañeros, que decías bueno...

Yo me encontré que iba de noche en esa época, y ... no conocía a nadie, nos poníamos pegatinas para saber el nombre entre nosotros, y me encontré en ocasiones que la más veterana era yo, pero no eran nuevos de que dijeras... estaban en otras plantas, sino que eran nuevos de que acaban de acabar la carrera, enfermeras que nunca habían pisado una UCI, no habían visto nunca un respirador...

I: Por cierto ¿algún compañero o compañera que si hayas visto que le haya afectado el síndrome de burnout?

P1: Si que ha habido compañeros que, bueno, aquí se fue mucha gente más que por el hecho de la carga de trabajo, era quizás por las condiciones laborales, que en su caso pues veía que llevaban "x" tiempo, y claro como necesitaban captar a gente a lo mejor hacían mejores contratos a gente nueva que acababan de entrar, y yo que llevo 7 años... no. Tienen mejor contrato pues esto también te acaba quemando. Y se fueron bastante gente, se fueron más de urgencias que de UCI pero fue así un poco de estampida.

I: Vale. Pues pasamos a la siguiente pregunta, ¿cómo cree que el síndrome de *burnout* puede afectar la calidad de los cuidados hacia al paciente?

P1: Hombre yo creo que afecta de forma negativa, porque si no estás bien tú no puedes estar bien con los que cuidas, incluso con los compañeros, puede haber malas contestaciones ¿no?

I: Exacto. mmm... ¿Cómo cree que el hecho de que las UCI dispongan de puertas abiertas y de mayor flexibilidad horaria puedan afectar a la organización del personal de enfermería?

P1: A mí es que ... ya os he comentado antes que a mí personalmente no me molesta que esté la familia, hay gente que ha estado toda la vida de UCI, que estaba acostumbrada a un horario cerrado, como que le molesta ¿no?

Si tengo que hacer un procedimiento, por ejemplo, sacar sangre, le pregunto al familiar ¿que se maree usted? "*No, no, no me mareo tranquila*", pues vale a mí no me importa, le saco la sangre y me voy. Siempre le aviso a la familia lo que le voy a hacer, porque hay más de uno que se ha mareado no se...pues bueno yo siempre pregunto, que a ella o él no le importe.

O por ejemplo, cuando ves que son familias que están mucho rato y que estarán cansados, les dices: ves un ratito a desayunar que le vamos a lavar, le vamos a cambiar, tú desayunas y te vuelves. Pues así, vas jugando. No sé, yo creo que es muy importante, porque a mí me gustaría también ¿no?

I: Exacto.

P1: Cuando lo del COVID, es muy triste ... hacíamos video llamadas para que se vieran e intentábamos que las familias, mmm... bueno trajeran las cosas aquí y nosotros se lo acercábamos, tarjetas, cartas, dibujos... intentábamos que siempre hubiera lo máximo posible el contacto con la familia, pero... fue muy duro. Bueno yo conozco casos directos de una amiga mía que tuvo a su padre, yo pasaba antes de entrar a trabajar, me esperaba con una bolsita con cartas de los nietos, son cosas que yo cogía y se lo traía y bueno... el pobre agradecido. Yo realmente no estaba haciendo nada, simplemente una cartita, pero claro...

I: Claro. Nace de la persona el hacer estos actos.

Ahora sí que pasamos al último bloque.

P1: Vale.

I: Va sobre los aspectos relacionados con el paciente y la familia. Se habla de incluir a la familia en la atención y cuidados del paciente, ¿qué piensas sobre este aspecto?

P1: Pues que perfecto, me acaba de recordar ahora mismo de un paciente que tenemos aquí, que a ella le encanta cómo cocina su hija, y ahora ha empezado a comer, de

momento purés, pero bueno... pero los de aquí en el hospital no están del todo ricos, y a ella le gusta las lentejas que hace su hija, pues no te preocupes que tu hija te traiga las lentejas, y ella súper contenta de comerse su tarrito de lentejas, y le trae su hija triturada. Es muy importante que la familia esté de soporte porque claro ... por todo, por la alimentación que también es súper importante para la recuperación.

I: Exacto e individualizar los cuidados. Son pequeñas acciones que mejoran muchísimo.

¿Pasamos a la siguiente?

P1: Sí.

I: ¿De qué manera cree que las políticas restrictivas de esta unidad limitan el bienestar del paciente?

P1: Bueno... en general no somos muy restrictivos en esta UCI, incluso antes de tener las puertas, cuando era con horarios, siempre hemos sido flexibles y la gente nos pedía, por ejemplo, cuando yo estuve en la época que iba de noches, ¿Se puede quedar el familiar a dormir aquí? A mí no me molesta, ni a mis compañeras, se ponía una butaca y tal, siempre hemos intentado ser muy flexibles en este sentido. Entonces... restrictivas quizá ahora podría decir lo de los niños ¿no? incluso ahora estando prohibido entrar en el hospital por tema COVID, hemos tenido algún caso que, si le hemos dejado, por ejemplo, una chica que tenía que ingresar en el Pere Mata y en el Pere Mata no dejaban, y dijo “¿pueden venir mis hijos y tal?” y le dijimos que sí.

I: Muy bien que valoréis las sugerencias de vuestros pacientes o las situaciones de ellos.

P1: Sí. Se debe de individualizar.

I: Vale esto quizás ya lo hemos comentado antes pero que está bien recalcarlo, ¿Qué beneficios puede aportar el rol de la familia en los cuidados?

P1: Pues aporta mucho, para el estado de ánimo del paciente, mmm... para la recuperación más rápida, para la ayuda de los cuidados posteriores una vez salgan de la UCI, saber el manejo de ese paciente pues porque han visto como se lo ha hecho la

fisioterapia y se lo hacen luego ellos, una de las cosas que estamos pidiendo es fisio, que nos vienen el mismo servicio de fisioterapia del hospital, viene aquí a hacer la fisioterapia pero a lo mejor que está 10 minutos por box, esos ejercicios sería interesante durante el día, pues si está el familiar, pues por ejemplo, esa señora misma del puré, su hija a la tarde le hace hacer los ejercicios otra vez que ve que le hace la fisio, pues seguro que cuando esté en su casa la señora continuará, que le va bien ese ejercicio para mejorar la respiración ¿no? mejora el cuidado general.

I: Además es una de las medidas del proyecto de HU-CI incluir las familias en los cuidados.

La siguiente sería ¿la humanización en su unidad contempla la familia en los cuidados al final de vida?

P1: Sí, siempre lo hemos tenido muy en cuenta e incluso dos compañeras que una se ha cambiado de servicio ya por necesidades personales y la otra está jubilada, machacaron mucho este tema por el tema de la muerte e incluso pidieron de hacer una sala especial para que el paciente pudiera estar con la familia en sus momentos finales y también lo tenemos muy marcado este tema y siempre que tenemos un exitus, siempre avisamos y dejamos que entren. Ahora, por ejemplo, las normas son dos familiares por paciente dentro del box ... de 14h a 20h de la tarde por el COVID, durante ese horario pueden salir siempre habiendo dos personas dentro y en caso de pre-exitus el número de personas que quieran.

I: Una cosa, te has referido a una sala, porque el tema de informar la familia del paciente ¿tenéis algún sitio?

P1: Sí, normalmente si el paciente está consciente y orientado y él quiere oír la información médica que se le da a los familiares, mmm... los médicos lo suelen hacer dentro del box, si tienen que comentar alguna cosa más delicada o el paciente está sedado y la familia quiere que a lo mejor ¿no?, comentamos que pueden oír ¿no? se van a un despacho, no hay uno porque claro son muchos médicos informando ¿no? pues uno se pone en el despacho de la secretaria que ahora no está, el otro se pone en una salita que tenemos así para la familia, a veces sí que es verdad que informan en un rinconcito en un pasillo, siempre se intenta intentar la privacidad lo más posible ¿no? pero...

I: Vale. Y ya sería la última pregunta, dejando de lado el conocimiento de los recursos tecnológicos de las UCI ¿Qué considera que debería incluir una atención integral del paciente?

P1: Yo creo que vamos por el camino de esto ¿no? con esto de la humanización que es como lo que quedaba como más abandonado en la típica UCI ¿no? de toda la vida cerrada y... bueno, no sé, lo que ahora para ser de todo ideal de la UCI, faltaría, ahora tenemos camilleros que antes no teníamos, lo llamábamos y venían, pero ahora por la mañana hay dos, por la tarde uno y por la noche uno, y... pues ahora lo que nos gustaría incluir sería el tema del fisio, que también que estuviera siempre y se ha pedido, un fisioterapeuta de UCI.

I: Perfecto. Muchísimas gracias por tu colaboración, un placer.

PARTICIPANTE 2

Investigador (I): Buenos días, somos Kaoutar y Elisabet, alumnas de cuarto que estamos realizando nuestro TFG sobre la humanización de los cuidados intensivos. Está es la segunda entrevista que estamos realizando y estamos con participante 2 (P2).

Participante 2: Buenos días. Yo soy participante P2, enfermerx desde hace años, y desde, pues... desde que empecé que estoy en UCI, en el Hospital, si que estuve un tiempo de reten eh... por todo el hospital, pero fue medio año solo y prácticamente casi siempre acababa otra vez en servicios críticos, porque al final siempre falta gente, pero bueno prácticamente mi trayectoria ha sido siempre UCI.

I: Genial. Pues empezamos la entrevista, la primera pregunta es: ¿Qué significa para usted el concepto de humanizar las UCI?

P2: Uff... es que es complicado, es muy complicado, estoy vinculada en el proyecto de la humanización de la UCI, pero, a pesar de ello, es un poco complejo de describirlo. Para mí humanizar la UCI, es que, es un sitio muy tecnológico, demasiado tecnológico y eso despersonaliza los cuidados ¿no? son pacientes muy críticos que requieren de esa tecnología ¿no? y de esa tecnificación de los cuidados, pero no podemos dejar de

lado que no estamos tratando a maquinas sino que estamos tratando a personas ¿no? y... creo que es lo que se busca con la humanización, el encontrar el equilibrio entre esta tecnología, tecnificación de los cuidados y tener en cuenta que estamos con personas, somos personas tratando personas, ¿no? Y cuidando de personas, entonces, para mi es eso humanizar la UCI ¿no? Darle ese punto de que no estamos en una fábrica, que estamos cuidado de personas. Sea el camino que sea, que tenga que seguir, pero... estamos a cargo de personas.

I: Muy bien. Que realmente nosotras hemos empezado el trabajo porque siempre ya sin tener experiencia siempre escuchas que las UCI que es un sitio que es muy hostil, se tiene en cuenta más... que sí que requiere muchísimos cuidados, pero se tiene más en cuenta toda la base tecnológica y la persona se deja...

Ya sea porque también la base tecnológica es bastante compleja, entonces también muchas veces dedicas mucho a eso, pero nunca hay que dejar de lado el cuidado hacia el paciente que realmente es muy importante.

P2: Bueno, yo creo que el problema es que avanza tan rápido, que también incluso aun estando allí día a día, tienes que estar constantemente actualizándote, entonces al estarte ¿no? Hoy, por ejemplo, esta tarde tengo un curso de una cosa que va a cambiar del paciente neuro crítico y es poner un sensor más. Si ¿no? Todo eso tenemos que ir aprendiendo, ir siguiendo, ir avanzando, pero sin olvidar que... a quien tenemos delante.

I: Exacto. ¿Quieres añadir alguna cosa más a esta pregunta?

P2: No.

I: ¿Pasamos a la siguiente?

P2: Sí.

I: ¿Sabe usted de la existencia del proyecto humanizando los cuidados intensivos HU-CI? y si es así ¿Nos sabrías mencionar las medidas que se exponen en él?

P2: Bueno, yo sobre la humanización de la UCI, ehh... pues hay muchas cosas, así a grandes rasgos pues la apertura de las puertas de UCI ¿no? Creo que es una de las grandes medidas que humanizan la UCI, permitir que la familia pueda estar el mayor

tiempo posible con su familiar, familia o amigos, es en plan que siempre hablamos de la familia, pero los amigos también son muy importantes. Ehhh... el intentar la movilización precoz ¿no? Intentar disminuir, no digo que sea necesario e imprescindible, pero disminuir también a veces mucho tratamiento farmacológico con otro tipo de cuidados ¿no? Siempre nos quedamos con el acompañamiento, y pues hacer que la familia este con ellos ¿no? Y quizás le disminuye las necesidades de ansiolíticos ¿no?

I: Es así, la evidencia es lo que ha demostrado, que realmente aportando estos pequeños cambios es beneficioso para el paciente, no tiene nada que ver con que sea hermética, tanto avance tecnológico, o sea no afecta realmente ni a la esperanza de vida ni el pronóstico del paciente.

Mira, ¿te comento que habla este proyecto?

P2: Sí.

I: Pues es un proyecto que nació aquí en España en 2014, se llama proyecto HU-CI que tiene en cuenta todos los profesionales que trabajan en la UCI, o sea, en realidad no está dedicado solamente a médicos o a enfermeras, o sea, tiene en cuenta la última figura que pueda estar ahí en las UCI. Se incluye 8 medidas, que son pequeñas acciones que realmente han demostrado un gran beneficio para el paciente. La primera sería que la UCI sea de puertas abiertas, como has comentado, mejorar la comunicación con pacientes y familiares, tener en cuenta el bienestar del paciente, la presencia y participación de los familiares, cuidado del profesional que trabaja en las UCI, prevención y manejo del síndrome de post cuidados intensivos que lo padecen un gran número de pacientes, luego que sea una infraestructura humanizada y por último que se tengan en cuenta los cuidados de final de vida.

P2: Bueno, aquí es donde se tendría en cuenta si saben si tienen el documento de voluntades anticipadas, que son unos gran desconocedores de ello.

Este proyecto nos ayuda a seguir la guía, nosotros por ejemplo le hemos dado mucho énfasis en la unidad donde yo estoy en los cuidados al final de vida, muchísimo énfasis, no solamente el saber que quería el paciente sino, aunque el paciente no haya dicho nada, darle una muerte digna por ejemplo ¿no? O que no tenga que sufrir, seguir una serie de indicaciones para, bueno... ayudar tanto, bueno es nuestra idea, lo ideal es que todo el mundo salga adelante, que todo el mundo se cure, salga de la UCI, se cure y

salga con unas condiciones adecuada. Pero no siempre se puede conseguir ¿no? Entonces, esa ayuda en ese tránsito, tanto hacia la vida como hacia la muerte.

I: Pues pasamos a la siguiente, ¿Qué tipo de medidas se está llevando a cabo en la UCI de su hospital referente a la humanización?

P2: Emmm... siguiendo un poco la guía que me habéis explicado, por hacerlo un poco con orden, el tema de las puertas abiertas, nosotros ya hace varios años que tenemos puertas abiertas, y con todo el COVID la verdad que se ha... ha habido ahí como un impasse, que retrocedimos una barbaridad, o sea, ni yo cuando empecé hace 12, 13 años lo había visto así, emmmm... pasamos a una UCI que solo abría al medio día para que pasaran las familias, venían, les informaban los médicos y se iban, y tenían una horita y gracias, a coger e irse ampliando ese horario, poco a poco, también para adaptarnos los profesionales. Hay gente que está más predispuesta a que estén los familiares ¿no? Y hay gente que no, que no le gusta, y esto pasa y pasará toda la vida. Entonces se fue ampliando poco a poco el horario, llegamos a tener un horario de... pues yo diría si no recuerdo mal prácticamente 12 horas del día en la UCI y luego con el COVID, claro pasamos a... de 100 a 0 ¿no? Hacer videollamadas con las familias, explicando por teléfono como se tenían que conectar para que luego nos pudiéramos conectar por videollamada y ahora poco a poco parece que vamos recuperando, entonces ahora mismo de puertas abiertas tenemos... se abre a las 12:30 del medio día se abren las visitas hasta las 20:30 de la tarde, entonces en este horario pueden entrar y salir hasta 3 personas al día, esto es como está establecido hoy en día, ya os digo esto depende de la organización no depende de la UCI, lo que sí que es verdad que nosotros hacemos un poco de más y de menos ¿no? Pacientes que llevan más tiempo, que están despiertos ¿no? Si están sedados pues quizás... sedados normalmente con un grado de sedación elevado no insistes tanto en la familia, también depende un poco del entorno, de lo que veas ¿no?

I: Exacto, individualizar.

P2: Por ejemplo, los menores de edad porque a veces tenemos menores de edad que les tocaría quizás una UCI pediátrica, que están en ese impasse que son demasiado mayores para estar en una UCI pediátrica, pero tienen que estar en alguna UCI entonces los tenemos nosotros, ellos tienen permiso 24 horas porque tienen que estar acompañados de al menos un tutor o familiar, alguien que sea mayor de edad y luego eso que os digo, que vamos haciendo de más y de menos dependiendo de cada

persona. También, por ejemplo, nosotros estamos intentando protocolizarlo, pero ya lo estamos llevando a cabo los paseos, los paseos de cura, la idea que salió de UCI de Andalucía, pero nosotros también lo estamos aplicando, pues intentamos, queremos protocolizarlo un poco más que tipo de paciente tendría que entrar dentro de este proyecto ¿no? Pero los paseos que cura ahora estos días que hace frío, hoy ha salido el sol, pero cuando llueve y tal, y las condiciones climatológicas no lo permiten, pero intentamos pues eso, que salgan a la calle, quedamos con la familia, algunos ¿no? Tienen animales de compañía, que de momento no pueden entrar en la UCI, pero... es una cosa que estamos varios profesionales, no luchando, porque hay otras luchas aún, antes, pero que nos gustaría, según que animales de compañía obviamente, pero intentar que entren.

I: Estría bien.

P2: Por eso, que lo intentamos, en ese sentido considero que si es un ... tenemos una UCI bastante humanizada, movilización precoz con los pacientes, es un proyecto muy importante que empezó en la UCI de aquí, del hospital 2, y... todo eso al final va muy ligado, la fisioterapia va muy ligado de la humanización, porque también se intenta que las familias ayuden en ese sentido. Y... que más... recuérdame lo del proyecto

I: Por comunicación, me has comentado, que ahora realmente a tiempos de COVID, mmm... la información que se les proporciona a las familias se hace en el mismo hospital ¿no?

P2: Actualmente, sí.

I: Porque en muchas más UCI se hace por vía telefónica.

P2: Aquí lo que se hace, en principio la información médica, en principio la dan al medio día, normalmente entre las 14 y las 15, ehh... y se la dan al familiar que esté en ese momento en la habitación. En principio si no hay familiar, como el horario de los médicos, se quedan los de guardia, pero claro, pero los de guardia tienen que estar para incidencias ¿no? Para urgencias, no para estar informando a toda la UCI, ehh... entonces en principio a partir de las 15 si no han podido informar, llaman por teléfono al familiar y le explica.

En principio las familias no pueden llamar, porque en principio realmente tú no sabes identificar el teléfono si te está llamando un familiar o no, entonces normalmente lo que

siguen es eso, intentan informar en persona, siempre es como ¿no? Es un poco más cálido, el informar a veces no son noticias buenas, a veces si ¿no? Entonces no es lo mismo informar en persona que informar por teléfono, siempre intentar hacerlo en persona y sino ya llaman por teléfono al familiar referente.

I: Vale, perfecto.

P2: Luego a nivel de más medidas, sobre todo nosotros, el tema... ya os he dicho los cuidados al final de la vida, nosotros los tenemos, no sé en otros sitios ¿eh? Como no he trabajado en otros sitios no se decir pero nosotros estamos muy encima, somos un equipo que nos hemos informado un poquito más en los cuidados al final de la vida, todo el proceso, hay un equipo médico muy potente que está al tanto de cuidados, no me gusta decir cuidados paliativos, cuidados al final de la vida y... la verdad que creo que es algo que en nuestra unidad lo llevamos muy bien, hay un protocolo muy descrito de cómo hacer los cuidados al final de la vida sobre todo en proceso ya al final, cuando se hace un destete o una extubación terminal, desde al nivel paciente, profesional, familia ¿no?, como hacer todo el abordaje, estamos muy al día en ese sentido.

I: ¿Y estas medidas sugieren del personal de enfermería, médicos, dirección...?

P2: Sobre todo es desde la unidad, médicos y enfermeras, emmm... a ver todo surgió hacer unos años, hará ocho años o así, o sea ya existía y se hablaba de los cuidados al final de la vida pero hace unos ocho años o así, fuimos un grupito de enfermeras que nos revelamos un poco, porque no veíamos que se estuviese haciendo de la forma más adecuada, no se estaba haciendo mal pero se podían hacer cosas mejores, entonces nos empezamos a mover un poquito, y... la verdad que era aprovechar el potencial del personal que ya tienes formado y había un equipo médico formado muy potente y... no se estaba aprovechando, entonces... al final es un trabajo... es lo que hablabais un proyecto de humanización no es solo enfermería, es para el equipo médico... para el equipo sanitario y el no sanitario, los celadores también cuentan y muchas veces nos cuesta hacer unos buenos cuidados porque el personal no sanitario no lo acaba de entender o no lo quiere entender, no sé hasta qué punto. Cuesta, a veces cuesta, no todo el mundo entiende que en un proceso final de vida tienes que seguir haciendo cuidados, tienes que seguir haciendo cambios posturales, tomando medidas, que no tengan hipertermia y el paciente esté con disconfort ¿no? Eso hay profesionales que les gusta mucho.

I: Otras de las medidas que me gustaría comentar sería la infraestructura humanizada, porque hay mucha creatividad en las UCI.

P2: En navidad ponemos decoración navideña, nuestro árbol, serpentinas estas cosas así pero sí que es verdad, ahora se ha construido una nueva UCI estamos en obras, y se van construyendo las nuevas UCI por fases y ahora tenemos una UCI más nueva que está desde junio del año pasado en funcionamiento y la otra que lleva 4.000 siglos ahí, entonces, claro por ejemplo la UCI nueva, eso ya es mi opinión personal, pero para mí es muy fría, paredes muy blancas, boxes que son grandes, con ventana que está muy bien ¿no? Para que el paciente pueda ver la luz del día ehh.... Las puertas son todas de cristal que se pueden tintar, para en vez de poner cortinas por cuestiones de medicina preventiva, no puede haber cortinas que no se puedan limpiar fácilmente pues son cristales que se tinta para que desde fuera no te puedan ver mientras se hacen cambios posturales, por intimidad del paciente, en ese sentido está bien pero para mí esa UCI es muy fría ¿no?, paredes muy blancas, boxes grandes e individuales que esto ya lo teníamos nosotros, pero brazos como si fuera quirófano, con la torre de medicación, torre de bombas, sistema de aspiración en el otro lado el ordenador, el respirador, bueno... camas que sí que te permiten hacer muchas cosas, en ese sentido del cara al paciente no me parece tan mal pero sí que es verdad en esta nueva construcción se ha tenido en cuenta que haya una sala de información para las familias, para que haya intimidad en según qué momentos no se dé la información en los pasillos como antiguamente o se iban al despacho de la secretaria porque no había un espacio físico, ahora hay una sala para los familiares que también tendrán su neverita, su máquina de café, todo esto está en obras ya os digo, se ha pensado en humanizar más la parte familiar, siempre hemos permitido que si traían algún tipo de dibujo de un nieto, que lo cuelgue, fotos eso sí nunca habido problema en ese sentido pero sí que me falta un algo, no te sabría decir el que porque claro el problema es que no puedes libremente hacer lo que quieras, pero sí a nivel de estrategias de estructuras pues habido algún cambio.

También es verdad que cuando hay un proyecto nuevo, nos piden opinión, pero sobre el papel se ve de una manera, pero cuando lo ves construido dices mmm... ¿no? Cambia la cosa, pero bueno siempre se pueden cambiar cosas, una cosa tan tonta como tener una televisión dentro del box, nosotros antes no teníamos televisiones, cada vez tenemos más pacientes que están despiertos, que no lleva sedación o que llevan una sedación muy ligera y... no tenían más entretenimiento, y le poníamos la tele con el ordenador que se enganchaba cada dos por tres porque saltaba el salvapantallas, pues tener televisión, muchos lo agradecen. Se pueden poner la televisión, se pueden poner

la radio, además es televisión gratuita en la UCI, lo agradecen mucho, y es una tontería, pero...

I: Exacto, realmente son pequeñas acciones pero que esto hace que cambie mucho el bienestar del paciente.

¿Pasamos a la siguiente pregunta?

P2: Sí.

I: ¿Ha recibido algún tipo de información relacionada con la humanización?

P2: Más por interés propio que otra cosa eh...sí que es verdad que... sobre todo ya os digo el cuidado al final de la vida que es lo que más al final también es lo que a mí más me ha llamado la atención personalmente y es con lo que más me he ido formando. Sobre todo, sesiones de la sociedad catalana de medicina intensiva o la sociedad española de la enfermería intensiva, al final... obviamente siempre hay cursos en los propios hospitales de cuidados al final de la vida o de cualquier otra cosa ¿no? Incluso de propios compañeros, que cada vez tenemos inquietudes, buscamos información y nosotros mismos al final creamos una formación para nuestros propios compañeros. No es que haya hecho gran cosa más eh....

I: Perfecto, pues si no tienes que añadir nada más pasamos a la siguiente que sería: ¿Qué piensa sobre la incorporación de estas medidas en la UCI? Porque realmente hay gente que es un poco reticente a estas medidas.

Yo es que la verdad soy una persona "*open mind*", eh... creo que es necesario, necesario que estén las familias, ósea para mí por ejemplo el gran punto de la humanización es la familia, o sea, el paciente es muy importante, siempre parte ¿no? muchas veces a las familias, hay veces que hay familia que reclama más tu atención ¿no? Y... al final hay veces que tienes que marcar un poco las limitaciones y al final les tienes que decir: te entiendo perfectamente pero mi prioridad es él que está en la cama ¿no?, pero... es importante que la familia vea que le esté cuidado, que estás con él, probablemente le deja más tranquilos emmm... también, porque yo soy de hablar mucho, entonces muchas veces, a mí me va muy bien porque yo charlo por los codos ¿no? Y a veces, la gente te dice: "*ets molt maca*" y tú gracias, te lo agradezco, pero lo que me gusta a mí es la chachara hahahaha. ¡Claro! Hablo, les explico tal, no sé qué,

al final todo eso te permite también enterarte cosas del paciente que quizá ahora no te interesa, pero cuando se vaya a despertar sea información importante. Como... una celiacía no conocida porque resulta que es un paciente que no está puesto en tu sistema porque viene de fuera ¿no? Y resulta que es algo que la familia no cae en decírtelo porque lo que ha tenido ha sido un accidente de tráfico, pero cuando se despierte y le pida una dieta será algo importante ¿no? Y... bueno, todo eso son cosas muy pequeñas que te permiten que el cuidado sea mucho mejor, yo creo que le da calidad. Que se incorporen todas estas medidas le dan calidad a tu atención ¿no? No sé, es la sensación que yo tengo eh...

Y también sí que es verdad que, por ejemplo con las puertas abiertas puede ser que la familia te dé más trabajo por decirlo de alguna manera, hay familias que son muy absorbentes ¿no?, que están todo el día llamando al timbre, que intentan ... pero también depende un poco del carácter tuyo ¿no?, yo he tenido casos que compañeras: *“no puedo más es que ha estado toda la mañana llamando al timbre”* y conmigo por la tarde quizá han llamado al timbre 5 veces, quizás estoy más dentro de la habitación que mis compañeras, no lo sé porque no estoy ¿no? O quizás como entro y hablo mucho y estoy con ellos y hago terapia, les explico, terapia por decirlo de alguna manera eh.

I: sí.

P2: Les explico y... les explico todo lo que hago, yo creo que la familia tiene que saber que estás haciendo, que le estas poniendo, que medidas estas llevando a cabo para que su hijo o su hermano esté mejor, mira esto pita no te preocupes que yo estoy al tanto y ya sé que va a pitar dentro de 5 minutos, no te preocupes, es una medicación que le estoy pasando, el explicarle todo, o sea es verdad, sí, quizás te llama alguien diciendo: *“es que no para de pitar”*, pero si le explicas te avanzas, esa familia si vas un rato sin ir y tu sabes que es un paracetamol, mmm... hombre tienes que ir a parar la bomba lo antes posible pero a veces surgen urgencias y no puedes y tu ya sabes que es un paracetamol. Como a la familia ya le has informado y ven, porque además ven cuando hay movimiento, te lo dicen, *“oye hoy tenéis una tarde movidita”*, lo ven ¿no?, y creo que entienden mejor nuestro trabajo y también te pueden ayudar, una cosa tan simple como hacer una higiene, poner una cuña, muchas veces les da mucho miedo porque no lo han hecho nunca, porque ven mil cables y mil historias, pero tú les explicas como hacerlo y te ayudan encantados, porque te ayudan a ti, están ayudando a su familiar y además se sienten realizados porque ellos también se sienten parte de este cuidado. Yo creo que es imprescindible

I: Realmente en el proyecto incide mucho que las dos partes salen ganando, lo que hace que esté las familias, tú vas avanzando información, les quitas ansiedad, les quitas... claro tenemos un aula solo para dar información, saldrán dudas y se irán a casa con más dudas a lo mejor al día siguiente será otra vez vuelta a empezar, claro, y lo que ha demostrado es eso, que estén más en las UCI es beneficioso tanto para el profesional como para las familias.

P2: Bueno y el síndrome post-UCI, se estudia mucho en el paciente, pero en la familia no se estudia y muchas veces hay pacientes que pasan poco tiempo por decirlo de alguna manera pero pacientes que pasan con nosotros 3-4 meses cuando suben a planta, la de plante te dice: "*hombre es que son súper demandantes*", también es verdad que nosotras podemos estar más encima porque la carga asistencial es distinta, o sea yo tengo una carga de trabajo en UCI muy elevada mmm... pero llevo dos pacientes ¿no? Y quizás, una carga a nivel de comparación tengo una carga elevada e igual que una enfermera de planta, pero llega un momento en que ese paciente se va recuperando y está en un "*impass*" que podría estar en planta, pero no está por alguna otra razón, porque no hay camas, porque es un paciente complejo que para asumirlo en planta tienen que distribuir cargas y eso hace que tengas un poquito más de tiempo y te puedas dedicar de otra manera.

I: Y además a parte de la comunicación con la familia también es muy importante la comunicación hacia al paciente ya que muchas veces pensamos en que están sedados de realmente hacer algún tipo de técnica o algún cuidado y no decirle lo que le vas a hacer ¿no? Creo que también es muy importante porque al fin y al cabo pueden llegarse a enterar y esto le puede tranquilizar.

P2: Bueno... es que esto se dice nunca se sabe hasta qué punto escucha, hay pacientes que se han despertado y me han dicho: "*yo escuchaba una voz que me tranquilizaba, no recuerdo que voz es, no la puedo identificar*". Yo soy de las pesadas que "te lavo la boca" "te vamos a girar a tu izquierda que estamos cambiando las sábanas" y quizás están sedados y relajados, pero yo les explico igual porque nunca se sabe... y a mí me gustaría que me explicarán las cosas, me entere o no me entere, porque puede ser que yo no me pueda expresar pero... ¿no? Que pueda estar entendiendo algo o procesando algo de lo que me están diciendo, y si tu estas sedado y no te puedes mover y te menean para un lado y para el otro al meno saber que está pasando contigo ¿no, también, bueno... es una forma de recordar que estas con una persona, al final tu misma deshumanizas.

I: Es así tal cual. Vale pues la siguiente sería, ¿antes de empezar a trabajar en la UCI que percepción tenías sobre esta y si ha cambiado esta percepción?

Quiero recordar que has dicho que no has trabajado en ningún servicio que no haya sido UCI ¿no?

P2: No.

I: Mmmm... pero bueno la percepción que tenías antes de empezar en la UCI mismo.

P2: A ver... yo lo que recuerdo es que un tío mío se quemó y lo ingresaron en la UCI y a mí no me dejaban pasar porque yo era pequeña, podría tener 13 o 14 años y no me dejaban pasar porque era la UCI, pero es el único contacto que he tenido con UCI antes de ser enfermera. También es verdad que yo en mi casa, claro... en mi casa hay una historia familiar hospitalaria, mi madre es enfermera, era enfermera de quirófano que es distinto, pero... bueno, mi madre es muy todoterreno ¿no? Antes de estar en quirófano ha estado por muchos sitios, emm... entonces yo creo el ser más humana en los cuidados yo creo que lo he aprendido de mi madre, entonces creo que... por eso os digo que también depende de la forma de ser de cada persona, yo creo que esto, claro... que percepción tenía sobre la humanización en la UCI, no lo sé, no te lo sé decir, porque... por un lado hace muchos años y por otro pues... claro, yo ya entré además entre con una persona que ya era “pro”, no puedo decir “pro familias” porque antes no se llevaba tanto ¿no? Y había muy poco tiempo de apertura, pero sí que era una persona muy de implicar incluso al paciente de sus propios cuidados, entonces yo ya entré hacer las prácticas viendo mmm... que al paciente se le ponía un poco ¿no? Se le trataba un poco más como una persona y no como un cliente más ¿no que ya se le tenía un poquito en cuenta, pero también ya os digo porque fui a parar con una persona que tenía eso en cuenta porque había muchas compañeras que no. Que iban hacer su trabajo, sus 7 horitas y para casa ¿no?, entonces la percepción es distinta, que ha cambiado con los años, sí, claro. Cuando yo entré la humanización no existía, no existía como tal pero sí que se hacían medidas porque ya había profesionales que estaban interesados en todo eso. Ya os digo sobre todo cuidados al final de la vida, pero que al final, empiezas por una cosa y una cosa te lleva a la otra.

I: Me alegro de que siempre hayas tenido esta percepción. Y luego ya la última pregunta de este bloque, mmm... sería ¿Qué papel juega enfermería en este cambio de paradigma?

P2: Yo creo que es un papel muy importante, porque al final somos las que estamos a pie de cama las 24 horas, no la misma persona porque 24 horas seguidas sería mortal, pero creo que es muy importante, al final es, somos un colectivo mmm... bastante mayoritario porque al final te paras a mirar y... en una guardia hay 4 médicos, pero hay 4 médicos para 2 UCIS por lo menos allí en Hospital 2 pero estamos trabajando 13 o 14 enfermeras ¿no? La comparación, entonces al final si... todos vamos haciendo, vamos poniendo de nuestra parte, al final estamos todas las enfermeras, todas las TCAE ¿no? Y... a veces, muchas veces como todos al final, todos tenemos días, todos tenemos vida fuera, entonces si todos tenemos la misma visión de humanizar, de tener en cuenta a la persona al final, yo creo que al final, nos vamos llevando todos y al final te vas arrastrando y eso lo notas. Porque muchas veces sabes ¿no? Cuando trabajo con esta persona, estoy súper tranquila porque sé que va a cuidar hasta el mínimo detalle, no se va a ir del box hasta que no vea que la persona esta cómoda ¿no? Y le va a preguntar 5 veces “¿seguro que estas cómodo?” “¿te pongo la almohada de otra manera?” ves que al final eso también se contagia un poco, supongo que al principio también se nota mucho al principio cuando alguien empieza a trabajar, que acaba de acabar la carrera, que al final es lógico, te preocupas por saber cómo cargas la medicación, por la tecnología, estas en otras cosas pero cada vez más como las tutoras son gente más emmm... preocupadas también en la humanización, creo que van cogiendo un poco toda la visión, y eso al final es que somos un plan de equipo y creo que al final si humanizamos en la UCI, mucha gente comienza en UCI y luego acaba en otro servicio, al final esto se va ampliando.

I: Vale, pues pasamos al siguiente bloque si no quieres añadir alguna otra cosa.

P2: No, yo creo que no.

I: Vale, esta ya entra sobre el bloque del síndrome *burnout* y sería ¿Qué significa para usted el síndrome de *burnout*? Y ¿Qué sentimientos o sensaciones ha experimentado respecto sobre este tema?

P2: Aix... es difícil, emmm.... es que es muy difícil, el síndrome de *bourmut* depende de tantos factores y estamos en una mala época, pero considero que la mala época ya la

hemos pasado. En época COVID, yo lo pasé muy mal, yo y todos mis compañeros, al final el síndrome de *burnout* mmm... yo creo que lo hemos sufrido todos eh... no es siempre por culpa del trabajo ¿no? A veces es por las instituciones, bueno es muy complicado, la verdad es que aun sabiendo de que va, es difícil de reconocerlo que lo estas pasando, que estas pasando una situación que se podría definir como *burnout*, supongo que... lo que hablan siempre de la vocación, es verdad que habrá gente que será enfermera que no tenga vocación, pero sí que es verdad que el tipo de trabajo que es enfermería implica tener un cierto grado de vocación y acabas haciendo siempre más cosas. Que si que es verdad que muchas veces hay cosas que te mueven por tema económico ¿no? Si no haces un trabajo no cobraras los objetivos y eso pues es un dinero al final de mes extra que lo agradeces ¿no? Pero muchas veces mmm... si hablas con la mayoría de gente, la mayoría de gente acaba haciendo cosas fuera de su horario laboral para poder mejorar, para alcanzar otro nivel, pero no solo nivel económico sino nivel de conocimiento, pero ya a nivel propio ¿no? Y eso al final a veces, al menos yo creo la UCI te exige tanto, tanta actualización que al final te quemas porque empiezas a decir ostras es mi día de fiesta y... ¿tengo que ir en serio a una reunión?, es mi día de fiesta y ¿tengo que ir a una formación?, es que si no me dan esto no me dan las horas de formación y hace que muchas veces la gente empiece a desagradarle el trabajo, porque al final te cansas de tener que estar siempre actualizado aunque sabes que tienes que estar, te cansas de esto y al final, al final a quien acaba repercutiendo aparte de que te repercute a ti a quien acaba repercutiendo es a la persona que está en la cama ¿no? Y la familia, malas contestaciones. Entonces gestionar eso es muy complicado y desde las instituciones, facilidades no se ponen para poderlo gestionar, no se ponen para nada, sí muy bien sistema, unidad de riesgos laborales que están que brilla por su ausencia, pero bueno.

I: Y has comentado el tema de vocación, que está muy ligado a la culpabilidad cuando estas con síndrome. has tenido alguna vez de decir mira soy enfermera se supone que tengo una vocación, aparte de que me gusta mi trabajo cuento con una cosa que se llama vocación y que te hace como invencible... pero ¿has llegado algún día de decir mira hasta aquí?

P2: ¿Hasta aquí dejo enfermería?

I: Sí

P2: No, eso no. Emmm... bueno ya lo sabéis que yo tengo mi parte asistencial y mi parte docencia, me he dedicado siempre a la docencia eh, ósea ha sido algo que ha ido ligado, siempre he hecho docencia, no siempre en la universidad, pero ... y es algo... ósea nunca me he planteado dejar de ser enfermerx, nunca me he planteado, me he equivocado o necesito cambiar de aires, necesito de ser enfermera, necesito trabajar en ... No, no me lo he planteado.

Si que me he planteado el que las condiciones laborales no me permiten tener más tiempo para mí, tiempo para desconectar ¿no? El si necesito un fin de semana libre me tengo que organizar y al final lo que implica es que tengo que trabajar más otro fin de semana que lo tenga que doblar ¿no? Y que tenga que hacer muchas más horas o que me tengan que quitar fiestas entre semanales, mmm... ahora parece que está cambiando un poco la cosa, pero la facilidad de que te den días de fiestas si un día lo necesitas, aunque sea para quedarte en tu casa ¿no? Eso quizás nos hemos visto más... yo plantearme hasta aquí hemos llegado ya no quiero ser más enfermera, pues no, es algo que siempre explico, yo no sabía que tenía esta vocación, no lo sabía eh... pero me acuerdo que bueno haces selectividad, acabas y piensas ¿a dónde voy?, empiezas a mirar opciones, también es verdad que yo en casa había vivido de enfermería pues era una opción que me llamaba la atención y... yo me acuerdo toda la vida que empecé primero y dije: *“es que no lo tengo claro, a ver ¿esto me va a gustar?”* pero al final cuando estas aprendiendo en clase no es lo mismo que estar en el campo de batalla por decirlo de alguna manera, y... y cuando empecé las primeras prácticas me acordaré toda la vida, las prácticas en cirugía que además me acuerdo... tengo a una paciente ahí grabada y... me acuerdo de llegar a casa y decirle a mi madre he cogido la carrera adecuada, esto es lo que quiero ser ¿no? Y sí que es verdad que no he tenido nunca esa ... de decir quiero dejar de ser enfermera. ¿quiero hacer un parón? ¿necesito tiempo para mí? Sí, por salud mental, ¿lo he hecho? No, ni si quiera me he cogido una baja ¿no? Bueno esa sensación de... es que si no estoy sé que falta gente, sé que yo no soy imprescindible, pero sé que hace falta personal.

I: Vale, y... en esos momentos que te has sentido de esa manera, ¿qué medidas has utilizado? o el manejo

P2: El apoyo familiar. Mmm... tengo la gran suerte de tener, mi padre falleció hace unos años, pero mi madre es mi gran apoyo y mi marido, los dos, mi marido no es sanitario pero un poco entiende también hizo su espinito en su momento, pero es verdad que yo... mi vía de escape es mi madre, mi madre me entiende, cuando le explico según qué

cosas, entonces... más de una vez le digo que salgo del hospital y el día que tengo que despotricar llamo a mi madre y le explico, y me desahogo y ella ya lo sabe, y me sirve para desahogarme y es mi gran catalizador ¿no? Y la verdad que, en casa, mi marido por ejemplo he tenido un apoyo brutal, me ha entendido siempre cual es mi profesión, sabe que salgo tarde siempre, sabe que hago turnos, que me tengo que hacer mis cambios de turno y lo acepta y... al menos hasta ahora.

He pensado más de una vez en si... pedir ayuda externa, pero... no se si por miedo por no saber que diré, que hablaré de que no he sido capaz. Y quizás lo hubiese necesitado, pero no he sido capaz. A nivel de institución no lo facilita, si que puedes ir y tal pero muchas veces yo creo que la ayuda si está muy bien, la ayuda la tienes que pedir, a veces también te tienen que proporcionar las herramientas para que tu puedas acceder a esta ayuda de forma fácil, y... cuesta, cada vez más es aquello que vas hablando con compañeros ¿no? “Pues sí yo voy al psicólogo” y empezamos hablar más con más normalidad, que ir al psicólogo es algo normal ¿no? Y no pasa absolutamente nada, yo por ejemplo personalmente me cuesta ese paso, también es verdad que tengo dos catalizadores que me funcionan.

Y al final yo soy una persona que le da muchas vueltas a las cosas, pienso mucho, sobre pienso a veces, pero soy capaz de razonar el porqué de las cosas, entonces, bueno en época COVID estábamos todos mal e intenté gestionarlo de la mejor manera posible y... al final piensas es lo que hay, épocas mejores y épocas peores, igual que dices cuando estás trabajando hoy que bien que tarde más trasquila hemos tenido y al día siguiente tienes una tarde desastrosa, no todo es previsible ¿no? A veces surgen cosas.

I: ¡Vale, perfecto! La siguiente pregunta sería ¿cómo cree que el síndrome de *burnout* puede afectar a la calidad de los cuidados hacia el paciente?

P2: De hecho, es una conversación que tenido alguna vez con mi supervisor, mi supervisor que es relativamente joven, nos llevamos relativamente poco tiempo, entonces, me da la sensación de que esa poca diferencia de edad hace que nos entienda mejor a la gente más joven, antes la supervisora era la más mayor, la más veterana, que sí que lo entienden pero las perspectivas son diferentes. Y... yo lo he hablado muchas veces, y yo creo que la sobre carga lo que hace es que tú no puedas dar esos cuidados de calidad, no significa que seas mal enfermero ¿no? Y que no hagas lo que tienes, pero los cuidados de calidad implican un plus, no es un llegar allí hago las constantes, hago la medicación y me toca estas tareas y las cumplo y ya está, sino lo

que le da el plus de calidad es el trato con el paciente, es el trato con la familia, es el tener en cuenta que las sábanas estén dobladas de una manera concreta ¿no? Que esté presentable, que cuando entre la familia no esté pues con el pecho descubierto el paciente ¿no? Y eso es lo que le da calidad, obviamente hay más formas de pedir la calidad, la calidad asistencial. Es lo que os decía, que yo lo había hablado con mi supervisor y yo le decía, yo soy consciente de que mi calidad asistencial ha bajado, “*no pero como puedes decir que eres peor enfermera*” y yo nono, no estoy diciendo que soy peor enfermera, estoy diciendo que me doy cuenta de que con la sobrecarga que yo tengo no soy capaz de dar la calidad que yo daba, no soy capaz de... tener en cuenta del pelo del paciente, pues hoy tiene los pelos a la virulé y... otro día me habría dedicado a peinarle y hoy pues no me he dedicado, le he hecho un moñito como he podido y ya está, y otro día me habría dedicado a lavarle el pelo, a desenredarle nudos ¿no? Al final es que es eso, toda la calidad no es poner medicación, no es hacer unas curas, que está muy bien. Para mí la época dura que fue en 2020 a finales, aunque COVID fue al principio, tienes sobre carga si al principio, pero al nivel psicológico te afecta más adelante porque arrastras. Sí yo creo que sí que afecta a la calidad.

También es verdad que, yo creo que, ahora mismo estamos en un punto que hubo mucho síndrome de *burnout* en gente joven que acababa de empezar a trabajar, entonces esa gente ya no aprende de la misma manera porque aprende de gente que ya está quemada, entonces al final es una forma de aprender compleja.

I: Perfecto, pues ya pasaríamos a la última pregunta de este bloque. ¿Cómo cree que el hecho de que ucis dispongan de puertas abiertas y mayor flexibilidad horaria puede afectar a la organización del personal de enfermería?

P2: Afecta bastante, pero creo que todo es organizarse, todo es hablarlo, muchas veces hay familias que te dicen “*mira es que yo no puedo venir a las 12:30h*” bueno no pasa nada “*no es que salgo de trabajar a las 17h*” pues a las 17h, cuando vengas, al final es un poco hablar las cosas, es lo que os decía la comunicación, si no hablas muchas veces hay familias que ... hay gente que no le gusta hacer cambios posturales con la familia dentro, hay gente que sí que quiere que la familia esté dentro, pues depende un poco de la persona, porque he tenido una abuelita que tenía de 80 años, *pobreta meva* que estaba, llevaba muchos años que su marido no la veía desnuda y eso no lo sabes si no hablas, pues yo le pregunté, paciente consciente y orientada, le pregunto, te vamos hacer el cambio postural ¿quieres que esté tu marido aquí?, obviamente con tacto para que el marido no se lo tome a mal ¿no?, pero bueno... hay gente que te dice que prefiere

que este aquí a su lado o que prefiera que salga porque no quiero que me vea en estas condiciones, porque es normal que si acabas de hacer de vientre....

Entonces, que si afecta las puertas abiertas, sí, si que afecta porque muchas veces somos de "*cap quadrat*", de ser a esta hora toca esto, a esta hora toca lo otro, y...no, tenemos que ser un poquito más flexibles, hay cosas que no hay flexibilidad si te dicen curas cada 12 horas y... si se intenta preservar el descanso del paciente pues lo harás a las 9h de la mañana y a las 21h de la noche no hay más porque si no ya no preservas el descanso ¿no? Emmm... el sueño vigilia del paciente, a otras cosas, pues el cambio postural se intenta hacer a una concreta pero siempre, yo creo que por lo menos donde estoy yo que... hablamos bastante con la familia y normalmente hablamos y... "*voy hacerle el cambio de postura si sale fuera tardaremos 10 minutos más o menos*" y hay que te dicen a "*pues me voy a tomar un café*" o "*me voy a fumar un cigarrillo y vuelvo*" y cuando vuelven tu ya has acabado y el paciente ya está cambiado, está a gusto porque no ha estado ahí un familiar viéndole, muchas veces damos por supuesto las relaciones entre familiares ¿no? O hacer la pregunta de ¿Qué relación tenéis?, porque más de una vez pasa que dices ¿Qué eres su hija? "*No su mujer*" y piensas la he cagado, no dar las cosas por supuestas.

I: Sí totalmente.

P2: No dar las cosas por supuestas y... le pregunto directamente ¿tienes familia? Familia, amigos ¿no? Hay mucha gente que no le viene la familia ver porque son de fuera y lo que tienen son amigos que son como familia, pero son amigos. Pue si, intentar... yo creo que negociándolo... afecta sí pero negociándolo se puede llegar a trabajar de forma cómoda y a la vez que el paciente esté cómodo y la familia también

I: Es que aquí realmente es el papel de la comunicación, si tu mantienes un buen vínculo con los familiares y el paciente y tienes en cuenta estas dos esferas es ... y ellos además entenderán las cosas, lo de las curas que es a las 9h, si les hablas y les explicas también entienden

P2: Claro, le explicas y te dirán "*ah vale vale, si se tiene que hacer así, claro por supuesto*", lo entienden, siempre intentas hacer mira hoy es domingo vamos a dejarlo descansar media horita más y mientras tanto yo puedo estar haciendo las curas de otro paciente, te puedes organizar. A ver es que ... no sé, también es verdad que quizás mmm... afecta más cuando hay mucha rotación de personal ¿no? Si que es verdad que

se intenta que siempre lleve el mismo personal los mismos pacientes, aunque hay una pequeña rotación cada mes, pero se intenta haber una continuidad, claro en el momento que esa continuidad asistencial se rompe, pues porque alguien se pone de baja y... cada día viene un retén distinto o el que sea, claro también el crear un vínculo con esa familia y con ese paciente suficiente como para poderte comunicar.

Yo creo que las puertas abiertas facilitan un montón que la familia pueda seguir entre comillas con su vida fuera ¿no? Que puedan seguir yendo a trabajar que es necesario, que puedan seguir yendo a buscar a los críos al cole, que puedan seguir con una vida relativamente normal, pero a veces contra más cerramos menos permitimos ese seguir con una vida normal que creo que es necesaria para la gente que está fuera de la UCI.

I: Vale, pues este bloque ya lo hemos acabado a no ser que quieras comentar alguna cosita más.

P2: No, nada más.

I: Pues lo dejamos zanjado y pasamos al siguiente que es el último, que va relacionado sobre el paciente y la familia. La pregunta sería se habla de incluir a la familia en la atención y en los cuidados del paciente ¿Que piensa sobre este tema?

P2: Como ya he comentado anteriormente, yo creo que es esencial siempre respetando al paciente, es lo que os digo, es que en... cuando el paciente esta sedado, normalmente si un paciente está sedado, normalmente la higiene nos encargamos nosotras ¿Por qué? Porque llevan muchos dispositivos y muchas cosas, pero... por ejemplo si tiene fiebre pues le puedes proporcionar a la familia "*mira para que le vayas cambiando los pañitos húmedos de la cabeza*" ¿no? Pero también, ya os digo, depende hay familiares que no, que les da mucho apuro tocar a su familiar que no se encuentra bien ¿no? Pues bueno es ir hablando, yo creo que cada vez más, pero se tiene que haber que hay que haber el límite de saber, una cosa es incluirlos en los cuidados y que se sientan útiles y que sientan que forman parte de sus cuidados y que es... suena un poco mal lo de sentirse útiles, pero es que es verdad hay veces que hay familiares que los ves recogidos a un lado de la pared ¿no? Esperando a que venga el medico a informar y...no se atreven ni acercarse a la cama, pues bueno intentar que vean que pueden ayudar más que no solo estar allí, que pueden cogerle la mano, que pueden explicarle, es que el cuidado no es hacer técnicas, es que simplemente a veces les digo "*hablarle*" yo le hablo, pero mi voz es una voz desconocida, "*¿y si lo alter?*" si lo alteras

ya vendré yo a decirte que lo estas alterando, no te preocupes ¿no? Si veo que le sube la tensión, que le sube la frecuencia cardiaca tanto como para que sea algo que no esté bien, ya vendré a decirte *“oye ahora mejor, si quieres cógele la mano, pero tranquilo no le hables, intentemos a ver si se relaja, que veo que se pone más nervioso”* esto pasa, porque cada persona es un mundo.

Yo creo que sí que la familia tiene que estar, las familias que quieran tienen que estar incluidas en el cuidado.

I: Ósea sí que les haces participes de pequeñas acciones, dentro de las posibilidades ¿no?

P2: Sí, las higienes quizás es lo más raro, pero si poner la cuña, también depende de cada paciente, el perfil, un paciente de cirugía que lleva 8 drenajes, quizás si que le digo llámame ¿no? Llámame, no le pongas la cuña tú porque a la mínima que se vaya un drenaje quizás puede haber problemas ¿no? Pero pues si pues eso, o acompañarlos incluso al baño que hay pacientes que pueden ir al baño, pues... avisarnos nosotros los acompañamos pero luego en el baño o hacer la higiene, hay pacientes que pueden ir a ducharse y a veces disponemos de un baño con ducha pues ... iban marido y mujer los duchan y volvemos, y si están ellos pues no es lo mismo que te ayude a ducharte tu mujer que te tenga que ducharte yo, que la gente también lo entiende eh... al final entienden que es nuestro trabajo pero claro no ... es muy invasivo.

I: Vale, pues perfecto. Pasamos a la siguiente pregunta que sería ¿de qué manera cree que las políticas restrictivas de esta unidad limitan el bienestar del paciente y la familia?

P2: Buena, esta... como ha habido así cambios, emmm... ahora estamos en un punto en que las familias no se pueden quedar por las noches y quizás habría familias que si que les gustaría quedar ¿no? Quedarse una persona, así duermen más tranquilos, incluso el propio paciente, que eso ya os digo también que no somos estancos que si hace falta se dan permisos 24 horas para que haya una persona emmm... bueno a veces es que ... aquí intentamos individualizar mucho, entonces hay políticas restrictivas, sí, pero que nosotros intentamos manejar y hasta hace relativamente poco era el medico el que daba el permiso y ahora ya tenemos nosotros el permiso para llamar a admisiones y decir *“oye este paciente tiene un permiso 24h para que esté un familiar con él”* ¿no? Y eso nos facilita a nosotros, hay pacientes que es imprescindible que esté alguien con él porque está mucho más tranquilo, no llama al timbre constantemente, al final si llama al timbre constantemente es que tiene algo que le causa

ansiedad, les causa preocupación y al final no puedes estar tampoco yendo constantemente y al final puede caer en un problema más grave ¿no? Que el paciente se ponga más ansioso, agitado, intente levantarse de la cama solo y si está acompañado de alguien... al final creo que a nivel restrictivo estamos relativamente abiertos, que nosotros podemos manejar un poquito de más y de menos y de la misma manera que hay un permiso, mañana si hace falta si no le ha convenido al paciente también se puede retirar.

I: Vale y... que beneficios puede aportar el rol de la familia, aunque esto ya lo has comentado antes, pero para ser un poco más específicos.

P2: Emmm... yo creo que es casi lo que hablábamos del síndrome de burnout post-UCI que os dicho antes que siempre nos fijamos en el del paciente pero que yo creo que el síndrome de *burnout* post UCI en la familia también insiste mucho el miedo a que vuelva a pasar algo, el miedo a que vuelva a ingresar ¿no?, pues... si la familia ha sido participe de los cuidados, ha estado, entiende por qué está pitando una bomba o porque pita un monitor, no digo que tenga que tener los conocimientos eh, pero que entienda que hay sistemas de seguridad que si pita un monitor yo llevo un dispositivo encima que me está pitando a mí el monitor también aunque yo no esté allí físicamente, entonces la familia yo creo que eso hace que la ansiedad se le rebaje, y que la familia pueda ser más participe, pueda estar más tiempo, nos puedan conocer también ¿no? Muchos se quedan más tranquilos sabiendo a quien tienen ¿no?

Ayer vino una familiar de un paciente que no había querido entrar en ningún momento a ver a su familiar, un familiar muy directo y conocía a la compañera que estaba en el turno contrario y ella le había ido hablando a esta otra familiar, y ayer cuando llegó me dijo tu eres fulanita ¿no? Y yo sí. El que vean, “ya me ha dicho mi hija que le estabais cuidando muy bien” eso, el que sepa y el identificar, esa tranquilidad de decir vale, sé que está contigo, que hoy seré yo que mañana estará otra persona pero que sepa que no somos enfermeros que vamos pasando por ahí sino que somos gentes que estamos en la unidad, aunque sean retenes pero... por eso os digo la importancia de la comunicación que muchas veces hay compañeros que son retenes y hoy llevan los boxes 1 y 2 y mañana el 5 y el 6 pero... cuando ven a la familia se van a la familia y les dice “hola, que tal, ¿cómo estáis?”, esa familiaridad hace que la familia este mucho más tranquila, también nos ayuden a controlar estadios de agitación, es que al final es un bucle, es el pez que se muerde la cola, si la familia está bien probablemente el paciente también ¿no?, y al final todo ayuda.

I: Perfecto, pues seguimos con las últimas preguntas. ¿La humanización en su unidad contempla a la familia en los cuidados al final de vida? Aunque anterior mente ya has comentado alguna cosa, pero para que te expliques un poco más.

P2: Emmmm, sí y no, porque la familia está contemplada en el sentido de que se tiene en cuenta que pueden entrar los familiares que quieran, obviamente que no vengan 100 de golpe, intentamos que haya una cierta ... pero normalmente la gente ya es prudente y vienen la gente más cercana, emmm... pero sobre todo es el tema acompañamiento porque la familia esta si quiere acompañado a su familiar, al paciente que esté ingresado, y hay gente que entra, hay gente que no entra, pero así como tal de que estén incluidos... más que nada es eso, es el acompañamiento ¿no?, el que puedan estar allí el tiempo que quieran, obviamente dentro de las limitaciones fisiológicas del paciente y bueno... hay paciente que fallecen con mayor rapidez y hay pacientes que tardan más tiempo a pesar de dar nosotros los tratamientos adecuados para los cuidados al final de la vida que tardan más, pero al final es eso, intentamos bueno... aquí quizás no le pedimos nada a la familia ¿no?, le pedimos como mucho si quiere salir alguien un momentito para poderlo movilizar porque continuamos realizando cambios posturales a no ser que sea algo inminente de ya, entonces no, pero seguimos con un protocolo de movilización del paciente ¿no? De administración de medicación para paliar dolor, bueno... intentar disminuir el sufrimiento del paciente y que muchas veces la familia lo coge, coge ese sufrimiento si ve que el paciente no está respirando de la forma adecuada ¿no? Bueno... pero más que nada... sobre todo es eso los cuidados al final de la vida. Yo creo que es algo que siempre he visto que hemos actuado igual y que no creo que tengamos que cambiar porque ya creo que es... creo que el acompañamiento que hacemos ya es un acompañamiento adecuado, a veces sí que podemos... si tienes más trato con la familia porque lleva más días ingresado y ya empiezas a saber un poquito ¿no? Las necesidades, mmm... pero eso ya es un poco al nivel personal que digas pues mira que les puedo ofrecer agua, les ofrecemos tilas eso si siempre le ofrecemos y luego ya... pero fuera de eso es dejarles sin restricción de horario de visita y sin limitaciones de personas, intentamos que no se encuentren problemas a la hora de entrar desde la puerta del hospital, como hay restricciones de solo poder subir una visita pues intentamos que ya no se encuentren con ese problema, intentamos facilitararlo un poco, simplemente eso.

I: Muy bien, y las familias agradecidas ¿no?

P2: Sí, normalmente sí, además ya os digo suelen ser bastantes comedidas y entienden que es un momento íntimo, que es un momento de los más cercanos, siempre hay excepciones ¿no? Hay veces que parece un “teatro” pero sí que es verdad que normalmente, nosotros dejamos que entre la gente que crean oportuna, al final es una decisión de ellos, de la familia más cercana e incluso del paciente, que hay veces que el paciente ha estado consciente antes de llegar a este proceso en las horas previas ¿no? Entonces han podido expresar de quien quiere que venga y... bueno intentamos eso

I: Muy bien. pues ya sería la última pregunta. Dejando de lado el conocimiento de los recursos tecnológicos de las UCI, ésta ya sería más personal ¿Qué consideras que debería de incluir una atención integral al paciente?

P2: Complicada...hahahaha

I: Sí hahahah, para hacer este proyecto se basaron en esta pregunta

P2: Es que es complicado, ¿Qué tiene que incluir? Lo ideal sería tener un servicio psicológico, un servicio de psicología en la propia unidad.

I: Consideráis que es importante.

P2: Sí, para mi es básico y no lo tenemos.

I: ¿Os facilitan algún tipo de teléfono?

P2: Para casos muy muy pero muy extremos hay un teléfono del SEM, un psicólogo del SEM que está de guardia 24 h y puede venir, pero son casos muy muy extremos o sea os diría que lo he visto activarse una vez.

Y luego nosotros ahora mismo tenemos una psicóloga en el hospital que está de 8h a 15h de lunes a viernes y una psiquiatra que está de 8h a 15h de lunes a viernes, fuera de este horario no hay, para atención a los pacientes eh.

I: Está muy bien que hayas incluido la atención psicológica.

P2: Bueno es algo que... nosotros siempre estamos ahí. Yo creo que es atención psicológica al paciente pero desde el primer momento, hay muchos pacientes que se

pasan semanas ingresados con nosotros y ya los vemos, yo no soy psiquiatra ni psicóloga pero ya ves que ese paciente va a tener una depresión o va a tener un estado de ánimo decaído ¿no? Que va a necesitar de una ayuda, no sé si tanto de farmacológica pero necesitan algún tipo de ayuda psicológica y no la tienen, y lo pedimos y claro viene, pero es que una psicóloga para todo el hospital os podéis imaginar.

Para poder conseguir esa atención integral tendría que haber un psicólogo no te digo 24/7 pero un psicólogo de forma habitual tanto para pacientes como para familias, ya no te hablo para profesionales que creo que nos vendría muy bien, de hecho, hemos hecho unas terapias ahora que en la UCI neonatal ya la hacen desde hace tiempo, van a la memora hacen unas sesiones que pueden ir los padres y las enfermeras también.

Mira la respuesta la atención integral, la salud mental, ese sería el kit de la cuestión.

I: ¿Y se te ocurre alguna medida más?

P2: No, la verdad es que sí que es verdad, ya os he dicho que yo siempre me he ligado más a los cuidados de final de la vida, a raíz de que falleció mi padre y como vi cómo le trataban en otro hospital, mmm... dije esto lo tenemos que hacer nosotros. Los cuidados, mi padre se pasó más de 24 h sedado antes de fallecer y... a él le venían hacer los cambios posturales, el cuidado con el que lo trataban ¿no? Fue una de las cosas... es que además al cabo de una semana yo llevaba un paciente, una paciente que estaba consciente y orientada que no tenía, bueno su pronóstico no era bueno y al final se decidió hacer ... llegar al proceso de final de vida y... me acuerdo porque me discutí con los celadores *“¿Por qué vamos a moverla? Si se está muriendo”*, estaba sedada pero aún estaba suficientemente despierta, me molesto mucho, probablemente yo estaba un poco ... en ese momento, a nivel psicológico probablemente en ese momento estaba más frágil ¿no? Pero me molesto que una persona, al final entré yo hacerle el cambio postural con la TCAE, porque una persona puede decidir de dejar de hacer cuidados, NO, lo siento, pero no. Entonces a partir de ahí, ya había gente que se había estado moviendo, pero estaba así en *“standby”* empezamos a movernos para hacer el protocolo de cuidados al final de la vida en UCI.

Bueno no sé, yo por suerte o por desgracia me he enfrentado varias veces a la muerte, no a nivel profesional sino a nivel personal y... la verdad es que, creo que aprendo de

todas las veces, de lo bueno y de lo no tan bueno, y por ejemplo en el otro hospital la verdad es que creo que los cuidados al final de la vida son excepcionales.

I: Bueno en esta pregunta lo que se habla, sobre todo es individualizar los cuidados, que el avance tecnológico... han hecho preguntas a pacientes y no te saben decir ni que monitor has utilizado, lo que se acuerdan son de los pequeños detalles, el que les haya hablado la enfermera, el médico, la TCAE... de estas cosas se acuerdan, de quien le haya cogido la mano y es esto de lo que se habla es de esto.

P2: Hace unos años tuvimos una paciente que se pasó 4 meses con nosotros, la ingresé yo y... me acordaré toda la vida, empezamos movilización precoz con ella, y me acuerdo de que entraba y decía... no hablaba porque iba traqueostomizada, pero era la típica que yo es que le escuchaba la voz de lo bien que vocalizaba, del tiempo que llevábamos juntas ¿no? Y le escuchaba la voz y teníamos unas conversaciones Brutales, me acuerdo de que un día entró la supervisora que iba pim pam, pim pam, ella lo limpiaba y lo ordenaba todo, entraba en los boxes sin decir nada, ni buenos días, y un día entro y me dice *“¿esta quién es?”* *“esta siempre viene, me ordena mis cosas, pero no me dice quién es”* porque claro ella tenía su neceser con sus cremas, señora que sedestaba y cuando estaba sedestada le poníamos la mesa delante y ella cogía sus cremas, se hacia su rutina facial ¿no? Era súper guay porque con esa mujer hacíamos de todo.

Un día le dijo a su marido tráele bombones y trajo bombones y a mí me trajo una caja de bombones *“esta solo para ti”*, claro yo soy diabética le echo un broncazo a su marido *“como te atreves traerle una caja de bombones, es diabética”* al final tanto tiempo juntas... por eso os digo que a mí me gusta mucho hablar, claro ahí yo creo que se cumplieron muchos ítems de humanización y también vimos muchos fallos de humanización, muchos, desde cuando estaba en proceso final de vida que hubo una persona que decidió quitarle la tele, su marido le había traído una televisión pequeñita porque teníamos toma de antena pero no teníamos televisión, su marido decidió traerle una tele y nos dijo esta tele os la quedareis vosotros para que algún otro paciente. Pues el día que se estaba muriendo hubo una persona que decidió sacar esa televisión porque ya no la necesita, pues todas estas cosas sí que es verdad que en cuatro meses nos permitió ver la humanización como la estábamos llevando a cabo, pero también la deshumanización que había ¿no? Esos detalles, una cosa tan simple como entrar y decir buenos días, además no es por nada, pero al final todos sabemos que pacientes llevan más tiempo y tal, porque hacemos pases porque al final hoy no lo llevas, pero pasado mañana si, entonces fue un caso triste pero muy bonito a la vez.

I: Bueno de los errores también aprendemos y lo suyo sería no repetirlos.

PARTICIPANTE 3

Investigador (I): Buenos días soy Kaoutar y aquí está mi compañera Elisabet, las dos estamos realizando nuestro trabajo de final de grado que trata sobre la humanización de los cuidados en las unidades intensivas, y estamos a punto de empezar la entrevista, ¿vale? Que le hemos explicado a nuestro participante de que consta de tres categorías. Pues empezamos, ¿te parece bien?

Participante 3 (P3): Sí.

I: Pues la primera pregunta sería ¿Qué significa para usted el concepto de humanizar las UCI?

P3: Para mí significa incluir a las familias o amigos ¿no?, aquellas personas que son cercanas al paciente, incluirlas en el proceso de curación del paciente. Esta el equipo de UCI ¿no? Pero la familia incluirlos en los cuidados emmm... forma parte del proceso de curación de la persona que esta en la UCI si así lo desea, hay personas que no lo desean. Pero en general incluir a la familia en los cuidados de él.

I: ¿O sea tendrías en cuenta a la familia?

P3: Sí y que también tendrá unas necesidades ¿no? Esa familia, no olvidar de ellos, forman parte del proceso.

I: Perfecto, ¿Quieres añadir alguna cosa más?

P3: No

I: Pues pasamos a la siguiente, la siguiente sería ¿sabe usted de la existencia del proyecto humanizando los cuidados intensivos HU-CI? ¿Me sabrías mencionar alguna de las medidas que se expone en él?

P3: Sí que conozco la existencia del proyecto, no se me las medidas de memoria, pero me imagino que incluir a las familias en los cuidados, el derecho de decisión, el derecho de información ¿no? Dedicar tiempo a la familia y... incluirlas en el proceso de cuidados

por ejemplo si...el paciente está consciente y orientado, nosotros lo hacíamos eh... pero después del COVID han cambiado muchas cosas y ahora lo estamos recuperando pero... hemos hecho mucho trabajo en este sentido que se ha perdido y esperemos que con el tiempo podamos recuperarlo, pero por ejemplo los pacientes que estaban conscientes y orientados ¿no? Pacientes con infarto o... que ya estaban despiertos se incluía a la familia, se le daba la oportunidad de venir a primera hora hacer la higiene, daba mucha seguridad al paciente ¿no? El hecho de que viniese su mujer, su marido, su hermana, su hijo ¿no? A hacer el proceso de la higiene personal, que a veces... bueno es que es tu intimidad y que te lave un desconocido pues... hay personas que no... que les cuesta y se dio la oportunidad a que las familias entraran a esa hora y eso se ha perdido ahora desde el COVID pero poco a poco vamos recuperando, espero en los próximos meses ya las restricciones queden anuladas del todo y... se pueda hacer participe a la familia otra vez porque era... para mí genial.

I: Muy bien, además es lo que tú dices a la hora de las higienes es una parte muy íntima del paciente en que ellos se sienten vulnerables ante esa situación y que mejor de que te lo haga un familiar tuyo a un desconocido.

P3: El paciente despierto pues cuando son los genitales, les das la esponja y le dices “si te quieres lavar tú” si puede... pero en el caso de que no, que entre una persona desconocida pues...

La gente estaba contenta, los familiares contestos porque no habían vivido una situación así o sí tenían una experiencia previa y no había sido así ¿no? Y se quedan “ostras que bien que pueda venir”, espero que se pueda recuperar

I: Te mencionamos estas medidas así las tienes en cuenta. Este proyecto incluye 8 medidas la primera es que las UCI sean de puertas abiertas, luego la comunicación que lo has mencionado, el hablar con los familiares, el explicarles y luego tener en cuenta el bienestar del paciente. Siempre ha tenido fama de que es un sitio muy de avance tecnológico, pero claro se deja muchísimas cosas atrás y el paciente es una esfera, que hay que mirar todas las necesidades. Presencia y participación de los familiares en los cuidados, que ya lo has tenido en cuenta y otra que también es súper importante son los cuidados al profesional que forma parte de las UCI, porque realmente son sitios muy estresantes y hay que tener en cuenta el cuidar esos profesionales que cuidan, otras de las medidas que también es muy importante es el manejo del síndrome post cuidados intensivos que muchos pacientes lo padecen. Además, que sea una infraestructura

deshumanizada y luego tener en cuenta los cuidados al final de vida. Estas son las 8 medidas que incluyen en este proyecto.

Es un proyecto muy chulo, que además es interdisciplinar ósea que tiene en cuenta todos los profesionales y está muy bien. Pues si quieres pasamos a la siguiente pregunta.

P3: Sí.

I: Vale la siguiente pregunta sería ¿Qué medidas se están llevando a cabo en la UCI de su hospital referente a la humanización?

P3: Pues bueno es lo que decía, a raíz de la pandemia muchas medidas que hacíamos se dejaron de hacer... te cuento las que hacíamos que tiene en cuenta en este proyecto y que es lo que os digo que creo que en estos próximos meses se volverán a incorporar.

Una era esta, luego la UCI de puertas abiertas ósea había una limitación por la mañana, o sea, por la mañana a primera hora podían entrar hacer las higienes los que no estaban intubados porque dijimos que pacientes intubados y demás... claro es más complejo, además la familia lo ve que es más complejo. Entonces las puertas abiertas eran a partir de la tarde, creo que era a la 13h que hacíamos la información médica, entonces eso a partir de esa hora empezaban en el despacho del médico, les daban la información y luego a partir de la 13h hasta las 22h de la noche. Ahora hay limitación horaria, solo hay dos visitas por la tarde de una hora de duración y la información médica se da por teléfono, pero ya está, yo creo que breves ya volveremos a lo de antes.

Otra de las medidas, bueno... en pacientes desorientados o en pacientes que estaban al final de la vida se dejaba acompañamiento 24h y de hecho ahora a pesar de la pandemia, también, ósea en pacientes que se estaban muriendo se dejaba estar a la familia, ha sido siempre, antes de humanizar la UCI ya se hacía esto y... sin ningún protocolo, lo hacíamos porque siempre se había hecho y en pacientes desorientados también, si están muy agitados y a la familia les va bien porque a veces hay casos que no va bien porque la familia se pone muy nerviosa porque no están acostumbrados a verle en ese estado y a ellos mismo les causa ansiedad, no siempre estar ahí las 24h es bueno ¿no?

Por eso hay que crear vínculo, que también forma parte de nuestro trabajo, crear un vínculo con la familia, sobre todo en la UCI muchísimo porque la mayoría de los pacientes están sedados y con quien tú vas a hablar es con la familia ¿no? Antes que con el propio paciente y... crear vínculo yo lo veo súper importante porque además si tienen confianza a veces te dicen.... La gente cuando decidimos abrir las puertas, abrimos las puertas creo en el 2010 o así, nuestra UCI, cuando decidimos fue un paso, había compañeras que eran más reticentes y decían “*ay... toda la tarde aquí... nos van a matar a preguntas*” y de hecho fue todo lo contrario, o sea de pasar a eso que podían visitar una horita y te cogían y venga preguntas, y venga preguntas, porque a veces claro los médicos dan una información médica y mucha gente no la entiende entonces claro llegan a ti y te dicen “*mira el medico me ha explicado esto, no me he enterado de nada, me puedes traducir*” pues claro estas ahí hablando con ellos y... fue abrir las puertas y tener la confianza... ya se familiarizaban, cogían una confianza y demás y te hacían menos preguntas porque realmente se estaban habituando a la UCI, al proceso ¿no? Si entrabas a espirar y están ahí, yo siempre les ofrezco “*voy a espirarle secreciones*” claro hay gente que le da asco, les explico voy a hacer esto “*ah vale, vale*” pues se quedan, de hecho, estar presente en técnicas va haciendo confianza, confianza y cada vez te hacen menos preguntas, que ya sabe lo que le vas a hacer y ya están familiarizándose con todo el proceso.

I: Es que realmente en la última evidencia, claro esto está hecho basado en estudios que han demostrado realmente que de tener que ser muy hermética, cerrada que no entre nadie, que realmente no afecta a los cuidados ni la esperanza de vida, al revés, las puertas abiertas es lo que has dicho resolución de problemas, los familiares están presente 24h, lo ven ... se acostumbran también e incluirlos en los cuidados, entonces al revés ha demostrado que es beneficioso.

P3: Lo que pasa que el miedo está ahí, se piensan que está en la UCI y que se va a morir ¿no? No ves, no estas allí, estas en tu casa, te comiéndote la cabeza “es que están en la UCI” socialmente... la UCI, se va a morir

I: Y encima fallamos en la comunicación...

P3: Claro... al final es como una unidad más y... sí que puede acabar pues mal ¿no? Pero si lo van viendo día a día pues bueno se van haciendo también la idea, y si acaba mal, pero han estado todo ese tiempo allí... porque pasa muchas familias salen agradecidas porque ha tenido un final, pero ha sido un final de acompañamiento, de que

se ha creado un vínculo con las personas de allí, de un buen recuerdo ¿no? Pero sí que te llevan un buen sabor de boca de todo el proceso.

Y más medidas... creo que ya las he dicho todas... hahahaha

Luego también está el tema de los niños ¿no? En principio creo a partir de 13-14 años que pueden visitar la UCI, si es un paciente que es un infarto que va a estar un par de días y se irá a planta... claro yo le digo a la familia eh... como quieras, pero va a llegar a planta en dos o tres días... y más si hay mucho COVID “¿hace falta que entre?” es que en nuestra UCI además no es como la del hospital 2, es una UCI más pequeña y como... que está todo muy cerca, entonces haces un poco una valoración, habrá paciente que son un proceso largo, que... pues es su hijo ¿no? Bueno vas valorando un poco la familia. y sí que hemos llevado a niños pequeños, hubo un paciente, una traqueotomía y llevaba un montón de días y tenía una niña de tres años y... tenía unas ganas de verla y la madre me lo dijo, y...mira cogimos al señor, lo tapamos un poco con sabanas, el monitor, el respirador y la entramos a la niña, y la verdad que le dio tanta energía que a partir de ahí salió adelante el señor, que estaba un poco estancado... y si le dio la vida. Lo que sí que hacemos es eso eh... son todo cristaleras y... hace tiempo que pusimos unos ganchitos para poder colgar fotos y los dibujos, entonces tienen recuerdos de los nietos, sobrinos, hijos... si, si, lo tienen en frente para que ellos lo vean.

Y luego también, en embarazadas, parteras y demás que hemos tenido bastantes, bajar a los bebes, sí, yo siempre le pregunto a la mamá si quiere ver al bebé, porque muchas veces pues eso ... no han visto al bebe ¿no? Porque ha ido muy mal, ha sangrado o lo que sea y cuando se despiertan les digo “¿quieres ver al bebe? El bebé está bien, es una niña” y... como tienen puertas las habitaciones, cierro todas las puertas menos la suya y bajo al bebé. Y son cositas que tampoco está en el protocolo, pero lo haces por... ¿Qué te gustaría a ti?

Las familias normalmente, en comparación a estos últimos años más duros con los de hace... los últimos 10 eh... la relación que tenías con las familias y como veías ¿no? Ha cambiado mucho... yo veo a las familias últimamente, ahora cada vez menos, pero el año pasado, familias muy enfadadas, a la defensiva, alerta, por eso...por toda la situación eh ... lo de fuera tampoco no ayudaba ¿no? Y entristece un poco a todos eh, son familias que están alerta ¿no? Y es por eso, no han creado el vínculo, porque como no tienes tiempo de crearlo, porque tal y como está también la situación, las cargas de

trabajo ahora mismo, tampoco somos los mismos de hace 10 años ¿sabes? La carga ahora es brutal, entonces...

I: Perfecto, pues si quieres pasamos a la siguiente pregunta.

P3: Sí.

I: La siguiente sería, ¿Qué tipo de información o formación le han proporcionado para hacerle partícipe en este proceso?

P3: Formación en si emmm.... Como un curso de humanización no, pero hice un máster de ciencias entre medicas, y sí que se hablaba... y... bueno, hemos hecho trabajos sobre la humanización para presentar en el congreso y... pero curso así específico de humanización... quizás hice algún curso online, pero no me acuerdo, un curso muy extenso no.

I: El hospital como tal no os ha proporcionado ninguna formación sobre ello ¿no?

P3: No, el hospital no ha sido más cada uno a nivel personal.

I: Vale, pues la siguiente pregunta sería, ¿Qué piensas sobre la incorporación de estas medidas en la UCI?

P3: Bueno ya he dicho que me parece fantástico. Cuando lo incorporamos había gente que estaba muy reticente, más la gente más antigua, la gente joven lo veía pues con ganas ¿no?, la gente más antigua, aparte de estar más cansada, los cambios suponen un... pero también han visto que es mejor.

I: sacar de la zona de confort cuesta...

P3: sí, sí.

I: Bueno, pues pasamos a la siguiente si te parece bien.

Antes de trabajar en la UCI, ¿Qué percepción tenías sobre esta? Y si ha cambiado esa percepción.

P3: Pues mira antes de trabajar en la UCI, tuve una experiencia, mi madre tiene una enfermedad, entonces, la ingresan bastante a menudo y... pues mira hacia tercero de

enfermería y mi madre estaba en una UCI Barcelona y nosotras vivíamos en Reus y... había un horario de visita ¿vale?, no me acuerdo exacto, pero por ejemplo a las 9 de la noche, era algo así, era en plan tarde porque teníamos que coger el tren, iba con mi abuela y... claro ella acabo del quirófano, fue una intervención de muchas horas y... llego a la UCI, nos avisaron que estaba en la UCI pero que no podíamos entrar a verla hasta las 9 de la noche y solo 20 minutos, y yo hablé con la enfermera por teléfono y le dije *“mira perdona, es que somos de Reus y... nos tenemos que ir y demás...”* creo que el último tren era a las 21:20h , claro si a las 21h entro a visitarla, es que no me da tiempo, coger mi abuela que es mayor por metro y demás... y tuve que insistir muchísimo porque no me dejaban, me dijo *“bueno pues ya vendrás mañana”*, bueno pues pensé nos quedamos a dormir en un Hotel y tal, pero no lo tenía previsto porque no pensaba que se iba alargar tanto, pensé que por la tarde ya ... pero claro se complicó la intervención y me sentí tan mal... vacía *“es que no la voy a ver, ha ido mal... y si pasa algo esta noche”* tampoco me dejaban quedar, y al final insistiendo mucho, entré, malas caras ¿no? Por insistir, tú eres de Reus, pero bueno los otros son de no sé dónde, como diciendo a mí que me cuentas ¿no? Aquello me marco tanto... y mira que estudiaba enfermería y lo tenía claro, siempre había sido así, de hecho, hemos pisado tantos hospitales que ya te haces a la mochila de experiencias y saber lo que quieres y no quieres. Pero a mí me marco y pensé... yo en mis pacientes no quiero esto, yo no pienso como ella, además ni se movió de allí ella estaba ahí apuntando las constantes y esos 10 minutos que nos dejó entrar no se movió de ahí de la habitación, es que no dejo ni un rato de soledad, ella ahí mirando, dices bueno déjanos un ratito ¿no? O sea, casi se muere... bueno la poca empatía ¿no? Y... pues esa experiencia a mí me marco muchísimo y pensé yo para mis pacientes no quiero esto y eso... sí

La percepción pues no ha cambiado, o sea, lo que yo quería, no he cambiado, siempre he sido igual. Quizás por las experiencias que he tenido, es lo que decía, ahora que veo los resultados todavía más corroboro lo que pensaba ¿no?

I: Perfecto, y ya la última pregunta del bloque que es ¿Qué papel juega enfermería en este cambio de paradigma?

P3: Enfermería forma parte de... abordar el trabajo de enfermería, o sea, dentro de las tareas que tenemos nosotros en enfermería, el vínculo con la familia, con el paciente ¿no? Y tener en cuenta las necesidades a parte de las básicas ¿no? Esa es una necesidad más importante, o sea ni más, ni menos, es una necesidad igual o más importante.

I: Y la falta de liderazgo, somos el personal que más tiempo pasa con el paciente, y no lideramos tanto en estas cosas, como por ejemplo decir “mira oye si que eres el medico tú, pero estos cuidados si los cumplimos, si le explicas al paciente ...” es un equipo. Realmente este proyecto tiene en cuenta todo tipo de personal que trabaje en la UCI, que vaya todo el mundo a una, o sea, no es un proyecto que está hecho para enfermeras o para médicos, sino que incluye a todos.

Vale, pues ya estaríamos de este bloque y pasamos al siguiente que va sobre el síndrome de *burnout*. La primera pregunta sería ¿qué significa para usted el síndrome de *burnout*?

P3: para mí el síndrome de *burnout* es el estar quemado ¿no? Por el trabajo que haces, estar en la UCI por lo que decíamos por la carga de trabajo, los años que llevas allí, en las situaciones en las que te has encontrado, ya no solo con los pacientes y familiares sino con tus compañeros ¿no? Ehh... todas esas experiencias van quemando y desgastando al personal ¿no? Y... hasta que explora o no y... poco a poco estas más triste, estás con ansiedad ¿no? Porque son los resultados a estar quemado.

Yo la verdad es que nunca he estado quemada hasta la pandemia, antes ehh... siempre lo he gestionado muy bien ¿vale? Ehh... desconecto mucho cuando salgo, o sea empatizo mucho cuando estoy dentro, pero desconecto mucho cuando salgo, o sea, en plan que las cosas quedan ahí y ya está. Si que es verdad que hay casos y casos, con el tema de mi madre empatizo mucho porque hay gente que tiene situaciones similares, entonces claro a veces empatizas más de lo normal y estas en casa y dices ostras y si acaba mal y se mure... un caso de una paciente que se acabó muriendo la chica y la verdad que sí que tienes un par de días pero luego ya está, lo he gestionado todo muy bien.

Bueno menos en el confinamiento sí que estuve con ansiedad dos o tres días eh, es que claro nunca nos hemos visto en una situación así... ehh... uno de los pacientes en la UCI con COVID era un compañero de trabajo, no lo conocía pero era un compañero de trabajo del hospital y... ostras tu ehh... fue muy duro, muy duro, y mira que ya había pacientes que conocía o eran gente del hospital que había estado en la UCI, pero con todo el miedo COVID, de la primera ola hablo, el miedo a muerte, el miedo que te pase a ti, preocupada por tu familia, no sabes cuando va acabar, que pasará, no sabíamos nada de la enfermedad ¿no? Ufff... yo lo pasé fatal y... llegabas al trabajo y llevabas

tres pacientes intubados COVID, dos aislados, fatal, todos muy mal, una carga de trabajo horrorosa, no podías ni merendar, ni mear casi en las 8 horas, 10 horas que trabajabas, eh... llegabas a casa al día siguiente volvías, se ha muerto este, se ha muerto el otro, eso día tras día, sin descanso ¿no? Decían “¿puedes venir?” sí, porque ya tenías esa responsabilidad moral de ir ¿no? En ese momento si te llaman, decías voy, voy, trabajabas al 200 por ciento, pfff... entonces cuando llegaba a casa tenía esa sensación, tenía sufrimiento del hospital, sufrimiento por mi madre porque está enferma y es de riesgo y.... que le pasara algo, que se contagiara ¿no?, tenía una niña pequeña que también sufría por la niña, la niña me decía que tenía miedo de que yo me muriera y yo también claro porque no sabía... no le podía decir “*a la mama no le va a pasar nada*” porque no lo sabía ¿no? Porque había compañeras que se habían contagiado y compañeras que acabaron ingresadas por neumonía y... solo veías las noticias y... veías que morían muchos compañeros nuestros por COVID ¿no? Y claro no le podías decir “*no le va a pasar nada a la mama*” sí que le puede pasar perfectamente ¿no? Y si... llegué a un punto, en abril o sea si empezamos en marzo, en abril estaba con una ansiedad, estaba en el sofá y me venían las palpitaciones y tal, pfff... y fue cuando dije ya está eh... relájate, tienes que poner medidas, tienes que empezar a gestionar como lo gestionabas antes ¿no? Porque te estas... Y bueno, no fui al psicólogo eh, sí que teníamos un teléfono que nos ofrecieron de la Generalitat que si querías llamabas y te ofrecían terapia por teléfono porque no los veías, pero... empecé a buscar recursos, que me facilitaran ¿no? Música relajante, cosas que me gusta hacer, me gusta mucho coser y... mi marido me decía “*pues busca momentos que yo distraigo a la niña*” momentos para evadirme, poquito a poco puse cada cosa en su lugar, estuve triste mucho tiempo eh... porque nos ha costado mucho y lo que veíamos era horrible y estado triste mucho tiempo pero bueno poco a poco todo se ha puesto en su lugar y ahora mismo estoy mucho mejor, pero nunca había dicho que no quería ser enfermera y después de la primera ola, la primera y la segunda ola desee no ser enfermera que nunca me había pasado... y decir ostia pff... pues igual lo dejo y me busco otro trabajo, o sea es que, sí, sentí miedo, nunca había sentido miedo a que me iba a pasar nada mira que hay enfermedades...

I: Claro es que nosotros hemos tenido este miedo, pero es que estábamos en casa es que vosotros estabais en el ojo del huracán... sois de admirar, es admirable que te hayas sabido adquirir más herramientas y decir, mira sigo hacia delante.

P3: Sí, sí

I: Pues la siguiente pregunta ya la has dicho, las estrategias como escuchar música, coser...

P3: Sí, sí, buscar tu válvula de escape ¿no? O sea hay gente que le gusta coser y hay otra que al igual le pone de los nervios hahaha. O ir al psicólogo que no pasa nada para gestionar las emociones, a lo mejor no sabes gestionarlas y necesitas a alguien que te ayude.

I: Vale, y ¿cómo crees que el síndrome de *burnout* puede afectar a la calidad de los cuidados hacia el paciente?

P3: Lo más característico que es lo que yo veo a veces, es que dejas de empatizar ¿no? Que vas ahí a trabajar a destajo, haces lo que toca por sistema ¿no? Y... medicación pues medicación, cambios posturales, higiene pues higiene, pero dejas de empatizar ¿no? Estas de mal humor, ya no sonríes, igual a veces te olvidas de presentarte ¿no? Cosas tan importantes, tan nuestras y que favorece tanto en la calidad de los cuidados, sigues dándolos porque seguramente sea una buena enfermera y hace su trabajo bien, pero esa calidad, esa... que es lo que hace que seas una buena enfermera lo dejas de hacerlo, ya no porque quieras, a veces sale porque estas ya asqueada de todo ¿sabes? Sí, sí, es triste, pero hay que buscar la forma de gestionarlo.

I: El buscar un equilibrio...

P3: Sí, sí

I: Bueno pues pasamos a la última del bloque, ¿Cómo cree que el hecho de que las UCI dispongan de puertas abiertas y mayor flexibilidad horaria pueda afectar en la organización del personal de enfermería?

P3: Pues es lo que os decía, yo creo que facilitan la organización ¿sabes? En un paciente, en casos así concretos que dices que es evidente que te va a mejorar, paciente desorientado que necesita mucha atención ¿no? Que a veces que te absorbe y no puedes dejarle solo ni desatendido, que este la familia, el hecho de tener puertas abiertas pues te hace tener más tiempo, y... creo que te facilita, en casos concretos como os decía que ... familias que a lo mejor no ayudan porque hay casos y casos ¿no? Pero en general yo creo que las puertas abiertas ayudan, ayudan y... te facilitan el trabajo

Y bueno ayuda a todos, creando el vínculo y... la confianza ¿no? Y las tareas, eso si tienes que aspirar, el hecho de estar presente también crea una confianza ¿no? Que luego se ve en familias que están contentas, que no son tan demandantes, que no hacen tantas preguntas o que las van haciendo mientras estas ahí ¿no?

Entonces entras “*voy a hacerle la cura de la barriga, ¿prefieres que salga o no?*” le preguntas al paciente si te puede responder, la mayoría te dicen “*no, no, que se quede*” La mayoría y el familiar igual, y la ve, le explicas “*pues lleva 20 grapas...*” estas respondiendo preguntas ahí mismo, luego cuando acabas la cura tú tienes que ir a merendar, pues con toda la confianza “*pues ahora voy a merendar*” “*pues que aproveche*” ¿Sabes? Y... “*tranquila, ahora sé que... cualquier cosa te digo, pero tranquila eh, que aproveche*” esto es que es genial, yo me voy tranquila porque sabes que estas con la familia y ella empatiza contigo también porque saben que estas todo el rato trabajando y que es tu momento, empatiza en los dos lados.

I: Realmente esto es lo importante, técnicas todo el mundo puede hacer, pero es lo que decías antes, estas pequeñas cosas son con las que te quedas con ellas, cabe bien o cabe mal ...

P3: Es lo que te digo súper positivo por eso, por toda la confianza de “*mira me voy a sentar 20 minutos que estoy muy cansada*” y ese vínculo es ... para mí es súper importante.

I: Exacto, es un entorno que es muy duro, pero si vamos haciendo pequeños cambios así pues quieras o no, ayuda muchísimo.

P3: Sí, rompe el hielo...

I: Bueno pues ya sería el ultimo bloque, que sería aspectos relacionados con el paciente y la familia. Y la primera pregunta se habla de incluir en la familia en la atención y en los cuidados del paciente ¿Qué piensas sobre este aspecto? Que esto ya lo has contestado, que es positivo. La siguiente sería ¿de qué manera cree que las políticas restrictivas de esta unidad limitan el bienestar del paciente y la familia?

P3: Es un poco lo que os decía ¿no? La comparación de los familiares que yo veía hace unos años a las que veo ahora desde el 2020 es eso, que las veo más alertas... que sí que veo diferencias ¿no?

Las puertas abiertas hacían que se conocieran entre ellos, y hacían vínculo de amistad y... veías como creaban vínculos entre ellos y entre nosotros y... formabas parte de una pequeña familia. Ahora no, ahora pasan poco tiempo eh... lo mismo familias más alertas, más... a la expectativa, a la defensiva, que se lo han explicado por teléfono que es súper frío, y ahora entran una hora y a veces al igual tú tienes que hacer una técnica a otro paciente, esa hora te quiere hacer una pregunta *“es que la enfermera está ocupada”*, *“vale”* luego ya es la hora de irse, en cambio si están toda la tarde *“ven cariño es que ahora ha surgido una urgencia pero luego me paso, si no me acuerdo me dices algo”* y si esta toda la tarde, pues en algún momento si que tendrás tiempo.

I: Ahora actualmente el horario de visita ¿cuál es?

P3: De 15 a 16 y de 19 a 20, pero ya os digo, espero que ya cambie.

Pues es eso que a veces quieren que les atiendas y pues si tienes que ir a intubar a otro paciente pues te puedes tirar una hora dentro de un box y puede ir una compañera, pero no es lo mismo, claro a mi si me preguntan *“¿la enfermera que le lleva?”* pues ya voy yo *“está ocupada, ¿Qué necesita?”* *“pues ha tenido fiebre, ¿cómo ha pasado la noche?”* claro tu más o menos te coges la gráfica, pero claro no lo conoces, aunque quieras empatizar y...le haces el favor a la compañera y estás ahí le echas tiempo a la familia, no es lo mismo porque soy Judit, pero no soy la enfermera que lo lleva ¿no? Bueno...

Y los nombres también, eso también lo he visto, los aprenden, pero no como antes, antes era *“¿está P3?”* y eras una más ¿sabes? ahora es como sí, pero les cuesta recordar y pasa una horita y ya se les ha olvidado o igual esa hora estás haciendo alguna cosa y no te ha visto ¿no? Y antes si con las puertas abiertas *“¿hoy quien esta P3? Pues que bien”* nos conocían más, es el vínculo.

I: Genial, pues pasamos a la siguiente pregunta, que esta también la hemos hablado, los beneficios que pueden aportar el rol de la familia en los cuidados de la UCI, que ya hemos dicho que es súper positivo todo y la siguiente pregunta que también has dicho alguna cosita pero sí que nos gustaría profundizar un poquito más, ¿la humanización en su unidad contempla la familia en los cuidados al final de la vida?

P3: sí, eso siempre, como os comentaba antes, antes de abrir la UCI en 2010, siempre se ha tenido en cuenta que un paciente cuando está al final de la vida, la familia le acompaña desde el momento que ya se ve que no va ir a mejor, que no se sabe cuándo acabar entonces muchas veces pobres no es inminente pero sí que se sabe, la familia acompaña las 24 horas, se les ofrece un sillón para dormir por si quieren dormir dentro o fuera de la unidad, fuera tenemos unos sillones que antes eran más duros pero ahora tenemos sillones más blanditos pero a veces no quieren estar dentro por... y prefieren estar fuera para que los avises, se les dan mantas, lo que haga falta, esto sí que siempre lo hemos hecho con el COVID pues igual pfff... pero no, también se ha hecho, a lo mejor la primera ola fuimos más restrictivos y... también las muertes era más de repente y no que se fuera a ver ese proceso de... al final de la vida, sino que de repente pues fallecía pero sí, a partir de la segunda ola hemos visto que ese era el proceso dejar estar a la familia siempre sin limitación de personas, y sí... se da confort tanto al paciente como a la familia y acompañamiento. En ese aspecto la verdad que muy bien, siempre eh.

I: Pues está muy bien, e importante de que realmente, aunque haya pasado lo del COVID se haya mantenido el hecho del acompañamiento.

P3: Hubo un “*standby*” ¿no? Porque hay personas que se han muerto solas, esto no lo he contado pero lo que hicimos con el COVID fue comprar tabletas y hacíamos videollamadas, muy guay, llamadas emotivas la verdad que sí...

I: Genial, pues gracias por haber compartido tus vivencias con nosotras y hasta aquí ha llegado la entrevista. Muchas gracias

Anexo 4: Consentimiento informado

Consentimiento Informado

Yo, _____, con DNI _____, certifico que he sido informado/a de forma clara y veraz sobre la actividad académica que, Kaoutar Mrabet con DNI ...634A y Elisabet Pino con DNI ...295P, estudiantes de cuarto curso adscritos a la Facultad de Enfermería de la URV, que llevan a cabo sobre “Vivencias de los profesionales de enfermería sobre la humanización de las Unidades de Cuidados Intensivos”.

De manera totalmente informada, accedo a participar de manera constante, libre y voluntaria en el estudio, cooperando en la recopilación de datos que se recogen a través de una entrevista que incluye preguntas sobre mi experiencia. También me comprometo a cooperar en todos los aspectos antes mencionados, y mi cooperación puede ser interrumpida en cualquier momento. Las personas que efectúan la investigación respaldan que la información reunida de los participantes se mantendrá confidencial y sus datos serán tratados de forma anónima.

Se garantiza el cumplimiento de la Ley Orgánica 15/1999, de 13 de diciembre, de protección de datos de carácter personal, y se preserva la posibilidad de revocar este consentimiento ejercitando sus derechos de acceso, rectificación, cancelación y oposición a la difusión y empleo de las imágenes en cualquier momento y sin necesidad de ninguna explicación.

En a de de 2023

Firma del participante

Firma del entrevistador

Hoja de información para el informante

Estimado/a Sr/Sra.:

Somos dos estudiantes de 4º del Grado de Enfermería de la Universidad Rovira y Virgili y nos ponemos en contacto con usted para pedirle participación en nuestro Trabajo de Final de Grado. Éste trata de las “Vivencias de los profesionales de enfermería sobre la humanización de las Unidades de Cuidados Intensivos”. Para su elaboración se utilizará la metodología cualitativa, con la intención de recolectar información mediante entrevistas.

El objetivo principal de este trabajo es conocer el grado de conocimiento sobre la humanización de las Unidades de Cuidados Intensivos. También conocer el impacto de “síndrome de *burnout*” tanto en los profesionales como la afectación que conlleva padecerlo en la calidad de los cuidados de los pacientes. Por último saber la visión que tiene el personal de enfermería de la inclusión de la familia en los cuidados de los pacientes ingresados en la Unidad de Cuidados Intensivos.

Puede consultar las preguntas antes de realizar la entrevista y puede aceptar o negarse a hacer la entrevista o una vez se encuentra esta terminada, si lo considera oportuno. Una vez finalizado el trabajo, tiene derecho a conocer o consultar los resultados.