

Laura del Río Sanz

**DESARROLLO DE LA HUMANIZACIÓN DEL CUIDADO EN ESTUDIANTES DE GRADO EN  
ENFERMERÍA.**

**PROYECTO DE INVESTIGACIÓN.**

**TRABAJO DE FIN DE MÁSTER**

Dirigido por

Dra. María Antonia Martorell Poveda

Máster en Investigación en Ciencias de la Enfermería



**UNIVERSITAT ROVIRA I VIRGILI**

**Tarragona**

**2022-2023**

<b>PRÓLOGO</b> .....	<b>4</b>
AGRADECIMIENTOS .....	4
<b>INDICE DE TABLAS Y FIGURAS</b> .....	<b>6</b>
<b>INDICE ABREVIATURAS Y SIGLAS</b> .....	<b>6</b>
<b>RESUMEN</b> .....	<b>8</b>
PALABRAS CLAVE.....	9
<b>ABSTRACT</b> .....	<b>9</b>
<b>KEYWORDS</b> .....	<b>10</b>
<b>1. INTRODUCCIÓN Y JUSTIFICACIÓN</b> .....	<b>11</b>
1.1. DEFINICIÓN DEL PROBLEMA .....	11
1.2. JUSTIFICACIÓN .....	14
<b>2. MARCO CONCEPTUAL Y TEÓRICO.</b> .....	<b>17</b>
2.1. LOS ESTUDIOS DE ENFERMERÍA EN ESPAÑA.....	17
2.1.1. <i>Evolución de la formación enfermera.</i> .....	17
2.1.2. <i>Importancia del aprendizaje enfermero basado en valores humanísticos.</i> .....	21
2.1.3. <i>Desarrollo de la competencia comunicativa entre estudiantes de enfermería.</i> .....	25
2.2. EL CUIDADO HUMANIZADO.....	28
2.2.1. <i>Antecedentes y evolución de la humanización del cuidado</i> .....	28
2.2.2. <i>El cuidado humanizado en la actualidad: las nuevas tecnologías, mecanización involuntaria del equipo de salud.</i> .....	32
2.2.3. <i>¿Podemos evaluar la humanización del cuidado?</i> .....	34
2.3. MARCO TEÓRICO ENFERMERO. ....	36
2.3.1 <i>Tensión entre paradigmas: Paradigma neopositivista VS Paradigma sociocrítico.</i> .....	36
2.3.2. <i>Modelos y teorías enfermeras de referencia.</i> .....	38
<b>3. REVISIÓN BIBLIOGRÁFICA Y ANTECEDENTES.</b> .....	<b>46</b>
<b>4. APORTACIONES E INTERÉS DEL ESTUDIO.</b> .....	<b>49</b>
<b>5.OBJETIVOS E HIPÓTESIS.</b> .....	<b>50</b>
5.1. OBJETIVO GENERAL.....	50

5.2. OBJETIVOS ESPECÍFICOS .....	50
5.3. HIPÓTESIS .....	50
<b>6. METODOLOGÍA.....</b>	<b>51</b>
6.1. DISEÑO, METODOLOGÍA Y JUSTIFICACIÓN .....	51
6.2. POBLACIÓN Y MUESTRA .....	51
6.3. VARIABLES DEL ESTUDIO. ....	52
6.3.1. <i>Variable Dependiente:</i> .....	52
6.3.2. <i>Variables Independientes:</i> .....	53
6.4. INSTRUMENTOS DE RECOGIDA DE INFORMACIÓN .....	53
6.5. ANÁLISIS DE DATOS.....	55
6.5.1. <i>Análisis cualitativo.</i> .....	55
6.5.2. <i>Análisis cuantitativo:</i> .....	56
<b>7. CONSIDERACIONES ÉTICAS.....</b>	<b>45</b>
<b>8. APLICABILIDAD Y UTILIDAD DE LOS RESULTADOS.....</b>	<b>46</b>
<b>9. LIMITACIONES DE LA INVESTIGACION.....</b>	<b>49</b>
<b>10. BIBLIOGRAFÍA.....</b>	<b>50</b>
<b>11. CRONOGRAMA.....</b>	<b>60</b>
<b>12. PRESUPUESTO .....</b>	<b>62</b>
<b>13. ANEXOS.....</b>	<b>64</b>
ANEXO I. ENCUESTA. ....	64
ANEXO II. ESCALA HUMAS.....	68
ANEXO III. PERMISO COMITÉ DE ÉTICA E INVESTIGACIÓN DE LA ESCUELA DE ENFERMERÍA DE ÁVILA. CENTRO ADSCRITO A LA UNIVERSIDAD DE SALAMANCA. ....	71
ANEXO IV. CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA LA PARTICIPACIÓN EN EL PROYECTO. ....	72
ANEXO V. GUION DE PREGUNTAS GRUPO FOCAL. ....	73
ANEXO VI: TABLA CON ARTÍCULOS PRINCIPALES .....	76

# PRÓLOGO

## Agradecimientos

### ***A mi marido, a mis padres, hermana, y a mis dos hijos***

*Por vuestro tiempo y comprensión  
a los veros privados de algunos  
momentos conmigo y ayudarme a  
que este proyecto sea posible.*

### ***A Pilar***

*Directora de la Escuela de  
Enfermería de Ávila, y persona de  
enlace con los alumnos para mi  
proyecto. Por depositar siempre su  
confianza en mí, y hacerme sentir  
valiosa.*

### ***A Ainhoa***

*Gracias por dar luz en mi  
oscuridad y por no dejar que me  
rinda.*

### ***A los alumnos de la Escuela de Enfermería de Ávila***

*Por ofrecerme su tiempo y darme  
perspectiva con el desarrollo de la  
Humanización en nuestro trabajo.*

***Al equipo docente encargado del Máster en Investigación  
en Ciencias de la Enfermería, de la Universidad Rovira I  
Virgili de Tarragona.***

*Dando sentido a mi profesión y a  
la importancia de la Investigación  
en el campo de Enfermería*

## **INDICE DE TABLAS Y FIGURAS**

Figura I: Positivismo en la Metodología

Figura II: Teoría del Cuidado Humanizado de Jean Watson

Figura III: Modelo de adquisición y desarrollo de habilidades y competencias de Benner.

Figura IV: Diagrama de flujo

Figura V: Ciclo reflexivo de Gibbs (1998).

## **INDICE ABREVIATURAS Y SIGLAS**

- CH

Cuidado humanizado

- HdC

Humanización del Cuidado

- E.U.E.A

Escuela Universitaria de Enfermería Ávila

- HUMAS

Escala de Valoración del Cuidado Humanizado. Health professional's Humanization Scale

- USAL

Universidad de Salamanca

- SALUD

Servicio Andaluz de Salud

- RAE

Real Academia Española

- CEA

Comité de ética asistencial

## RESUMEN

En los últimos tiempos, y más aún en el contexto de pandemia vivido, uno de los conceptos que más se relaciona con la asistencia sanitaria es el de humanización. Actualmente no existe una definición que acoja a todas las partes implicadas en este proceso, provocando que el término esté muy limitado en su definición y se antoje bastante vago.

Para abordar esta tarea precisamos profundizar en el conocimiento del entorno de Humanización, teniendo en cuenta los agentes implicados y las acciones que se desarrollan.

La pregunta planteada en este proyecto es ¿qué significa el cuidado humanizado para los estudiantes de enfermería?, y como objetivo principal, identificar y conocer el significado que los alumnos de la Escuela de Enfermería otorgan a dichos cuidados.

El estudio se basará en un proyecto de investigación a realizar en la Escuela Universitaria de Enfermería de Ávila (E.U.E.A.), Centro Adscrito a la Universidad de Salamanca (USAL) durante el curso 2023-2024, en el que participará la población de estudiantes desde 1er curso hasta 4º curso de Grado en Enfermería.

La metodología utilizada será mixta, donde la parte cuantitativa, supondrá la recogida de información a través de la escala HUMAS, escala de valoración del cuidado humanizado, validada en 2019 y una encuesta de 10 preguntas, 9 de ellas cerradas y una final abierta. La parte cualitativa se apoya en la realización de grupos focales para conocer la percepción y el concepto de humanización de los cuidados (HdC) por parte del estudiante.

La intención con este trabajo de investigación es determinar por una parte el grado de implicación tanto de la Escuela de Enfermería, como de las estancias hospitalarias de las instituciones sanitarias donde el alumno recibe su formación práctica, en el desarrollo de habilidades y herramientas necesarias para contribuir a la consecución de un cuidado humanizado, y no sólo el aprendizaje de tecnicismos propios de la profesión. También identificar la evolución del aprendizaje de conocimientos y cambio en la percepción de un cuidado más humanizado a lo largo de los 4 cursos de Grado.

## **PALABRAS CLAVE**

“Cuidados de Enfermería”, “Humanización del cuidado”, “Prácticas formativas de enfermería”.

## **ABSTRACT**

In recent times, and even more so in the context of the Pandemic that we are experiencing, one of the concepts that is most related to health care is that of humanization. Currently there is no definition that embraces all the parties involved in this process, causing the term to be very limited in its definition and seem rather vague.

To tackle this task, we need to deepen our knowledge of the Humanization environment, taking into account the agents involved and the actions that are developed.

The question posed in the project is how influence the institutions involved in the training of undergraduate nursing students to acquire a solid knowledge base of humanized care (CH)? and as a main objective, to identify and know the meaning that students of the School of Nursing give such care.

The study will be based on a pilot test at the Ávila University School of Nursing (E.U.E.A.) Center Affiliated to the University of Salamanca during the 2022-2023 academic year, with an approximate sample of a representative group of about 50 students per course.

The methodology used will be mixed, where the quantitative part will involve the collection of information through the HUMAS scale, a humanized care assessment scale, validated in 2019 and a survey of 10 questions, 9 of them closed and one open final. The qualitative part is supported by the realization of focus groups to know the perception and the concept of humanization of care (HdC) by the student.

The intention with this research work is to determine, on the one hand, the degree of involvement of both the School of Nursing, as well as the hospital stays of the health institutions where the student receives their practical training, in the development of skills and tools necessary to contribute to the achievement of a humanized care, and not only the learning of technicalities of the profession. Also identify the evolution of knowledge learning and change in the perception of a more humanized care throughout the 4 undergraduate courses.

## **KEYWORDS**

“Humanism”, “Nursing Care”, “Nursing Student”.

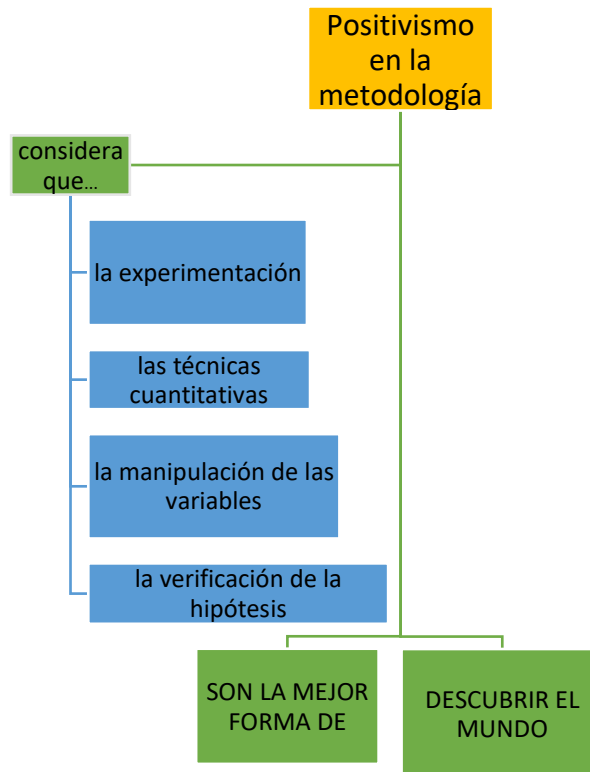
## **1. INTRODUCCIÓN Y JUSTIFICACIÓN**

### **1.1. Definición del problema**

Teniendo en cuenta que uno de los agentes implicados en el desarrollo de un entorno de cuidados más humanizado que adquiere un gran protagonismo por su futura trayectoria profesional es el estudiante de grado en enfermería, el objetivo principal que se plantea con este proyecto es identificar el significado que los alumnos de la Escuela de Enfermería de Ávila otorgan a dichos cuidados.

Uno de los aspectos más relevantes que forman parte del programa de formación del Grado en Enfermería, radica en demostrar conocimientos teóricos, habilidades y destrezas en el progreso de las actividades prácticas de la profesión (1), pero también es imprescindible conocer cómo se deben brindar unos cuidados integrales a nuestros pacientes, establecer relaciones de ayuda, ser tolerante y respetuoso, ofrecer un trato digno y demostrar amor hacia las personas (2,3).

El prisma de atención, basado en el paradigma positivista de la integración (Figura I), es el que ha provocado un aumento de la deshumanización de la atención, centrándonos en la curación de la enfermedad e interponiendo lo biológico a lo humano, desviando así el sentido más humanista y holístico de la profesión (1).



**Figura I: Paradigma positivista de la integración**

**Fuente elaboración propia**

En la formación del estudiante, existe una mayor distribución de carga horaria dirigida al logro de habilidades técnicas, y menor tiempo de dedicación a actividades de carácter humanístico y reflexivo. Esto hace que los programas de grado no integren y relacionen ciencias humanas y ciencias básicas, generando una dificultad de comprensión de los procesos involucrados en la relación humana. De esta manera, los educandos intentan construir la forma de dedicar las atenciones a través de sus experiencias formativas (3,4).

Aunque en la actualidad, los planes formativos en el contexto español contemplan las competencias emocionales y de comunicación como parte del programa fundamental para obtener el título de Graduado en Enfermería (4), siendo la comunicación clínica una

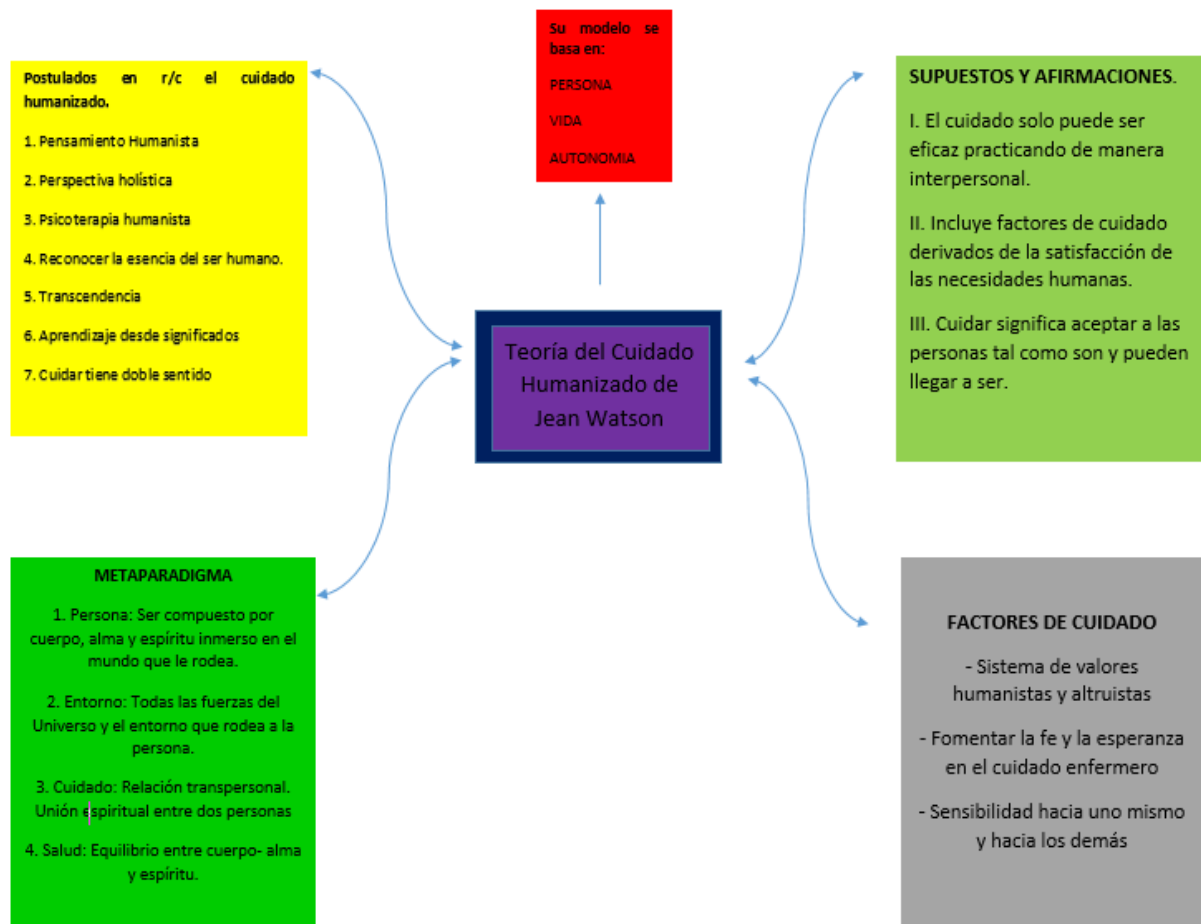
de las asignaturas más importantes dentro del plan de estudios, y reconocida como competencia esencial por los organismos de acreditación y organizaciones internacionales, se señala el estancamiento experimentado en la formación de destrezas comunicativas y emocionales en la enfermería (1).

La escucha activa, la gestión de las emociones y la comunicación de las mismas, tendrían que ser habilidades fundamentales para enseñar de manera transversal durante la formación práctica (1).

La reflexión durante la praxis de la profesión enfermera, es imprescindible para mantener presente nuestros valores y principios, como pilares fundamentales de nuestra profesión.

Watson, con su teoría de Cuidado Humano (Figura II), aporta una especial importancia a la consideración del propio yo, y a la autoconciencia como factor del proceso de asistencia. Una persona que no reconoce sus propios sentimientos difícilmente logrará entender los de otras personas (5), por lo tanto, la capacidad de autoconocimiento y la práctica reflexiva también son elementos fundamentales que incorporar en el programa de formación.

Todo este avance y transformación, se debe manejar desde los alumnos de Enfermería, y desde su habilidad formativa, destacando también a las instituciones que forman parte de su campo de aprendizaje práctico e influyen directamente en estos futuros prestadores de vigilancia de salud, como pilar fundamental de su óptica humanista del cuidado (5).



**Figura II: Teoría del Cuidado Humanizado de Jean Watson**

González Juárez et al mencionan en su artículo que “la humanización del cuidado requiere un proceso de prestación centrado en el ser humano, en el entendido de que ese ser humano, no sólo incluye la persona “sujeto” de vigilancia, sino a la Enfermera y al estudiante de Enfermería” (6).

## 1.2. Justificación

Desde los años ochenta son múltiples las demandas centradas en recuperar un enfoque más humano en las instituciones de salud al unísono del paradigma de transformación que se comienza a desarrollar en la época. Actualmente se continúa demostrando y reclamando tal enfoque, ya que tanto en la formación como en el programa práctico

profesional de la enfermería aún se evidencia y se mantiene presente el paradigma neopositivista, limitando a la enfermería al ámbito empírico, cuantitativo y objetivo, alejándose del verdadero epicentro epistemológico del trato humanizado (1). La enfermedad genera una situación de alteración a nivel global en el sujeto, fundamentalmente en su mundo afectivo y relacional. La hospitalización supone dependencia, carencias y muchas veces despersonalización en la persona ingresada e intensifica sentimientos de impotencia y vulnerabilidad.

Como profesionales de la salud, tomamos contacto con la persona enferma, y debemos estar preparados para ofrecer una escucha que proporcione confort a nuestros pacientes en todas las áreas tanto física como psíquica, social y espiritual. Además, considerar al otro como ser humano y no como un objeto (7).

La percepción del cuidado humanizado es una medida de la calidad de los servicios de salud, y se define como la experiencia vivida y declarada por el usuario, en las que la mayoría de las situaciones no las relaciona con procedimientos o técnicas, sino con necesidades de comprensión, empatía, afecto, bienestar, sentido de información, protección (8).

Existen numerosos análisis de las circunstancias en las que brindamos la atención a la salud, en las que se ponen en evidencia las carencias de los atributos que hacen que este trabajo forme parte de una cualidad humana y desaparezca la dignidad humana que emana de la relación entre profesional de la salud y paciente (9–11).

La enfermería es una actividad que requiere tener como base el autoconocimiento personal, además de un dominio y reflexión sobre problemas de interacción humana para entregar un trato humanizado (12,13).

En la formación del educando existe un mayor número de horas dedicadas al logro de preparaciones técnicas y menor tiempo de dedicación a actividades de carácter humanístico y pensativo (14).

La necesidad de entender las características del cambio de paradigma se viene solicitando desde hace tiempo, se reivindica la adopción de nuevas teorías y metodologías más participativas y cualitativas, en el que la reflexión y la subjetividad adquieren un valor añadido, mejorando las capacidades comunicativas y emocionales como elementos esenciales del cuidado humanizado (10).

Atención al detalle, el pensamiento autocrítico y el autoconocimiento, la reflexión profunda contribuyen a la humanización formando parte de las realidades actuales, sin embargo, implica la adopción de un nuevo enfoque formativo y práctico donde primen competencias emocionales y comunicacionales dentro del programa de formación de grado (15), por todo ello, en nuestro proyecto nos planteamos diversas opciones como son: evaluar la percepción de los estudiantes de enfermería sobre la importancia de la humanización en la atención sanitaria, estudiar la influencia de la formación en habilidades de comunicación y empatía en el desarrollo de dicha humanización en el cuidado, investigar sobre las barreras y facilitadores para la humanización en el entorno sanitario y relación con los paciente y familias desde el prisma de la atención ofrecida por los alumnos de grado en enfermería.

Otro planteamiento que surge a raíz de este proyecto es diseñar y evaluar un programa de formación en humanización dirigido a los estudiantes de enfermería, así como la evaluación de la cultura organizacional en el desarrollo de la humanización en el entorno sanitario y su relación con los estudiantes de grado en enfermería.

## **2. MARCO CONCEPTUAL Y TEÓRICO.**

### **2.1. Los estudios de enfermería en España**

#### **2.1.1. Evolución de la formación enfermera.**

Desde mediados del S.XIX hasta el momento actual, la ocupación enfermera en España evoluciona en tres periodos de tiempo (16).

En primer lugar, existe un periodo inicial caracterizado por labores de enfermos en hospitales a cargo de órdenes religiosas, con un rol orientado al servicio de la medicina; posteriormente un segundo periodo en el que desaparece la enfermería como profesión y la figura se convierte en Ayudante Técnico Sanitario (ATS), en el que de cara a la sociedad comienza a recobrar fuerza el término “practicante”, con connotaciones menos profesionales. Por último, la profesión enfermera se considera una formación universitaria, y surge así el reconocimiento como profesión, con un cuerpo de conocimientos científicos propios y aislados de la medicina, con el nuevo rol adoptado de “cuidado centrado en el paciente” (16).

En 1896 el Dr. Federico Rubio y Galí crea la primera escuela de enfermería, con el objetivo de conseguir profesionales con capacidad de aprendizaje en el arte de cuidar y así ganarse la vida asistiendo a enfermos (17). Anteriormente se menciona que el rol primordial de la figura enfermera, en el momento de institucionalización de la ocupación se remite a cumplir puntualmente lo que el médico ordene. Sin embargo, cuando se acoge el modelo propuesto por Florence Nightingale, la atención se orienta más a la devoción al paciente y a su vigilia, aunque de momento continúa el control explícito de la medicina sobre la profesión (15,18).

Durante el Siglo XX, en los años setenta, se produce un movimiento e interés por promover la enfermería a rango de disciplina científica influenciado por profesionales

de Estados Unidos y Canadá (19), modelados por el trabajo de Nigthingale, y la literatura generada en los años 50 en Norteamérica sobre modelos conceptuales de enfermería, que llegan a España unos años después, generando una nueva visión de trabajo de enfermería.

Todo esto, junto con el periodo de transición política, que acumula a un mayor aperturismo a el país y, al compás de un estado más democrático, fomentan el surgimiento de varios grupos de enfermeras que, en palabras de Santo Tomás dice: “empezaran a plantearse la búsqueda de su propia identidad” (20).

Así pues, la enfermería como disciplina universitaria nace en el año 1977, integrando competencias técnicas propias de asistencia médica, junto con competencias autónomas de ejercicio de cuidados profesionales característicos de la actividad enfermera.

La integración en la universidad de los programas de enfermería bajo la titulación de Diplomado Universitario en Enfermería se aprueba mediante Real Decreto 2128/77 (21)

a consecuencia de multitudinarias movilizaciones por parte del colectivo en toda España.

Es en este momento, cuando se reconoce la diligencia enfermera con una contribución propia, única, específica a la sociedad, al margen de la disciplina médica y ejerciendo unos intereses profesionales enfermeros.

Pero las enfermeras, hasta la fecha, habían sido formadas fundamentalmente por médicos en las Facultades de Medicina, y es entonces cuando la propia enfermería se responsabiliza de determinadas asignaturas, en especial Enfermería Fundamental, que incluía los contenidos específicos para llevar a la experiencia práctica el nuevo rol profesional adoptado en forma de Teorías y Modelos Enfermeros.

Actualmente, y después de casi 40 años trabajando con la nueva óptica profesional de la enfermería, las definiciones se ajustan a un modelo de ocupación más adaptado, más al propio de asistente médico, que el prisma orientado al tratamiento de la persona.

La Real Academia de la Lengua Española (RAE) sigue definiendo enfermería como profesión y titulación de la persona que se dedica al cuidado y atención a los enfermos y heridos, así como a otras tareas sanitarias, siguiendo pautas clínicas (22). El término enfermera/o cómo persona dedicada a la asistencia a los enfermos.

Es por esta razón por lo que existe una importante disociación entre el significado académico del término enfermería, representado por un plan de estudios enfocado al trato profesional basado en teorías y modelos, con un cuerpo de conocimientos propio, y su significado social, representado por la definición del término propuesto por la RAE, que continúa orientándose desde la perspectiva de asistente médico.

La identidad de la función enfermera por lo tanto no es algo estable, único e inmodificable. Es un proceso dinámico que conlleva interacciones sociales múltiples en continuo cambio y con carácter temporal (23,24).

La ley 44/2003 de Ordenación de las profesiones Sanitarias (25) , determina las competencias concretas de la titulación de DUE, que son : 1) La prestación personal de cuidados o servicios propios de su competencia profesional en las diferentes fases del proceso de atención de salud, sin detrimento de la competencia, responsabilidad y autonomía propias de los diferentes profesionales que intervienen en el proceso; 2) la dirección, evaluación y prestación de las actividades de enfermería orientados a promover, mantener y recuperar la salud, como también prevenir las enfermedades y discapacidades.

Las enfermeras pueden desarrollar actividades relacionadas con tareas asistenciales, docentes, gestoras y de investigación, ubicadas en hospitales , centros socio-sanitarios,

centros de atención primaria, tanto en medios comunitarios pertenecientes al Sistema de Salud como también en ámbito privado de forma individualizada (26).

En relación con el nivel de autonomía profesional, distinguimos un rol profesional con dos ejes disociados en la práctica. Por un lado, el denominado “eje interdependiente”(27), llevando a cabo actividades relacionados con la patología del paciente , con el diagnóstico médico y con el tratamiento dirigido hacia la enfermedad; y por otro lado distinguimos el “eje autónomo” o independiente, en el que las atenciones se dirigen hacia las respuestas humanas reales o potenciales a una determinada situación de salud o situación que repercute en el bienestar de la persona, su crecimiento e impulso, es decir, actividades que se rigen a la consecución de unas habilidades y capacidades de la persona para dar cobertura a lo que requiere (27).

Es desde el rol independiente, donde la autonomía de la enfermera se presupone total en cuanto a la toma de control y responsabilidad de sus acciones, donde se apoya la necesidad de crear un cuerpo de conocimientos propio, racional y científico, y abandonar la ejecución de actividades de forma intuitiva, y así desarrollar la Ciencia Enfermera (20).

Uno de los objetivos más importantes, según Carballo (28), para conseguir un espacio profesional más exclusivo y autónomo, donde la enfermera sea la única responsable de sus acciones, es desmarcarse del modelo biomédico asumido en el siglo XX.

Carballo refiere que los intereses que ejercemos a diario están centrados en aspectos físicos, y otras dimensiones como la esfera psicológica, social, cultural o espiritual del paciente queda en segundo plano debido a las altas cargas del colectivo profesional.

La formación de profesionales de enfermería requiere asumir nuevas formas metodológicas para adaptarse a la constante evolución. Precisa de la mejora de conocimientos trascendentes para la práctica diaria y en las formas de enseñanza y

aprendizaje. Para ello es necesario un cambio paradigmático educativo que proponga una mayor utilización del pensamiento crítico y reflexivo en el estudiante, y así evitar que las nuevas generaciones valoren realidades concebidas por otros profesionales con antelación, y sean capaces de tener un criterio propio (29).

La formación de enfermería tradicionalmente se ha desarrollado en espacios educativos variados. Unos ámbitos de enseñanza-aprendizaje como son las aulas, laboratorios, centros de atención a la salud y otros centros sociales, deportivos, laborales o educativos, cada cuál asumiendo metodologías para la consecución de unos determinados objetivos de conocimiento profesional. Estos entornos son controlados, y permiten aplicar y comprobar teorías, metodologías y tecnologías del campo de estudio (30).

Por otro lado, las entidades e instituciones donde desarrollan los aprendices la formación experiencial suponen entornos abiertos y complejos en cuanto a organización y normas se refieren, y esto requiere de la adquisición de teorías pedagógicas para alcanzar el desarrollo profesional y la solución de problemas planteados desde la realidad.

La rutina de la enfermería actual se caracteriza por su tendencia a ser más liberal, reflexiva, autónoma e independiente. Los futuros profesionales de enfermería junto con los centros docentes buscan mayor calidad en las prácticas profesionales y adquirir nuevas formas y modelos de enseñanza que determinen un continuo autoconocimiento, una mayor identidad profesional y la transición hacia un nuevo paradigma (30,31).

### **2.1.2. Importancia del aprendizaje enfermero basado en valores humanísticos.**

Según la RAE (2016) vocación es la “Inspiración con que Dios llama a algún estado, especialmente al de religión”, y también la define como “inclinación a un estado, una

profesión o carrera”; por lo tanto, la enfermería también podría ser considerada como una cualidad innata de algunas personas con especial predisposición y dedicación al prójimo. Esta decisión de dedicación se transforma en una filosofía de vida que numerosas veces trasciende de lo profesional a lo personal (32).

Si retomamos la historia de la enfermería en España y la evolución del trabajo como verdadera vocación, nos remontamos a las órdenes religiosas, con las conocidas como “monjas enfermeras”, con mención especial a las Hermanas de la Caridad, responsables transmisoras de la asistencia por vocación, incluso a las enfermeras laicas (19,33).

En los países anglosajones, a consecuencia de la Reforma Protestante del S.XVI, se produce la desaparición de las instituciones de caridad y los cuidados se sustituyen por personas laicas procedentes de los estratos más bajos de la sociedad. A esta etapa se la denomina “Etapa Oscura de la Enfermería”. Sin embargo, en España imperaba el cristianismo, cuya filosofía de vida supone ver el mundo y a las personas desde una perspectiva holística orientada a satisfacer las necesidades a través del amor y acompañando a las personas en sus situaciones vitales más difíciles en relación con la enfermedad y la muerte.

La actividad de enfermería, desde el punto de vista de su vinculación a la maternidad, y fundamentada en valores cristianos de “hospitalidad”, “humildad” y “espíritu de sacrificio,” es la responsable de la visibilidad escasa del rol social específico de la enfermería, es decir, se considera más como parte de la naturaleza de la persona y no como resultado de una formación académica intencional.

La forma de relacionarse y atender al prójimo es la vivencia que empodera a la enfermera como figura que prioriza lo importante de la vida.

La visibilidad social de la enfermería es un atributo imprescindible para conseguir la esperada autonomía profesional. En relación con esto, la “autonomía profesional” se

define como la libertad otorgada social y legalmente de autogobierno y control sobre las actividades propias de la profesión sin influencia de las fuerzas externas (34). Son consecuencias de la autonomía profesional, el estatus profesional individual, la libertad, la autoridad, el reconocimiento de competencia por parte de los otros y la satisfacción profesional (35).

Según Carl Rogers, la educación humanista supone facilitar que el individuo desarrolle sus propias potencialidades o que “pueda ser lo que es” (36).

Rogers ya en el año 1960, aboga por una educación más democrática, en la que se otorga la responsabilidad de la educación al propio educando.

La perspectiva humanista trata al ser humano libre de influencias y con libertad a la hora de elegir, y se caracteriza por la preocupación de las necesidades individuales, las motivaciones personales, los valores... (36).

Hay que señalar que el Humanismo en el escenario educativo, destaca por ser una corriente que da un significado importante a la dimensión socioafectiva de los individuos y a las relaciones interpersonales.

Albar y Sivianes- Fernandez (37), evidencian en una publicación que los alumnos que inician los estudios de Grado en Enfermería en España continúan percibiendo parte de la formación como asistencia médica. En otro estudio llevado a cabo a nivel internacional en esta misma línea, evidencia que la enfermera es visible como quehacer fundamentalmente por su rol de asistente del médico (38).

El quehacer de la Enfermería lleva implícito la necesidad de involucrar las emociones en el acto de cuidar al otro, e influye en el crecimiento profesional. Por ello el autoconocimiento es necesario, ya que implica reconocer quién es y qué hacen las enfermeras (39).

Es importante el planteamiento de un cambio de paradigma diferente al tradicionalmente utilizado, caracterizado por la adquisición de conocimientos con carácter subjetivo e intrapersonal. Un aprendizaje poco consciente, con poca iniciativa y menor responsabilidad por parte del estudiante.

Se necesita de un modelo de referencia de enseñanza, donde se abandone la transmisión del conocimiento a través de la memorización, y destaque el procesamiento del conocimiento cognitivo y afectivo desde otras perspectivas (40).

El objetivo es, optar por una educación centrada en la persona, otorgando la responsabilidad de la educación al educando, facilitando el autoaprendizaje desde una perspectiva intelectual-emocional. Así a los universitarios les conferimos autodeterminación e iniciativa, dando herramientas necesarias para resolver creativamente los problemas y asignar la capacidad de adaptación a situaciones características de una situación en continuo cambio (41).

Según Maslow (42), para el educador humanista, la tarea principal consiste en ayudar a la persona a encontrar lo que tiene en sí misma; no reforzar o formar de un modo predeterminado que alguien ha decidido a priori.

Las relaciones humanas como fruto de interacción en continuidad y cotidianidad se aprenden durante la experiencia formativa, como escenario de aprendizaje significativo del trabajo de enfermería (43). Investigaciones antecesoras como el trabajo de Bautista Rodriguez, Parra Carrillo et al, ponen de manifiesto en su trabajo "Percepción de los comportamientos de cuidado humanizado de los usuarios hospitalizados", que valoran más las acciones de atención, cariño, orientación y escucha recibidos, sin embargo, debe mejorarse el apoyo brindado en los momentos más críticos, ausente de muchas formas debido a la gran carga laboral del personal (44).

### **2.1.3. Desarrollo de la competencia comunicativa entre estudiantes de enfermería.**

La capacitación emocional y comunicacional forman parte del programa de formación de Grado en Enfermería y debe desarrollarse desde un prisma metodológico más participativo y experiencial para fomentar un aprendizaje más significativo (45).

Son los propios profesionales de la salud quienes manifiestan que, las habilidades de escucha activa, gestión y comunicación de las emociones, deberían de enseñarse de manera transversal a la formación práctica básica.

Como menciona Rojas et al (46), hay que asegurar que se brinde un perfil humanizado adquiriendo las competencias y pericias necesarias, pero para ello se debe generar un cambio desde una Universidad que deje de ser tan científica y desarrolle un carácter más sensible.

Los seminarios impartidos puntualmente sobre estas experiencias de desarrollo comunicativo y emocional, junto con la adquisición de conocimientos de forma expositiva, no son suficientes para contribuir a su impulso y avance en el estudiantado, y así brindar una educación y actividad afectiva y eficiente (43), sin embargo, la adquisición de estas competencias precisa de un trabajo especial.

Mencionamos al respecto el trabajo de Tejada et al (45), en el que señalan que las destrezas pedagógicas ejercen un papel esencial en el proceso de enseñanza-aprendizaje del proceso de atención en los futuros profesionales de enfermería, ya que ayudan a desarrollar una sensibilidad humana determinante para despertar en ellos un enfoque afectivo, creativo y crítico. Destacan la necesidad de integrar el aprendizaje a partir de metodologías participativas, reflexivas y dialógicas que respeten la autonomía de los estudiantes y el trabajo en equipo para construir, reconstruir e intercambiar saberes.

Rojas y González (46), llegan a conclusiones parecidas, destacando la presencia de escenarios formativos en los que prime el intercambio, la reflexión y la influencia mutua entre discentes, docentes y profesionales y manejar un ámbito más dinámico en la participación educativa como valor añadido al incremento e impulso de técnicas comunicativas.

Se deben crear espacios y entornos pedagógicos donde impere la reflexión personal, el intercambio de opiniones y la discusión abierta y respetuosa, favorecedora de aprendizajes significativos y de perfeccionamiento personal y colectivo vinculados al proceso de comunicación (47). También hay que destacar la perspectiva del profesor de prácticas al respecto.

El enfoque de Oliveira, et al. (48) comprende cuáles son las dificultades y facilidades en el impulso de técnicas comunicativas en el estudiante de enfermería, destacando factores que contribuyen al aprendizaje como son: uso de actividades experienciales, características individuales de los alumnos, uso de metodologías activas, relación de proximidad de profesores con alumnos y organización en pequeños grupos.

Otros de los procesos a destacar en el proceso de formación de estas competencias en los alumnos es el trabajo interdisciplinario e interprofesional, propuesta por la Organización Mundial de la Salud (OMS) junto con otras organizaciones en 2016, potenciando una educación transformadora con calidad y competencias integradas de todos los campos (46).

Esta forma de trabajo puede favorecer la creación de una nueva cultura de la atención enfermera, en la que destacan múltiples alternativas y enfoques que ayuden a comprender aspectos involucrados en el cuidado de los pacientes, y este nuevo prisma debe ser trasladado al ámbito formativo (49).

Otros recursos por destacar son las metodologías cualitativas mediante la narrativa, la interpretación y la autoetnografía, con las que se cuestiona continuamente nuestra concepción del ser humano, influyendo en nuestra posición con respecto al otro (50). Estas disciplinas requieren ejercitar la observación de forma consciente, como recurso para trabajar los sentimientos propios y la manera de comunicarse y relacionarse con los pacientes. Ayuda a comprender los procesos de asistencia y su impacto en los demás mediante una comunicación efectiva y afectiva como causa principal de interacción con el otro (51).

Sin embargo, no es suficiente con incorporar la formación de estas destrezas comunicativas y emocionales en los grados académicos, sino que debería ser una formación continua, que acompañe al profesional de enfermería a lo largo de toda su trayectoria profesional, tal y como mencionan Tejada et al (45) que insisten en la necesidad de una actualización pedagógica para contribuir a la integración de estrategias innovadoras para alcanzar un aprendizaje más significativo.

Guerrero-Ramírez, Meneses- La Riva y De la Cruz-Ruiz (52), en su exposición demandan la necesidad de adoptar estrategias, planes de mejora y capacitación continua para generar sensibilización del personal de enfermería aplicando un cuidado humanizado en la atención al paciente, otorgándole máxima importancia a la comunicación, al acompañamiento, a la relación con el paciente-familia, y a la empatía.

Otros factores que contribuyen a una asistencia humanizada: atención, reflexión y autoconocimiento. Existen otros factores que contribuyen a desarrollar una actividad humanizada y que dependen directamente del profesional. La forma de ser de la persona y su carácter influye directamente en el trato al paciente, tanto en la forma de dirigirse al paciente y su familia como en su comportamiento, alentando o descuidando un hábito más o menos humanizado (52).

Beltrán-Salazar (53) realiza un estudio en el que el objetivo principal era comprender el sentido del trabajo humanizado con la experiencia de personas hospitalizadas, familiares de pacientes y enfermeras. Este autor señala la importancia del detalle y cómo éstos pueden ser percibidos por las personas necesitadas de asistencia. Aunque para las enfermeras puede no revestir importancia realizar ciertas acciones o tener en cuenta determinados detalles, para las personas necesitadas de esmeros, puede ser esencial el saludo, dirigirse a la persona por su nombre, las miradas de complicidad, conocer sus gustos, contacto corporal con caricias, en tanto que son elementos importantes en la forma de la interacción y en el establecimiento de una relación interpersonal basada en la confianza desde el cuidado humanizado.

En la formación de los estudiantes debe privilegiar la comunicación con la persona antes que el desempeño del rol técnico, en la medida que sean capaces de clarificar las necesidades y sentimientos de cada persona sujeto de consideración, paulatinamente irán adquiriendo pericia en el manejo de la tecnología y de los conocimientos científicos.

## **2.2. El cuidado humanizado.**

### **2.2.1. Antecedentes y evolución de la humanización del cuidado**

La humanización está en estrecha relación con el ser humano, que es todo aquello perteneciente al hombre y propio de él. El ser humano en su esencia se caracteriza porque somos personas únicas, aunque en relación continua con otros, se convive en un contexto familiar y social y estamos inmersos en unos valores y creencias enraizados en diferentes culturas. Somos seres trascendentes con capacidad de introspección, y diferentes entre nosotros, con una personalidad que nos define, un cuerpo físico y unos atributos que nos caracterizan. Nuestra existencia tiene sentido mientras haya una continuidad entre el pasado, el presente, y una proyección hacia el futuro (54). Es fundamental dar importancia a la perspectiva humanizante, para entender la

importancia de la visión subjetiva de las personas en cuanto al tratamiento de sus problemas de salud (55).

El diccionario de la Lengua Española hace referencia al término humanizar como “hacer humano, familiar, afable a alguien o algo”. Humanizar es “ablandarse, desenojarse, hacerse benigno.

El concepto de cuidado humanizado incorporado a la disciplina enfermera se ha visto modificado según la época vivida a lo largo de la Historia de la Humanidad, pero lo que sí se ha mantenido constante es la necesidad de la concepción de la persona como ser integral, único e indivisible (56).

Hoy en día crece el interés por unos procesos de asistencia más condescendientes y por mantener al paciente en el epicentro de un trato más personalizado, aunque lo que sí es cierto es que se debaten dos tendencias no excluyentes, como determina Amezcua en su Seminario Internacional en 2018 “La ética en los servicios de Enfermería”; por una parte se defiende una corriente más racionalista, donde impera la categorización de los procesos de atención, para demostrar la evidencia científica del cuerpo de nuestra carrera, y aumentar la seguridad del paciente, ofreciendo unos trabajos de calidad, y por otro lado, una metodología con visión más constructivista, valorando a la persona como un ser integrado e integral, y teniendo en cuenta varias esferas que forman parte del ser, con su componente bio-psico-social y espiritual (57).

La definición que adopta la OMS con respecto al término de cuidado es bien aceptada por el colectivo enfermero, ya que tiene en cuenta todas estas dimensiones mencionadas anteriormente sin descuidar ninguna esfera que forma parte de la persona considerada como un “todo” (57).

Para la enfermería, la humanización como referente de calidad está inmersa en su razón de ser. De hecho, los conceptos centrales del metaparadigma de la disciplina se refieren

al ser humano, el cual comprende a los individuos, las familias y los grupos de la comunidad, sujetos de las competencias de enfermería. El ambiente se refiere a las personas significativas, al entorno físico donde se establece la relación de enfermería y a la percepción que tienen las personas acerca de este, basada en su conocimiento y sus experiencias previas. El concepto de salud da cuenta de los procesos de vivir y morir, y el de enfermería, de las acciones que desarrollan las enfermeras(os), junto con los seres humanos, para alcanzar las metas de salud propuestas (58).

Es necesario el interés por parte del personal que trabaja en el entorno sanitario de identificar las necesidades particulares tanto de las personas, como de sus familias y así comprender el significado de la situación vivida, conocer experiencias previas, y apoyarse en su cultura, sus creencias y valores. Es fundamental la comunicación con el paciente y su entorno. El fomento de la autodeterminación de pacientes y familiares para tomar decisiones, informadas y libres con respecto a su condición de salud y asumir la responsabilidad que corresponde frente al acabado de la misma.

El cuidado significa un fenómeno existencial básico para la humanidad; un fenómeno que es la base adaptativa de la existencia humana. El acto de cuidado humano acompaña a la persona en su viaje a través del tiempo.

El verdadero significado de humanizar, como práctica humana, supone aspirar al bienestar de la humanidad tanto a nivel individual como colectivamente.

Desde el punto de vista ontológico, la palabra humanidad acompaña al espíritu del hombre, la esencia humana dotada de dignidad, y por tanto un fin en sí misma. La humanidad tratada en nuestra persona y en la de cualquier otro no sólo como un medio, sino como un fin, es lo que nos hace diferenciarnos del resto del mundo animal (59).

La humanidad se identifica y evidencia principalmente por el cuidado. Cuidar significa amor, amistad, curación; sin embargo, cada vez se pone más de manifiesto el olvido

paulatino de esta, y así surge el neologismo “humanización”, para enfrentar el proceso de deshumanización como producto de la cadencia del sujeto del ser a tener. Por lo tanto, la deshumanización no se da en la esencia, sino en el comportamiento, volviéndonos cada vez más inhumanos y antinaturales, perdiendo el sentido verdadero del cuidado.

En su inversión total, la asistencia se marchita, se muere y resulta un descuido y olvido total. Si el cuidado muere, también muere el ser. Si perdemos la esencia de nuestras características, entonces nos degradamos a nosotros mismos.

Así pues, hablar de humanización en enfermería es hablar de un instrumento propio de trabajo; el cuidado, que se caracteriza como una relación de ayuda, cuya esencia fundamental constituye una actitud humanizada (60), apoyando esa vigilia en una relación interhumana.

De forma que cuidar, es utilizar la humanidad para ayudar “al otro”, como ser único compuesto por cuerpo, mente, emociones y espíritu. Seres dotados de dignidad.

Es importante conocer el significado (creencias, actitudes, valores) que los profesionales de la salud atribuyen al término humanización y como reflejan en él el progreso del desarrollo de sus actividades.

Como la humanización es la práctica de lo humano, hablar de practicar esto, es mostrar que el momento que vivimos es de profunda deshumanización, hasta el punto de tener que tomar el sustantivo “humanización” como verbo (59).

Por lo tanto, aunque estemos gobernados por el intelecto, tendremos que apoyarnos en la conciencia, la emoción y la voluntad en nuestras relaciones con los pacientes, fortaleciéndose como sujetos autónomos y aceptar la diversidad, superar la intolerancia e indiferencia hacia el prójimo.

Los principios filosóficos manejados en la actualidad, que orientan a la recuperación de la humanización en las atenciones proporcionadas como esencia en la atención, suponen el criterio fundamental a la hora de la medición de los procesos de calidad que protagonizan el quehacer institucional hoy en día.

### **2.2.2. El cuidado humanizado en la actualidad: las nuevas tecnologías, mecanización involuntaria del equipo de salud.**

Cabe destacar la importancia de la implementación de algunas de las nuevas tecnologías en el sistema sanitario de salud y el impacto sobre la relación entre paciente - equipo de salud y su responsabilidad con respecto al proceso de deshumanización de la sanidad.

Con el conocimiento y puesta en práctica de los avances científicos y tecnológicos, el mundo de la medicina asistencial recoge múltiples recursos que permiten que los profesionales mejoren la calidad asistencial en cuanto al diagnóstico y al tratamiento se refieren, y que estos sean más precisos y conlleven menos tiempo mejorando tanto la calidad como la expectativa de vida.

Sin embargo, la relación con el paciente se degrada, se disminuye el tiempo de comunicación con el enfermo y el grado de empatía, ya que se utiliza mayor tiempo en la solicitud de exámenes y pruebas diagnósticas o evaluar los resultados que en las propias necesidades del paciente (61).

La enfermedad es una circunstancia que provoca la desestructuración de la persona, la atraviesa en cualquier momento de su existencia y la vulnera en su ser más íntimo. Cuando por dicha circunstancia se requiere de una protección mayor al que se brinda ambulatoriamente, la hospitalización supone interrumpir la rutina de vida, las relaciones personales, familiares, laborales; trasladarse a otro sitio ajeno a su hogar. Todo esto

genera sensaciones negativas como miedos, angustias, preocupaciones y cierto grado de incertidumbre.

Surge de este modo la bioética como herramienta indispensable en la actividad sanitaria y junto a ella los comités de ética asistencial (CEA), para llegar a un consenso entre el equipo interdisciplinar que tratará al paciente y él mismo, y llegar a la decisión más correcta para abordar el problema de salud (62).

Se precisan alcanzar unas adecuadas políticas de recursos humanos, en las que se mantenga el espíritu del trabajo en equipo y la profesionalización del personal sanitario. Esto requiere un proceso primario individual de cada uno de los agentes de salud, para después poder trasladar un trato humanizado al enfermo.

La persona y su sufrimiento físico y espiritual debe situarse en el centro de interés, desde un enfoque holístico, responder a su salud integral o en su caso, paliar los males que le afectan al enfermo.

Las nuevas tecnologías deben de estar a disposición del hombre y no al contrario.

Un hospital humanizado debe ser abierto, transparente, dotado de un equipo interdisciplinario en formación permanente y respetando todos los derechos de sus pacientes.

Es importante señalar que la burocratización de los sistemas de salud y la rigidez administrativa, que aportan un papel deshumanizante en el momento en el que una organización asistencial está basada en la rapidez y la eficacia, junto con una rutina estructurada no motiva a sus profesionales a superarse (62).

### **2.2.3. ¿Podemos evaluar la humanización del cuidado?**

Los antecedentes históricos que marcan el principio del reconocimiento de los derechos de los pacientes en el eje central del trato del entorno sanitario se ponen de manifiesto con la Declaración Universal de los Derechos Humanos del año 1948 (63).

Más adelante, en 1994 y en ámbito estrictamente sanitario, nace la Declaración sobre la Promoción de los Pacientes en Europa por la OMS (64), el Convenio del Consejo de Europa para la protección de los derechos humanos y la dignidad del ser humano respecto de las aplicaciones de la biología y la medicina, y la Ley General de Sanidad (65), que destaca la voluntad de humanización de los servicios sanitarios.

Estos propósitos marcan el principio de acciones de humanización de la asistencia sanitaria como el que elabora el INSALUD, reconociendo la implicación del sistema en una adecuada gestión y funcionamiento de estructuras sanitarias, en las que destacan un personal involucrado, con competencias y actitudes profesionales como elementos no tan fácilmente tangibles o comunicables, como «el dolor evitado, el sufrimiento prevenido, las capacidades recuperadas, y la alegría recobrada», para más adelante fraguar en el Plan de Humanización de diferentes autonomías como el de Madrid (66), o el Servicio Andaluz de Salud (SAS) (67).

Todo este esfuerzo pone de manifiesto algunos factores que contribuyen a la deshumanización y están implicados en que los proyectos legales e institucionales no hayan ahondado en nuestro sistema sanitario.

Lo que entendemos hoy en día con respecto a la humanización como cualidad centrada en los resultados obtenidos de la aplicación de estos planes institucionales, si se mide y se desarrolla con una inspiración procedente de la evaluación de los procesos de calidad derivados de las normas ISO o modelo EFQM, en el que se valora el nivel de ejecución

de actividades programadas y grado de cumplimiento de cada plan con su respectiva actividad ejecutada.

Así ocurre con el Proyecto HUCI (68), donde en su Manual de Buenas Prácticas ofrecen una serie de 159 medidas a implementar en las Unidades de Cuidados Intensivos, para valorar si se cumplen unos estándares de humanización en dichas Unidades. La forma de medir o valorar estas buenas prácticas de humanización es realizando un Checklist y en gran medida se fundamenta en la realización o no de determinados procesos o acciones, más que en las competencias personales de los profesionales sanitarios que aportan los cuidados al paciente, pero la medición de la Humanización del cuidado, entendida como una dimensión inherente al profesional sanitario que se sustenta en sus competencias personales no técnicas, no se da.

Actualmente en el desarrollo de la HdC encontramos diferentes planes e iniciativas, como por ejemplo la introducción de elementos de entretenimiento en salas de esperas de Biddiss y colaboradores (69), otras iniciativas se encargan de modificar luces o eliminar ruidos como los trabajos de Kotzer y colaboradores (70), o la decoración de las paredes en un área pediátrica como se puede encontrar en el artículo publicado por Monti y colaboradores en el año 2012 (71).

Están en auge experiencias con animales como parte de la terapia Gertz & Rabinowitz (72), Moretty y colaboradores (73), Mani & Weese (74), Branson et al (75), también actuaciones de payasos, como menciona Barkmann (76) ofrecen una interesante perspectiva a la hora de reducir el estrés en el entorno pediátrico.

Otro enfoque que se da habitualmente dentro de las acciones de la Humanización es el de la llamada musicoterapia en el proyecto de da Silva y colaboradores (77) donde expresan que la música resulta efectiva para generar motivación y proporcionar confort a pacientes con cáncer, por ejemplo, en el momento de recibir el tratamiento.

Algunas acciones que se desarrollan en torno al personal sanitario serían la modificación del vestuario, como pueda darse en áreas pediátricas al cambiar el color de la ropa tal y como se describe en el trabajo de Roohafza et al (78). Además, también se producen intervenciones centradas en los profesionales sanitarios, donde se ofrece formación, ya sea en formato de talleres o tutorías, en la mejora de las habilidades de comunicación (79).

Así nace el Modelo de Humanización en el Personal Sanitario, el Modelo HUMAS (80) producto de un grupo de investigación multidisciplinar con el objetivo de colaborar en la concreción de un término que posee una clara composición multifactorial, planteando la creación de un modelo que permite explicar la Humanización del cuidado ofrecido por los profesionales sanitarios, con unos aspectos que no están asociados con el conocimiento técnico, sino que se enfoca en aspectos como la afectación, autoeficacia, comprensión emocional, disposición al optimismo y sociabilidad.

### **2.3. Marco teórico enfermero.**

#### **2.3.1 Tensión entre paradigmas: Paradigma neopositivista VS Paradigma sociocrítico.**

En la actualidad de la práctica enfermera confluyen dos paradigmas diferentes.

Por un lado, destaca el paradigma neopositivista, el cuál ha sido dominante desde los orígenes conocidos de la profesión enfermera, donde impera el pensamiento racional y tecnológico, producto de la investigación aplicada.

Este pensamiento aún se mantiene y reduce a la enfermería al ámbito experimental y tecnológico, alejándose de la función como agente de comunicación, comprensión y ser asertivo en el proceso de enfermedad que sufre el paciente.

Hablamos entonces del paradigma sociocrítico o humanista, en el que la comunicación es la herramienta fundamental de comunicación, comprensión y participación activa del proceso de salud- enfermedad del ser humano (81).

Las carreras de salud contrastan con el modelo humanista, porque estas ideas son filosóficas y abstractas y por lo tanto poco o nada objetivables (82).

Glass y Glass (83) hacen referencia a nuestra cultura de la siguiente manera:

Está muy orientada hacia los resultados, y los resultados de la educación humanística no solo son difíciles de evaluar, sino que, a menudo, tardan en aparecer. El proceso del aprendizaje autodirigido también puede parecer una pérdida de tiempo. Estos elementos crean nerviosismo en nuestra cultura, donde perder tiempo equivale a perder la oportunidad para el logro del producto, lo cual es sinónimo de malgastar el dinero. “Esto es un problema para todos los que creemos en la educación autodirigida, en la educación como proceso, y en el aprendizaje permanente” (62).

Supone un cambio en la estructura educacional establecida hasta el momento, en la que el discente tiene ideas propias y voz, aunque a veces puedan resultar contrarias a las del propio educador, y al mismo tiempo este educador asimilar que no debe mantener continuamente el rol de “saber todo” (84).

Claudio Pulgar et al citan en su artículo “Grupos de encuentro: desarrollo de habilidades para la humanización del cuidado, a partir de la experiencia de aprendizaje de estudiantes de enfermería” (85) a Maturana, que ya en 2001 destacó la importancia que tienen las emociones en el proceso de educar, ya que cualquier dominio racional que nos caracteriza va acompañado de un contenido emocional, sea cual sea el dominio operacional en que ocurran estas acciones.

Aprendemos y nos educamos en comunión con otros seres. El aprendiz se va transformando junto al profesorado y el resto de sus compañeros con los que convive

en el espacio y comunidad educacional, tanto en la dimensión implícita o de forma inconsciente como en la consciente o explícita.

Estos ambientes educacionales deben constituirse como espacios de reflexión, opinión, análisis y pensamientos propios a la vez que comprender que pueden ser formados de muy diferentes maneras, a partir de un análisis más reflexivo.

### **2.3.2. Modelos y teorías enfermeras de referencia.**

#### **2.3.2.1. Modelo del Caring como guía en la evolución de la práctica formativa de enfermería.**

La profesión de enfermería es considerada como ciencia y arte, una formación educativa de alto nivel, con un cuerpo de conocimientos propios y actuaciones independientes que se dirigen a proporcionar un cuidado integral a los pacientes, atendiendo a unos elementos disciplinares y profesionales (43). La Enfermería ha de considerarse una carrera consolidada, o lo que es lo mismo una actividad definitiva y estable en continuo proceso de mejora y en constante búsqueda de autonomía como trabajo (28).

Según la RAE, el término Humanización hace referencia al ser humano, que es todo aquello relativo o perteneciente al hombre y propio de él (86). Los conceptos protagonistas del metaparadigma de la disciplina enfermera se refieren al ser humano, comprendiendo a los individuos, familias y comunidades como unidades de cuidado, por lo tanto, la humanización está inmerso en su razón de ser como referente de calidad (30).

Atendiendo a estos conceptos, se consolida el desarrollo científico de enfermería en modelos conceptuales y teorías que los describen desde una perspectiva humanista,

para ampliar el conocimiento sobre el cuidado de la salud humana como fenómeno de interés de la disciplina.

Una de las grandes teóricas que destacan el cuidado humanizado en la atención que brindamos a nuestros pacientes es Jean Watson, que sostiene que ante el riesgo de deshumanización en el cuidado del paciente a causa de la gran reestructuración administrativa de la mayoría de los sistemas de cuidado de salud en el mundo, es necesario que se recupere el aspecto humano, espiritual y transpersonal en la habilidad clínica, administrativa, educativa y de investigación por parte de los profesionales de enfermería (87).

La teoría de Watson plantea una filosofía de cuidados unido a un lenguaje, que caracteriza a nuestra tarea, y propone una comunión entre práctica y teoría que recupere y revitalice los aspectos perdidos del interés que ejerce la enfermería. “La ciencia del cuidado provee una guía ética, moral, y de factores para la ciencia y el fenómeno humano, se enfoca en el cuidado-salud-persona-naturaleza-universo. Esta reintroduce el espíritu y retoma a las dimensiones sacras dentro de nuestro trabajo y vida en el mundo” (62).

Urra y col (88), exponen la importancia de comprender los fundamentos ontológicos del cuidado y sus componentes teóricos para dar sentido coherente y consistente a enfermería como una ciencia humana centrada en relaciones de asistencia transpersonales. Esta concepción se puede apreciar en el recorrido que Collière realiza desde los orígenes de la historia del cuidado de lo humano.

Quintero (89) afirma que, para Jean Watson, la enfermería se dedica a promocionar y restablecer la salud, a la prevención de enfermedades y vigilancia de enfermos, y se precisan trabajos integrales que promuevan el humanismo y la calidad de vida atendiendo a las diferencias individuales.

Watson desarrolla la Teoría del Cuidado Humano y considera un trato efectivo a través de la relación interpersonal. Paciente y profesional establecen un vínculo que trasciende tiempo, espacio y materia formando un único elemento en sintonía que favorece la restauración de la salud (90).

Marriner-Tomey (91), afirman que el cuidado humano es una relación terapéutica básica entre los seres humanos; es relacional, transpersonal e intersubjetivo. Watson estudia la enfermería desde un enfoque existencial- fenomenológico con base espiritual y basa el cuidado como un ideal moral y ético que construye la labor. Así las inquietudes de enfermería se fundamentan en intervenciones que resultan de la satisfacción de las necesidades humanas (62).

La autora, en su Modelo de Cuidado Humanizado (Figura II), utiliza 10 elementos que van más allá de los conceptos paradigmáticos. A estos elementos los denomina Proceso Caritas de Cuidado (PCC), y facilitan una comprensión más profunda de las dimensiones del proceso de vida de las experiencias humanas. Estos son:

1. Desarrollo de un sistema de valores altruista y ecuánime
2. Mantenimiento de la fe y esperanza. Promocionar el bienestar y ayudando a adoptar conductas que promuevan la promoción de la salud, desde un punto de vista holístico e integral, desarrollando experiencias potenciales de comunicación con el paciente.
3. Aprender a reconocer el yo transpersonal de los profesionales de enfermería para empatizar con los problemas de salud de nuestros pacientes. Reconociendo nuestros sentimientos nos volvemos más auténticas, genuinas y sensibles hacia los demás.
4. Aumento de una relación terapéutica de confianza, de ayuda y auténtica, vital para la asistencia transpersonal de coherencia.

5. Dar soporte a la expresión de sentimientos positivos y negativos. Implica comunicación eficaz y relación de afecto no posesivo.

6. Implicarse en el arte de la habilidad de atender mediante el método de resolución de problemas para la toma de decisiones, con el Proceso de Atención de Enfermería como método sistemático y organizado característico de un cuerpo de conocimiento científico y abandonar la figura de servilismo que durante tiempo ha representado a la carrera enfermera.

7. Promoción de la enseñanza-aprendizaje: mediante estrategias que permitan al paciente implicarse en la recuperación de su salud y alcanzar su bienestar, logrando su autocuidado y avance personal.

8. Promoción del bienestar mental, espiritual y sociocultural de los individuos creando un entorno de apoyo y protección.

9. Satisfacción de las necesidades humanas. Atender a las necesidades de orden inferior de supervivencia como son alimentación, eliminación, oxigenación en primer lugar y después las de orden superior, actividad, relaciones interpersonales, autorrealización, sexualidad.

10. Dar protección espiritual a uno mismo y a la persona que cuida. involucrar la esfera espiritual para atender a las dimensiones y misterios de la propia vida/muerte. Tolerancia hacia las fuerzas fenomenológicas que ayudan a entender determinadas experiencias.

La Teoría del Cuidado Transpersonal de Watson contribuye a la sensibilización de los profesionales hacia aspectos más humanos” (89). Dentro de este contexto el currículo

de Enfermería debe ser fundamentado en teorías propias de enfermería, que caracterizan la práctica y la sistematización de la asistencia.

Ospina et al (92) destacan el aporte de la teoría de Jean Watson, en la preparación académica, llevando a reflexionar sobre el fundamento moral y metafísico de la conducta profesional de enfermería, necesario en la formación de pregrado.

La formación universitaria contribuye a fortalecer el impulso de competencias profesionales para llegar a ser autónomo, adquirir un compromiso con la sociedad, desarrollar crítica racional y una actitud transformadora, cultivar el respeto por el prójimo y luchar por el fortalecimiento de la función.

“La humanización del cuidado requiere un proceso de cuidado centrado en el ser humano, entendiendo que no sólo incluye la persona sujeta de atención, sino a la Enfermera y al estudiante de Enfermería” (93).

Por esto la teoría de Jean Watson es útil, ya que permite plantear una filosofía de cuidados, un lenguaje teórico propio y una relación entre teoría-práctica que revitaliza aspectos perdidos o invisibilizados de la enfermería.

#### **2.3.2.2. Aplicación de la filosofía de Patricia Benner en el programa de formación enfermera**

Otra de las grandes teóricas de referencia en el proceso de formación del grado en Enfermería es Patricia Benner, que merece una mención especial, ya que hace aportes relevantes desde sus escritos sobre la pericia de enfermería clínica, basados en el "modelo de adquisición y desarrollo de habilidades y competencias" (Figura III) de los hermanos Dreyfus, según el cual el discente inicia como aprendiz y va adquiriendo progresivamente experiencia y maestrías para afrontar diferentes situaciones, hasta convertirse en experto (94).

La formación de los profesionales de enfermería asume experiencias de aprendizaje que fomentan el incremento de competencias y ayudan a una asistencia de mayor calidad (95) recuperando las habilidades y actitudes perdidas o abandonadas con el proceso de tecnificación y avance de la ciencia.

La Filosofía de Benner ha sido mencionada en un gran número de artículos y aplicada por numerosos investigadores, ya que la fenomenología interpretativa descrita por ella permite comprender las experiencias humanas. Rubio (86) concluye que es una oportunidad para desarrollar la disciplina, porque permite profundizar en los fenómenos de interés en la defensa del ser humano. Este conocimiento incrementa la probabilidad de proporcionar cuidado integral individual y colectivo y evaluar la calidad de la atención.

Los niveles de adquisición de preparación que desarrolla la Dra. Benner son utilizados como fuente de evaluación continua del profesional de enfermería, porque establecen de forma precisa la etapa en la cual se ubica y determina la mejora que debe realizar para conseguir las cualidades que le permitan ascender a cada uno de los niveles de competencia.

Identificó 5 etapas que también pueden ser aplicadas al estudiante de enfermería permitiéndoles adquirir conocimientos, juicio clínico y tratamiento de habilidades hasta llegar al nivel máximo de experto para responder adecuadamente a determinadas situaciones.

Castillo expone que la experiencia no depende del tiempo que el profesional lleve ejerciendo una actividad, sino de la exposición repetida ante situaciones reales que le proporcionan herramientas para utilizarlas cuando se presente un caso similar (96). Esta experiencia aumenta cuando se integra la memoria al reconocimiento de patrones en base a un conocimiento racional y analítico (97,98), así el universitario progresa desde un nivel de mero observador imparcial, a un sujeto participante implicado que desarrolla

unas estrategias y asume una responsabilidad individual en el crecimiento de su aprendizaje y en el alcance de las competencias necesarias para ejercer la responsabilidad.

Las etapas son:

- Novato o Principiante: Esta etapa se experimenta en dos ocasiones. La primera en el inicio de la formación y la segunda cuando el estudiante se profesionaliza e inicia su etapa laboral. En este periodo no se posee suficiente experiencia para comprender el entorno y se toman decisiones en base a la teoría estudiada de una forma más rígida.

- Principiante avanzado: Aún en esta fase prima la toma de decisiones y actúa conforme a la teoría adquirida. El análisis del entorno es precario y no establece prioridades sin saber discriminar por nivel de importancia.

- Competente: Aporta experiencia a la mayoría de las situaciones y es capaz de afrontar gran parte de las eventualidades que se plantean a lo largo de la jornada laboral y conoce las limitaciones de los protocolos aceptados y las guías de práctica clínica, esto le permite diseñar planes de mejora y conocer las intervenciones que debe realizar y los posibles resultados que darán a largo plazo.

- Eficiente: Identifica los problemas rápidamente y tiene capacidad para tomar rápidamente la decisión que considera más adecuada a seguir. Prioriza, distingue lo correcto de lo incorrecto y conoce los niveles de importancia de las situaciones que se plantean en su jornada laboral y aunque hay técnica innata en sus acciones aún no es consciente de ello al cien por ciento (99).

- Experto o avanzado: La intuición prima en sus actuaciones y se guía por experiencias pasadas, basadas en el conocimiento teórico, práctico y la memoria. Recurre a normas y directrices cuando la situación a la que se enfrenta es nueva (100).

Benner apuesta por el aprendizaje basado en problemas, y así modificar la enseñanza, generando ambientes de aprendizaje a través de la experiencia, disminuyendo el excesivo uso de metodologías que fomentan el encasillamiento del alumno, como cuando se imparte contenido teórico a través de conferencias y el discente se limita a copiar lo mencionado por el ponente (101).

La autora identifica siete dominios que son indispensables para la destreza reflexiva y la adquisición de hábitos para adoptar correctas decisiones a la hora de ejercer el trabajo, y son: Diagnóstico del paciente, realización y seguimiento de las intervenciones, continuidad y seguridad de la calidad de las experiencias de vigilia de la salud, organización y papel del trabajo por competencias, función de ayudar, función de enseñanza/entrenamiento, gestión eficaz de las situaciones que cambian rápidamente.

Benner propone que el plan de estudios de las Escuelas de enfermería incorpore ciencias biológicas, psicosociales, arte y ciencia e implementar y generar conocimientos pedagógicos (102).



Figura III: Modelo de adquisición y desarrollo de habilidades y competencias de Benner.

### **3. REVISIÓN BIBLIOGRÁFICA Y ANTECEDENTES.**

Se inicia el trabajo realizando una amplia revisión bibliográfica estructurada y búsqueda de la información relevante y actualizada relacionada con el problema de investigación planteado: conocer el significado que los alumnos de la Escuela de Enfermería de Ávila otorgan a los cuidados humanizados, abarcando las diferentes teorías y problemas existentes acerca del problema a tratar.

Se utilizaron las bases de datos específicas de ciencias de la salud de carácter tanto internacional como nacional: Pubmed, Dialnet, Scielo. También se utilizaron otros servidores de búsqueda de información más genérica como Google Scholar.

Los términos de búsqueda de Ciencias de la Salud (MeSH: “Humanism” y “Nursing Care” “Nursing Student”) y (DeCS: “Enfermería”, “Humanización del cuidado”, “Prácticas formativas”).

Se añaden los registros mediante otras fuentes: libros electrónicos procedentes de la biblioteca digital de la URV y documentos obtenidos por búsquedas aisladas relacionadas con el diseño del estudio.

Los filtros utilizados en la búsqueda son: texto completo, open Access y fecha límite desde 2015 hasta la actualidad, aunque en determinadas bases se amplía la fecha de búsqueda a años anteriores, siendo necesaria para obtener información relevante y valiosa, recuperando datos recopilados de la historia de la enfermería y su contexto histórico, tan importantes para comprender la información actual

Los idiomas de los materiales seleccionados incluyen el inglés, portugués y español.

Se utiliza un gestor bibliográfico “Mendeley” para evitar duplicar la literatura obtenida en las búsquedas.

Por ello, se realiza una primera revisión, analizando la información que aportan tanto el título como el resumen. El segundo análisis se realiza con lectura crítica del texto completo de aquellos artículos que mostraban información relevante y se ajustarán a los objetivos del estudio (Anexo VI). Siguiendo la técnica de Snowball, se analizaron las referencias bibliográficas de los artículos seleccionados para rescatar otros estudios relevantes para completar la revisión.

A continuación, queda reflejado en un diagrama de flujo (figura IV), el sistema de trabajo para la búsqueda de información en las principales bases de búsqueda de datos utilizadas en este proyecto

**PALABRAS CLAVE: Enfermería, Humanización del Cuidado, Prácticas formativas.**

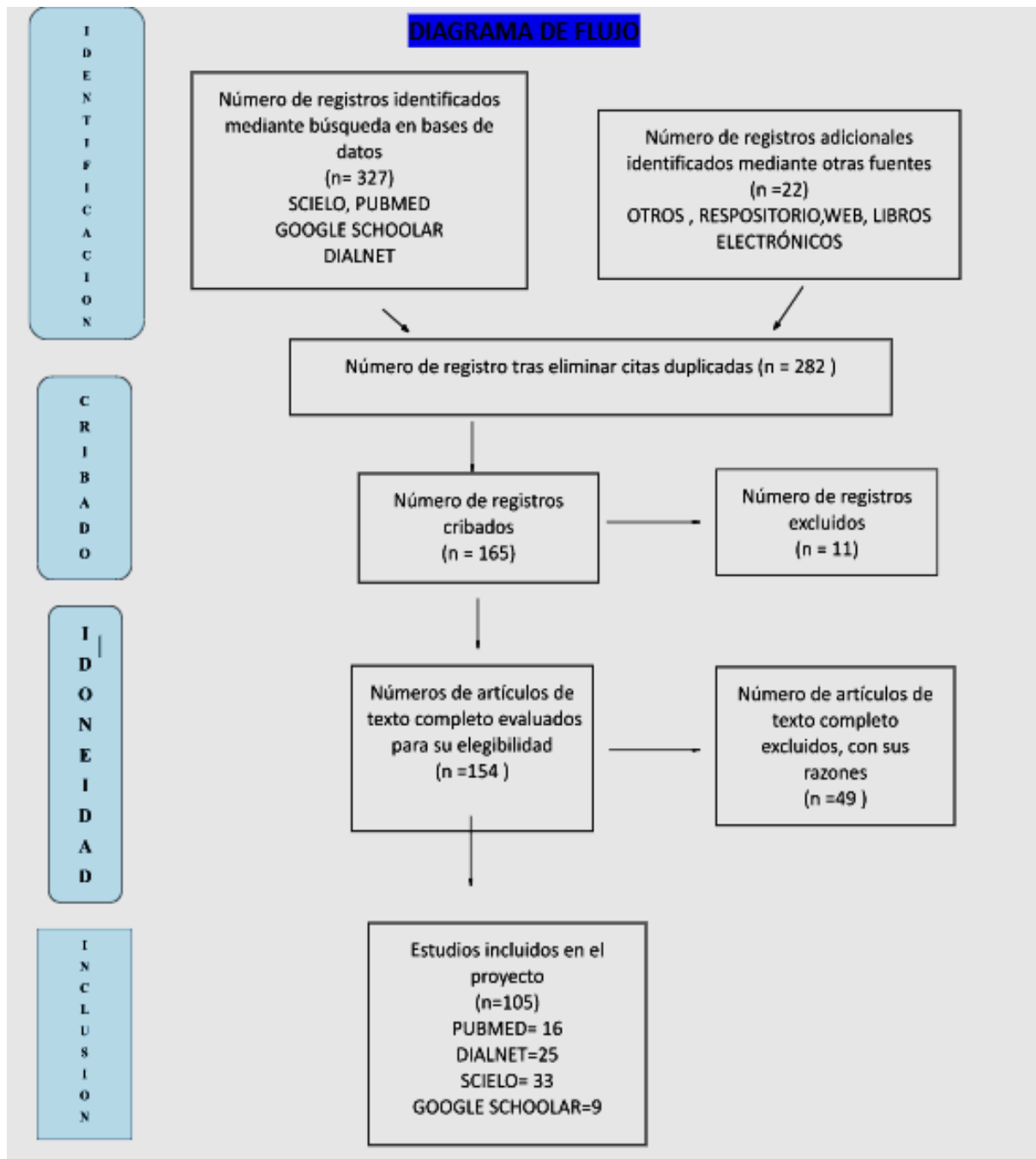


Figura IV: Diagrama de flujo

#### **4. APORTACIONES E INTERÉS DEL ESTUDIO.**

La situación sanitaria post pandemia actual pone de manifiesto un incremento de la deshumanización de los cuidados en salud a la población.

Es necesario el rescate de un cuidado más holístico, más humanizado, y todo ello depende de la implicación y la voluntad personal por parte del profesional de Enfermería y del modo en el que establece la relación con los pacientes y sus familias. Es importante el establecimiento de una interacción de confianza, destacando con especial atención a la forma de comunicación como elemento que influye positivamente en la evolución de nuestros pacientes, en su bienestar y recuperación.

Destacamos el desarrollo de habilidades comunicativas como parte esencial del cuidado humanizado, sin embargo, hay pocos espacios de aprendizaje durante la formación de pregrado y posgrado, donde se capacite al estudiante de manera adecuada para la adquisición de estas competencias dirigidas al futuro profesional.

Con este proyecto se pretenderá conocer la capacitación de los estudiantes con respecto al manejo de la esfera comunicativa y emocional, el desarrollo de estas habilidades y competencias no son suficientes con una clase expositiva, ofreciendo seminarios de manera puntual, sino que se necesita incorporar nuevas metodologías más reflexivas, más autocríticas, más participativas y dialógicas, que favorezcan la autonomía y el trabajo en equipo. Se necesitan prácticas pedagógicas para mejorar la sensibilidad humana, espacios de intercambio de opiniones y discusión abierta y respetuosa que fomenten las reflexiones personales y un trabajo interdisciplinar en la formación, que genere multiplicidad de enfoques y alternativas de cuidados de calidad.

## **5.OBJETIVOS E HIPÓTESIS.**

### **5.1. Objetivo general**

- Conocer el significado que los alumnos del grado de enfermería de la Escuela Universitaria de Enfermería de Ávila otorgan a los cuidados humanizados.

### **5.2. Objetivos específicos**

- Determinar el grado de conocimientos de los estudiantes con relación a la humanización del cuidado.
- Identificar la evolución del concepto de HCE entre los estudiantes.
- Especificar aspectos facilitadores y dificultades percibidos por los estudiantes con relación a la aplicación de cuidados humanizados.
- Analizar la práctica reflexiva, en las asignaturas de simulación y prácticas clínicas, como instrumento de desarrollo del cuidado humanizado entre los estudiantes.

### **5.3. Hipótesis**

Hipótesis nula: Los estudiantes de la Escuela Universitaria de enfermería de Ávila no consideran que el cuidado humanizado sea importante en la atención sanitaria y no lo incluyen como un aspecto relevante en su formación.

Hipótesis alternativa: Los estudiantes de enfermería consideran que el cuidado humanizado es un aspecto fundamental en la atención sanitaria y lo incluyen como parte de su formación para brindar una atención integral y de calidad a sus pacientes.

## **6. METODOLOGÍA.**

### **6.1. Diseño, metodología y justificación.**

El diseño elegido para el proyecto consiste en un proyecto donde se combinará abordaje cualitativo y cuantitativo en un mismo estudio.

El lugar de estudio será la E.U.E.A., centro adscrito de la USAL, a lo largo del tiempo que comprende el curso 2023/2024.

Las variables cuantitativas se van a medir a través de una encuesta y una escala validada para medir la humanización en los cuidados. La recogida de datos se desarrollará durante los meses de marzo y abril de 2024, tal y como se señala en el cronograma especificado más adelante.

La parte cualitativa se abordará con grupos focales, lo que permitirá comprender e interpretar mejor el fenómeno a estudiar. El periodo de tiempo de esta parte del estudio comprenderá los meses de noviembre de 2023 a febrero de 2024 ambos incluidos según lo programado en el cronograma.

### **6.2. Población y muestra**

La población de estudio seleccionada la conforman los estudiantes de la E.U.E.A., Centro adscrito a la USAL, en los cuatro cursos que forman parte del Grado Universitario. La muestra de la población a estudio para desarrollar la parte cuantitativa de este proyecto mediante la encuesta y la escala (Anexos I,II), contará con la totalidad de los alumnos matriculados en los cursos de 1º, 2º, 3º y 4º de Grado.

Para el establecimiento de los grupos focales se hará una selección de la muestra de la población de forma aleatoria que represente de manera proporcional a los alumnos de cada uno de los cursos de grado, con un número de 8 participantes por curso, y además cumplan los criterios de inclusión que se describen a continuación, para la participación en este proyecto. Previamente se llevará a cabo una prueba piloto en un número más reducido de estudiantes para ambos estudios.

Los criterios de inclusión son:

- Estudiantes matriculados en la E.U.E.A. en 1º, 2º, 3er o 4º curso en el año académico 2023/2024, representando un volumen de muestra de 220 estudiantes en total, 55 por curso.

Los criterios de exclusión son:

- Alumnos que estando matriculados en la E.U.E.A., no cursan asignaturas de prácticas clínicas en el curso académico 2023/2024.
- Alumnos que no alcancen la mayoría de edad (18 años) en primer curso de Grado y/o que no hayan firmado el consentimiento de compromiso de participación y aceptación de las condiciones antes de la realización del proyecto.

### **6.3. Variables del estudio.**

#### **6.3.1. Variable Dependiente:**

Mediante la escala HUMAS (80), validada para medir la Humanización del Cuidado otorgado por el personal de enfermería (2019) y en concreto se enfoca en aspectos

personales del profesional o de la persona que ejerce los cuidados y son: Disposición al optimismo, sociabilidad, comprensión emocional, autoeficacia y afectación. A esto lo denominamos factores dentro de la escala HUMAS.

Son 12 ítems que valorar en una escala Likert de 5 puntos, a cada factor se le asigna unos números relacionados con esos ítems para poder realizar un baremo final y sacar las conclusiones establecidas por los autores de esta escala. Así la suma de todos los ítems da un valor siendo de 0-73 bajo nivel de humanización; de 74-81 medio y 82-95 alto nivel de humanización en el cuidado que se ejerce (Anexo II).

### **6.3.2. Variables Independientes:**

Son aquellas variables representadas en la encuesta y responde a: Si participa de forma voluntaria en el estudio, sexo, edad, curso de grado actual (1º, 2º, 3º, y 4º) y unidad de realización de prácticas en el momento de la recogida de datos.

### **6.4. Instrumentos de recogida de información**

El primer contacto exploratorio con el alumnado y como herramienta para medir el nivel de autoconcepto y autopercepción del alumno, utilizaremos intervención mediante grupos focales. El guion para su realización consta de 10 preguntas abiertas (Anexo IV).

Los grupos focales suponen una técnica de recogida de datos de tipo cualitativo, como recurso muy útil en ciencias sociales. El término focal radica en que su elaboración se centra en un tema específico y en un reducido número de participantes (103).

Los grupos focales son flexibles, eficientes y añaden una dimensión social a los datos. Utiliza el método inductivo con una perspectiva holística para obtener resultados cualitativos (104) y así, obtener información sobre la interacción del grupo.

Deben de ser constituidos por un número determinado de personas. En este proyecto lo conformarán 8 participantes por curso, y contaremos además con un moderador y un observador, y así de este modo conformar agrupaciones prácticas y permitir el tiempo necesario para que todos los participantes se expresen y opinen (tiempo estimado: 2 horas por sesión). Contamos con posibilidad y margen de fallo de alguno de los participantes.

La misión del moderador radicará en mantener una postura objetiva, siguiendo un protocolo estandarizado con preguntas estructuradas. Detectará los posibles sesgos que sucedan en las intervenciones mediante habilidades técnicas de manejo de grupos para extraer información relevante a través de preguntas estandarizadas, filtrando información irrelevante y controlando la interacción para fomentar el intercambio verbal entre los participantes de grupo.

Los grupos focales se llevarán a cabo durante los meses de noviembre, diciembre, enero y febrero del curso académico 2023-2024, en la sala de simulaciones de la Escuela Universitaria de Enfermería. Las sesiones de los grupos focales se dividirán en dos partes respectivamente. Se llevarán a cabo mediante los estudiantes seleccionados de cada uno de los cursos de Grado en Enfermería, desde 1er curso hasta 4º curso en igual proporción, con el fin de crear un buen grupo de discusión participativo y realizar un correcto aprendizaje.

La sesión destinada a los estudiantes será única con el fin de intercambiar las sensaciones, opiniones y vivencias en cuanto a habilidades comunicativas y de trato humanizado durante la ejecución de sus prácticas clínicas por unidades de hospitalización.

Se grabará durante todas las sesiones con unas cámaras acopladas en el aula, por lo que para ello los participantes deberán firmar un consentimiento de compromiso de participación y aceptación de las condiciones antes de su realización.

Después, durante los meses de marzo - abril, se recogerán referencias a través de una encuesta diseñada ad hoc, que incluye datos sociodemográficos, conocimientos previos con respecto al tema abordado y opiniones acerca del cuidado humanizado.

En el mismo tiempo, se facilitará la escala HUMAS, mencionada anteriormente. Se contará con la autorización de los autores de dicha escala, la cual está dispuesta en acceso abierto y disponible para su uso.

La difusión tanto de la escala como de la encuesta se realizará a través de un enlace online, mediante la plataforma Studium, y en el inicio se hará una explicación breve de los objetivos y contenido del estudio, y se procederá a rellenar la casilla de consentimiento de intervención y participación en el mismo.

## **6.5. Análisis de datos**

### **6.5.1. Análisis cualitativo.**

La información recogida mediante la técnica grupo focal será transcrita por el investigador comenzando así el proceso de análisis, que se llevará a cabo de la siguiente manera:

Una vez transcrito todo el material, se seguirán los pasos del procedimiento de comparación constante, para realizar el análisis y generar en primer lugar categorías conceptuales, que después serían minuciosamente diseccionadas a fin de determinar sus propiedades. Después se establecerán relaciones entre éstas y las categorías. Se utilizará el programa informático Atlas-Ti 8 (2017), que está diseñado específicamente para dar soporte al análisis de los datos desde esta perspectiva.

Según Miles y Huberman (105), se propone el siguiente procedimiento de análisis textual:

- Simplificación de los datos para hacer abaricable el corpus textual.
- Segmentación a partir de diferentes criterios que puedan ser temáticos.
- Categorización y codificación de cada unidad temática (situaciones, relaciones, opiniones, sentimientos...poniendo etiquetas verbales).
- Se puede considerar producto del análisis a las categorías resultantes estructuradas en un mapa de resultados.

Una vez hecho el análisis de todos los datos, se pretende volver al campo de trabajo y se expondrá los resultados a los participantes a efectos de conocer su opinión y sentimientos al respecto. Todo ello asegurará el rigor de la investigación.

#### **6.5.2. Análisis cuantitativo:**

El procedimiento de análisis de datos cuantitativos consistirá en el tratamiento estadístico de los datos utilizando el paquete informático Microsoft Excel. Se llevará a cabo una estadística básica descriptiva como: tablas de frecuencias, valores percentiles, medidas de tendencia central (media, mediana), medidas de dispersión (desviación típica, varianza, amplitud, valor mínimo, valor máximo, error típico de la media), al considerar que aportará la información necesaria para la discusión y conclusiones del trabajo.

[Escriba aquí]

## **7. CONSIDERACIONES ÉTICAS.**

Se respetarán los principios básicos que rigen la ética en investigación, manteniendo el anonimato de los datos aportados por los participantes, en cumplimiento de la Ley Orgánica 3/2018 de 5 de diciembre, de Protección de Datos de Carácter Personal y Garantía de derechos Audiovisuales.

Previo al inicio del estudio tendremos firmada la autorización por parte de la Dirección de la Escuela de Enfermería, y de la Comisión Ética y de Investigación (Anexo III) para la realización del proyecto en dicha institución, así como la firma del consentimiento informado por parte de los estudiantes voluntarios que participan en el estudio (Anexo IV).

En la primera parte del estudio, con respecto a los datos que se recogerán mediante la encuesta y escala, se proporcionará una parte introductoria que explica el propósito del estudio, y el compromiso de no ceder la información individual proporcionada a terceras personas ni comercializar, y mantener en todo momento la posibilidad de rechazar la continuación en el estudio.

En el transcurso y desarrollo de los grupos focales, los participantes serán informados por parte del investigador de las intenciones de su labor investigativa y la forma de uso de la información captada a través de observación y grabación auditiva-visual, facilitando de nuevo autorización y consentimiento por escrito.

[Escriba aquí]

## **8. APLICABILIDAD Y UTILIDAD DE LOS RESULTADOS**

Este proyecto permite tener una gran aplicabilidad y utilidad en diversos ámbitos relacionados con la enfermería y la atención sanitaria.

En primer lugar, los resultados del proyecto pueden ser útiles para las instituciones educativas que ofrecen programas de grado en enfermería, ya que pueden utilizarlos para mejorar la formación de sus alumnos y desarrollar programas de capacitación que fomenten el cuidado humanizado. Los resultados también pueden ser utilizados por los propios estudiantes de enfermería para mejorar sus habilidades y conocimientos en este ámbito

Por otro lado, los resultados del proyecto pueden ser de gran utilidad para los profesionales de enfermería que trabajan en diferentes áreas de atención. El cuidado humanizado es un aspecto clave de la atención sanitaria, ya que se enfoca en la importancia de brindar cuidados centrados en la persona, promoviendo su dignidad, autonomía y bienestar emocional y social, detectando así aspectos positivos y/o negativos del mismo, aspectos de mejora, y trabajo en nuevas líneas de investigación que confluyan en la integración de nuevos modelos de formación y progreso de las competencias del profesorado, como complemento a los planes de estudio actuales. Por lo tanto, los resultados del proyecto pueden ayudar a los profesionales de enfermería a mejorar su práctica clínica y a brindar un cuidado más personalizado y efectivo.

Además, los resultados del proyecto pueden ser de interés para investigadores y académicos que se especializan en el campo de la enfermería y atención sanitaria.

[Escriba aquí]

Pueden utilizar los resultados del proyecto para desarrollar nuevas líneas de investigación y para contribuir a la literatura científica existente sobre el cuidado humanizado en enfermería.

La finalidad de este estudio radica en la necesidad de una alianza entre teoría y práctica, entre aula y práctica, entre investigación y salud.

En el contexto sociopolítico actual cobra especial relevancia la humanización, desafiando la elaboración de estrategias que permitan la implementación de instrumentos de gestión de una sanidad implicada en un mejor cuidado.

Es importante inducir a la reflexión del estudiante con respecto a los acontecimientos y experiencias clínicas vivenciadas y darles la importancia pedagógica que corresponde a este hecho, sentimiento o percepción vivida, facilitando así su interpretación y el significado para el estudiante que ejerce labor de futuro cuidador, dando sentido a la acción y dar sentido al proceso reflexivo que en él produce.

En resumen, los resultados del proyecto de investigación pueden tener una gran aplicabilidad y utilidad en diversos ámbitos relacionados con enfermería y atención sanitaria, incluyendo la educación, la práctica clínica y la investigación

El propósito es orientar la práctica pedagógica dirigida al proceso de formación y aprendizaje, explorando en la experiencia concreta del estudiante y los significados generados en torno al acto de cuidar a otro ser, en lugar de inducir teorizaciones abstractas o el simple hecho de ejecutar determinados procedimientos.

[Escriba aquí]

Se utilizará en un futuro, posterior a la proyección del trabajo, el Ciclo reflexivo de Gibbs (106) (Figura IV) ejecutando todos sus pasos:

- a. Descripción de la situación
- b. Exposición de sentimientos
- c. Evaluación de la situación: elementos positivos, negativos
- d. Establecer conclusiones
- e. Acción: Elaboración de un plan para generar cambio



Figura V: El ciclo reflexivo de Gibbs (1998).

¿Qué fue bueno y malo de la experiencia?

[Escriba aquí]

Otra posible propuesta, dependiendo de los resultados que se obtengan, sería hacer una posible modificación en la “Memoria Verifica” del plan de estudios del grado en enfermería de Ávila. También generar interés por conocer si sus intervenciones son reconocidas por la población que atienden. El trabajo en grupo se utiliza como una manera de acercarse al mayor conocimiento de los fenómenos de la salud desde la perspectiva de los que forman parte de ellos, con el objeto de orientar la toma de decisiones hacia las expectativas de los trabajadores y ciudadanos.

## **9. LIMITACIONES DE LA INVESTIGACION.**

1. La limitación principal del estudio radica en no poder extrapolar los resultados de nuestro proyecto a nivel de la población general de estudiantes de Grado en Enfermería del todo el país porque se procederá a valorar un único centro. Es importante señalar las diferencias existentes en los planes de estudio entre diferentes universidades.

Sesgo de selección: Si la selección de los participantes no se hace de manera adecuada, puede haber una falta de representatividad en la muestra de la población objeto, lo que puede afectar la validez y generalización de los resultados.

2. Medición: La medición de la humanización del cuidado puede ser difícil ya que se trata de un concepto subjetivo y complejo que puede variar según las percepciones y experiencias de los participantes.
3. Entorno de investigación: puede influir en la percepción y práctica de los estudiantes de enfermería, lo que puede limitar la capacidad de generalizar los resultados a otros entornos. Tener en cuenta aquellos factores externos no controlables como vivencias personales de los alumnos.

[Escriba aquí]

4. Participación: posibilidad de no querer participar en el estudio, lo que puede limitar la cantidad de datos recopilados.
5. Fuentes de datos: la disponibilidad de datos relevantes para el proyecto de investigación puede ser limitada y puede requerir una recopilación de datos a través de entrevistas o encuestas que puede ser costoso y consumir mucho tiempo, además de la limitación y dificultad de los recursos materiales.
6. Limitaciones de tiempo: la investigación puede necesitar un periodo prolongado para completar todas las etapas, desde el diseño del proyecto hasta la recolección y análisis de datos, lo que puede requerir un gran esfuerzo por parte de los investigadores
7. Presión académica: los estudiantes de enfermería pueden sentir presión académica y, por lo tanto, pueden actuar de manera poco natural en las situaciones que se les presentan en el grupo focal.

## 10. BIBLIOGRAFÍA

1. Diaz Rodríguez M, Alcántara Rubio L, Aguilar Garcia D, Puertas Cristobal E, Cano Valero M. Orientaciones formativas para un cuidado humanizado en enfermería: una revisión integrativa de la literatura. *Enferm glob* [Internet]. 2020;19(2):640–72. Disponible en: <http://dx.doi.org/10.6018/eglobal.392321>
2. Rivas R E, Rivas L A, Bustos M L. Valores expresados en estudiantes DE enfermería: Temuco - Chile, 2009. *Cienc enferm (Impresa)* [Internet]. 2011;17(2):65–75. Disponible en: <http://dx.doi.org/10.4067/s0717-95532011000200008>
3. Souza JC de, Lima J de ORE, Munari DB, Esperidião E. Teaching of the humanized care: evaluation and trends of the scientific production. *Rev Bras Enferm* [Internet]. 2008;61(6):878–82. Disponible en: <http://dx.doi.org/10.1590/s0034-71672008000600014>

[Escriba aquí]

4. Moreno IM, Siles J. Pensamiento crítico en enfermería: de la racionalidad técnica a la práctica reflexiva. *Aquichan*. 2015 Jan 1;14(4):594–604.
5. Watson J. Watson's theory of human caring and subjective living experiences: carative factors/caritas processes as a disciplinary guide to the professional nursing practice. *Texto contexto enferm* [Internet]. 2007;16(1):129–35. Disponible en: <http://dx.doi.org/10.1590/s0104-07072007000100016>
6. Juárez Liliana G, Mora V, Luisa A. Humanización del cuidado de enfermería. De la formación a la práctica clínica. *Revista Conamed*. 2009;14:40-3.
7. Waldow VR. Cuidado humano: la vulnerabilidad del ser enfermo y su dimensión de trascendencia. *Index de Enfermería*. 2014 Dec;23(4):234–8.
8. Romero Massa E, Méndez C, Serrano M, Relación A, Cuidado Humanizado Por Enfermería C. Hacia la promoción de la salud. 2016;26-36.
9. Zeidner M, Matthews G, Roberts RD. The Emotional Intelligence, Health, and Well-Being Nexus: What Have We Learned and What Have We Missed? *Appl Psychol Health Well Being*. 2012 Mar;4(1):1–30.
10. Álvarez Canache OM, Román de Cisneros G. Sensibilidad. Valor condicional del Equipo de Salud para el Cuidado Humano. *Revista electrónica de Portales Médicos.com*. 2008;
11. Navarro L, Pabst A, Zamorano M, Veliz P, Moreno R, Lobato V, et al. Enfermería: Cuidados Humanizados. 2016;5.
12. Nora CRD, Junges JR. Política de humanizacao na atencao basica: revisao sistematica. *Rev Saude Publica*. 2013 Dec;47(6):1186–200.
13. Salgado J, Valenzuela S, Saez K. Ciencia y enfermería. 2015;21(1):69–79.
14. Contreras M A, Contreras O A, Díaz O ME, Hernández V M, Muñoz P N, Ricardo M MC. Habilidad de cuidado de los profesionales de enfermería de una institución prestadora de servicios de salud. *Cultura del Cuidado Enfermería*. 2011;8 ,Nº1:17–23.
15. Bullough B, Bullough V. Educational Problems in a Woman's Profession. *Journal of Nursing Education*. 1981 Sep;20(7):6–9.
16. Pedrosa O R. Evolución de la enfermería española como profesión a partir de su integración en la universidad. El rol profesional de Cuidado Centrado en la Enfermedad. TDX (Tesis Doctorals en Xarxa) [Internet]. 2017 Jul 7 [cited 2022 Feb 1]; Available from: <http://www.tdx.cat/handle/10803/456322>
17. Ortega G, Sánchez N, Hernández F. Historia de la Enfermería en España : Desde la antigüedad hasta nuestros días. 1996. 287–323 p.

[Escriba aquí]

18. Domínguez-Alcón C, Rodríguez JA, Miguel J. Sociología y Enfermería. Madrid: Pirámide; 1983.
19. Ayala RA. Historia de la Enfermería: Evolución Histórica del Cuidado Enfermero, Third Edition History of Nursing: Historical Evolution of Nursing Care, Third Edition, by María Luisa Martínez and Elena Chamorro Rebollo. Nursing History Review. 2020 Sep 1;28(1):226–8.
20. Fernández Ferrín C, Abejar G, Pérez ST, Parra S, Fundamental ME. Enfermería Fundamental. 2000;3–129.
21. BOE.es - BOE-A-1977-20006 Real Decreto 2128/1977, de 23 de julio, sobre integración en la Universidad de las Escuelas de Ayudantes Técnicos Sanitarios como Escuelas Universitarias de Enfermería. [Internet]. [cited 2023 Jan 17]. Available from: <https://www.boe.es/buscar/doc.php?id=BOE-A-1977-20006>
22. enfermería | Definición | Diccionario de la lengua española | RAE - ASALE [Internet]. [cited 2023 Jan 17]. Available from: <https://dle.rae.es/enfermer%C3%ADa#Mr7lQmA>
23. Miró Bonet M. Los modelos conceptuales, una estrategia de poder con implicaciones profesionales. Enferm Clin. 2010 Nov;20(6):360–5.
24. Netto LFS de A, Ramos FRS. Considerações sobre o processo de construção da identidade do enfermeiro no cotidiano de trabalho. Rev Lat Am Enfermagem. 2004 Feb;12(1):50–7.
25. BOE.es - BOE-A-2003-21340 Ley 44/2003, de 21 de noviembre, de ordenación de las profesiones sanitarias. [Internet]. [cited 2023 Jan 17]. Available from: <https://www.boe.es/buscar/act.php?id=BOE-A-2003-21340>
26. Gutiérrez Martí R, Ferrús Estopà L, Subirana Casacuberta M, Pellejà Adalid L. Impacto económico y organizativo de nuevas especialidades de enfermería. Madrid: Plan Nacional para el Sistema Nacional de Salud del Ministerio de Sanidad y Consumo. BARCELONA; 2006.
27. Tarlier D. Mediating the meaning of evidence through epistemological diversity. Nurs Inq. 2005 Jun;12(2):126–34.
28. Carballo Álvarez M. Del deseo a la realidad. Revista Rol de Enfermería Vol28, N°4. 2005;10–2.
29. Camacho Franco ER, Rodríguez Jiménez S. Una mirada crítica de la formación del profesional de enfermería con perspectiva reflexiva. Enfermería Universitaria. 2018 Apr 16;7(1).

[Escriba aquí]

30. Ferrer V, Medina Moya J, Lloret C. ¿Qué formación para qué enfermería? del reduccionismo simplificante a los saberes complejos. Profesión, gestión, formación. . 2003.
31. Stramiello CI. ¿Una educación humanista hoy? Revista Iberoamericana de Educación. 2005 Sep 10;36(8):1–6.
32. vocación | Definición | Diccionario de la lengua española | RAE - ASALE [Internet]. [cited 2023 Jan 17]. Available from: <https://dle.rae.es/vocaci%C3%B3n?m=form>
33. Germán Bes C. La transición enfermera La Revolución de las Batas Blancas: la Enfermería Española de 1976 a 1978. Index Enfermería. 2013 Oct;vol.22.
34. Matthews S. Wade, G. H. (1999). Professional nurse autonomy: concept analysis and application to nursing education. Journal of Advanced Nursing, 30 (2), 310-318. Clin Excell Nurse Pract. 2000 Nov;4(6):382–4.
35. Ballou KA. A concept analysis of autonomy. Journal of Professional Nursing. 1998 Mar;14(2):102–10.
36. Rogers CR. Freedom to learn: A view of what education might become. Merryl; 1969.
37. Albar MJ, Sivianes-Fernández M. Percepción de la identidad profesional de la enfermería en el alumnado del grado. Enferm Clin. 2016 May;26(3):194–8.
38. Hoeve Y ten, Jansen G, Roodbol P. The nursing profession: public image, self-concept and professional identity. A discussion paper. J Adv Nurs. 2014 Feb;70(2):295–309.
39. Pulgar C, Moya C, Trajtmann A. Grupos de encuentro: desarrollo de habilidades para la humanización del cuidado, a partir de la experiencia de aprendizaje de estudiantes de enfermería. Foro Educativo. 2019 Dec 19;53–77.
40. Decety J, Fotopoulou A. Why empathy has a beneficial impact on others in medicine: unifying theories. Front Behav Neurosci. 2015 Jan 14;8.
41. Flórez-Gutiérrez C, Mayorga-Palacios ADP, Vargas-Escobar LM. La práctica formativa como escenario de aprendizaje significativo del cuidado de enfermería. Revista Colombiana de Enfermería. 2017 Apr 25;12(14):93.
42. Maslow A. Some Educational Implications of the Humanistic Psychologies. Harv Educ Rev. 1968 Dec 1;38(4):685–96.
43. Leddy S, Pepper JM. Bases conceptuales de la enfermería profesional. 1989.

[Escriba aquí]

44. Bautista-Rodríguez LM, Parra-Carrillo E, Arias-Torres KM POK, Ascanio-Meza KA, Villamarin-Capacho MI. Perception of humanized care behaviors among 3 rd and 4 th level of care hospitalized users in a health institution. 2015;
45. Tejada S, Ramirez EJ, Díaz RJ, Huyhua SC. Práctica pedagógica en la formación para el cuidado de enfermería. *Enfermería Universitaria*. 2019 Jan 25;16(1).
46. Rojas Izquierdo María Miladis, González Escalona ME. Las habilidades comunicativas en el proceso formativo del profesional de la salud. *Educación Médica Superior*. 2018 Jul;32.
47. Ruiz Moral R, Caballero Martínez F, García de Leonardo C, Monge D, Cañas F, Castaño P. Enseñar y aprender habilidades de comunicación clínica en la Facultad de Medicina. La experiencia de la Francisco de Vitoria (Madrid). *Educación Médica*. 2017 Oct;18(4):289–97.
48. Oliveira KRE de, Trovo MM, Risso ACM da CR, Braga EM. The teaching approach on communicative skills in different teaching methodologies. *Rev Bras Enferm*. 2018 Oct;71(5):2447–53.
49. Reuter CLO, Santos VCF dos, Ramos AR. The exercise of interprofessionality and intersectorality as an art of caring: innovations and challenges. *Escola Anna Nery*. 2018 Oct 29;22(4).
50. Ceballos Ramos LM, Rodríguez Flores LA, González Corrales SC, Ceballos Ramos LM, Rodríguez Flores LA, González Corrales SC. *Revista MENDIVE [Internet]*. Vol. 16, Mendive. Revista de Educación. [publisher not identified]; 2018 [cited 2022 Jan 27]. 470–483 p. Available from: [http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1815-76962018000300470&lng=es&nrm=iso&tlng=es](http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1815-76962018000300470&lng=es&nrm=iso&tlng=es)
51. Siles González J. La humanización del cuidado a través de las narrativas y la poesía como producto de la investigación aplicada. *Cultura de los Cuidados Revista de Enfermería y Humanidades*. 2018;(52).
52. Guerrero-Ramírez R, Meneses-La Riva ME, de La Cruz-Ruiz M. Cuidado humanizado de enfermería según la teoría de Jean Watson, servicio de medicina del Hospital Daniel Alcides Carrión. Lima- Callao, 2015. *Revista Enfermería Herediana*. 2017 Feb 20;9(2):133.
53. Beltrán Salazar OA. Humanized care: A relationship of familiarity and affectivity. *Invest Educ Enferm*. 2015 Feb 15;33(1):17–27.
54. Todres L, Galvin KT, Holloway I. The humanization of healthcare: A value framework for qualitative research. *Int J Qual Stud Health Well-being*. 2009 Jun 1;4(2).

[Escriba aquí]

55. Cuellar Z. La trascendencia del acto humano en la medicina como acto humano humanizante. . *Persona y bioética*2004. 2004;22–23.
56. Amezcua M. Humanización del cuidado y la atención personalizada en enfermería. In: *Medicina Centrada en el paciente: hacia la humanización de la medicina*. 2018. p. 63–9.
57. Amezcua M, Granada EI. HUMANIZACIÓN. ÉTICA Y PERSONALIZACIÓN DEL CUIDADO. In: *La ética en los servicios de enfermería*. Girardot, Colombia: Universidad de Cundinamarca; 2018. p. 5–6.
58. Block M. A Book Review of *Contemporary Nursing Knowledge: Analysis and Evaluation of Nursing Models and Theories* (3rd ed.), by J. Fawcett and S. DeSanto-Madeya (2013). Philadelphia: FA Davis. *Nurs Sci Q*. 2017 Jul 21;30(3):280–1.
59. Corbani NM. Humanización del cuidado de enfermería: ¿qué es esto?. *Revista brasileña de Enfermería*. 2009;62:359–54.
60. Rizzotto MLF. As políticas de saúde e a humanização da assistência. *Rev Bras Enferm*. 2002 Feb;55(2):196–9.
61. Oger SN. La humanización de la salud y las nuevas tecnologías. *Rev Iberoam Bioet*. 2018 Oct 22;(8):01–11.
62. Gómez Ramírez OJ, Daza C LA, Zambrano Caro VM. Percepción de cuidado en estudiantes de enfermería: caracterización e impacto para la formación y la visión del ejercicio profesional. *Av Enferm* [Internet]. 2008 26(1):85–96. Disponible en: [http://www.scielo.org.co/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0121-45002008000100009&lng=es&nrm=is&tlng=](http://www.scielo.org.co/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0121-45002008000100009&lng=es&nrm=is&tlng=)
63. La Declaración Universal de Derechos Humanos | Naciones Unidas [Internet]. [cited 2023 Jan 14]. Available from: <https://www.un.org/es/about-us/universal-declaration-of-human-rights>
64. Amsterdam CESL, De 28-30. Declaración para la promoción de pacientes en Europa [Internet]. Ffis.es. Disponible en: [https://www.ffis.es/ups/documentacion\\_ley\\_3\\_2009/Declaracion\\_promocion\\_derechos\\_pacientes\\_en\\_Europa.pdf](https://www.ffis.es/ups/documentacion_ley_3_2009/Declaracion_promocion_derechos_pacientes_en_Europa.pdf)
65. BOE.es - BOE-A-1986-10499 Ley 14/1986, de 25 de abril, General de Sanidad. [Internet]. [cited 2023 Jan 14]. Available from: <https://www.boe.es/buscar/doc.php?id=BOE-A-1986-10499>
66. II Plan de humanización de la asistencia sanitaria Comunidad de Madrid(2022-2025). Madrid.org.Disponible en: <https://www.madrid.org/bvirtual/BVCM050581.pdf>

[Escriba aquí]

67. Plan de Humanización [Internet]. Juntadeandalucia.es. Disponible en: <https://www.juntadeandalucia.es/organismos/saludyconsumo/areas/planificacion/planes-integrales/paginas/plan-humanizaci%C3%B3n.html>
68. Heras G. Inicio [Internet]. Proyecto HUCI. Disponible en: <https://proyctohuci.com/es/inicio/>
69. Biddiss E, McPherson A, Shea G, McKeever P. The Design and Testing of Interactive Hospital Spaces to Meet the Needs of Waiting Children. *HERD: Health Environments Research & Design Journal*. 2013 Apr 1;6(3):49–68.
70. Kotzer AM, Zacharakis SK, Reynolds M, Buening F. Evaluation of the Built Environment: Staff and Family Satisfaction Pre- and Post-Occupancy of the Children's Hospital. *HERD: Health Environments Research & Design Journal*. 2011 Jul 1;4(4):60–78.
71. Monti F, Agostini F, Dellabartola S, Neri E, Bozicevic L, Pocecco M. Pictorial intervention in a pediatric hospital environment: Effects on parental affective perception of the unit. *J Environ Psychol*. 2012 Sep 1;32(3):216–24.
72. Gertz A, Rabinowitz PM. Terapia con mascotas: ayudar a los pacientes a sobrellevarlo | AAFP [Internet]. [cited 2023 Jan 14]. Available from: <https://www.aafp.org/pubs/afp/issues/2017/1001/p464.html>
73. Moretti F, de Ronchi D, Bernabei V, Marchetti L, Ferrari B, Forlani C, et al. Pet therapy in elderly patients with mental illness. *Psychogeriatrics*. 2011 Jun;11(2):125–9.
74. Mani I, Weese JS. Pet therapy: Enhancing patient care through time with animals. *Am Fam Physician*. 2016;94(9):737–40.
75. Branson SM, Boss L, Padhye NS, Trötscher T, Ward A. Effects of Animal-assisted Activities on Biobehavioral Stress Responses in Hospitalized Children: A Randomized Controlled Study. *J Pediatr Nurs*. 2017 Sep;36:84–91.
76. Barkmann C, Siem AK, Wessolowski N, Schulte-Markwort M. Clowning as a supportive measure in paediatrics - a survey of clowns, parents and nursing staff. *BMC Pediatr*. 2013 Dec 10;13(1):166.
77. Silva VA da, Marcon SS, Sales CA. Perceptions of family members of patients with cancer on musical encounters during the antineoplastic treatment. *Rev Bras Enferm*. 2014;67(3).
78. Roohafza H, Pirnia A, Sadeghi M, Toghianifar N, Talaei M, Ashrafi M. Impact of nurses clothing on anxiety of hospitalised children. *J Clin Nurs*. 2009 Jul;18(13):1953–9.

[Escriba aquí]

79. Tripodi M, Siano MA, Mandato C, Giulia A, de Anseris E, Quitadamo P, et al. Humanization interventions in general pediatric wards: a systematic review. 2019 [cited 2023 Jan 14]; Available from: <https://doi.org/10.1007/s00431-019-03370-3>
80. Pérez-Fuentes M del C, Herrera-Peco I, Molero Jurado M del M, Oropesa Ruiz NF, Ayuso-Murillo D, Gázquez Linares JJ. The Development and Validation of the Healthcare Professional Humanization Scale (HUMAS) for Nursing. *Int J Environ Res Public Health*. 2019 Oct 19;16(20):3999.
81. Siles-González J, Noreña-Peña AL, Solano-Ruiz C. Emotional intelligence during clinical practices of nursing students: an approach from educational anthropology applied to clinical practices [Internet]. Vol. 11, Ene. [Enfermeros]; 2007 [cited 2022 Sep 18]. 2–0 p. Available from: [https://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1988-348X2017000200008&lng=es&nrm=iso&tlng=](https://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1988-348X2017000200008&lng=es&nrm=iso&tlng=)
82. Aliakbari F, Parvin N, Heidari M, Haghani F. Learning theories application in nursing education. *Journal of Education and Health Promotion | [Internet]*. 2015;4. Available from: [www.jehp.net](http://www.jehp.net)
83. Glass JF. Humanistic Education: a Tale of Two Professors. *J Humanist Psychol*. 1981 Apr 26;21(2):71–7.
84. Sebastian Capó J. Psicología humanista y educación. *Anuario de psicología* 34. 1986;85–102.
85. Pulgar C, Moya C, Trajtmann A. Grupos de encuentro: desarrollo de habilidades para la humanización del cuidado, a partir de la experiencia de aprendizaje de estudiantes de enfermería. *Foro Educativo*. 2019 Dec 19;53–77.
86. Rubio Acuña M, Burgos A. Fenomenología y conocimiento disciplinar de enfermería. *Revista Cubana de Enfermería*. 2013;29:191–8.
87. Vera Márquez MC, Urdaneta de Primera E, Jiménez Suárez M, Contreras Morán Z, Páriz Abarca NE. Cuidar desde la teoría transpersonal de Jean Watson y su implicación en el currículo de la carrera de enfermería. *Revista académica Universidad Técnica de Babahoyo*. 2020;
88. Urra M E, Jana A A, García M V. Algunos aspectos esenciales Del pensamiento DE jean Watson y Su teoría DE cuidados transpersonales. *Cienc Enferm (Impresa) [Internet]*. 2011 [citado el 20 de mayo de 2023];17(3):11–22. Disponible en: [http://www.scielo.cl/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0717-95532011000300002&lng=en&nrm=iso&tlng=en](http://www.scielo.cl/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0717-95532011000300002&lng=en&nrm=iso&tlng=en)
89. Quintero B. Ética del cuidado humano bajo los enfoques de Milton Mayeroff y Jean Watson. *Ciencia y Sociedad* 2001. 2001;XXV:1:16–22.

[Escriba aquí]

90. Saviato RM, Leão ER. Nursing assistance and Jean Watson: a reflection on empathy. *Escola Anna Nery - Revista de Enfermagem*. 2016;20(1).
91. Raile Alligood M., Ann Marriner Tomey A. Modelos y teorías en enfermería. ELSEVIER; 2018.
92. Ospina Rave BE, Toro Ocampo JA, Aristizábal Botero CA. El papel del docente en el proceso de aprendizaje de los estudiantes de enfermería de la Universidad de Antioquia-Colombia. *Invest Educ Enferm*. 2008;26 (1):106.
93. Duarte M de LC, Noro A. Humanização: uma leitura a partir da compreensão dos profissionais da enfermagem. *Rev Gaucha Enferm*. 2010 Dec;31(4):685–92.
94. Carrillo Algarra AJ, Martínez Pinto PC, Taborda Sánchez SC, Carrillo Algarra AJ, Martínez Pinto PC, Taborda Sánchez SC. Aplicación de la Filosofía de Patricia Benner para la formación en enfermería. *Revista Cubana de Enfermería* [Internet]. 2018 [cited 2022 Sep 19];34(2). Available from: [http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0864-03192018000200015&lng=es&nrm=iso&tlng=](http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0864-03192018000200015&lng=es&nrm=iso&tlng=)
95. Soto Fuentes PE, Reynaldos-Grandón K, Martínez-Santana D, Jerez-Yáñez O. Skills for Nurses in the Field of Management and Administration: Contemporary Challenges to the Profession. *Aquichan* [Internet]. 2014 Mar 1 [cited 2022 Sep 19];14(1):79–99. Available from: <http://aquichan.unisabana.edu.co/index.php/aquichan/article/view/2684/html>
96. Castillo Parra S. Práctica pedagógica de los formadores expertos en la formación clínica de estudiantes de enfermería. TDX (Tesis Doctorals en Xarxa) [Internet]. 2014 Feb 14 [cited 2022 Sep 19]; Available from: <http://www.tdx.cat/handle/10803/134821>
97. Acebedo MS. Narrativa y conocimiento práctico. Experiencias y prácticas de las enfermeras “expertas” en UCI. Once relatos y veintitantas historias. . [Tarragona]: Universidad Rovira I Virgili; 2012.
98. Becker D, Kaplow R, Muenzen PM, Hartigan C. Activities Performed by Acute and Critical Care Advanced Practice Nurses: American Association of Critical-Care Nurses Study of Practice. *American Journal of Critical Care*. 2006 Mar 1;15(2):130–48.
99. Céspedes Pinto R. Aplicación de la enfermería basada en la evidencia en los currículos de pregrado de enfermería en Santander, Colombia. *Revista CUIDARTE* [Internet]. 2015 May 15 [cited 2022 Sep 19];6(1):900. Available from: <https://revistas.udes.edu.co/cuidarte/article/view/130>
100. Higham S, Arrowsmith V. A response to: Gardner (2012) From Novice to Expert: Benner’s legacy for nurse education *Nurse Education Today* 32 (4) 339-340. *Nurse Educ Today* [Internet]. 2013;33(1):8–9. Disponible en: <http://dx.doi.org/10.1016/j.nedt.2012.08.003>

[Escriba aquí]

101. Assad LG, Viana L de O. Saberes prácticos na formação do enfermeiro. Rev Bras Enferm [Internet]. 2003;56(1):44–7. Disponible en: <http://dx.doi.org/10.1590/s0034-71672003000100009>
102. Piña-Jiménez I, Amador-Aguilar R. La enseñanza de la enfermería con simuladores, consideraciones teórico-pedagógicas para perfilar un modelo didáctico. Enfermería Universitaria. 2015 Jul;12(3):152–9.
103. Reyes Martínez MC, Mansilla Sepúlveda J, Muñoz Gámbaro G, Robles Jélvez M, et al. Constructed meanings of clinical simulation practices by nursing students. Enfermería: Cuidados Humanizados [Internet]. 2020 [cited 2022 Sep 20];9(2):243–54. Available from: [http://www.scielo.edu.uy/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S2393-66062020000200243&lng=es&nrm=iso&tlng=en](http://www.scielo.edu.uy/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S2393-66062020000200243&lng=es&nrm=iso&tlng=en)
104. Hamui-Sutton A, Varela-Ruiz M. Investigación en educación médica [Internet]. Vol. 2, Investigación en educación médica. Elsevier; 2013 [cited 2022 Sep 20]. 55–60 p. Available from: [http://www.scielo.org.mx/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S2007-50572013000100009&lng=es&nrm=iso&tlng=](http://www.scielo.org.mx/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S2007-50572013000100009&lng=es&nrm=iso&tlng=)
105. Lotto LS, Miles MB, Huberman AM. Qualitative data analysis: A sourcebook of new methods. Educ Eval Policy Anal [Internet]. 1986;8(3):329. Disponible en: <http://dx.doi.org/10.2307/1163741>
106. Ciclo reflexivo de Gibbs | la universidad de edimburgo [Internet]. Available from: <https://www.ed.ac.uk/reflection/reflectors-toolkit/reflecting-on-experience/gibbs-reflective-cycle>

[Escriba aquí]

## **11. CRONOGRAMA**

Se inicia el plan presentando a la Escuela de Enfermería el proyecto y solicitando autorización para la investigación.

El periodo de tiempo comienza y finaliza con el curso académico 2023/2024.

La intención principal es realizar encuestas y rellenar escala autorizada de forma presencial en el aula, pero si no fuera posible se realizaría a través de una plataforma on-line de comunicación.

Una vez reunidos con la dirección de la Escuela de Enfermería y obtenido consentimientos y autorización para la ejecución de este proyecto en el entorno escogido, se realizará la sesión grupal que dará comienzo y forma al grupo focal durante los meses señalados en la planificación y posteriormente se facilitará la escala HUMAS para completarla y del mismo modo procederemos con la escala elaborada por el grupo de investigación.

Por último, se procederá a un análisis de los datos obtenidos para obtener resultados y establecer conclusiones.

[Escriba aquí]

### CRONOGRAMA

	OCT	NOV	DIC	ENE	FEB	MAR	ABR	MAY	JUN	JUL	AGO	SEP
Presentación de la propuesta de proyecto a la Escuela Universitaria de Enfermería. Consentimientos.												
Tiempo de realización de los grupos focales .												
Tiempo de realización de la escala y encuesta												
Análisis de datos												
Análisis de resultados. Redacción.												
Informes y conclusiones. Redacción.												

[Escriba aquí]

## **12. PRESUPUESTO**

El proyecto es realizado por una estudiante de Máster en Investigación nobel. Se aprovecharán los últimos ratos de horario de clase para no interferir con el programa académico docente.

El presupuesto queda desglosado en una tabla presentada a continuación que representa los gastos tanto directos como indirectos para llevar a cabo este proyecto de investigación.

La escala de Humanización validada que utilizaremos tiene acceso libre, por lo que no supondrá coste añadido.

El programa Excel para el análisis de datos cuantitativos es gratuito desde la plataforma de la universidad, de acceso libre tanto para profesorado como para estudiantado a través del paquete Microsoft.

[Escriba aquí]

### GASTOS DIRECTOS

Ítem	Unidades	Coste unitario	URL	Subtotal
Ordenadores	1	381,86	<a href="https://ofitropolis.com/">https://ofitropolis.com/</a>	381,86
Folios	2	8,64	<a href="https://ofitropolis.com/">https://ofitropolis.com/</a>	17,38
Bolígrafos	120	1,14	<a href="https://ofitropolis.com/">https://ofitropolis.com/</a>	136,80
Grabadora	1	55,70	<a href="http://www.fnac.es">www.fnac.es</a>	55,70
Transcripción	115	2,2 Pag	<a href="http://www.mistranscripcion.es.es">www.mistranscripcion.es.es</a>	253
Traducción	35	3 Pag	<a href="https://www.linguee.es">https://www.linguee.es</a>	1,28 105
Partida para difusión de resultados con publicaciones en Open Access	1			1000 -3000
Programa Excell. Paquete Microsoft.	1		<a href="#">Plataforma de la USAL.STUDIUM</a>	
Licencia Atlas ti	1			75
Dietas	20	10		200
	10	1,5		15
Transporte				
<b>TOTAL</b>				<b>1239,74</b>

[Escriba aquí]

#### GASTOS INDIRECTOS

ITEM	DESCRIPCIÓN	COSTE
Infraestructura	Internet Agua Electricidad	55 + 70
Servicios Generales	Limpieza Mantenimiento	60
Gastos Administrativos	Preparación de solicitudes	125
Total		<b>310</b>

### 13. ANEXOS

#### Anexo I. Encuesta.

La siguiente encuesta forma parte de un trabajo de fin de Máster en Ciencias de Investigación en Enfermería, cuyo tema es desarrollo de la humanización en los estudiantes de Grado de Enfermería desde 1er curso hasta 4º curso. El tiempo estimado para completar el cuestionario no llevará más de 5 minutos), toda la información que se recoge queda en el anonimato y su único fin es la recolección de datos para la realización del trabajo de investigación. Se agradece su implicación.

Accedo a que estos datos sean usados exclusivamente con motivos de investigación:

SI / NO

[Escriba aquí]

SEXO:

- Mujer
- Hombre

EDAD:

UNIDAD DE PRACTICAS ACTUAL:

- Medicina Interna
- Cuidados Paliativos
- Oncología
- Unidad de Cuidados Intensivos
- Urgencias
- Otras... (señale cuál)

[Escriba aquí]

**La puntuación de 1 a 5 siendo:**

**1= Totalmente en desacuerdo; 2= En desacuerdo; 3= Ni de acuerdo ni en desacuerdo;**

**4= de acuerdo;5= Totalmente de acuerdo**

	<b>1</b>	<b>2</b>	<b>3</b>	<b>4</b>	<b>5</b>
1. Consideras que los elementos: empatía, respeto, trato digno y cercano con el paciente ¿están involucrados en el proceso de cuidado durante tu formación práctica en la unidad?					
2. Con respecto a los factores que contribuyen a la Humanización del Cuidado, ¿consideras que son aprendidos en la Escuela de Enfermería?					
3. A nivel general durante tus prácticas clínicas, ¿consideras que existe un buen nivel de Humanización en el desarrollo de actividad asistencial por parte de los profesionales sanitarios que forman parte de la plantilla de la unidad?					
4. Desde la formación práctica en la Escuela de Enfermería, ¿detectas que deberían fortalecerse algunas necesidades con respecto al tema de Humanización del Cuidado?					
5. Algunos de los factores que aportan mayor calidad en la construcción del significado de Cuidado Humanizado son, por ejemplo, informar al paciente de los procedimientos de cuidados o dejar que exprese sus emociones... entre otros, ¿consideras que estén presentes en la práctica de cuidado diario?					
6. En el periodo de prácticas clínicas, ¿has sido capaz de identificar las necesidades de cuidado emocional de los pacientes y también de sus familiares durante su estancia hospitalaria?					

[Escriba aquí]

7. Durante la práctica diaria, ¿piensas que dedicas una parte de tiempo suficiente al cuidado directo del paciente?					
8. ¿ Crees que existen diferencias notables en el trato brindado por el personal novel y el personal experto de enfermería?					
9. ¿Te involucras en realizar determinadas actividades con los pacientes hospitalizados para conseguir que su estancia sea más confortable y llevadera?					
10. ¿Puedes describir brevemente un caso que represente en tu vivencia práctica, relacionado con la Humanización del Cuidado?					

[Escriba aquí]

## Anexo II. Escala HUMAS.

ESCALA DE HUMANIZACIÓN EN EL PROFESIONAL SANITARIO // HEALTH PROFESSIONAL'S HUMANIZATION SCALE (HUMAS).

**Siendo: de la pregunta nº1 hasta la pregunta nº14 incluida:**

1= Nunca; 2= Pocas veces; 3= Algunas veces; 4= A menudo; 5= Siempre

**Siendo en las respuestas nº15 en adelante (\*R):**

**¡ATENCIÓN CON EL CAMBIO DE LOS ITEMS EN LA ESCALA LIKERT!**

5= Nunca; 4= Pocas veces; 3= Algunas veces; 4 A menudo; 5= Siempre

1. Espero el futuro con entusiasmo.	1	2	3	4	5
2. En general, estoy satisfecho conmigo mismo.	1	2	3	4	5
3. Ante las dificultades, confío en que al final todo saldrá bien.	1	2	3	4	5
4. Cuando atiendo a mis pacientes, trato de ponerme en su lugar.	1	2	3	4	5
5. Ofrezco un trato cercano al paciente o a sus familiares, si lo necesitan.	1	2	3	4	5
6. Me preocupo por tranquilizar a pacientes y a sus familiares, ya que considero que es una parte importante de mi labor de cuidado.	1	2	3	4	5
7. Cuando me tratan mal, intento comprender los motivos, y sigo tratando bien a esa persona.	1	2	3	4	5

[Escriba aquí]

<b>8.</b> Cuando alguien me cae mal, me esfuerzo por comprenderle y dar una oportunidad para conocerlo.	<b>1</b>	<b>2</b>	<b>3</b>	<b>4</b>	<b>5</b>
<b>9.</b> Cuando alguien actúa en mi contra, tiendo a analizar la situación para justificar de forma racional su conducta.	<b>1</b>	<b>2</b>	<b>3</b>	<b>4</b>	<b>5</b>
<b>10.</b> Soy capaz de diferenciar los cambios de humor de otros, y actuar en consecuencia.	<b>1</b>	<b>2</b>	<b>3</b>	<b>4</b>	<b>5</b>
<b>11.</b> Estoy satisfecho con lo que hago y como lo hago.	<b>1</b>	<b>2</b>	<b>3</b>	<b>4</b>	<b>5</b>
<b>12.</b> Soy capaz de diferenciar mis propios cambios de ánimo y actuar en consecuencia.	<b>1</b>	<b>2</b>	<b>3</b>	<b>4</b>	<b>5</b>
<b>13.</b> Creo que estoy preparado para afrontar con éxito cualquier situación en mi trabajo.	<b>1</b>	<b>2</b>	<b>3</b>	<b>4</b>	<b>5</b>
<b>14.</b> Siento que tengo una gran capacidad para percibir cuando un paciente no está recibiendo una atención adecuada.	<b>1</b>	<b>2</b>	<b>3</b>	<b>4</b>	<b>5</b>
<b>15.</b> Cuando desempeño mi labor profesional, suelen aparecer sentimientos de angustia*.	<b>1</b>	<b>2</b>	<b>3</b>	<b>4</b>	<b>5</b>
<b>16.</b> Me siento nervioso cuando atiendo a mis pacientes*.	<b>1</b>	<b>2</b>	<b>3</b>	<b>4</b>	<b>5</b>
<b>17.</b> En mi labor profesional, hay ocasiones en las que me siento asustado*.	<b>1</b>	<b>2</b>	<b>3</b>	<b>4</b>	<b>5</b>
<b>18.</b> Como profesional, hay situaciones en las que me siento culpable*.	<b>1</b>	<b>2</b>	<b>3</b>	<b>4</b>	<b>5</b>
<b>19.</b> Me siento afectado cuando estoy atendiendo a mis pacientes*.	<b>1</b>	<b>2</b>	<b>3</b>	<b>4</b>	<b>5</b>

[Escriba aquí]

**Factores:**

DISPOSICIÓN AL OPTIMISMO: 1, 2, 3.

SOCIABILIDAD: 4, 5, 6.

COMPRENSIÓN EMOCIONAL: 7, 8, 9.

AUTOEFICACIA: 10, 11, 12, 13, 14.

AFECTACIÓN: 15, 16, 17, 18, 19.

**Afectación:**

0-15 = Alta; 17 – 20 = Media; 21-25 = Baja

**Autoeficacia:**

0-19 = Baja; 20-21 = Media; 22-25 = Alta

**Comprensión Emocional:**

0-10 = Baja; 11 = Media; 12-15 = Alta

**Disposición al Optimismo:**

0-11 = Baja; 12-14 = Media; 15 = Alta

**Sociabilidad:**

0-13 = Baja; 14 = Media; 15 = Alta

**Humanización (suma de todos los ítems)**

0-73 = Baja; 74-81 = Media; 82-95 = Alta

**Baremo General del HUMAS para Enfermería**

	AF	AUT	CE	DO	SO	HU
M	18,14	20,9	11,55	13,05	13,81	77,45
DT	4,61	2,74	2,24	1,78	1,51	8,25
Min.	5	5	6	6	6	48
Max.	25	25	15	15	15	95
<b>1</b>	<b>5</b>	<b>10</b>	<b>6</b>	<b>7</b>	<b>9</b>	<b>56</b>
<b>5</b>	<b>9</b>	<b>16</b>	<b>7</b>	<b>10</b>		<b>65</b>
<b>10</b>	<b>11</b>	<b>18</b>		<b>11</b>		<b>67</b>
<b>15</b>	<b>13</b>		<b>9</b>			<b>69</b>
<b>20</b>		<b>19</b>				<b>71</b>
<b>25</b>	<b>15</b>				<b>12</b>	<b>72</b>
<b>30</b>			<b>10</b>		<b>13</b>	<b>73</b>
<b>35</b>	<b>17</b>					
<b>40</b>			<b>11</b>	<b>12</b>		<b>75</b>
<b>45</b>	<b>18</b>	<b>20</b>				<b>76</b>
<b>50</b>					<b>14</b>	
<b>55</b>	<b>19</b>			<b>13</b>		<b>78</b>
<b>60</b>		<b>21</b>				<b>80</b>
<b>65</b>	<b>20</b>			<b>14</b>		<b>81</b>
<b>70</b>		<b>22</b>	<b>12</b>			<b>82</b>
<b>75</b>	<b>21</b>		<b>13</b>			<b>83</b>
<b>80</b>	<b>22</b>	<b>23</b>				<b>84</b>
<b>85</b>	<b>23</b>	<b>24</b>	<b>14</b>			<b>86</b>
<b>90</b>	<b>24</b>					<b>88</b>
<b>95</b>						<b>91</b>
<b>99</b>	<b>25</b>	<b>25</b>	<b>15</b>	<b>15</b>	<b>15</b>	<b>95</b>



Percentiles

Pérez-Fuentes, MC., Herrera-Peco, I., Molero, MM., Oropesa, NF., Ayuso-Murillo, D., Gázquez, JJ. (2019). The Development and Validation of the Healthcare Professional Humanization Scale (HUMAS) for Nursing. *International Journal of Environmental Research and Public Health*, 16(20), 3999.

Obra científica con Propiedad Intelectual - Ref. RTA-486-19

[Escriba aquí]

### Anexo III. Permiso Comité de Ética e Investigación de la Escuela de Enfermería de Ávila. Centro Adscrito a la Universidad de Salamanca.





D<sup>a</sup> M<sup>a</sup> del Pilar González Arrieta, Directora de la Escuela Universitaria de Enfermería de Ávila, Centro Adscrito a la Universidad de Salamanca.

HACE CONSTAR

Que reunida la Comisión de Ética e Investigación de la Escuela Universitaria de Enfermería de Ávila, el día 23 de mayo de 2022, acuerda autorizar a la prof. D<sup>a</sup> Laura del Río Sanz con DNI 708910261T, a desarrollar en este centro el Trabajo Fin de Master (TFM) dentro del programa del Master de Investigación en Ciencias de la Enfermería de la Universidad Rovira I Virgili conjuntamente con la colaboración de los estudiantes de Grado de Enfermería pasando los cuestionarios pertinentes de la “Escala de valoración de humanización (HUMAS) junto con la encuesta elaborada por la línea investigadora”.

Para tal fin y para obtener los objetivos de aprendizaje que se requieren para el Master de Investigación en Ciencias de la Enfermería de la Universidad Rovira I Virgili nos ponemos a su disposición para trabajar conjuntamente y de manera consensuada.

Y para que así conste, firmo la presente en Ávila, a 22 de mayo de 2022.



[www.diputacionavila.es](http://www.diputacionavila.es)  
Calle Canteros, s/n | 05005 Ávila | Tel.: 920 206 201/03 | Fax: 920 206 205

[Escriba aquí]

## **Anexo IV. Consentimiento informado para la participación en el proyecto.**

---

### CONSENTIMIENTO INFORMADO DE PARTICIPACION EN PROYECTO DE INVESTIGACIÓN

**Título del Estudio:** Proyecto de Investigación: Desarrollo de la humanización del cuidado en estudiantes de Grado en enfermería.

**Investigador principal / Institución:** Laura del Rio Sanz /Universidad Rovira I Virgili de Tarragona para realización del Trabajo Fin de Máster.

**Objetivo del estudio:** analizar la percepción de los estudiantes de grado en enfermería sobre la humanización del cuidado a través de una escala, una encuesta y un grupo focal. La información obtenida en este estudio se utilizará para mejorar la formación de los estudiantes y fomentar una atención sanitaria más humanizada.

**Procedimiento del estudio:** Los participantes serán solicitados a completar una escala y una encuesta en línea, y a participar en un grupo focal presencial de aproximadamente 2 horas. En el grupo focal se discutirán temas relacionados con la humanización del cuidado.

**Riesgos y beneficios del estudio:** No se espera que la participación en este estudio presente ningún riesgo significativo para los participantes. El beneficio potencial es contribuir a mejorar la formación de los estudiantes de grado en enfermería y fomentar una atención médica más humanizada.

**Confidencialidad:** Toda la información obtenida durante el estudio se mantendrá confidencial y sólo será utilizada con fines de investigación. La información recopilada no será compartida con terceros.

**Consentimiento:** Entiendo el propósito del estudio y los procedimientos involucrados. Estoy de acuerdo en participar en el estudio y entiendo que mi participación es completamente voluntaria. Acepto que se recopile información de mi persona y que esta información será utilizada con fines de investigación. Entiendo que la información que proporciona será confidencial y que no será compartida con terceros.

Nombre del participante: \_\_\_\_\_

Firma del participante: \_\_\_\_\_

Fecha: \_\_\_\_\_

[Escriba aquí]

## **Anexo V. Guion de preguntas grupo focal.**

Estimado/a participante:

Me complace invitarlo/a participar en un grupo focal que se llevará a cabo en nuestra escuela, con el objetivo de discutir la implementación del cuidado humanizado en nuestra práctica diaria. Su participación es muy importante para nosotros y nos ayudará a mejorar la calidad de atención que brindamos a nuestros pacientes.

El objetivo de este grupo focal es discutir su opinión y experiencia con relación al cuidado humanizado en enfermería. Durante la sesión, se le pedirá que comparta sus experiencias personales y opiniones acerca del cuidado humanizado, así como también cualquier comentario o sugerencia que pueda tener sobre cómo podemos mejorar nuestro enfoque en la atención al paciente.

Queremos asegurarnos de que esté completamente informado/a acerca de su participación en este grupo focal.

**Instrucciones previas:** Lea detenidamente las instrucciones: Asegúrese de entender las preguntas planteadas con respecto al tema de la humanización del cuidado en enfermería antes de comenzar a responder las preguntas.

Sea honesto y preciso: Al responder las preguntas sea sincero y brinde información precisa y detallada. Esto ayudará a obtener una comprensión más profunda de las perspectivas y opiniones de los participantes.

Mantenga el enfoque en el tema específico que se está investigando. No se desvíe de las preguntas principales.

Al responder a las preguntas, asegúrese de ser claro y conciso. No se extienda demasiado en una sola respuesta.

Antes de enviar o entregar su formulario de preguntas, asegúrese de revisar cuidadosamente sus respuestas para asegurarse de que sean precisas y completas.

[Escriba aquí]

1. ¿Qué significa para usted el cuidado humanizado en enfermería?
2. ¿Cómo describiría su experiencia como enfermero en términos de humanización del cuidado que brinda como enfermero/a?
3. ¿Cuáles son los aspectos más importantes que, en su opinión, contribuyen a la humanización del cuidado que brinda como profesional?
4. ¿Cómo cree que su relación con el paciente influye en la humanización del cuidado que ejerce?
5. ¿Ha experimentado alguna situación en la que no pudo brindar cuidado humanizado debido a limitaciones en el sistema o en la organización?  
  
¿Podría compartir esa experiencia con nosotros?
6. ¿Qué medidas o acciones considera necesarias para mejorar la humanización del cuidado en enfermería?
7. ¿Cómo cree que las nuevas tecnologías pueden contribuir o perjudicar la humanización del cuidado en enfermería?
8. ¿Cómo piensa que la formación y capacitación en enfermería puede ayudar a mejorar la humanización del cuidado?
9. ¿Qué papel cree que tienen los pacientes y sus familias en la humanización del cuidado en enfermería?
10. ¿Cómo cree que la humanización del cuidado en enfermería puede mejorar la satisfacción del paciente y la calidad de la atención sanitaria en general?

[Escriba aquí]

## ANEXO VI: Tabla con artículos principales

AUTOR	AÑO DE PUBLICACIÓN	TITULO	TIPO DE ESTUDIO	BASE DE DATOS	RESULTADOS
Siles- Gonzalez J.	2018	La humanización del cuidado a través de las narrativas y la poesía como producto de la investigación aplicada	Estudio cuantitativo experimental	Scielo	La naturaleza trascendente del ser humano como persona única con la que trabaja la enfermería.
Moreno IM, Siles J.	2014	Pensamiento crítico en enfermería: de la racionalidad técnica a la práctica reflexiva	Revisión descriptiva	Scielo	Práctica reflexiva y pensamiento crítico necesarios para comprender la enfermería sociocrítica.
Siles – González, J., Noreña-Peña, A.L., Solano Ruiz, C.	2017	Emotional intelligence during clinical practises of nursing students: an approach from educational	Estudio cuantitativo	Scielo	Es necesaria la implicación del educando en su propia formación y aprendizaje de gestión de sus propias emociones y sentimientos mediante toma de conciencia, reflexión, valoración y análisis de sus propias emociones. Metacognición, reflexión en la acción, pensamiento crítico y estética del aprendizaje

[Escriba aquí]

		anthropology applied to clinical practices.			
Tejada S, Ramirez EJ, Diaz RJ, Huyhua SC.	2018	Práctica pedagógica en la formación para el cuidado de enfermería	Estudio cualitativo, exploratorio, descriptivo	Dialnet	Se identificaron las siguientes categorías: I) Convivencia y relaciones de cuidado/descuido en la formación de enfermería; II) (Des)articulación teórico- práctica en la enseñanza/aprendizaje del cuidado de enfermería: hacia la integración docente-asistente; III) Complementariedad docente/estudiante para la construcción de conocimiento y estrategias didácticas
Rojas MM, González ME	2018	Las habilidades comunicativas en el proceso formativo del profesional de la salud	Estudio histórico	Dialnet	Para asegurar la eficiencia de los servicios de salud se precisa el desarrollo de habilidades comunicativas. Se debe abordar los procesos formativos universitarios de las ciencias médicas
Ruiz Moral R, Caballero Martínez F, García de Leonardo C, Monge D, Cañas F, Castaño P	2017	Enseñar y aprender habilidades de comunicación clínica en la Facultad de Medicina	Estudio cualitativo	Dialnet	Los resultados obtenidos en este estudio muestran por un lado el conjunto de habilidades comunicativas y elaboración de historia clínica como aquellas habilidades específicas que se adquieren para dar malas noticias o cambiar conductas con resultados positivos y educativamente significativos
Oliveira KRE, Trovo MM, Risso ACM a CR, et al	2018	The teaching approach on communicative skills	Estudio de investigación cualitativa	PUBMED	El Desarrollo de las habilidades de comunicación está influenciado por factores como la experiencia de las actividades prácticas, las características individuales de los estudiantes, la relación de proximidad entre

[Escriba aquí]

		in different teaching methodologies			estudiante y profesor, y el conocimiento de los conceptos teóricos de comunicación y enfermería. El uso de metodologías activas favorece ese desarrollo en habilidades de comunicación
Reuter CLO, Santos VCF, Ramos AR	2018	The exercise of interprofessionality and intersectoriality as an art of caring: innovations and challenges.	Estudio exploratorio cualitativo	SCIELO	Optimizando las prácticas de cuidados en enfermería se mejora la efectividad de forma interprofesional e intersectorial de la realización de las acciones en salud de forma holística e integral
Ceballos Ramos LM, Rodríguez Flores LA, González Corrales SC	2018	La metodología de la investigación cualitativa como necesidad en la carrera de licenciatura en Enfermería	Revisión bibliográfica	SCIELO	Resalta el cambio de paradigma desde una óptica instructiva a uno cognitivo, que desarrolla el propio estudiante, en el que la investigación cualitativa junto con la cuantitativa son el eje central en la construcción del conocimiento científico. Se deben poner en práctica habilidades en investigación cualitativa para lograr práctica profesional superior que esté a la altura de los requerimientos sociales actuales.
Guerrero R, Meneses M, De la Cruz M	2016	Cuidado humanizado de enfermería según la teoría de Jean Watson	Estudio descriptivo, transversal y cuantitativo	SCIELO	Es necesario aplicar estrategias, planes de mejora y capacitación continua para general sensibilización en el personal de enfermería con respecto al cuidado humanizado y aplicar un buen trato al paciente basado en valores humanos

[Escriba aquí]

Beltran Salazar O.A.	2015	Humanized care: A relationship of familiarity and affectivity	Estudio cualitativo	PUBMED	La situación del paciente, las habilidades comunicativas de las enfermeras y la condición de ambos, como seres humanos, influyen en las palabras, gestos y actitudes durante la relación enfermera-paciente, en la cual la presencia, lo que se hace y la forma de hacerlo permiten dejar una importante huella en los pacientes y sus familiares.
Todres L, Galvin KT, Holloway I.	2009	The humanization of healthcare: A value framework for qualitative research.	Estudio cualitativo	GOOGLE SCHOLAR	Este documento proporciona ocho dimensiones filosóficamente informadas de la humanización, que juntas, formarán un marco que constituya una base de valores integral para considerar los elementos potencialmente humanizadores y deshumanizadores en los sistemas e interacciones de cuidado, colocando a las personas como seres humanos en el centro de la atención.
Reyes Martínez MC, Mansilla Sepúlveda J, Muñoz Gámbaro G, Robles Jélvez M, Reyes Martínez MC, Mansilla Sepúlveda J, et al.	2020	Constructed meanings of clinical simulation practices by nursing students. Enfermería: Cuidados Humanizados	Estudio descriptivo de casos tipo instrumental	SCIELO	Surgieron de este estudio 4 categorías: Características de la simulación clínica, expectativas formativas simulación clínica, competencias movilizadas e importancia de la simulación para la práctica clínica. Dentro de los resultados observados, los estudiantes reconocen que la simulación clínica proporciona un entorno seguro y libre de riesgos, pueden integrar lo aprendido en la teoría a la práctica, sin temor de causar daño a los pacientes, pudiendo cometer errores, logrando así un aprendizaje significativo. Además, permite el desarrollo de competencias como trabajo en equipo, comunicación efectiva, resolución de problemas, manejo del estrés y liderazgo. Todo esto mejora la

[Escriba aquí]

					confianza y seguridad del estudiante al momento de enfrentarse al paciente real, promoviendo la entrega de cuidados enfermeros de calidad, resguardando la seguridad de los usuarios.
Piña-Jiménez I, Amador-Aguilar R.	2015	La enseñanza de la enfermería con simuladores,  consideraciones teórico-pedagógicas para perfilar un modelo didáctico.	Estudio analítico longitudinal	ELSEVIER	La incorporación de estas tecnologías ofrece nuevas posibilidades educativas en la formación de enfermería, pero es preciso revisar las bases teóricas que conforman un modelo pedagógico, así como esclarecer los nuevos roles que adquieren docentes y alumnos en estos nuevos escenarios de enseñanza aprendizaje.  La incorporación de estas tecnologías ofrece nuevas posibilidades educativas en la formación de enfermería, pero es preciso revisar las bases teóricas que conforman un modelo pedagógico, así como esclarecer los nuevos roles que adquieren docentes y alumnos en estos nuevos escenarios de enseñanza aprendizaje.
Oger, SN	2018	La humanización de la salud y las nuevas tecnologías	Estudio descriptivo retrospectivo	DIALNET	El objetivo de este trabajo radica en evaluar retrospectivamente la implementación de las nuevas tecnologías y su impacto sobre esta relación, reflexionando desde la perspectiva bioética, la responsabilidad que les cabe en el proceso de deshumanización de la medicina.
Pérez-Fuentes M del C, Herera-Peco I, Molero Jurado M del M, Oropesa	2019	The Development and Validation of the Healthcare	Estudio analítico longitudinal	PUBMED	Los resultados de los análisis confirman que la Escala de Humanización del Profesional de la Salud (HUMAS) tiene una adecuada validez de constructo y

[Escriba aquí]

Ruiz NF, Ayuso-Murillo D, Gázquez Linares JJ.		Professional Humanization Scale (HUMAS) for Nursing.			confiabilidad, y define la humanización del cuidado como un constructo multidimensional, compuesto por cinco factores: Afecto, Autoeficacia, Comprensión emocional, Disposición Optimista y Sociabilidad.
Aliakbari F, Parvin N, Heidari M, Haghani F.	2015	Learning theories application in nursing education.	Estudio teórico reflexivo	PUBMED	Las teorías del aprendizaje son la principal guía para la planificación de los sistemas educativos en el aula y la formación clínica incluida en enfermería. Los profesores, al conocer los principios generales de estas teorías, pueden utilizar su conocimiento de manera más efectiva de acuerdo con diversas situaciones de aprendizaje.
1986;85– Pulgar C, Moya C, Trajtmann A.	2019	Grupos de encuentro: desarrollo de habilidades para la humanización del cuidado, a partir de la experiencia de aprendizaje de estudiantes de enfermería.	Estudio descriptivo, exploratorio, cualitativo	DIALNET	Los grupos de encuentro potencian y desarrollan las habilidades interpersonales y de acompañamiento emocional, contribuyen a que los estudiantes puedan reconocer sus emociones, utilizar el cuerpo como indicador de lo que les sucede, desarrollar la autoconciencia, vivenciar el presente e integrar a la persona en el profesional de enfermería, fortaleciendo la capacidad de cuidar a otros, elementos claves de la humanización del cuidado.

[Escriba aquí]