



**TRABALLO FIN DE GRAO
GRAO EN ENFERMARÍA
CURSO ACADÉMICO 2024/2025
CONVOCATORIA JUNIO**

TÍTULO:

**Humanización de los cuidados enfermeros en la UCI: un análisis
en el Hospital Universitario Lucus Augusti de Lugo.**

**Humanización dos coidados enfermeiros na UCI: unha análise
no Hospital Universitario Lucus Augusti de Lugo.**

**Humanization of nursing care in the UCI: an analysis
at the Lucus Augusti University Hospital in Lugo.**

APELIDOS/NOME DO ESTUDANTE: Ángela Vázquez Villar

DNI: 34283853F

GRAO DE ENFERMARÍA

APELIDOS/NOME DO TITOR

María José Ferreira Díaz

Data: 10 de junio de 2025

AGRADECIMIENTOS

En primer lugar, me gustaría darle las gracias a mi tutora, María José Ferreira Díaz, por su paciencia e implicación durante el desarrollo de este TFG.

También a mis compañeros de clase, especialmente a aquellos que se convirtieron en una familia para mí e hicieron que esta etapa fuese la más bonita y especial de todas.

A mi abuela, que, aunque ella no lo sabe, fue quien me animó a entrar en esta carrera. Su diagnóstico me impulsó a querer cuidar de ella lo mejor posible, así como del resto de personas enfermas.

Y, por último, y en este caso más importante, a mis padres. Gracias por enseñarme desde pequeña lo que es la disciplina, por ser mi mayor referente, confiar en mí más de lo que yo hacía y apoyarme en todas y cada una de mis decisiones.

Cierro esta etapa más que agradecida a todos los que me acompañasteis durante estos 4 años.

ÍNDICE DE CONTENIDOS

Índice de tablas	IV
Índice de figuras	V
Abreviaturas y siglas utilizadas	VI
Resumen y palabras clave	VII
Resumo e palabras clave	VIII
Abstract and keywords	IX
1. Introducción	10
1.1 Estado de la cuestión	11
1.2 Marco teórico	11
1.2.1 El concepto de humanización	11
1.2.2 La UCI como entorno humanizable	12
1.2.3 El rol de enfermería en la humanización	14
1.2.4 Medición de la humanización en profesionales de enfermería: la escala HUMAS	14
1.2.5 Barreras para una atención humana	15
1.2.6 Facilitadores para una atención humana	17
1.2.7 Propuestas de mejora	18
1.3 Objetivos	21
1.4 Justificación	21
2. Metodología	22
3. Análisis y resultados	28
3.1. Características sociodemográficas de los participantes	28
3.2 Resultados por dimensiones de la escala	29
4. Conclusiones	32
5. Bibliografía	33
6. Anexos	36
7. Imágenes	40

ÍNDICE DE TABLAS

Tabla 1. Características sociodemográficas de los profesionales de enfermería participantes (n = 32)	28
Tabla 2. Puntuaciones medias y clasificación de las dimensiones de la escala HUMAS.....	29

ÍNDICE DE FIGURAS

Figura 1: Diagrama de Gantt	22
Figura 2: Diagrama de fluxo	24
Figura 3. Puntuaciones medias por dimensión de la escala HUMAS	29

ABREVIATURAS Y SIGLAS UTILIZADAS

UCI: Unidad de Cuidados Intensivos

HUCI: Humanizando Cuidados Intensivos

PICS: Post Intensive Care Syndrome

PFCC: Patient and Family Centered Care

HUMAS: Modelo de humanización en el personal sanitario

LET: Limitación Esfuerzo Terapéutico

TEPT: Trastorno de estrés post traumático

MESH: Medical Subject Headings

RESUMEN

Introducción:

El contexto de las Unidades de Cuidados Intensivos (UCI) se caracteriza por su alta tecnificación y la gravedad clínica de los pacientes. A pesar de que los avances tecnológicos han permitido aumentar la eficacia asistencial y mejorar las tasas de supervivencia, también han incrementado el riesgo de despersonalización en la atención. Esto ha generado un creciente interés por incorporar enfoques más humanos en la atención enfermera.

Objetivo:

Este trabajo tiene como propósito evaluar el grado de humanización percibido por el personal de enfermería en la UCI del Hospital Universitario Lucus Augusti de Lugo, e identificar posibles barreras, fortalezas y áreas de mejora.

Metodología:

Se realizó un estudio cuantitativo, descriptivo y transversal, aplicando la escala HUMAS a una muestra de 32 profesionales de enfermería del HULA, además de variables sociodemográficas. La escala evalúa a través de 19 ítems dimensiones emocionales, relacionales y actitudinales clave para el cuidado humanizado.

Resultados:

Los resultados muestran un nivel global bajo de humanización en todas las dimensiones analizadas, siendo la comprensión emocional y la disposición al optimismo las más deficitarias. Por otro lado, la dimensión mejor valorada es la afectación, situándose en un nivel intermedio. La juventud de la plantilla y la falta de formación específica en gestión emocional podrían estar influyendo en estos resultados.

Conclusiones:

Se evidencian necesidades formativas y organizativas que orienten a una atención más centrada en la persona. Se proponen medidas concretas inspiradas en el modelo del Proyecto HU-CI, con especial atención al bienestar emocional del paciente, sus familias y los propios profesionales.

Palabras clave: enfermería, cuidados intensivos, humanización, atención centrada en la persona, calidad de la atención de salud.

RESUMO

Introdución:

O contexto das Unidades de Coidados Intensivos (UCI) caracterízase pola súa alta tecnificación e a gravidade clínica dos pacientes. Aínda que os avances tecnolóxicos aumentaron a eficacia da atención e melloraron as taxas de supervivencia, tamén aumentaron o risco de despersonalización na atención. Isto xerou un interese crecente por incorporar enfoques máis humanos na atención de enfermaría.

Obxectivo:

O obxectivo deste traballo é avaliar o grao de humanización percibido polo persoal de enfermaría da UCI do Hospital Universitario Lucus Augusti de Lugo, e identificar posibles barreiras, fortalezas e áreas de mellora.

Metodoloxía:

Trátase dun estudo de tipo cuantitativo, descritivo e transversal, no que se aplicou a escala HUMAS a 32 profesionais da unidade de coidados intensivos do HULA. A escala evalúa a través de 19 ítems dimensións emocionais, relacionais e actitudinais clave para o cuidado humanizado.

Resultados:

Os resultados revelan un nivel baixo de humanización en tódalas dimensións, sendo a comprensión emocional e a disposición ao optimismo as máis deficitarias. A xuventude da plantilla e a falta de formación específica en xestión emocional podería estar influindo nos resultados.

Conclusións:

A análise pon de manifesto as necesidades formativas e organizativas que orienten a unha atención máis centrada na persoa. Propóñense medidas concretas inspiradas no modelo do Proxecto HU-CI, con especial atención ao benestar emocional do paciente, as súas familias e os propios profesionais.

Palabras clave: enfermaría, coidados intensivos, humanización, atención centrada na persoa, calidade da atención de saúde.

ABSTRACT

Introduction:

The intensive care unit setting is characterized by its high level of technological development and the clinical severity of its patients. Although technological advances have increased care efficiency and improved survival rates, they have also increased the risk of depersonalization in care. This has generated growing interest in incorporating more humane approaches into nursing care.

Objective:

The objective of this study is to evaluate the degree of humanization perceived by nursing staff in the ICU of the Lucus Augusti University Hospital in Lugo, and to identify potential barriers, strengths, and areas for improvement.

Methods:

A quantitative, descriptive, and cross-sectional design was used. The HUMAS scale was applied to a sample of 32 nurses from the ICU of the HULA. The scale evaluates through 19 items emotional, relational and attitudinal competencies linked to humanized care.

Results:

The results show a low overall level of humanization in all the dimensions analyzed, with emotional understanding and optimism being the most deficient. The young age of the workforce and the lack of specific training in emotional management could be influencing these results.

Conclusions:

Training and organizational needs are evident that would guide more person-centered care. Specific measures inspired by the HU-CI Project model are proposed, with special attention to the emotional well-being of patients, their families, and the professionals themselves.

Keywords: nursing, intensive care, humanization of assistance, person-centred care, quality of health care.

1. INTRODUCCIÓN

Las Unidades de Cuidados Intensivos (UCI) constituyen entornos asistenciales altamente tecnificados, orientados a la atención de pacientes en situación crítica, en los que predominan la monitorización constante, los procedimientos invasivos y el uso continuado de tecnología sanitaria. Esta sofisticación ha permitido mejorar la eficacia clínica y aumentar las tasas de supervivencia. Sin embargo, también ha generado una creciente preocupación por el riesgo de despersonalización y deshumanización en la atención (Asociación Española de Normalización [AENOR], 2020).

La humanización de los cuidados implica reconocer al paciente como un ser integral, con necesidades físicas, emocionales, sociales y espirituales, especialmente relevantes en contextos de sufrimiento, incertidumbre o cercanos a la muerte.

Desde el ámbito enfermero, esta perspectiva cobra especial relevancia por la cercanía, continuidad y calidad del vínculo terapéutico que se establece con los pacientes. Estudios recientes subrayan que un cuidado empático y centrado en la persona puede aliviar el sufrimiento de los pacientes y sus familias, favoreciendo una experiencia más segura y digna (Nielsen et al., 2022).

Iniciativas como el Proyecto HU-CI (Humanizando los Cuidados Intensivos) han impulsado esta teoría desarrollando desde el año 2014, estrategias para incorporar valores como la empatía, la dignidad, el bienestar emocional, el confort del paciente y la participación familiar en la atención crítica (Proyecto HUCI, 2019).

Estas líneas de trabajo han visibilizado la necesidad de transformar las UCI desde una perspectiva ética y relacional, sin renunciar a la excelencia clínica.

No obstante, la literatura señala que todavía son escasos los estudios empíricos que evalúen sistemáticamente el grado de humanización percibido por el personal de enfermería en estas unidades, particularmente en contextos sanitarios concretos. Este trabajo se propone analizar el grado de humanización en la UCI del Hospital Lucus Augusti de Lugo, además de identificar fortalezas, debilidades y oportunidades de mejora. El objetivo es ofrecer una visión contextualizada que permita avanzar hacia una atención integral centrada en la persona, desde una perspectiva holística, alineada con los valores del sistema sanitario y con la ética del cuidado.

1.1 ESTADO DE LA CUESTIÓN

Diversas investigaciones han evidenciado que la atención centrada en el paciente supone un reto especialmente complejo en el contexto de las unidades de cuidados intensivos. Según Secunda y Kruser (2022), aproximadamente un 30 % de los pacientes y familiares atendidos en la UCI refieren haber experimentado alguna situación percibida como irrespetuosa o despersonalizada durante su estancia.

La percepción de un trato humanizado se asocia con una atención centrada en el bienestar integral, en la que gestos sencillos como el contacto visual, una sonrisa o el acto de tomar la mano adquieren un gran valor simbólico y emocional. Estas prácticas generan mayor seguridad, confianza y confort, así como un sentimiento de conexión con el entorno hospitalario. En este sentido, la presencia de los seres queridos se considera un elemento clave en el proceso de recuperación (Nielsen et al., 2022).

1.2 MARCO TEÓRICO

1.2.1 El concepto de humanización

El cuidado constituye el eje central de la disciplina enfermera, entendido como la respuesta profesional ante las necesidades, limitaciones y sufrimiento de la persona. Para que dicha atención sea efectiva y ética, debe desarrollarse desde un enfoque humanizado.

La humanización en salud no se refiere únicamente al tratamiento biomédico, sino al reconocimiento del paciente como sujeto con dignidad, emociones, derechos y autonomía. Según Watson, el cuidado humano representa una práctica moral en la que el profesional utiliza sus capacidades emocionales, cognitivas y relacionales para establecer un vínculo con el paciente que favorezca su sanación, fortaleza interior y autorregulación (Lindwall y Lohne, 2020).

La atención humanizada genera múltiples beneficios. En el paciente, se ha asociado a una mayor satisfacción, implicación en su proceso de salud, mejora del bienestar subjetivo, disminución de la ansiedad y reducción de la estancia hospitalaria. En los profesionales, favorece la motivación, el compromiso con la práctica clínica, el empoderamiento personal y una mayor percepción de la calidad asistencial.

Desde el punto de vista organizativo, se observa una mejora en la productividad, una reducción de costes y una menor incidencia de eventos adversos, como las infecciones

nosocomiales. A pesar de estos efectos positivos, en la práctica diaria siguen existiendo situaciones de deshumanización y dilemas éticos asociados a la vulneración de la dignidad del paciente (Ghanbari-Afra et al., 2022; Secunda y Kruser, 2022).

Los profesionales pueden experimentar conflictos internos cuando observan conductas o actitudes que contradicen sus principios éticos. En tales casos, la ética del cuidado implica no solo ofrecer una atención técnica adecuada, sino también intervenir activamente para garantizar el respeto y la justicia en la relación asistencial.

1.2.2 La UCI como entorno humanizable

Las unidades de cuidados intensivos constituyen escenarios especialmente sensibles en términos de humanización. La enfermedad crítica, la presencia constante de tecnología, las alarmas, los dispositivos invasivos y la ausencia de referentes familiares convierten la estancia en la unidad en una experiencia potencialmente traumática para pacientes y allegados.

- **Atención al paciente**

Los pacientes críticos se enfrentan a un estado fisiopatológico grave y potencialmente mortal, en el que son frecuentes el dolor, la disnea, el insomnio, el delirio y la pérdida de capacidad comunicativa, resultando a menudo incapacitantes. La ventilación mecánica, altamente común en estas unidades, implica una limitación en la expresión verbal lo que puede provocar emociones negativas como incompreensión, frustración o aislamiento (Secunda y Kruser, 2022).

Cuando la atención es percibida como despersonalizada, se incrementa el riesgo de desarrollar el síndrome post-cuidados intensivos (PICS), que engloba un conjunto de secuelas físicas, cognitivas y emocionales tras la estancia en UCI. Este síndrome afecta a entre el 30 % y el 50 % de los pacientes, e incluye alteraciones como dolor crónico, debilidad muscular, deterioro neurocognitivo, ansiedad, depresión y trastorno de estrés postraumático (Renner et al., 2023).

La Atención centrada en el paciente y su familia (PFCC) es un concepto que basa sus principios en el intercambio de información, la dignidad y el respeto, la participación de pacientes y familiares y la colaboración de pacientes, familiares y el equipo multidisciplinar. Humanizar se relaciona en conjunto con los cuatro conceptos; sin embargo, se sugiere que de forma más específica con la dignidad y el respeto.

Bohart et al. (2023) investigaron acerca de la experiencia, necesidades y deseos desde la perspectiva de los pacientes y su entorno, concluyendo que un alto nivel de información y comunicación interpersonal son necesidades universales. Se considera necesaria la información diaria y clara sobre las actualizaciones del tratamiento.

Además de que el paciente se encuentre bien cuidado, percibir que el personal se preocupa por su vida, familia, relaciones y valores favorece la recuperación y la personalización, aumentando la calidad del cuidado.

- **Atención al entorno familiar**

La humanización en UCI no se limita al paciente, sino que se extiende también a su entorno familiar. La enfermedad crítica afecta de forma directa a los seres queridos, quienes experimentan altos niveles de ansiedad, incertidumbre y sufrimiento emocional desde el ingreso, y a menudo, incluso después del alta o del fallecimiento del paciente.

Estudios recientes han evidenciado la aparición de sintomatología depresiva en familiares de pacientes críticos, especialmente cuando no reciben información clara, cercana o continuada. Drop et al. (2025) encontraron que hasta un 70 % de los acompañantes mostraban dificultades de comprensión sobre el estado del paciente, en parte debido a una comunicación profesional insuficiente.

Además, los familiares suelen ser requeridos para participar en decisiones clínicas importantes en momentos de gran tensión emocional. En ese contexto, la falta de apoyo o la escasa accesibilidad al equipo profesional puede aumentar el sentimiento de decaimiento, inseguridad o culpa (Secunda y Kruser, 2022).

Las principales carencias identificadas por los familiares se relacionan con la ausencia de información práctica y la limitada orientación proporcionada en busca de una comunicación más efectiva con los pacientes con ventilación mecánica.

Respecto al deseo de participar en las tareas del cuidado, así como de llevar a cabo un diario de la estancia en la unidad, las perspectivas son realmente heterogéneas ya que en ocasiones la enfermedad crítica y el entorno causan cierta impresión. A pesar de ello, de forma general, el entorno aspira a una mayor participación en la transición en la UCI (Bohart et al., 2023).

La humanización de los cuidados exige, por tanto, incorporar estrategias sistemáticas de información, acogida y acompañamiento familiar durante toda la estancia, especialmente en fases críticas o próximas al final de la vida.

1.2.3 El rol de enfermería en la humanización

La enfermería constituye una de las profesiones con mayor capacidad de influencia en la humanización de los cuidados, debido a su contacto continuo con el paciente y su entorno cercano. Fomentar una cultura profesional centrada en la dignidad y la compasión desde la atención enfermera puede contribuir a transformar la organización del sistema de salud desde dentro.

Entre las competencias clave en este ámbito, destacan: el establecimiento de una comunicación terapéutica basada en la escucha activa; la presencia real junto al paciente, que facilita la creación de un vínculo terapéutico y transmite seguridad; la empatía, entendida como la capacidad de comprender y responder emocionalmente a la experiencia del otro; y la aplicación del conocimiento científico para una atención integral basada en la evidencia. Asimismo, el respeto por los derechos del paciente, independientemente de su cultura, ideología o condición social, forma parte del compromiso ético de la profesión (Ghanbari-Afra et al., 2022).

Se busca promover una relación terapéutica integral, de forma que, el paciente es considerado un ser completo y no se encuentra reducido a un diagnóstico o a un objeto de intervención técnica. Emplear herramientas como el arte, la creatividad o el acompañamiento emocional son estrategias que amplían el enfoque clásico del cuidado (Ghanbari-Afra et al., 2022).

1.2.4 Medición de la humanización en profesionales de enfermería: la escala HUMAS

La escala HUMAS (Humanización de los Cuidados en el Ámbito Sanitario) es un instrumento desarrollado para evaluar el nivel de humanización en los profesionales de enfermería, incluyendo competencias emocionales, relacionales y actitudinales. Su finalidad es promover la mejora continua de la calidad asistencial a través del análisis de factores personales implicados en la relación terapéutica.

A diferencia de otras herramientas centradas en procedimientos o resultados, la HUMAS evalúa cinco dimensiones vinculadas al perfil emocional del profesional: optimismo,

sociabilidad, comprensión emocional, autoeficacia emocional y afectación (Pérez et al., 2019). (Imagen 1)

- **Optimismo:** se vincula a una actitud positiva y resiliente frente a la incertidumbre, con efectos beneficiosos sobre el bienestar personal, el rendimiento laboral y la relación asistencial.
- **Sociabilidad:** refleja las habilidades interpersonales del profesional y su estilo de relación con pacientes y familiares, promoviendo una actitud prosocial.
- **Comprensión emocional:** alude a la capacidad de percibir y entender con profundidad lo que el paciente siente, favoreciendo una respuesta empática ajustada.
- **Autoeficacia emocional:** implica reconocer, comprender y expresar adecuadamente las emociones propias, así como su influencia sobre la conducta.
- **Afectación:** se refiere a la forma en la que afecta el hecho de empatizar con otros y la respuesta emocional consecuente. La capacidad de autorregulación emocional y el manejo saludable de la empatía son fundamentales.

El uso de esta herramienta permite identificar áreas de mejora en el perfil profesional y orientar programas de formación en humanización dentro de las instituciones sanitarias.

1.2.5 Barreras para una atención humana

La implementación de una atención verdaderamente humanizada en la UCI se enfrenta a múltiples barreras estructurales, relacionales y personales. Una de las más relevantes es la dificultad en la comunicación, tanto entre profesionales, como con los pacientes y sus familias.

Desde una triple perspectiva, la comunicación efectiva requiere: un adecuado trabajo en equipo dentro del ámbito multidisciplinar; una transmisión clara de información al paciente y sus allegados; y la posibilidad real de que el propio paciente exprese sus necesidades, preferencias y emociones, lo cual a menudo se ve comprometido por su estado clínico (Proyecto HUCI, 2019).

En pacientes con imposibilidad de comunicarse verbalmente, el lenguaje no verbal y los dispositivos de comunicación aumentativa cobran especial relevancia. Muchos profesionales relatan experiencias de frustración ante la imposibilidad de comprender plenamente al paciente (Sandnes y Uhrenfeldt, 2024). Simultáneamente, estudios como el de Bilgin et al. (2025) evidencian que, tras el alta, numerosos pacientes relatan haber sentido dolor o angustia que no pudieron expresar. Esta impotencia y manejo inadecuado se asocia a mayor ansiedad, delirio, alteraciones del sueño y prolongación del ingreso.

Además, el uso de restricciones físicas en pacientes agitados o intubados, si bien puede justificarse clínicamente, también representa una práctica controvertida desde el punto de vista ético. Las percepciones de los pacientes varían, y en ocasiones experimentan las sujeciones como una forma de violencia o pérdida de dignidad y libertad, especialmente cuando no se les explica adecuadamente su necesidad (Pérez et al., 2012).

Otros obstáculos provienen del perfil personal del profesional. Factores como las vivencias previas, el sistema de creencias o el contexto cultural influyen en el modo en que se brinda el cuidado. No obstante, uno de los elementos más determinantes es el síndrome de desgaste profesional (Síndrome de burnout), que afecta con frecuencia al personal de UCI. Este se caracteriza por la aparición de un estado de agotamiento físico y mental como consecuencia de la cronificación de estrés laboral. Además, la sobrecarga asistencial restringe la capacidad de centrarse en todas las necesidades limitando la capacidad de ofrecer cuidados humanizados (Baeza y Quispe, 2020; Lindwall et al., 2020).

Los profesionales que participaron en el estudio de Santana et al. (2019) reconocen que, al inicio laboral en la unidad de cuidados intensivos, no se sentían emocionalmente preparados para afrontar las situaciones de estrés que el paciente crítico conlleva. Aseguran que, en ocasiones, se hace frente a escenarios con cierta repercusión a nivel personal como la limitación de esfuerzo terapéutico (LET) o el fallecimiento de un paciente. Como consecuencia, se evidencia una formación especializada insuficiente, o incluso inexistente, en lo que respecta a la gestión emocional por parte de los profesionales.

1.2.6 Facilitadores para una atención humana

Para superar estas barreras, se han identificado una serie de elementos facilitadores que pueden guiar la transformación hacia entornos más humanos. El Proyecto HUCI ha sistematizado estas acciones en forma de buenas prácticas, clasificándolas como obligatorias, esenciales o deseables para la certificación de unidades comprometidas con la humanización (Proyecto HUCI, 2019).

Entre los facilitadores destacan:

Las UCI de puertas abiertas, que permiten una mayor flexibilidad en los horarios de visita y fomentan la participación familiar en los cuidados básicos. La implementación de esta línea estratégica proporciona un mayor beneficio en la satisfacción del paciente, la familia y el profesional. (Lindwall y Lohne, 2020)

La comunicación efectiva, apoyada por protocolos claros, formación en habilidades sociales para aquellas situaciones complejas como el proceso de duelo y espacios adecuados para transmitir información a la familia.

El bienestar del paciente, promovido mediante protocolos de analgesia, sedación, prevención y manejo del delirio, movilización precoz, descanso nocturno, necesidades espirituales y contacto con el entorno exterior.

El cuidado del profesional, a través de programas de apoyo y manejo emocional, espacios adecuados de descanso, formación en gestión del estrés y dotación de un número adecuado de plantillas.

El abordaje del PICS, con protocolos tanto de prevención, como de seguimiento post-UCI, detección temprana del deterioro cognitivo y la formación de grupos de apoyo para pacientes y familiares.

Los cuidados al final de la vida, centrados en la planificación compartida de decisiones por todos los profesionales implicados, el respeto a las voluntades anticipadas, y el acompañamiento emocional al paciente y su familia.

La infraestructura humanizada, que incorpora elementos físicos (privacidad, mobiliario adaptado) y tecnológicos (sistemas de comunicación aumentativa, acceso a dispositivos tecnológicos).

1.2.7 Propuestas de mejora

Como se ha expuesto con anterioridad, El Proyecto HU-CI propone, además de una serie de medidas consideradas obligatorias para humanizar las unidades de cuidados intensivos, una serie de prácticas deseables, que contribuyen a alcanzar un nivel de excelencia en el cuidado. Estas propuestas abarcan las mismas dimensiones. (Proyecto HU-CI, 2019).

UCI de puertas abiertas

Entre las prácticas recomendadas se incluye:

- Facilitar el acompañamiento de los pacientes por parte de sus familiares durante procedimientos cuando estos lo soliciten.
- Permitir la visita previa a la unidad en casos de ingreso programado para reducir el estrés familiar.
- Realizar actividades formativas dirigidas a los familiares.
- Contemplar la posibilidad de permitir el acceso de mascotas.
- Contemplar la participación de los familiares en rondas clínicas junto al equipo profesional.

La comunicación

- Incorporar en el equipo multidisciplinar de otorrinolaringólogos o logopedas, en caso de considerarla necesaria.
- Implantar herramientas estandarizadas para establecer objetivos diarios.
- Implantar sistemas para identificar los posibles conflictos dentro del equipo multidisciplinar.

El bienestar del paciente

- Integrar un fisioterapeuta o un psicólogo en el equipo.
- Promover la deambulación controlada.
- El acceso a baños y paseos fuera de la UCI en pacientes determinados.
- Implementar actividades lúdicas.
- Incluir intervenciones de musicoterapia.
- Ofrecer la posibilidad de realizar cuidados corporales personalizados.

- Disponer de una guía de autocuidado dirigida a pacientes o a su cuidador principal.

Los cuidados al profesional

- Disponer de estrategias de apoyo para el profesional aplicar ante problemas emocionales, incluyendo la figura de un psicólogo.
- Promover actividades grupales para mejorar el clima de trabajo y fortalecer las relaciones dentro del equipo.

El Síndrome Post Cuidados Intensivos

- El uso de diarios de UCI.
- La valoración estandarizada de la calidad de vida del paciente antes y después del ingreso.
- Implementar terapia ocupacional para la prevención del delirio.
- Crear consultas específicas para pacientes y familiares en riesgo de PICS.
- Implementar protocolos de seguimiento una vez son dados de alta.
- Formar grupos de apoyo.

Cuidados al final de la vida

- Disponer de protocolos e instrumentos que ayuden a tomar decisiones clínicas en situaciones terminales.
- Ofrecer soporte emocional tanto a familiares como a profesionales.
- Ofrecer la posibilidad de consultar con el equipo de cuidados paliativos.
- Evaluar la satisfacción de las familias tras el fallecimiento del paciente.

Infraestructura humanizada

- Habilitar las habitaciones de manera individual.
- La presencia de ventanas con luz natural.
- Disponer del control ambiental individualizado (temperatura, ventilación, humedad).
- Acceso a luz de lectura y red para dispositivos móviles.
- Incorporar elementos visuales agradables en las habitaciones.

- Habilitar espacios como jardines o patios para su uso terapéutico.

En la actualidad, cada vez se investiga con más frecuencia acerca del beneficio de la implementación de nuevas medidas como son los diarios de UCI o la musicoterapia.

El diario de UCI consiste en un registro llevado a cabo por los profesionales y/o familiares de forma diaria durante la estancia del paciente en la unidad. Se narra el proceso asistencial como método de apoyo y de ánimo para el paciente, de forma que se emplea un término coloquial y de fácil entendimiento, siempre manteniendo la integridad e intimidad. Los pacientes hospitalizados más de 24 o 48 horas en la unidad y que han recibido sedación y ventilación asistida son candidatos para obtener un diario.

A nivel terapéutico, contribuye a la comprensión del proceso asistencial, facilita la aceptación de la experiencia, estimula la memoria y favorece la comunicación y expresión emocional. A pesar de que no todos los estudios coinciden en que el uso del diario reduzca el Trastorno de estrés post traumático (TEPT), sí existe consenso en que, de forma genérica, ayuda a disminuir la ansiedad y la depresión tanto en pacientes, como en familiares.

A nivel personal, en los profesionales supone un aumento de la satisfacción, de la responsabilidad y un mayor vínculo con el paciente y sus allegados. (Muñoz et al., 2020)

Pese a ello, hay pacientes que desean no recordar lo sucedido o que directamente no recomiendan el uso de diarios debido a las emociones experimentadas. La calidad de la evidencia científica para apoyar el uso de los diarios es baja, siendo necesario un mayor número de estudios metodológicamente adecuados para comprender la experiencia vivida desde todas las perspectivas. (Muñoz et al., 2020)

Por otro lado, diversos estudios sugieren la existencia de una relación entre la escucha de música y la reducción de la ansiedad, el dolor, la actividad del sistema nervioso simpático y la atenuación de los mediadores inflamatorios. Seyffert et al. (2022) han observado una relación entre la musicoterapia y la activación de ciertas áreas relacionadas con la memoria, la cognición y las emociones, favoreciendo la reducción de la disfunción.

Para alcanzar la excelencia asistencial a nivel general, resulta fundamental llevar a cabo un estudio centrado en las competencias a desarrollar en cada unidad. A su vez, se requiere de una formación continuada de los profesionales orientada al fortalecimiento

de las habilidades técnicas, así como a la gestión emocional y que cada profesional a nivel individual adopte como meta proporcionar un cuidado humano (Santana et al., 2019).

1.3 OBJETIVOS

Objetivo general: Evaluar el grado de humanización de los cuidados enfermeros de la Unidad de Cuidados Intensivos del Hospital Universitario Lucus Augusti.

Objetivos específicos

- Conocer las necesidades de los pacientes y familiares en su estancia en la unidad para percibir una atención humanizada.

- Identificar posibles barreras y facilitadores para llevar a cabo una atención humanizada.

- Determinar propuestas de mejora desde una perspectiva enfermera.

1.4 JUSTIFICACIÓN

Mi experiencia en la unidad de cuidados intensivos durante el período de prácticas como estudiante de Enfermería ha sido la principal inspiración para la elección del tema a abordar en este Trabajo de Fin de Grado. El contacto directo con el entorno laboral, la situación clínica de los pacientes, las visitas de los familiares y el trato proporcionado por algunos profesionales despertaron en mí un especial interés por la humanización de los cuidados en este contexto asistencial.

Además, el análisis de esta cuestión en un hospital concreto, a través de una encuesta dirigida al personal de enfermería, permite obtener información valiosa sobre la realidad de la práctica enfermera, el vínculo con los pacientes y su entorno y las posibles carencias existentes en cuanto a humanización.

La elección de este tema está motivada por el compromiso ético y profesional de avanzar hacia una atención crítica más humana, empática y significativa, especialmente en contextos donde la vulnerabilidad humana se manifiesta con mayor intensidad. Asimismo, este trabajo puede contribuir a visibilizar la voz de los profesionales y

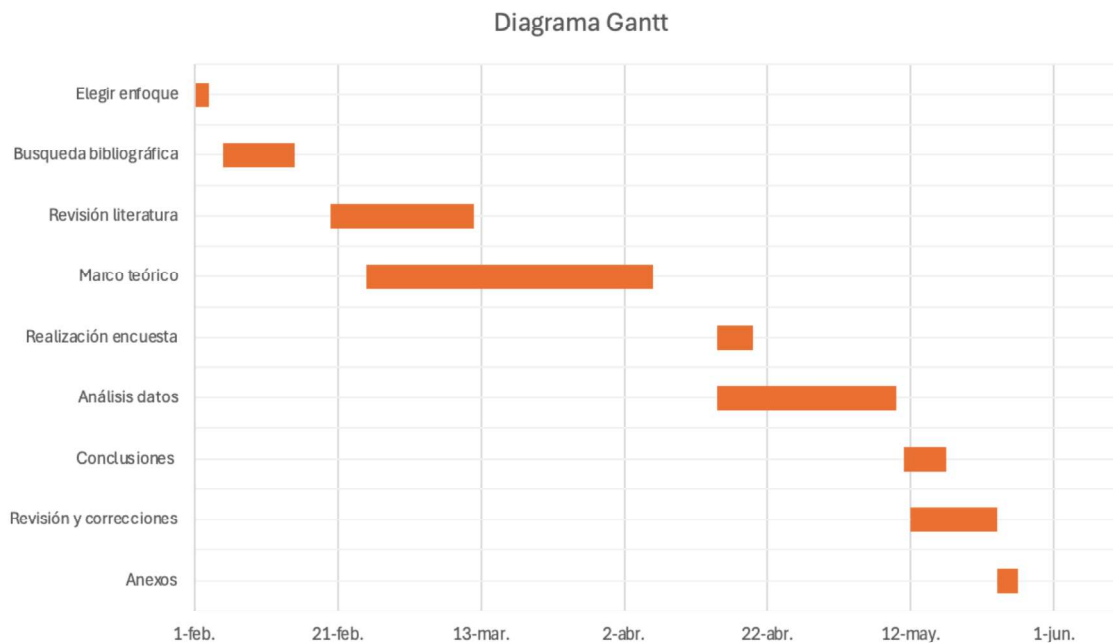
promover cambios a nivel organizativo alineados con los principios del cuidado humanístico.

2. METODOLOGÍA

Planificación

La Figura 1 muestra el Diagrama de Gantt que representa el modo en el que se han distribuido las tareas para llevar a cabo este trabajo. Permite observar el momento de inicio y finalización, lo que a su vez permite determinar la duración de cada una de ellas.

Figura 1. Diagrama de Gantt



Fuente: Elaboración propia

Diseño del estudio

Todos los artículos utilizados en el trabajo comparten palabras clave relacionadas con la temática de estudio. Sin embargo, no todos fueron recuperados mediante la misma estrategia de búsqueda.

Antes de desarrollar el estudio empírico, se llevó a cabo una revisión bibliográfica con el objetivo de construir el marco teórico que fundamenta conceptualmente el trabajo. Esta revisión permitió contextualizar la humanización de los cuidados en la Unidad de Cuidados Intensivos y orientar la formulación de los objetivos, así como la selección del instrumento de recogida de datos.

El diagrama PRISMA refleja exclusivamente el proceso de selección de los estudios incluidos en la revisión narrativa de este apartado.

Para mejorar la precisión de la recuperación bibliográfica, en PubMed se emplearon los descriptores MeSH **nursing**, **humanization**, **critical care units** y **adult**, combinados mediante el operador booleano **AND**. Para excluir estudios centrados en poblaciones pediátricas y neonatales, se utilizó el operador **NOT**, mediante los términos en inglés. También se aplicaron filtros por texto completo gratuito y fecha de publicación (últimos cinco años).

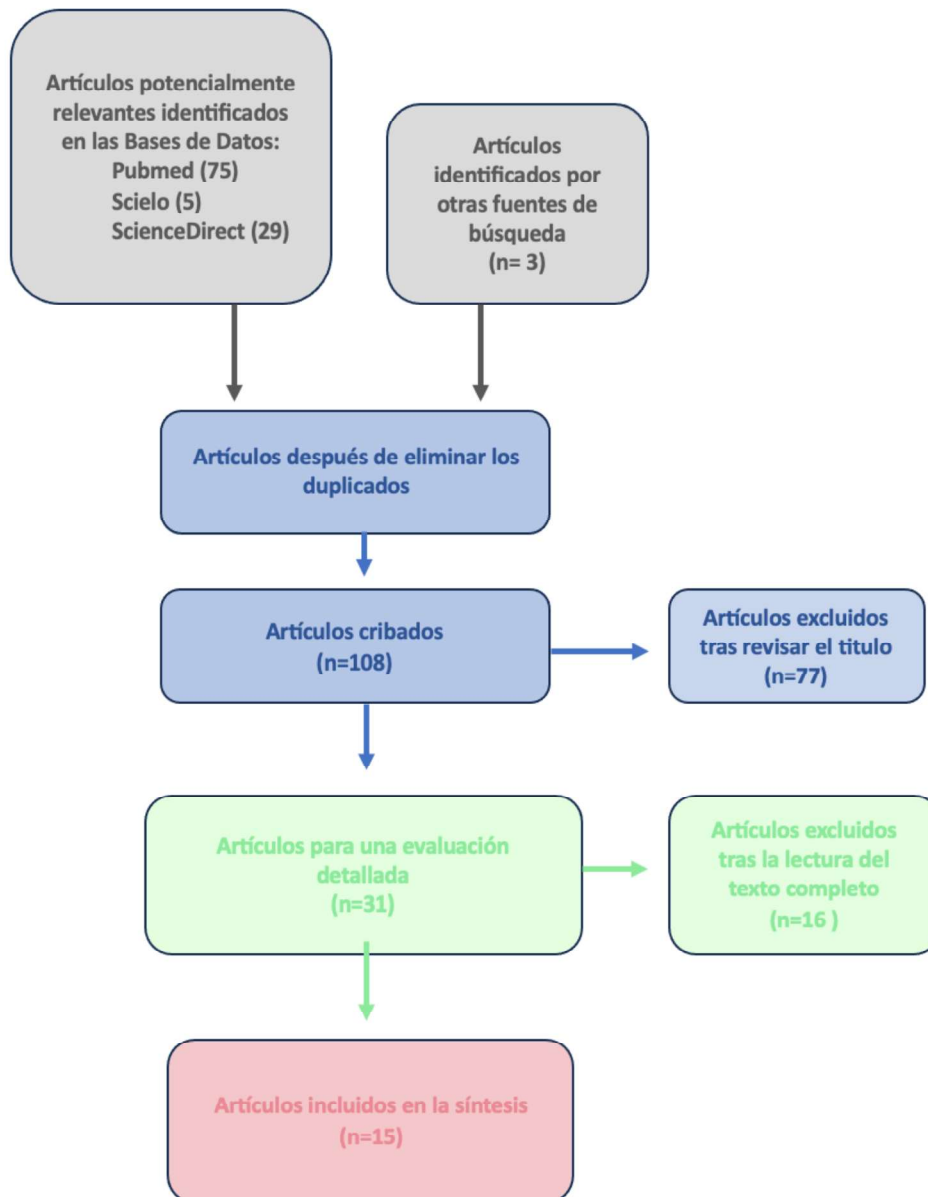
En las bases de datos SciELO y ScienceDirect se emplearon términos clave relacionados con el objeto de estudio, adaptados a las características de búsqueda de cada plataforma.

A mayores, se incluyeron publicaciones especializadas en revistas como *La revista de la Evaluación de la Conformidad (AENOR)*, la *Revista Internacional de Investigación Ambiental y Salud Pública* y el blog científico del Proyecto HUCI.

La búsqueda inicial arrojó 112 resultados. Tras la eliminación de los artículos duplicados y la lectura de títulos y resúmenes, se excluyeron aquellos que no cumplían los criterios de inclusión, como aquellos centrados exclusivamente en la pandemia de COVID-19. Finalmente, se seleccionaron un total de 15 artículos tras su lectura crítica.

Como excepción, 3 de ese total de artículos seleccionados fueron publicados con anterioridad al periodo de búsqueda: un artículo sobre la escala HUMAS (2019), el programa de certificación del Proyecto HUCI (2019), y un estudio sobre restricciones físicas publicado por Elsevier en 2012, debido a su relevancia directa para el análisis.

Figura 2. Diagrama de Flujo



Fuente: Elaboración propia mediante el Método PRISMA

Posteriormente, fueron hallados otros documentos relevantes para el análisis interpretativo de los resultados del estudio. En este caso, la búsqueda fue de carácter exploratorio, y por lo tanto, no fue sistematizada ni aplica criterios de inclusión y exclusión.

En cuanto al diseño del estudio, se trata de una investigación cuantitativa y descriptiva basada en una encuesta de carácter transversal, cuyo objetivo es evaluar el grado de humanización llevado a cabo en la práctica enfermera en la UCI del HULA. La recogida de datos se llevará a cabo mediante dos cuestionarios, uno autoadministrado y basado en una escala validada, mientras que otro incluye las variables sociodemográficas.

Población y muestra

En cuanto a la población diana, está compuesta por profesionales de enfermería en activo que prestan servicio en la unidad de cuidados intensivos del HULA. Se empleará un muestreo no probabilístico por conveniencia.

Criterios de inclusión y exclusión.

Se incluyeron en el estudio a los profesionales de enfermería que:

- Desarrollaban funciones asistenciales en la UCI del HULA.
- Aceptaron participar voluntariamente.
- Llevaban al menos seis meses de experiencia en el servicio.

Por otro lado, serán excluidos aquellos profesionales de reciente incorporación (menos de seis meses) o que no completaron el cuestionario en su totalidad.

Para poder obtener datos extrapolables del estudio, es fundamental contar con una muestra representativa. Considerando el número total de profesionales en plantilla, se estableció el objetivo de alcanzar al menos una tasa de respuesta del 60%.

En este caso, la plantilla está compuesta por 68 profesionales; sin embargo, únicamente 32 completaron el cuestionario, representando una limitación importante en cuanto a la representatividad de la muestra.

Instrumento de recogida de datos: escala HUMAS

Se utilizará la Healthcare Professional Humanization Scale (HUMAS), diseñada con el fin de evaluar la humanización en el contexto del profesional sanitario. Esta escala incluye 19 ítems agrupados en cinco dimensiones clave:

1. Disposición al optimismo
2. Sociabilidad
3. Comprensión emocional
4. Autoeficacia

5. Afectación

Cada ítem se valora mediante una escala tipo Likert de 5 puntos (1 = nunca, 5 = siempre) a excepción de las referentes a la afectación que se valoran de forma opuesta (1 = siempre, 5 = nunca). Su puntuación está entre un mínimo de 0 y un máximo de 95.

La puntuación por dimensiones y, finalmente la total, permite estimar el nivel percibido de humanización profesional. La fiabilidad del instrumento ha sido demostrada en la población enfermera obteniendo un coeficiente alfa de Cronbach global de 0,88, lo que indica una alta consistencia interna. Por otro lado, la validez de la escala ha sido contrastada mediante un análisis factorial confirmatorio. (Pérez et al., 2020)

El cuestionario original está disponible para consulta pública y se incluye en el **Anexo I** de este trabajo. Por otro lado, el **Anexo 2** muestra las variables sociodemográficas, las cuales aportan información clave para la descripción y caracterización de los participantes.

Procedimiento de recogida de datos

La recogida de datos se realizó a lo largo del mes de abril y principios de mayo, durante el cual se ha fomentado su participación. El cuestionario fue realizado mediante la plataforma de Google Forms y posteriormente se contactó con los profesionales que llevaban varios meses trabajando en la UCI, cumpliendo así el criterio de inclusión establecido. La recogida de datos se realizó a través del grupo de mensajería instantánea que utilizan habitualmente los enfermeros/as de la unidad, lo que permitió un acceso rápido y directo a los participantes.

Análisis de los datos

Los datos fueron analizados mediante el programa Microsoft Excel, aplicando técnicas de estadística descriptiva. Se calcularon porcentajes y medias para las puntuaciones obtenidas en las dimensiones de la escala HUMAS. Teniendo en cuenta que la recogida de datos se realizó en dos fases separadas, no fue posible relacionar cada cuestionario con el perfil sociodemográfico de la persona que lo cumplimentó. En primer lugar, se aplicó el cuestionario HUMAS de forma anónima y no vinculada a datos personales. Posteriormente, se propuso la incorporación de variables sociodemográficas como la edad y los años de experiencia profesional, que se recogieron de forma independiente.

Consideraciones éticas

Este estudio se ajusta a los principios éticos de la Declaración de Helsinki y a la legislación vigente en materia de protección de datos personales (Ley Orgánica 3/2018, de 5 de diciembre). Se garantizó el anonimato de los participantes, la voluntariedad de la participación y el uso exclusivo de los datos con fines académicos. El estudio fue aprobado por la dirección del centro.

Limitaciones del estudio

El presente estudio presenta varias limitaciones que deben ser consideradas al interpretar los resultados. En primer lugar, el tamaño muestral fue reducido ($n = 32$), lo que limita el poder estadístico y la generalización de los hallazgos a otras unidades de cuidados intensivos o contextos asistenciales. Además, la recogida de datos se llevó a cabo exclusivamente en la UCI del Hospital Universitario Lucus Augusti, sin incluir a los hospitales comarcales de Burela ni de Monforte. Esta limitación geográfica impide una visión completa del grado de humanización en toda el área sanitaria.

Además, se utilizó un muestreo no probabilístico por conveniencia, lo cual puede introducir sesgos de autoselección: es posible que los profesionales más sensibilizados con la temática de la humanización estuvieran más dispuestos a participar, generando una representación parcial del conjunto del personal.

Otro posible sesgo presente es el de deseabilidad social, ya que el cuestionario autoadministrado evalúa aspectos éticos y emocionales vinculados a la calidad profesional. Aunque el anonimato fue garantizado, los participantes podrían haber respondido de forma más favorable a lo esperado socialmente que a su experiencia real.

En cuanto al instrumento de medida, aunque la escala HUMAS cuenta con validez y fiabilidad demostradas, su uso aún es limitado en estudios empíricos y podría beneficiarse de una mayor metodología empleando entrevistas cualitativas o diarios de campo que complementen la perspectiva.

Asimismo, los cuestionarios HUMAS se recogieron sin vinculación directa con las variables sociodemográficas de los participantes. Esto impidió realizar un análisis entre las variables y las dimensiones de la escala, lo que habría enriquecido la interpretación de los datos.

3. ANÁLISIS Y RESULTADOS

A continuación, se presentan los principales resultados obtenidos a partir de la aplicación de la escala HUMAS a una muestra de 32 profesionales de enfermería de la Unidad de Cuidados Intensivos (UCI) del Hospital de Lugo. La información se organiza en función de las cinco dimensiones que conforman la escala HUMAS: disposición al optimismo, sociabilidad, comprensión emocional, autoeficacia y afectación.

3.1 Características sociodemográficas de los participantes

La muestra estuvo compuesta por 32 profesionales de enfermería, de los cuales 26 eran mujeres (81,3%) y 6 hombres (18,7%), lo que confirma la tendencia general de feminización de la profesión enfermera, también observable en esta unidad específica. En cuanto a la edad, la mayoría de los participantes ($n = 23$; 71,9%) tenía menos de 35 años. Seis profesionales (18,7%) se situaban en el tramo entre 35 y 50 años, y solo tres (9,4%) superaban los 50 años.

Respecto a la experiencia laboral en la UCI, 23 profesionales (71,9%) contaban con menos de 10 años de experiencia, 7 (21,9%) entre 10 y 20 años, y únicamente 2 (6,2%) superaban los 20 años en este ámbito.

Tabla 1. Características sociodemográficas de los profesionales de enfermería participantes ($n = 32$)

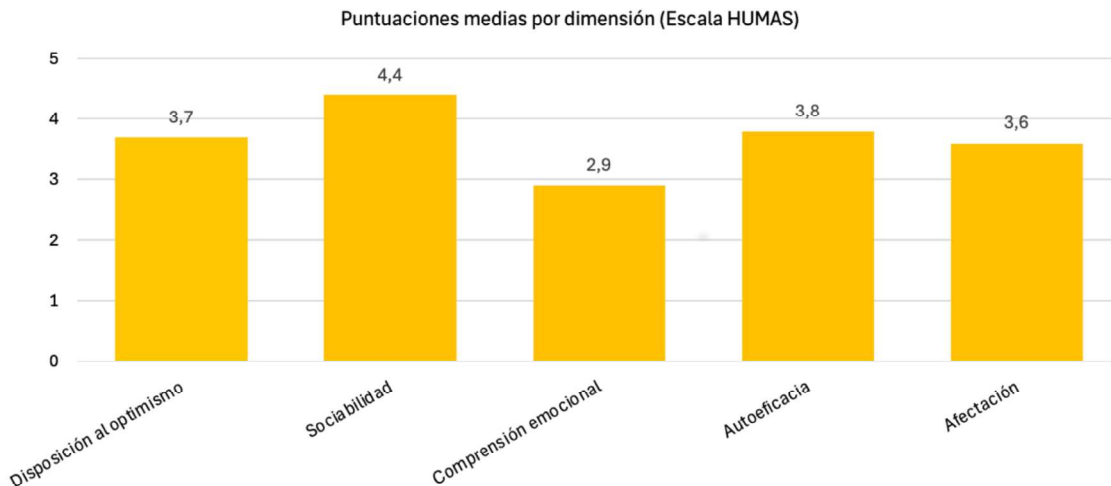
Variable	Categoría	N
Sexo	Hombre	6
	Mujer	26
Edad	Menor de 35 años	23
	Entre 35-50 años	6
	Mayor de 50 años	3
Años de experiencia en la UCI	Menor de 10 años	23
	Entre 10-20 años	7
	Más de 20 años	2

Fuente: Elaboración propia a partir de los datos recogidos mediante el cuestionario.

3.2 Resultados por dimensiones de la escala

Se calcularon las puntuaciones medias por cada una de las cinco dimensiones evaluadas en la escala HUMAS. En todos los casos, los valores se situaron por debajo de los umbrales establecidos para considerar un nivel alto de humanización.

Figura 3. Puntuaciones medias por dimensión de la escala HUMAS



Fuente: Elaboración propia a partir de los datos obtenidos mediante el cuestionario.

Tabla 2. Puntuaciones medias y clasificación de las dimensiones de la escala HUMAS

Dimensión	Puntuación media	Clasificación según HUMAS
Disposición al optimismo	3,7	Bajo
Sociabilidad	4,4	Bajo
Comprensión emocional	2,9	Bajo
Autoeficacia	3,9	Bajo
Afectación	3,6	Intermedio

Fuente: Elaboración propia a partir de los datos recogidos mediante el cuestionario.

Como se aprecia en la Tabla 2, las dimensiones mejor valoradas en base a la puntuación media fueron la sociabilidad y la autoeficacia. Sin embargo, esta puntuación no es equivalente al nivel de clasificación ya que cada dimensión tiene un umbral diferente. Dicho esto, la afectación es la única que logra alcanzar el nivel intermedio.

Concretamente, el trato cercano a los pacientes y a sus familiares, junto con la baja prevalencia de emociones negativas como la culpabilidad o la angustia, fueron identificadas como puntos fuertes en los profesionales.

En cambio, la puntuación media más baja la obtuvo la comprensión emocional, lo que indica mayores dificultades para mantener la empatía ante situaciones adversas o conflictivas. La dimensión con menor clasificación según el HUMAS también es la comprensión emocional, seguida de la disposición al optimismo. En el análisis realizado, se presenta como un desafío la capacidad de identificar los cambios de humor de las personas ajenas, así como posteriormente actuar en consecuencia.

Síntesis interpretativa de resultados

El presente estudio ha permitido identificar un grado global de humanización bajo entre los profesionales de enfermería de la UCI del Hospital de Lugo, según los resultados obtenidos mediante la escala HUMAS. Aunque la sociabilidad presenta la media más alta, su clasificación según la escala continúa en el nivel bajo, lo que indica un margen de mejora. Solo la dimensión de afectación alcanza el nivel intermedio, lo que puede interpretarse como un indicador positivo relativo, especialmente en el manejo emocional del cuidado.

Asimismo, es importante destacar que el perfil sociodemográfico de la muestra —con una mayoría de profesionales jóvenes y con menor experiencia— podría estar influyendo en la baja puntuación media observada en lo referido a la comprensión emocional y afectación, dimensiones que tienden a desarrollarse con el tiempo, la práctica reflexiva y la formación continuada. (Plascencia et al., 2019)

Los hallazgos del estudio subrayan la necesidad de diseñar e implementar estrategias formativas específicas en las UCI, donde el estrés laboral, la sobrecarga asistencial y la complejidad clínica pueden erosionar el vínculo terapéutico y la calidad del cuidado.

Un mayor desarrollo de la inteligencia emocional, la comunicación terapéutica, el autocuidado y la resiliencia profesional, no solo repercutiría en el bienestar del profesional, sino que también tendría un impacto directo sobre la calidad asistencial y la seguridad del paciente, tal y como evidencian diversos estudios internacionales. Además, es importante destacar que esta necesidad es denunciada tanto por las sociedades científicas, como por los propios profesionales, quienes detectan carencias en cuanto a la formación e información específica en esta unidad. (Santana et al., 2019)

Como consecuencia de estas carencias, se han creado iniciativas como la mencionada con anterioridad, Proyecto HU-CI (2019); además de programas formativos que abarcan facetas técnicas, conductuales y emocionales, enfatizando en el proceso de comunicación, y permitiendo obtener mejores resultados en los pacientes críticos. (Santana et al., 2019)

En definitiva, humanizar la atención en cuidados intensivos exige tanto acciones estructurales e institucionales, como un compromiso individual con el desarrollo emocional y profesional del personal de enfermería. Fomentar entornos de trabajo emocionalmente sostenibles no es solo una cuestión ética, sino también una condición necesaria para alcanzar la excelencia en el cuidado.

4. CONCLUSIONES

- Los resultados de este estudio reflejan un bajo nivel global de humanización en el contexto analizado, siendo la comprensión emocional y el optimismo las dimensiones más deficitarias. El estudio ofrece una base empírica contextualizada para impulsar acciones concretas de mejora en la humanización de los cuidados en UCI.
- Las principales necesidades que requieren los pacientes son una escucha activa, empatía, respeto y la presencia real por parte del profesional, además de un trato personalizado y cercano.
- Una de las consideradas principales barreras para la humanización es la dificultad en la comunicación, tanto interprofesional, como por parte del profesional con el paciente y su entorno cercano, o la propia capacidad de expresión del paciente. Otras posibles barreras son las restricciones físicas, que constituyen un actual dilema ético; y los factores personales del profesional como su contexto cultural y de creencias, además de la posible sobrecarga de trabajo.

Por otro lado, entre los principales facilitadores se encuentran la presencia familiar, la comunicación efectiva por parte de los profesionales y la promoción del bienestar; además de la prevención o el tratamiento del PICS y un cuidado al final de la vida.

- En busca de una atención más humanizada y todos los beneficios que esta conlleva, algunas de las propuestas de mejora son las UCI de puertas abiertas con una menor limitación en las condiciones, la implementación de herramientas en busca de una mejora en la comunicación efectiva, la incorporación de un fisioterapeuta o un logopeda en caso de ser necesario, promover el uso de la musicoterapia o de los diarios de UCI, así como de nuevos métodos de entretenimiento, formar grupos de apoyo para los pacientes y familiares...
La formación emocional específica, el fortalecimiento de la comunicación terapéutica y el desarrollo de una cultura institucional humanizada emergen como líneas prioritarias de mejora.

5. BIBLIOGRAFÍA

1. AENOR. (2019). *Proyecto HU-CI: Humanizar los cuidados intensivos*. Revista AENOR. Recuperado de <https://revista.aenor.com/357/proyecto-hu-ci-humanizar-los-cuidados-intensivos.html>
2. Nielsen, S. D., et al. (2023). Family presence in intensive care units: Perceptions of nurses and families. *International Journal of Environmental Research and Public Health*, 20(4), 1188.
<https://pmc.ncbi.nlm.nih.gov/articles/PMC10092106/>
3. Grupo de trabajo de certificación de Proyecto HU-CI. (2019). Manual de buenas prácticas de humanización en Unidades de Cuidados Intensivos. Proyecto HU-CI. <https://proyctohuci.com/es/buenas-practicas/>
4. Secunda, J. S., & Kruser, J. M. (2022). Experiences of disrespect and lack of compassion in the intensive care unit. *PLoS ONE*, 17(3), e0264792.
<https://pmc.ncbi.nlm.nih.gov/articles/PMC9885766/>
5. Lindwall, L., & Lohne, V. (2020). Human dignity in intensive care: A theoretical framework. *Nursing Ethics*, 27(4), 937–947.
<https://pmc.ncbi.nlm.nih.gov/articles/PMC9290914/#scs12922-sec-0010>
6. Ghanbari-Afra, L., et al. (2023). Nurses' experiences of humanized care in critical care settings. *PLoS ONE*, 18(2), e0281007.
<https://pmc.ncbi.nlm.nih.gov/articles/PMC9720504/>
7. Renner, A., et al. (2023). Post-intensive care syndrome: Psychological and physiological impact. *PLOS ONE*, 18(1), e0278126.
<https://pmc.ncbi.nlm.nih.gov/articles/PMC10392009/#Abs1>
8. Bohart, M. R., et al. (2022). Patient and family perspectives on intensive care. *Scientific Reports*, 12, 12530.
<https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S0964339722001495?via%3Dihub#b0095>

9. Drop, L., et al. (2025). Communication challenges with ICU families: A qualitative synthesis. *PLOS ONE*, 20(1), e0285003.
<https://pmc.ncbi.nlm.nih.gov/articles/PMC11796184/#Sec10>
10. Pérez, M. C., et al. (2012). Restricciones físicas en pacientes críticos: Revisión ética y práctica. *Enfermería Intensiva*, 23(4), 159–166.
<https://www.elsevier.es/es-revista-enfermeria-intensiva-142-articulo-restricciones-fisicas-uci-su-utilizacion-S1130239911000927>
11. Sandnes, R., & Uhrenfeldt, L. (2024). Non-verbal communication with mechanically ventilated patients: A scoping review. *PLOS ONE*, 19(1), e0289812. <https://pmc.ncbi.nlm.nih.gov/articles/PMC11086036/>
12. Bilgin, A., Öcalan, S., & Kovancı, M. S. (2025). Intensive Care Nurses' Pain Management Experiences within the Framework of the Biopsychosocial-Spiritual Model in Türkiye: A Qualitative Approach. *Journal Of Religion And Health*. <https://pmc.ncbi.nlm.nih.gov/articles/PMC11950112/>
13. Baeza, M., & Quispe, M. (2020). Síndrome de burnout en profesionales de UCI: Factores asociados. *Revista Peruana de Medicina Experimental y Salud Pública*, 37(1), 112–117.
https://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1886-58872020000100008
14. Santana, E. M., et al. (2019). Necesidades formativas detectadas por enfermeras de UCI. *Enfermería Intensiva*, 30(3), 140–147.
<https://www.elsevier.es/es-revista-enfermeria-intensiva-142-articulo-necesidades-formacion-detectadas-por-enfermeras-S1130239919300665>
15. Muñoz, A., et al. (2020). Uso de diarios en UCI: Impacto en pacientes y profesionales. *Enfermería Intensiva*, 31(1), 15–22.
https://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1132-12962020000300009
16. Seyffert, M., et al. (2023). Music therapy in the ICU: Neurobiological mechanisms and patient benefits. *International Journal of Environmental Research and Public Health*, 20(19), 7321.
<https://pmc.ncbi.nlm.nih.gov/articles/PMC9295531/#Abs1>

17. Del Carmen Pérez-Fuentes, M., Herera-Peco, I., Del Mar Molero Jurado, M., Ruiz, N. F. O., Ayuso-Murillo, D., & Linares, J. J. G. (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. <https://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=7114142>

18. Plascencia, M., et al. (2019). Competencias emocionales en profesionales de UCI. *International Journal of Clinical and Health Psychology*, 19(3), 216–225. https://www.sciencedirect.com/science/article/abs/pii/S113479371830068X?utm_source=chatgpt.com

ANEXOS

Anexo 1. CUESTIONARIO SOBRE LA HUMANIZACIÓN EN LA UCI

Mi nombre es Ángela Vázquez y estoy realizando mi Trabajo de Fin de Grado (TFG) sobre la humanización en la Unidad de Cuidados Intensivos desde la perspectiva enfermera.

Las siguientes afirmaciones se basan en la Escala de humanización en el personal sanitario.

En caso de que sea profesional de enfermería, responda lo más sincero y objetivo posible para poder obtener información real. Las respuestas son completamente **confidenciales y anónimas**.

Espero el futuro con entusiasmo.

- Nunca
- Pocas veces
- Algunas veces
- A menudo
- Siempre

En general, estoy satisfecho conmigo mismo.

- Nunca
- Pocas veces
- Algunas veces
- A menudo
- Siempre

Ante las dificultades, confío en que al final todo saldrá bien.

- Nunca
- Pocas veces
- Algunas veces
- A menudo
- Siempre

Cuando atiendo a mis pacientes, trato de ponerme en su lugar.

- Nunca
- Pocas veces
- Algunas veces
- A menudo

- Siempre

Ofrezco un trato cercano al paciente o a sus familiares, si lo necesitan.

- Nunca
- Pocas veces
- Algunas veces
- A menudo
- Siempre

Me preocupo por tranquilizar a pacientes y familiares, ya que considero que es una parte importante de mi labor de cuidado.

- Nunca
- Pocas veces
- Algunas veces
- A menudo
- Siempre

Cuando me tratan mal, intento comprender los motivos y sigo tratando bien a esa persona.

- Nunca
- Pocas veces
- Algunas veces
- A menudo
- Siempre

Cuando alguien me cae mal, me esfuerzo por comprenderle y darle una oportunidad para conocerlo.

- Nunca
- Pocas veces
- Algunas veces
- A menudo
- Siempre

Cuando alguien actúa en mi contra, tiendo a analizar la situación para justificar de forma racional su conducta.

- Nunca
- Pocas veces

- Algunas veces
- A menudo
- Siempre

Soy capaz de diferenciar los cambios de humor de otros, y actuar en consecuencia.

- Nunca
- Pocas veces
- Algunas veces
- A menudo
- Siempre

Estoy satisfecho con lo que hago y como lo hago.

- Nunca
- Pocas veces
- Algunas veces
- A menudo
- Siempre

Soy capaz de diferenciar mis propios estados de ánimo, y actuar en consecuencia.

- Nunca
- Pocas veces
- Algunas veces
- A menudo
- Siempre

Creo que estoy preparado para afrontar con éxito cualquier situación en mi trabajo.

- Nunca
- Pocas veces
- Algunas veces
- A menudo
- Siempre

Siento que tengo una gran capacidad para percibir cuando un paciente no está recibiendo una atención adecuada.

- Nunca
- Pocas veces
- Algunas veces

- A menudo
- Siempre

Cuando desempeño mi labor profesional, suelen aparecer sentimientos de angustia.

- Nunca
- Pocas veces
- Algunas veces
- A menudo
- Siempre

Me siento nervioso cuando atiendo a mis pacientes.

- Nunca
- Pocas veces
- Algunas veces
- A menudo
- Siempre

En mi labor profesional, hay ocasiones en las que me siento asustado

- Nunca
- Pocas veces
- Algunas veces
- A menudo
- Siempre

Como profesional, hay situaciones en las que me siento culpable.

- Nunca
- Pocas veces
- Algunas veces
- A menudo
- Siempre

Me siento afectado cuando estoy atendiendo a mis pacientes.

- Nunca
- Pocas veces
- Algunas veces
- A menudo
- Siempre

Anexo 2. CUESTIONARIO ACERCA DE LOS DATOS PERSONALES DE LOS PROFESIONALES

Me identifico con el sexo de:

- Hombre
- Mujer
- No identificado

Mi edad actual se corresponde con:

- Menor de 35 años
- 35-50 años
- Mayor de 50 años

Años de experiencia en la UCI:

- Menos de 10
- Entre 10-20
- Mas de 20

IMÁGENES

Imagen 1. Escala de humanización en el profesional sanitario (HUMAS)

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

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

1 = Nunca; 2 = Pocas veces; 3 = Algunas veces; 4 = A menudo; 5 = Siempre. (*R): 5 = Nunca; 4 = Pocas veces; 3 = Algunas veces; 2 = A menudo; 1 = Siempre.

Fuente: (Pérez et al., 2019).

Imagen 2. Clasificación de los resultados de la escala HUMAS

Factores:

DISPOSICIÓN AL OPTIMISMO: 1, 2, 3.

SOCIABILIDAD: 4, 5, 6.

COMPRESIÓN 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
1	5	10	6	7	9	56
5	9	16	7	10		65
10	11	18		11		67
15	13		9			69
20		19				71
25	15				12	72
30			10		13	73
35	17					
40			11	12		75
45	18	20				76
50					14	
55	19			13		78
60		21				80
65	20			14		81
70		22	12			82
75	21		13			83
80	22	23				84
85	23	24	14			86
90	24					88
95						91
99	25	25	15	15	15	95

Fuente: (Pérez et al., 2019).