

Artículos especiales

Humanización de la Sanidad y Salud Laboral: Implicaciones, estado de la cuestión y propuesta del Proyecto HU-CI

Humanizing Healthcare and Occupational Health: Implications, State of Issue and Proposal from HU-CI Project

Gálvez Herrero, Macarena¹; Gómez García, José Manuel²; Martín Delgado, Mari Cruz³; Ferrero Rodríguez, Mónica⁴ y Miembros del Proyecto HU-CI⁵

1. Equipo Personalidad Estrés y Salud, Facultad de Psicología, Universidad Autónoma de Madrid. Proyecto HU-CI. Madrid. España.
2. Hospital General Universitario Gregorio Marañón. Universidad San Pablo CEU. Proyecto HU-CI. Madrid. España.
3. Hospital Universitario de Torrejón. Universidad Francisco de Vitoria. Proyecto HU-CI. Madrid. España.
4. Estudio de Interiorismo Lab in Action. Proyecto HU-CI. Madrid. España.
5. Proyecto de Humanización de los Cuidados Intensivos (HU-CI). Madrid. España.

Recibido: 04-05-17

Aceptado: 31-05-17

Correspondencia

Macarena Gálvez Herrero

Correo electrónico: mgalvez@cop.es

Resumen

La evolución científica y técnica de la atención sanitaria mantienen un desarrollo exponencial que permite cada vez una mejor asistencia a los pacientes, nuevas formas de tratamiento y crecientes índices de supervivencia. Sin embargo, estos importantes avances que enriquecen la atención a la salud, en muchas ocasiones, han ido invadiendo espacio al propio acto humano de la atención a la persona. Potenciar organizaciones más humanizadas implicará establecer acciones dirigidas al ambiente y lugar de trabajo, así como a todos los agentes implicados (pacientes, familiares y profesionales). Con dicha finalidad, las políticas de Humanización y su aplicación al contexto sanitario son una realidad en nuestros días y están concretándose en algunas propuestas específicas en determinadas organizaciones, con el apoyo de algunos organismos oficiales.

En el presente trabajo, señalamos la interacción entre los objetivos de dichas políticas de humanización y las metas de la salud laboral en contextos asistenciales. Se exploran áreas comunes de trabajo dirigidas al bienestar del profesional sanitario, posibilidades de gestión integral de ambos conceptos, y se expone un ejemplo concreto como es el Proyecto de Humanización de las Unidades de Cuidados Intensivos (HU-CI).

Med Segur Trab (Internet). 2017;63(247):103-19

Palabras claves: Salud laboral, humanización, organizaciones sanitarias.



<https://creativecommons.org/licenses/by-nc-sa/4.0/>

Abstract

The scientific and technical evolution of health care keeps growing exponentially, thus allowing a better patient care, new treatment forms and increasing survival rates. However, these important advances that improve health care have in many cases invaded the space that once belonged to the human act of caring. Promoting more humanized organizations will imply to establish actions directed to the environment and the workplace, as well as to all involved agents (patients, relatives and professionals). To that end, the humanization policies and their application to the health context are a reality in our days. These policies are being materialized in some specific proposals of certain organizations with the support of some official agencies.

In this present work, we point out the interaction between the objectives of these humanization policies and the goals of occupational health in health care contexts. Common areas of work promoting the wellbeing for health professionals and the possibilities of integral management of both concepts are explored. Lastly, we provide a concrete example, like the Humanization Project of Intensive Care Units (HU-CI).

Med Segur Trab (Internet). 2017;63(247):103-19

Keywords: Occupational health, humanization, health organizations.

INTRODUCCIÓN: QUÉ SIGNIFICA HUMANIZAR LA SANIDAD

Decir que la atención sanitaria debe ser humanizada, puede parecer una tautología, algo retórico e innecesario, ya que son seres humanos tanto quien la ofrecen asistencialmente como quien la recibe. Sin embargo, no hay nada más lejos de la realidad.

Los crecientes e importantes avances científico-técnicos que enriquecen la atención a la salud, en muchas ocasiones, han ido invadiendo espacio al propio acto humano de la atención asistencial, a los factores invisibles, a lo que implica el cuidado. La necesaria especialización de las profesiones sanitarias, ha perdido quizás parte de la visión holística de la salud que configura la medicina desde sus orígenes y que la propia Organización Mundial de la Salud define como física, psicológica y social¹. La creciente figura participativa de la persona enferma como agente, y no tanto «paciente» pasivo ante su enfermedad, obliga a los profesionales a un replanteamiento de las formas de interacción y comunicación. Además de todo ello, los estándares de bioética y seguridad, forman un pilar importante de lo que denominamos calidad asistencial. Todos estos factores, propulsan el avance que los procesos de humanización de la sanidad están teniendo en la actualidad, así como la incorporación de sus principios en políticas de organizaciones sanitarias e institucionales, como ocurre en diferentes Comunidades Autónomas de nuestro país (sirva de ejemplo la creación de la Dirección General de Atención al Ciudadano y Humanización de la Atención Sanitaria de la Comunidad de Madrid y su Plan de Humanización propuesto para 2016-2019)².

Cuando hablamos entonces de «humanizar» nos estamos refiriendo a una actitud mental, afectiva y moral³ que invita al personal sanitario a plantearse sus propios esquemas mentales, sus estados emocionales, estilo de comunicación y conducta, ante la intervención sanitaria frente a otra persona, que en ese momento vive una situación difícil debido a la enfermedad. No alude a que los profesionales mantengan actitudes «no humanas» o incluso «inhumanas» en el acto asistencial, se trata de mejorar, de crecer, de desarrollar nuevas competencias psicosociales que complementen a las científico-técnicas y con ello, conseguir un incremento de conductas de humanización de la atención en salud. Se trata, en definitiva, de caminar desde un paradigma de «*cuidado centrado en el paciente*» hacia un paradigma de «*cuidado centrado en la persona*»; incluyendo en esta perspectiva al que pasa por un problema de salud, pero también a su contexto más próximo (familiares) y a los profesionales que lo tratan⁴.

Es evidente que este proceso comenzó centrado casi exclusivamente en el paciente. Haciendo una breve revisión histórica, la importancia que tienen los derechos de los pacientes como eje básico de las relaciones clínico-asistenciales se puso ya de manifiesto con Declaración Universal de Derechos Humanos, del año 1948⁵ y en el ámbito más estrictamente sanitario, con la Declaración sobre la Promoción de los Derechos de los Pacientes en Europa, promovida en 1994 por la Oficina Regional para Europa de la Organización Mundial de la Salud, 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 medicina⁶, y la Ley General de Sanidad⁷, que destaca la voluntad de humanización de los servicios sanitarios. Estos propósitos se fueron plasmando en acciones concretas de humanización como el Plan de Humanización de la Asistencia Sanitaria del INSALUD⁸, que reconocía que la humanización tenía que ver con la propia concepción del sistema, con la gestión y el funcionamiento de las estructuras sanitarias, con la mentalidad de las personas involucradas en el sistema, con la competencia profesional y con otros elementos no fácilmente comunicables ni tangibles, como «el dolor evitado, el sufrimiento prevenido, las capacidades recuperadas, y la alegría recobrada», y más actualmente, el Plan de Humanización de la Atención Sanitaria del Sistema Sanitario Público de Extremadura⁹ o el ya mencionado de la Comunidad de Madrid².

A pesar de estos antecedentes, en los últimos años se han descrito algunos factores que favorecen la deshumanización y han participado de que los proyectos legales e institucionales no hayan calado profundamente en el Sistema Sanitario. Uno de ellos es

la anteposición, en algunas instituciones sanitarias, de objetivos empresariales sobre las necesidades del enfermo. Cuando además estas metas recaen en los profesionales, los objetivos personales se convierten en funcionales, y la pérdida de atributos humanos da paso a la frialdad en las interacciones, al descuido de la dimensión emotiva, de los valores, y al sentimiento de impotencia en el profesional. Por otra parte, la falta de autonomía en el enfermo y sus familiares, la conversión del paciente en un objeto pasivo en el sistema con escasa participación en los procesos cotidianos de cuidado, la frecuente negación de la participación familiar derivada de la falta de información o de tiempo, también contribuyen. Finalmente, en este contexto, al cuidador, se le exige una cuota de sacrificio, abnegación, entrega e interés, muchas veces sobrepasado por las cargas asistenciales y la excesiva burocratización del sistema, que impactan de forma negativa en su motivación y salud.

Otros factores más globales son la crisis de la cultura en la que los sujetos se convierten en objetos, la pluralidad de los sistemas éticos, la inestabilidad del personal y la fragmentación de los servicios de salud, la existencia de criterios parciales de evaluación de la calidad de los servicios de salud enfocados prioritariamente a criterios economicistas y de efectividad, o la excesiva burocratización. Además, desde un punto de vista académico, la formación sanitaria centrada de forma casi exclusiva en el desarrollo de habilidades científico-técnicas en detrimento de otras competencias emocionales y relacionales, contenidos filosóficos y antropológicos humanistas, así como espacios de análisis y reflexión sobre la bioética y ética médica, favorecen que el paciente sea tratado como una patología o de forma impersonal, atendiendo a sus partes e ignorando su conjunto.

En este contexto, se hace patente, la vulnerabilidad de los profesionales sanitarios, expuestos a demandas que pueden llevar a la práctica de una medicina defensiva, a la dificultad de realización profesional, la sobrecarga de trabajo y al desgaste profesional, favorecido por un desbalance entre el volumen de trabajo respecto a la duración y calidad del descanso, junto a condiciones inadecuadas de trabajo y carencia de medios, o escasa seguridad ocupacional. En relación al paciente, el riesgo está en la generación de desconfianza en el sistema, la creación de falsas expectativas de curación o atención, y en un ejercicio inadecuado de la autonomía y derechos¹⁰.

En una revisión sobre estudios e instrumentos de evaluación en el campo de la salud desde el enfoque de atención centrada en el paciente¹¹, se señala que éstos se han centrado en dos tipos de cuestiones. En primer lugar, se han dirigido a establecer los principios que deben orientar la práctica sanitaria desde esta perspectiva; entre ellos figuran la elección del paciente, la compasión, la dignidad, la empatía, la visión holística, la independencia, la integración, la privacidad, el respeto, la individualidad, los derechos y la confianza. En segundo lugar, se analizan las prácticas profesionales que pueden considerarse afines a esta filosofía de atención y que, en consecuencia, hacen efectiva la atención centrada en la persona; entre otras cabe citar la escucha activa, la participación, la toma de decisiones compartidas, el apoyo y fomento del autocuidado, y la atención individualizada por parte de los profesionales. Todo un reto para los profesionales sanitarios.

Humanizar la salud, constituye el compromiso ético de considerar a la persona en su globalidad. Y una intervención holística, global e integral, necesita de una particular capacitación de los agentes sociales en el ámbito de la inteligencia del corazón, de las habilidades para entrar en el mundo personal y particular de la persona a la que se quiere acompañar, identificar y movilizar en ella no solo los problemas y necesidades, sino el mundo de los significados, los recursos, las habilidades y los valores que pueden permitirle trabajarse a sí mismo y ser el mayor protagonista del proceso. Promover la dignidad intrínseca de todo ser humano constituye el fundamento último de toda acción humanizadora¹². Esta acción en el contexto sanitario, no puede dejar de lado a los propios agentes humanizadores: los médicos, enfermeras, auxiliares, celadores, personal técnico... todos aquellos profesionales que van a interactuar con el paciente y sus familiares y entre sí; haciendo de la actividad asistencial una dinámica de relaciones interpersonales en busca de la salud y el bienestar.

EL CUIDADO DEL PROFESIONAL AGENTE DE LA HUMANIZACIÓN

Exigir al trabajador sanitario actitudes empáticas, de escucha activa, de apoyo emocional y de comprensión de los factores emocionales que acompañan a la enfermedad de sus pacientes y a la angustia y miedos de sus familiares, es algo que no podemos plantear sin cuidar a la vez el propio bienestar del profesional.

La salud laboral tiene como objeto prioritario de sus funciones la búsqueda del bienestar de los trabajadores por dos vías: la promoción de la salud entre los mismos y la prevención de los riesgos laborales. Para ello, sitúa su foco de atención sobre el medio ambiente de trabajo, las condiciones laborales del mismo, la tarea a desempeñar, los equipos de trabajo y los profesionales (como grupo y de forma individual). La consecución de su meta: la protección de la salud del trabajador, será algo que finalmente repercuta tanto en la calidad del trabajo desempeñado como en el bienestar de los usuarios de su servicio. En el ámbito sanitario, la atención a la salud de los profesionales, será algo que repercutirá en la calidad de la atención clínico-asistencial, en el bienestar de los pacientes y en el beneficio de la sociedad en general.

El trabajo sanitario supone un gran número de retos intelectuales, científicos y técnicos para el profesional, pero además, plantea importantes retos emocionales cada día. En la atención asistencial, éstas demandas emocionales proceden principalmente de la interacción con los pacientes y familiares y han sido consideradas facilitadoras del desarrollo de importantes riesgos psicosociales. Su carácter estresor, que puede cronificarse, procede de diferentes fuentes¹³:

- Los propios sentimientos y conductas del paciente: sentimientos de malestar, preocupación, ansiedad, etc., por la enfermedad o por el tratamiento.
- La naturaleza de la enfermedad: algunas pueden ser especialmente estresantes para el propio profesional sanitario por la naturaleza de los síntomas o la gravedad de su pronóstico.
- Los posibles problemas de comunicación que aparezcan en el proceso interactivo entre los proveedores del servicio y los receptores del mismo: debido a la falta de habilidades sociales y emocionales en el paciente y/o en el sanitario, por las características del mensaje (por ejemplo la transmisión de malas noticias) o por la necesidad de comunicarse con terceros interlocutores como los familiares del paciente.

Habitualmente, se consideran servicios de mayor riesgo para la salud emocional del profesional, aquellos en los que la presión emocional es mayor por las características de la enfermedad y el pronóstico de los pacientes y/o por la dificultad de comunicación y trato con los mismos (Unidades de Cuidados Intensivos, urgencias, oncología, psiquiatría, atención primaria...). La enfermedad, origina cambios en los roles habituales de la persona enferma y su entorno próximo, requiriendo una necesaria adaptación emocional a ese proceso de enfermar y a su tratamiento. Las situaciones que se generan durante ese periodo pueden influir también en la relación con el personal sanitario que lo asiste.

El manejo de emociones negativas transmitidas por los pacientes como el desaliento, la desesperanza y el desamparo ante el dolor o pronóstico de su enfermedad, dificulta la comunicación y puede generar en el sanitario una tensión y estrés crónico muy elevados. Además, la autoeficacia profesional también puede verse afectada por una valoración negativa del resultado de su esfuerzo y de las propias estrategias infructuosas de afrontamiento.

En ocasiones, los sentimientos y ansiedad que se provocan en los profesionales interactúan a su vez con aspectos propios tales como posibles factores de vulnerabilidad personal, estar viviendo un momento personal difícil, problemas de salud emocional... con todo ello, se desarrollan mecanismos psicológicos de defensa y distanciamiento para disminuir la intensidad emocional y hacerla más tolerable, afectando esto a diferentes procesos de afrontamiento y a las relaciones interpersonales en el trabajo y fuera de él.

Estos mecanismos suelen incluir la negación y la rabia, e influyen directamente en los procesos de relación y comunicación con el paciente y la familia de éste, así como en el manejo de la propia angustia. Esta situación se puede ver agravada cuando los pacientes y/o sus familiares mantienen expectativas irreales respecto a la posibilidad de curación, evitación total del sufrimiento e incluso la muerte. Parece además, que estas demandas emocionales interactúan con otros estresores característicos del trabajo asistencial como son la ambigüedad de rol, la sobrecarga laboral o la inseguridad laboral, potenciando sus efectos si no se manejan de forma adecuada^{14,15} y facilitando incluso la intención de abandono de la profesión¹⁶.

Estudios en relación a la orientación psicosocial del personal sanitario¹⁷, indican que profesionales con una baja orientación psicosocial (es decir, con un estilo más directivo, centrado solo en los aspectos biológicos y menos en las dimensiones psicológicas y sociales de la persona enferma a la que se atiende) tienen mayores niveles de desgaste profesional, especialmente en sus dimensiones de agotamiento emocional y despersonalización; mientras que aquellos que se perciben con mayores habilidades sociales para la comunicación con el paciente, se sienten a su vez más realizados personalmente. Existe evidencia de que cuando están presentes competencias emocionales, habilidades de comunicación y de escucha activa en los profesionales sanitarios, éstas se actúan como un factor preventivo ante el desgaste profesional¹⁸ y facilitan la satisfacción, el «engagement», y la búsqueda de sentido a la profesión^{19,20,21}.

Por otro lado, son un clásico algunas investigaciones como las de Kaplan²², donde se ha demostrado que la calidad de la comunicación médico-paciente influye en resultados clínicos referidos a la sintomatología de enfermedades agudas y crónicas, existiendo evidencia de que cuando está presente una mayor capacidad en el profesional para establecer una adecuada comunicación sobre aspectos emocionales (de sí mismo y de su paciente), se obtienen respuestas de mayor satisfacción y menores niveles de estrés en la persona enferma²³.

Así, el desarrollo de competencias emocionales para la auto-regulación emocional y la interacción personal con pacientes, familiares y equipos de trabajo se presenta como un elemento clave para la protección de la salud del profesional sanitario que no solo beneficiará su salud, sino que va a repercutir en una práctica humanizada de su actividad profesional y en la evolución clínica y emocional de los pacientes.

HUMANIZACIÓN Y RIESGOS PSICOSOCIALES DEL TRABAJADOR SANITARIO

Las demandas laborales del trabajo asistencial de carácter físico, psicológico, social u organizacional, requieren un esfuerzo y coste determinado, que no son intrínsecamente negativos, pero pueden llegar a ser factores de estrés, a través de la sobrecarga, la presión temporal, el trabajo a turnos, etc. Por otro lado, el trabajo sanitario también provee de recursos que reducen las demandas y sus costes físicos y psicológicos asociados, permiten conseguir metas en el trabajo y promueven el crecimiento personal, el aprendizaje y el desarrollo. Algunos ejemplos de estos recursos son el «feedback» recibido, las recompensas percibidas, el control y autonomía sobre el propio trabajo, la participación, la seguridad laboral y el apoyo social; variables que facilitan la motivación interna y conectan con los valores de la profesión.

Para que eso ocurra será esencial potenciar recursos en el profesional y protegerle de los principales riesgos psicosociales que le afectan en la relación interpersonal en el contexto laboral, como son el desgaste profesional (burnout), el distrés moral y otros síndromes que pueden solaparse con ellos²⁴:

Desgaste profesional o síndrome de burnout: Es extensa la bibliografía y experiencia de investigación que nos muestra como, a través del estrés crónico, se presenta el riesgo de que el trabajador sanitario se sienta agotado, decepcionado, desinteresado y desvinculado de su actividad laboral. Cuando esto ocurre, las expectativas

en torno a su labor asistencial, centradas en el cuidado, curación y atención a pacientes y familiares, con las cuales puede haber una profunda identificación y compromiso, se frustran, y ante el esfuerzo y dedicación por conseguirlas, no se obtienen los resultados y las satisfacciones esperadas.

Si bien hay factores individuales que pueden moderar el proceso de desgaste profesional (tanto de vulnerabilidad como de resistencia y fortaleza), es la exposición repetida y continuada a determinadas condiciones psicosociales nocivas en el del trabajo, la que determina el desarrollo del desgaste profesional y a las que hay que atender para hacer una adecuada prevención primaria. Cuando existe un desequilibrio entre los recursos de afrontamiento del trabajador y las demandas laborales inabarcables, es cuando empieza a fraguarse el problema. Los principales desencadenantes del desgaste profesional en el contexto sanitario tienen que ver con diferentes contextos^{25,26}:

- Sociales: Son grandes y rápidos los cambios sociales que se están generando en nuestra sociedad respecto al rol del profesional sanitario, en el conocimiento de derechos en la población, en el acceso a los servicios de salud... en general se trata de cambios que no tienen por que ser intrínsecamente negativos, pero que en ocasiones se presentan como un desequilibrio entre derechos y deberes, expectativas ilusorias respecto a los resultados de la acción clínica o utilización de los avances técnicos, negación generalizada del dolor y procesos degenerativos del ser humano, consideración de la salud pública en términos prioritariamente económicos, tanto desde la gestión de las organizaciones como en ocasiones de los propios usuarios («para eso pago mis impuestos»).
- Organizacionales: Como ya se ha mencionado en el primer epígrafe de este trabajo, la incongruencia entre los valores de la organización y los del profesional es un elemento clave en la progresiva pérdida de expectativas, motivación y vinculación con el trabajo. A esta situación se le añaden aspectos como la presión asistencial, la carencia de recursos humanos y/o logísticos suficientes para afrontarla, la creciente carga burocrática que se suma a la asistencial, o la inequidad percibida entre esfuerzos y recompensas.
- De la tarea: el estrés de rol debido a una inadecuada o deficitaria definición de funciones es clave (especialmente en enfermería). Las demandas emocionales del trabajo asistencial, la complejidad y dificultad (científica, técnica, ética...) de la tarea sin los recursos suficientes para afrontarla, la ausencia de autonomía en la organización del trabajo, de feedback sobre el mismo, y el apoyo social percibido por el equipo de trabajo y supervisores..., son otros elementos que pueden actuar como desencadenantes del proceso de desgaste profesional.

No es posible una humanización de la salud si no es en el contexto de las relaciones interpersonales. En este proceso, el desgaste emocional puede actuar como freno ya que el *agotamiento emocional*, generará en el profesional la sensación de insuficientes recursos afectivos y físicos para ello; la *despersonalización*, facilitará el establecimiento de relaciones frías, distantes y deshumanizadas, tanto con pacientes como con familiares y compañeros de trabajo, lo que se puede expresar además en forma de incapacidad para mostrar empatía ante situaciones conflictivas, dolorosas, etc., de un paciente o una familia; finalmente, la *baja realización personal*, en la que existe una tendencia a tener un concepto negativo sobre sí mismo, sobre todo a nivel profesional, pero también a nivel personal, generará un bajo sentido de autoeficacia e implicación laboral. En esta situación, no solo se pone en riesgo la salud emocional del trabajador, sino que, se establece un círculo vicioso por el que, según recientes estudios longitudinales, se puede ven afectadas las relaciones interpersonales en el equipo de trabajo y la propia seguridad del paciente²⁷.

Junto con el desgaste profesional, en relación con los conflictos emocionales e interpersonales que nos ocupan, aparecen otra serie de entidades psicosociales que pueden afectar negativamente al profesional sanitario. Estas entidades pueden coexistir con el burnout, pueden precederlo o pueden desarrollarse como entidades propias²⁸. Entre ellas destacan²⁴:

El **distrés moral o sufrimiento moral**: ocurre cuando el profesional reconoce la acción apropiada en su práctica clínica, pero no puede llevarla a cabo por existir restricciones que se lo impiden, quedando así afectada su integridad moral. Este impedimento puede venir determinado por limitaciones internas tales como la duda sobre sí mismo y sus razones morales, el miedo a crear un conflicto, o la falta de confianza; y por limitaciones externas como pueden ser los desequilibrios de poder en los diferentes roles profesionales (médico-enfermera-auxiliar), la falta de comunicación, y las presiones institucionales por criterios económicos, temor a demandas judiciales, etc. La obstinación terapéutica, los cuidados al final de la vida, la comunicación con familias, el mal uso de los recursos, etc., son ejemplos de situaciones donde se puede hacer presente el **distrés o sufrimiento moral**.

Desde una perspectiva de humanización de sanidad, medidas orientadas a optimizar el contexto laboral tales como sesiones multidisciplinarias para el abordaje común de este tipo de situaciones complejas, sesiones de análisis tras situaciones en las que se ha vivido un importante sufrimiento moral, disponer de políticas específicas institucionales sobre aspectos relacionados con los cuidados al final de la vida y la participación de los comités de ética en situaciones conflictivas, serán, junto a la formación de los profesionales, algunas medidas de protección de la salud de los trabajadores que facilitaran una actuación más humanizada en estos momentos críticos. Estas medidas serán también útiles en otras situaciones conflictivas como los «cuidados percibidos como inapropiados»^{29,30}.

Los **cuidados percibidos como inapropiados**: los profesionales sanitarios pueden percibir que un cuidado es inadecuado cuando éste no está alineado con sus creencias y valores personales o con sus conocimientos científico-técnicos. Condiciones en las que el profesional puede considerar el cuidado como inapropiado son, por ejemplo, en la atención a pacientes incumplidores de forma persistente, cuando existen diferencias entre los cuidados prestados (por exceso o por defecto) con el pronóstico esperado, cuando el profesional considera que otros pacientes podrían beneficiarse en mayor medida de un tratamiento o intervención, cuando la información a los pacientes es inadecuada o inexacta, cuando no se respetan los deseos de los pacientes, cuando se percibe que los cuidados no se realizan con la necesaria calidad, etc.

La **fatiga por compasión**: es el conjunto de emociones y conductas naturales resultantes de la interacción y contacto con el sufrimiento de otras personas que viven un evento doloroso y traumático. Consiste en una erosión emocional a la que se puede ver expuesto el profesional, que se acerca a la persona que sufre, con empatía, percibiendo su dolor, con ánimo de ayudarlo a superarlo (compasión), y con compromiso emocional. Es el resultado de un proceso progresivo y acumulativo por el contacto prolongado, continuo e intenso con los pacientes, que dificulta en gran medida una interacción y cuidados humanizados.

Cuando estas situaciones no se manejan adecuadamente, se pueden generar en el profesional tres grupos de síntomas similares a los del trastorno por estrés postraumático, motivo por el cual algunos autores lo denominan **estrés traumático secundario**: la reexperimentación de lo vivido (en pensamientos intrusivos o sueños, con sufrimiento psicológico, y alta carga emocional), actitudes de evitación y distanciamiento de las personas, embotamiento psíquico y estados de hiperactivación o hiperarousal con tensión permanente, hipervigilancia, alta reactividad, estado de ánimo negativo, etc. En una revisión sobre su etiología, intervención y prevención³¹, los autores señalan aspectos claves para su prevención como la formación al personal sanitario, la planificación organizacional de intervención, las políticas de descanso del personal y recuperación del estrés, el apoyo social en los equipos de trabajo, la detección temprana de personal afectado y la facilitación de ayuda clínica a los mismos.

Todas estas entidades, aparecen en relación a la existencia de ciertos factores de riesgo psicosocial, especialmente en contextos asistenciales altamente estresantes debido a la alta mortalidad y morbilidad de los pacientes, a las rutinas diarias, al afrontamiento de situaciones de dolor físico y emocional, a tener que tomar decisiones de importante

calado ético, etc.³² Cuando, además, se añaden condiciones inadecuadas en cuanto a recursos, relaciones interpersonales, apoyo y reconocimiento institucional, soporte psicológico, reparto de cargas y responsabilidades, descanso, liderazgo compasivo, espíritu de equipo, etc., la aparición del desgaste profesional y de los demás problemas mencionados es altamente probable.

Por el contrario, cuando se forma, fomenta y apoya al trabajador sanitario para una interacción profesional centrada en la persona, y se recupera la humanización en la atención al paciente, a sus familias y a la relación con los equipos de trabajo, se conectará al sanitario con aspectos básicos de la actividad clínica y con los valores de la profesión: le conectará con «el otro» dando sentido a su actividad y facilitando la motivación interna y aspectos contrarios a los mencionados, como la vinculación con el trabajo o *engagement*.

DISEÑO DE LOS ENTORNOS ASISTENCIALES, ERGONOMÍA, SALUD Y HUMANIZACIÓN

Desde la ergonomía aplicada a la salud laboral, se pretende analizar el trabajo en relación con el entorno en que se lleva a cabo y con quienes lo realizan (los trabajadores), en la búsqueda de que sea el trabajo el que se adapte al profesional, en lugar de obligar al trabajador a adaptarse a él.

Este principio se aplica tanto a aspectos de la tarea (carga física y mental por ejemplo), procedimientos de trabajo en la actividad asistencial (como la creciente tecnificación del contexto sanitario ya mencionada), la organización asistencial y a aspectos propios del lugar físico de trabajo. Cuando desde la salud laboral, se habla de crear ambientes favorables de trabajo, se está proponiendo una visión integral del puesto de trabajo, medioambiente del mismo, procesos productivos, de servicio y de gestión en la organización de la actividad.

Todo este conjunto de variables del contexto laboral serán percibidas y experimentadas por los profesionales, influyendo en su estado emocional, conducta y rendimiento. Las relaciones interpersonales entre el personal sanitario, los pacientes y sus familiares, el acceso a la información, el diseño de espacios y equipos de trabajo, la iluminación y el ruido ambiental, son algunas de las variables que interactúan entre sí y cobran especial importancia en una visión holística y humanizada del trabajo asistencial. Además, la comprensión de las necesidades físicas y psicológicas de los usuarios de los centros sanitarios (pacientes, familiares, personal sanitario, técnico...), es la clave para el diseño humanista de estas estructuras.

El diseño de los hospitales, y centros de salud en general, se ha visto modificado en gran medida en los últimos años, tanto por la necesaria adaptación a los cambios tecnológicos como a los sociales. El desarrollo de complejas infraestructuras, ha requerido también la elaboración de protocolos de seguridad en su utilización para la protección de los usuarios y de los profesionales que allí trabajan. Sin embargo, estas medidas no siempre han ido acompañadas de una visión humanizada del uso y efecto de dichos espacios. Desde la prevención de riesgos laborales, la necesaria priorización en aspectos de seguridad, higiene y ergonomía de los lugares de trabajo, y el gran avance conseguido ya en este sentido, plantean ahora un terreno aún por explorar: cómo hacer esos espacios más «amables» a pacientes, familiares y trabajadores del contexto sanitario, para no solo prevenir el riesgo, sino también incrementar el bienestar.

Hay numerosas evidencias científicas que respaldan la relación entre los espacios físicos y el proceso salud-enfermedad en el contexto sanitario, que afectan a profesionales y usuarios del sistema asistencial, y aluden a diferentes aspectos³³⁻³⁶:

- La seguridad de los pacientes en relación a infecciones nosocomiales, errores médicos y frecuencia de fallos accidentales.

- Influencia en la percepción del dolor, sueño y descanso, sentimientos depresivos y evaluación de la calidad del tiempo de hospitalización.
- Relación con los niveles de ansiedad, desorientación y estrés en los pacientes que se relacionan con necesidades de sedación
- Privacidad, apoyo socio-emocional y satisfacción de pacientes y familiares.
- Facilitación del ejercicio de una práctica sanitaria humanizada
- Arquitectura saludable
- Facilidades para el cuidado y eficacia en los procedimientos de trabajo
- Facilidades para la comunicación entre todas las partes (pacientes, familiares, profesionales y equipos sanitarios)
- Accidentes de los profesionales en el lugar de trabajo, estrés, eficiencia profesional y satisfacción de los trabajadores.

Esta perspectiva implica que, además de cuidar el confort físico, acústico, térmico, lumínico, etc., como se ha estado haciendo hasta ahora, desde una perspectiva humanizada de los espacios, hay que primar en el diseño elementos que favorezcan el cuidado emocional de los usuarios (profesionales y pacientes) para proporcionar intimidad y privacidad, generando así la sensación de «tener un espacio propio»³⁷.

Cobran importancia en este sentido variables como el mobiliario funcional, los elementos decorativos, los colores utilizados, la personalización de espacios para el paciente (con fotografías, dibujos, etc., en la medida de lo posible y sin que dificulten la actividad asistencial), y la facilitación de la distracción del mismo mediante televisores, conexión a internet, etc. Otro elemento fundamental es la luz natural para facilitar el ritmo circadiano y momentos de desconexión y relax con la búsqueda, en la medida de lo posible, de la inclusión de espacios abiertos a patios, jardines, terrazas, etc.

Desde la perspectiva de los trabajadores, las características específicas del trabajo sanitario (con guardias, trabajo a turnos y nocturno) plantean la necesidad de prestar especial atención a los lugares de descanso. De nuevo, la percepción de un «espacio propio», la posibilidad de reunirse, comer, tener adecuadas instalaciones para la higiene personal y cambio de ropa de trabajo, adquiere especial importancia si queremos cuidar al cuidador, procurar un contexto de trabajo humanizado para los profesionales², y no sólo cumplir los criterios de la legislación sobre los lugares de trabajo³⁸.

En definitiva, todas estas consideraciones del contexto ambiental del trabajo sanitario van a influir en la mejora de la organización y funcionalidad de los espacios, en facilitar el soporte técnico a la tarea asistencial (como la movilización de pacientes por ejemplo) y el humano (como la comunicación con pacientes, familiares y equipo), en el confort, bienestar y satisfacción de los profesionales, pacientes y familiares³⁹.

GESTIÓN INTEGRADA DE LA SALUD LABORAL Y LOS PROCESOS DE HUMANIZACIÓN

La propia Ley de Prevención de Riesgos Laborales⁴⁰, en el punto 5 de la Exposición de motivos, especifica que «*la protección del trabajador frente a los riesgos laborales exige una actuación en la organización que va más allá del mero cumplimiento formal de un conjunto predeterminado de deberes y obligaciones empresariales y, más aún, de la simple corrección a posteriori de situaciones de riesgo ya manifestadas*». Propone una planificación de la prevención desde el momento mismo del diseño del proyecto de la organización, la evaluación inicial de los riesgos inherentes al trabajo y su actualización periódica a medida que se alteren las circunstancias, la ordenación de un conjunto coherente y globalizador de medidas de acción preventiva adecuadas a la naturaleza de los riesgos detectados, y el control de la efectividad de dichas medidas.

Adecuar esos principios preventivos a la actualidad del mundo laboral implica adaptarse a un cambio de paradigma que afecta a las empresas y organizaciones saludables de nuestros días. Según algunos autores⁴¹, este proceso de transformación incluye el desarrollo de una cultura humanista en la que el trabajador ponga a disposición de la organización sus capacidades y competencias y se abandone una perspectiva en la que la empresa «se aprovecha» de las capacidades del trabajador. Se trata de modelos de gestión en los que no sólo se consideran aquellos factores que pueden dañar la salud, sino también los que la mejoran.

Las líneas de actuación propuestas por las grandes instituciones en salud laboral desde esta perspectiva (Organización Internacional del Trabajo, Agencia Europea para la Seguridad y Salud en el Trabajo, Instituto Nacional de Seguridad e Higiene en el Trabajo, Organización Mundial de la Salud...) plantean que ha llegado el momento de establecer políticas de bienestar que complementen las políticas de prevención y control de los riesgos laborales. La humanización en el entorno sanitario es una oportunidad para establecer programas que atiendan a ese agente humanizador: el profesional sanitario, y consideren el bienestar de la persona de forma transversal en sus instituciones y procedimientos de gestión.

Promocionar la salud emocional del trabajador sanitario implicará tener en cuenta determinados aspectos⁴²:

- Promover la salud mental positiva, el bienestar de los trabajadores
- Prevenir las causas de estrés y otros posibles riesgos laborales
- Detectar de forma temprana e intervenir con soporte terapéutico ante posibles problemas emocionales en el personal sanitario.
- Apoyar y reintegrar en la organización a los trabajadores tras posibles problemas de salud mental.

Todo ello son importantes retos de futuro. Los hospitales humanizados del mañana tienden a una mayor especialización, a la búsqueda de un contexto ambiental amable para su utilización, plantillas más reducidas, incremento de la tecnología (robots, telemedicina, monitorización menos invasiva...), con mayor promoción de la continuidad de cuidados en casa y atención especializada al final de la vida⁴³. No se pueden afrontar esos cambios sin la participación de los profesionales, sin incluir de forma transversal, criterios humanistas en la gestión de los centros sanitarios (incluida la gestión de los riesgos psicosociales), y sin atender a su formación y acompañamiento en ese proceso de adaptación.

Formación en bienestar y humanización:

Desde las Unidades de Salud Laboral es de obligado cumplimiento la formación e información a los trabajadores sobre los riesgos de su trabajo. Como señalábamos en párrafos anteriores, a esta perspectiva se ha unido en los últimos años, propuestas formativas sobre aspectos positivos tales como el autocuidado, la recuperación del estrés, mindfulness, vinculación con el trabajo (*engagement*), resiliencia, manejo de conflictos para que no deriven en situaciones de violencia o acoso, etc.

De forma integrada con esta formación, se hace imprescindible la formación en lo que Velasco y cols. han denominado «*human tools*», es decir, herramientas humanas para la interacción con el paciente, familiares y compañeros de trabajo; que desarrollen competencias emocionales, relacionales, de resiliencia y compasión, con el fin de activar actitudes saludables y humanas que permitan⁴⁴:

- Reconocer las limitaciones propias: capacidad para solicitar y aceptar ayuda o supervisión.
- Aceptar compromisos y estimular el compromiso en los demás.
- Valorar el trabajo de los demás.

- Mostrar disposición para consultar a otros especialistas y tener en cuenta su opinión; promover su participación en la toma de decisiones cuando es apropiado y favorecer el trabajo en equipo.
- Promover un clima adecuado para compartir conocimientos.
- Desarrollar el trabajo hacia el logro de resultados.
- Establecer relaciones de confianza y ofrecer una atención compasiva hacia los pacientes y sus familiares.
- Mantener una actitud crítica y reflexiva a la vez que receptiva, respetuosa y sin prejuicios.

Los autores proponen para ello, que además de la formación continua en competencias instrumentales, se realice una formación humanista al profesional sanitario para su propio bienestar y el de los receptores de su servicio que deberá incluir: la identificación, manejo y regulación de las propias emociones y pensamientos, actitudes disposicionales optimistas, resiliencia, competencias relacionales en comunicación efectiva y afectiva, relación de ayuda (asesoramiento), competencias socio-emocionales en la atención al duelo, escucha activa, la triada respeto-empatía-autenticidad, entrenamiento en comunicación asertiva, trabajo en equipo y competencias éticas (tales como formación en bioética, gratitud y compasión).

Con la base del conocimiento científico-técnico, y la experiencia profesional, el profesional sanitario tiene que transmitir de forma completa, sincera, clara y sencilla, la información clínica, lo que en ocasiones incluye la transmisión de malas noticias. Cualidades como la empatía, pueden ayudarle a percibir las necesidades de su interlocutor, tanto desde el punto de vista más práctico (adecuación del lenguaje a la persona, cantidad de datos, explicaciones, contenido) como emocional (estado emocional y cognitivo del momento, necesidad de información, espacio para preguntas, etc). El contacto humano en estas circunstancias y el lenguaje no verbal mediante el contacto visual, la cercanía y el contacto físico (estrechando la mano por ejemplo) serán elementos clave en el proceso de comunicación. Formar al profesional en su manejo eliminará el miedo a la sobreimplicación y contagio emocional no deseado, y promoverá actitudes que pueden ser a la vez profesionales y humanas.

Sería deseable que estos conocimientos, junto a otros como la ética, fueran transversales a la formación sanitaria desde sus inicios, pero además deberán formar parte de la formación continuada y el reciclaje del profesional. Con ello se vería un beneficio la calidad de los cuidados y en la salud y bienestar de pacientes y profesionales.

La participación y gestión de la resistencia al cambio:

Como ocurre con cualquier cambio en los procedimientos de trabajo, a la hora de implantar políticas de humanización del cuidado serán esenciales unos pasos claves tales como el previo diagnóstico de la situación y detección de necesidades, el diseño y planificación de las acciones a implantar, la ejecución de dichas acciones y la evaluación y propuesta de mejora de su funcionamiento. Para ello, se requerirá el apoyo y compromiso de la dirección y la participación de los trabajadores implicados.

Incluso con una adecuada planificación y participación, es necesario contar con situaciones de rechazo y resistencia al cambio de paradigma. Estas resistencias (explícitas o implícitas), pueden proceder tanto de la organización, por factores relacionados con el organigrama, la cultura organizacional, criterios económicos, etc.; como de personas concretas, debido a actitudes de desacuerdo, incertidumbre, desconocimiento, falta de competencias, percepción de pérdida de identidad, miedo a incrementar la carga de trabajo o presión temporal, etc.

Para minimizar estas resistencias serán claves algunas acciones⁴⁵:

- Comunicar y difundir adecuadamente la necesidad de cambio
- Obtener una visión compartida (que integre a todos los estamentos profesionales)

- Generar el compromiso de los líderes
- Facilitar la participación del personal
- Pensar sobre la organización en forma integrada
- Medir los resultados del proceso

UN EJEMPLO APLICADO: PROYECTO DE HUMANIZACIÓN DE LAS UNIDADES CUIDADOS INTENSIVOS (HU-CI)

Un ejemplo aplicado de los mencionados proyectos de humanización es el Proyecto de Humanización de los Cuidados Intensivos HU-CI^{46,47}. Este proyecto se ha diseñado con el objetivo de desarrollar acciones específicas que contemplen la humanización como una dimensión transversal de la calidad, de forma que se ofrezcan unos cuidados intensivos, ya no solo excelentes desde el punto de vista técnico, sino más humanos, contemplando al profesional como motor del cambio.

Para conseguir tales objetivos, se han establecido ocho líneas estratégicas de actuación con acciones específicas que los Servicios de Medicina Intensiva pueden incorporar para llevar a cabo un proceso integral de humanización de los cuidados del enfermo crítico:

- UCI de puertas abiertas
- Comunicación
- Bienestar del paciente
- Presencia y participación de los familiares en los cuidados intensivos
- Cuidados al profesional
- Prevención, manejo y seguimiento del Síndrome Post Cuidados Intensivos
- Infraestructura humanizada
- Cuidados al final de la vida

Estas líneas abordan aspectos relacionados con la flexibilización de los horarios de visita o «UCI de puertas abiertas» que permitan una mayor presencia y participación de los familiares adaptado a las necesidades individuales de cada paciente y su entorno⁴⁸.

La línea de comunicación incluye la mejora de la comunicación entre profesionales como elemento clave de trabajo en equipo, y la participación multidisciplinar de todos aquellos implicados en los cuidados del paciente⁴⁹; contemplando herramientas que favorezcan el manejo de los conflictos interpersonales que ocurren y son debidos en muchas ocasiones a problemas de comunicación³². El entrenamiento en habilidades no técnicas y las estrategias de soporte pueden favorecer la cohesión de los equipos y la comunicación con el paciente y las familias.

El proyecto contempla a su vez el bienestar del paciente no solo físico, sino psicológico y emocional⁵⁰, incluyendo las necesidades de la familia y reconociendo el impacto que a largo plazo pueden derivar las secuelas de un inadecuado manejo de estos síntomas. La inclusión de la calidad de vida del paciente crónico y las secuelas derivadas de la atención de pacientes críticos en los propios pacientes y sus familiares requieren un abordaje integral y preventivo del síndrome post UCI⁵¹. En relación a las familias, se considera que su participación activa en determinados cuidados y la presencia durante los procedimientos, los convierte en parte activa del equipo y reduce los sentimientos de impotencia, reduciendo el estrés emocional y mejorando su satisfacción⁵².

Una de las líneas más importantes para poder hacer efectivo esta estrategia contempla el cuidado de los profesionales, verdaderos agentes de cambio. El reconocimiento del síndrome de desgaste profesional y otros síndromes «overlap» como el sufrimiento moral o la fatiga por compasión son elementos clave reconocidos por organizaciones científicas

internacionales que ofrecen recomendaciones para prevenir, mitigar y dar una respuesta adecuada a las necesidades físicas, emocionales y psicológicas de los profesionales derivadas de su dedicación y esfuerzo en el desarrollo de su trabajo²⁸. Se ha establecido para ello un programa formativo específico para el personal de UCI.

En relación con la infraestructura humanizada, algunos aspectos que se están comenzando a trabajar desde este Proyecto, son por ejemplo las salas de espera que preferimos denominar «salas de estar». En este proceso se realiza un diseño a medida donde se prima crear un espacio amable, cálido, luminoso, acogedor y versátil para satisfacer las diferentes necesidades que tengan los familiares durante la espera y facilitar los procesos de comunicación con los profesionales sanitarios. Otra acción acometida desde esta línea estratégica se ha denominado «Más allá de la pared», y consiste en la creación de «ventanas» mediante elementos decorativos en las habitaciones de los pacientes que permiten visualizar diferentes paisajes (en lugar de la pared del box o habitación). En la medida de lo posible se intenta que cada paciente pueda disfrutar del tipo de vista que más le agrada⁵³.

Finalmente el integrar los cuidados paliativos de forma real en la medicina intensiva ofrece la posibilidad de mejorar los cuidados al final de la vida y establecer procedimientos para la adecuación de los tratamientos de soporte vital basados en la mejor evidencia científica y contemplando las preferencias de los pacientes⁵⁴.

Si bien es el quinto punto el que, como hemos visto, se centra en el cuidado del profesional, la atención al trabajador sanitario de UCI aparece de forma transversal a lo largo de todas las líneas estratégicas, ya que para poder interactuar con los pacientes y sus familiares, transmitir pautas de actuación, manejar elevadas demandas emocionales y acompañar al final de la vida, es necesario dotar de recursos y competencias al profesional, así como ayudarle a comprender y manejar los diferentes estados emocionales que toda esa actividad laboral puede generar en él. Por este motivo, desde el Proyecto HU-CI, se ha establecido un programa formativo para los profesionales de las UCIs con formación on line, presencial y semi-presencial, donde se abarcan riesgos psicosociales como el desgaste profesional, la fatiga por compasión, el estrés moral, se forma a los profesionales en técnicas y disciplinas preventivas y de recuperación del estrés (como el yoga y el mindfulness) y se aportan conocimientos sobre comunicación efectiva, asertividad o afrontamiento y manejo del duelo. Todos estos contenidos, así como una constante actualización en artículos científicos de referencia se exponen también de forma divulgativa a través de los post periódicos que se publican en el blog⁴⁶

CONCLUSIÓN

La salud laboral y los procesos de humanización de la sanidad comparten un gran número de objetivos y formas de actuación. La colaboración entre ambas disciplinas y el esfuerzo común puede ser un elemento enriquecedor del trabajo asistencial y del cuidado de sus profesionales. Las líneas de actuación en humanización (como los ejemplos planteados en este artículo) facilitarán la conexión del personal sanitario con su aspecto más vocacional, con la motivación intrínseca como motor principal de su trabajo, con la vinculación (*engagement*) con el mismo, dando así sentido a su dedicación profesional.

La atención especial a los riesgos psicosociales será clave en una profesión donde el trabajo implica importantes situaciones estresantes inherentes a su desempeño, que suponen un considerable reto emocional. La respuesta inadecuada o insuficiente a la hora de afrontar estas realidades puede ocasionar problemas emocionales, de salud, de comportamiento y de socialización que desemboquen finalmente en el desarrollo del desgaste profesional o de cualquiera de los otros síndromes asociados que hemos mencionado.

Ya existen propuestas que integran estas líneas de acción. El ejemplo del proyecto HUCI a través de su Plan de Humanización y de otras iniciativas, es un modelo de

integración de la atención centrada en la persona que incluye de manera activa al profesional sanitario. Se trata de un proyecto avalado por diferentes sociedades científicas, que aborda la necesidad de formación de los profesionales en habilidades específicas y contempla la medición del desarrollo de la estrategia a través de indicadores de estructura, proceso y resultado que permitan la evaluación comparativa y aprender de las mejores prácticas.

El Dr. Julio Zarco propone traducir humanismo médico por humanismo sociosanitario para incluir a los todos los profesionales socio-sanitarios y a las estructuras sanitarias donde desarrollan su trabajo⁵⁵. Desde la salud laboral hay una importante tarea por hacer en este sentido. El reto será asumir el nuevo paradigma, implicar a direcciones y gerencias, representantes de los trabajadores y profesionales, para posteriormente ir elaborando el «traje de humanización a medida» de cada Servicio o Unidad, ya que si bien los objetivos generales pueden ser comunes, cada servicio planteará aspectos específicos a tener en cuenta.

Con la integración de la gestión de la salud laboral y las políticas de humanización se estará trabajando por el bienestar de profesionales y pacientes, y con ello, por la calidad del servicio asistencial prestado. Parece por tanto que se abre una importante y fructífera línea de investigación e intervención, donde todas las manos serán pocas.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Organización Mundial de la Salud. Constitución de la Organización Mundial de la Salud. Génova 1946. Disponible en: http://www.who.int/governance/eb/who_constitution_sp.pdf
2. Consejería de Sanidad de la Comunidad de Madrid. Plan de Humanización de la Asistencia Sanitaria 2016-2019. Disponible en: <http://www.madrid.org/bvirtual/BVCM017902.pdf>
3. Spinsanti S. L'alleanza terapeutica. Roma: Borla; 1988.
4. Heras G, Alonso A, Gómez V. A plan for improving the humanisation of intensive care units. *Intensive Care Meds* 2017; 43:547-549.
5. Declaración Universal de los Derechos Humanos. Disponible en: <http://www.un.org/es/universal-declaration-human-rights/>
6. Convenio sobre los Derechos Humanos y la Biomedicina del Consejo de Europa (Convenio de Oviedo, 1997)
7. Ley General de Sanidad 14/1986 de 25 de abril. Disponible en: http://www.ascane.org/leyes/l_014_1986.pdf
8. Ministerio de Sanidad y Consumo. INSS. Plan de Humanización de la Asistencia Hospitalaria. Disponible en: http://www.ingesa.mssi.gob.es/estadEstudios/documPublica/internet/pdf/Plan_Humanizacion_AsistHospit.pdf
9. Plan de humanización de la atención sanitaria del Sistema sanitario público de Extremadura 2007-2013. Disponible en: http://www.aupex.org/salud/index.php?option=com_remository&Itemid=&func=startdown&id=3
10. Santos Hernández AM. Humanización de la atención sanitaria: retos y perspectivas. *Cuadernos de bioética*, 2003; 14(50):36-60.
11. De Silva, D. *Helping measure person-centred care*. London: The Health Foundation 2014.
12. Bermejo JC. *Humanizar la asistencia sanitaria*. Bilbao: Desclée de Brower, 2014.
13. Maslach C, Jackson SE. Burnout in Health Professions: A social psychological analysis. En G.S.Sanders y J. Suls (Eds.). *Social Psychology of Health and Illness*. Hillsdale, N.J.: Lawrence Erlbaum; 1982
14. Zapf D, Seifert C, Schmutte B, Mertini H, Holz M. Emotion work and job stressors and their effects on burnout. *Psychology and Health*, 2001; 16:527-545.
15. Garrosa E, Moreno-Jiménez B, Gálvez M, Rodríguez-Carvajal R. Variables predictoras del burnout en enfermería: importancia de los procesos emocionales de resistencia. *Medicina y Seguridad del Trabajo* 2005; 19:5-13.
16. Moreno B, Gálvez M, Rodríguez R, Sanz AI. A study of physicians' intention to quit: The role of burnout, commitment and difficult doctor-patient interactions. *Psicothema* 2012; 24(2): 263-270.

17. Travado L, Grassi L, Gil F, Ventura C, Martins C, The Southern European Psycho-oncology Study (SEPOS) Group. Physician-patient communication among southern european cancer physicians: The influence of psychosociocultural orientation and burnout. *Psycho-Oncology* 2005; 14:661-670.
18. Leal-Costa C, Díaz-Agea JL, Tirado-González S, Rodríguez-Marín J, Van der Hofstadt CJ. Las habilidades de comunicación como factor preventivo del Síndrome de Burnout en los profesionales de la salud. *An Sist Sanit Navar*. 2015; 38(2): 213-223.
19. Garrosa E, Moreno-Jiménez B, Rodríguez-Muñoz A, Sanz-Vergel A. La influencia del estrés de rol y la competencia emocional en el desgaste profesional y en el engagement. *Información Psicológica* 2008; 91-92:80-84.
20. Suchman AL, Branch WT, Matthews DA. The role of the medical interview in the physician's search for meaning. En: Lipkin M, Putnam SM, Lazare A, eds. *The medical interview*. Nueva York: Springer-Verlag, 1995; 368-378.
21. Epstein RM. Comunicación, burnout y resultados clínicos: más preguntas que respuestas. *Aten Primaria* 2001; 27(7):511-513.
22. Kaplan SH, Greenfield S, Ware JE. Assessing the effects of physician-patient interactions on the outcomes of chronic disease. *Medical Care* 1989; 27:110-127.
23. Roter DI, Hall JA, Kern DE, Barker LR, Cole KA, Roca RP. Improving physicians' interviewing skills and reducing patients' emotional distress, a randomized clinical trial. *Arch Intern Med* 1995; 155:1877-1884.
24. Gómez JM, Gálvez M, Martín M. El desgaste profesional: cuidando al cuidador. En: Gabriel Heras y Miembros del Proyecto HU-CI. *Humanizando los Cuidados Intensivos. Presente y futuro centrado en las personas*. Bogotá, Colombia: Distribuna Editorial; 2017.
25. Gálvez M, Moreno B, Mingote JC. El desgaste profesional del médico. Revisión y guía de buenas prácticas. *El vuelo de Ícaro*. Madrid: Díaz de Santos; 2009.
26. Garrosa E, Moreno-Jiménez B, Rodríguez-Muñoz A, Rodríguez-Carvajal R. Role stress and personal resources in nursing: A cross-sectional study of burnout and engagement. *International Journal of Nursing Studies*, 2011 48(4), 479-489.
27. Welp A, Meier LL, Manser T. The interplay between teamwork, clinician's emotional exhaustion, and clinician-rated patient safety: a longitudinal study. *Critical Care* 2016; 20:110-120.
28. Moss M, Good VS, Gozal D, Kleinpell R, Sessler CN. An Official Critical Care Societies Collaborative Statement: Burnout Syndrome in Critical Care Healthcare Professionals: A Call for Action. *Crit Care Med* 2016; 44(7):1414-21.
29. McCue C. Using the AACN framework to alleviate moral distress. *Online J Issues Nurs* 2010; 16(1):9.
30. Kon AA, Shepard EK, Sederstrom NO et al. Defining futile and potentially inappropriate interventions. A policy statement from the Society of Critical Care Medicine Ethics Committee. *Crit Care Med* 2016; 44(9):1769-74.
31. Moreno-Jiménez B, Garrosa E, Morante ME, Rodríguez R, Losada MM. El estrés traumático secundario. Evaluación, prevención e intervención. *Terapia Psicológica* 2004; 22(1):69-76.
32. Azoulay E, Timsit JF, Sprung CL, et al. Conflicus Study Investigators and for the Ethics Section of the European Society of Intensive Care Medicine. Prevalence and factors of intensive care unit conflicts: The conflicus study. *Am J Respir Crit Care Med*. 2009;180(9):853-60.
33. Ulrich RS, Zimring CM, Zhu X, et al. A review of the research literature on evidence based healthcare design. Evidence-based design resources for executives. Center for Health Design-Georgia Institute of Technology, College of Architecture; 2008; White Paper Series 5/5.
34. Devlin AS, Arneill AB. Health care environments and patient outcomes: A review of the literature. *Environ & Behav* 2003; 35:5665-94.
35. Rubert R, Long LD, Hutchinson ML. Creating a healing environment in the ICU. En: Kaplow R, Hardin SR, eds. *Critical Care Nursing: Synergy for Optimal Outcomes*. Jones & Bartlett Publishers 2007.
36. Bosia D, Marino D, Peretti G. Health facilities humanisation: design guidelines supported by statistical evidence. *Ann Ist Supper Sanità* 2016; 52(1):33-39.
37. López XM, Romero S. Arquitectura Hospitalaria. *Boletín Académico*. Escola Técnica Superior de Arquitectura da Coruña 1997; 21:31-39. Disponible en: http://ruc.udc.es/dspace/bitstream/handle/2183/5287/ETSA_21-5.pdf?sequence=1
38. Real Decreto 486/1997, de 14 de abril, por el que se establecen las disposiciones mínimas de seguridad y salud en los lugares de trabajo.
39. Huisman ER, Morales E, van Hoof J, Kort HSM. Healing environment: A review of the impact of physical environmental factors on users. *Building and Environment* 2012; 58:70-80.
40. Ley 31/1995, de 8 de noviembre de 1995, por la que se aprueba la Ley de Prevención de Riesgos Laborales.

41. Solé D. Empresa saludable: ¿destino o carrera de fondo?. Arch Prev Riesgos Labor 2017; 20(2):78-79.
42. Gálvez M, Solé MD. Salud Mental: etapas para su promoción en la empresa. NTP 1045 Instituto Nacional de Seguridad e Higiene en el Trabajo. Disponible en: <http://www.insht.es/InshtWeb/Contenidos/Documentacion/NTP/NTP/Ficheros/1043a1054/ntp-1045w.pdf>
43. Vicent JL, Creteur J. The hospital of tomorrow in 10 points. Critical Care 2017; 21:93. Disponible en: <https://ccforum.biomedcentral.com/articles/10.1186/s13054-017-1664-7>
44. Velasco JM, Segovia C, Gálvez M, Heras G. Human Tools: formación en habilidades no técnicas para profesionales sanitarios. En: Gabriel Heras y Miembros del Proyecto HU-CI. Humanizando los Cuidados Intensivos. Presente y futuro centrado en las personas. Bogotá, Colombia: Distribuna Editorial; 2017
45. López ME, Restrepo LE, López GL. Resistencia al cambio en organizaciones modernas. Scienza et Technica 2013; 18(1):149-157.
46. Proyecto de Humanización de los Cuidados Intensivos (HU-CI). Disponible en: <http://humanizandoloscuidadosintensivos.com/es/inicio/>
47. Heras G, Martín MC, Nin N. Buscando humanizar los cuidados intensivos. Rev Bras Ter Intensiva 2017; 29(1):9-13.
48. Escudero D, Martín L, Viña L, et al. Visitation policy, design and comfort in Spanish intensive care units. Rev Calid Asist. 2015; 30(5):243-50
49. Curtis JR, Cook DJ, Wall RJ, et al. Intensive care unit quality improvement: a «how-to» guide for the interdisciplinary team. Crit Care Med. 2006; 34(1):211-8.
50. Alonso A, Heras G. ICU: A branch of hell? Intensive Care Med 2016; 42(4):591.
51. Needham DM, Davidson J, Cohen H, et al. Improving long-term outcomes after discharge from intensive care unit: report from stakeholders' conference. Crit Care Med 2012; 40(2):502-509.
52. Davidson JE, Aslakson RA, Long AC, et al. Guidelines for Family-Centred Care in the Neonatal, Pediatric and Adult ICU. Crit Care Med 2017; 45(1):103-128.
53. Ferrero M, Gómez-Tello V, Escudero D. Arquitectura e infraestructura humanizada. En: Gabriel Heras y Miembros del Proyecto HU-CI. Humanizando los Cuidados Intensivos. Presente y futuro centrado en las personas. Bogotá, Colombia: Distribuna Editorial; 2017.
54. Mosenthal AC, Weissman DE, Curtis JR, et al. Integrating palliative care in the surgical and trauma intensive care unit: A report from the Improving Palliative Care in the Intensive Care Unit (IPAL-ICU). Projed Advisory Board and the Center to Advance Palliative Care. Crit Care Med 2012; 40(4):8.
55. Zarco J. No es lo mismo humanización que humanismo: Hacia el humanismo sociosanitario. Disponible en: <http://juliozarco.com/6791-2/>

