



Universidad de Valladolid

# humanizAS

## Humanizando la Atención Sanitaria

### INFORME DE RESULTADOS PRELIMINARES

#### ASPECTOS GENERALES

*Título del Proyecto:* Desarrollo de la escala autoaplicada “Aprendizaje en Humanización Médico- Estudiante” (AHME) y estudio de su sensibilidad a la práctica clínica durante el Grado en Medicina.

*Miembros del equipo investigador:* Natalia Jimeno Bulnes, Álvaro Díez Revuelta, Antonio Arjona Valladares, Rosa Beño Ruiz de la Sierra, Inés Fernández Linsenbarth, María Fernanda Nieto Ramiro, Emma Osorio Iriarte, Alejandro Roig Herrero, María de los Ángeles de Pedro Sánchez, María del Mar Villacorta Martín y José Luis Almudí Alegre.

*Instituciones participantes:* Universidad de Valladolid (coordinadora), Hospital Clínico Universitario de Valladolid, Universitario Río Hortega de Valladolid, Colegio Oficial de Médicos de Valladolid, Universidad de Salamanca.

#### RESUMEN

La humanización es esencial en la atención sanitaria de calidad, pero diversos factores pueden obstaculizarla. La formación de los estudiantes en este ámbito es crucial, especialmente al comienzo de sus prácticas clínicas, siendo la interacción médico-estudiante clave para transmitir valores y habilidades. Sin embargo, faltan instrumentos específicos para evaluar sus resultados. En este contexto, este proyecto desarrollará y validará la escala AHME (Aprendizaje en Humanización Médico-Estudiante) para evaluar la adquisición de conocimiento y sensibilización de los estudiantes del grado en medicina sobre humanización durante su proceso formativo.

Este proyecto parte y se fundamenta de la experiencia acumulada del grupo humanizAS, que durante 5 años ha implementado la actividad de innovación docente "Entrevista a un profesional sanitario", permitiendo acumular una gran cantidad de material e información valiosa sobre humanización en la práctica médica. El proceso de obtención de datos se reforzará mediante la realización de grupos focales y de expertos a profesionales y responsables de comités de humanización. Para el análisis, se utilizará una metodología mixta cualitativa y cuantitativa, donde se determinarán los contenidos y factores clave de la humanización basados en la experiencia médica. La escala AHME se diseñará a partir de dicho análisis y se validará. Se evaluará su sensibilidad en estudiantes antes y después de la formación práctica.

Se espera que la escala AHME contribuya a mejorar el proceso formativo y la evaluación de estudiantes del grado en medicina y, en definitiva, a dotar a los futuros profesionales médicos de mejores habilidades de humanización y comunicación.



Universidad de Valladolid

# humaniz **AS**

## Humanizando la Atención Sanitaria

### OBJETIVOS Y METODOLOGÍA

*Objetivo Específico 1.* Identificar los contenidos y factores clave de la humanización a partir del análisis temático de entrevistas a profesionales médicos y grupos focales y de expertos (Meses 1-3).

*Diseño del estudio:* Metodología mixta (cualitativa y cuantitativa).

*Actividades realizadas* hasta la fecha, con el objetivo de alcanzar dicho objetivo, y correspondientes a la Fase 1 del proyecto:

- Recopilación de todas las entrevistas realizadas por estudiantes del Grado en Medicina (asignatura Psicología, 2º curso, 2º cuatrimestre) a profesionales sanitarios de distintas titulaciones y especialidades, correspondientes a seis cursos académicos (2019-20 a 2024-25).
- Identificación de las principales dimensiones de la humanización en la atención sanitaria a partir de escalas validadas.
- Análisis temático de las dimensiones identificadas mediante las entrevistas recopiladas mediante recursos de Inteligencia Artificial.

### RESULTADOS OBTENIDOS

#### 1. Entrevistas obtenidas y Análisis de Representación de la Muestra

Se han obtenido **155 entrevistas** realizadas a profesionales sanitarios, con una predominancia de titulados en Medicina, pero se integran también otras profesiones esenciales en la atención al paciente. La riqueza del análisis cualitativo radica en la diversidad de la muestra de profesionales entrevistados, lo que permite una visión integral de la humanización en el sistema sanitario.

##### 1.1. Representación por Profesión (análisis cualitativo y cuantitativo):

- **Medicina:** Constituye el grupo mayoritario de las entrevistas analizadas. Constituyen el grupo más representativo con aproximadamente **133 entrevistas** (un 85% del total).
- **Enfermería:** Se recoge la visión esencial del cuidado a pie de cama y la continuidad asistencial. Es el segundo colectivo con mayor presencia, sumando **19 entrevistas** (12% del total). Abarca profesionales que ejercen en Urgencias, UCI, quirófano, hospitalización, coordinación de trasplantes, estomaterapia y salud mental.
- **Otros profesionales de la salud:** Se contabilizan 4 entrevistas (3% de la muestra), correspondientes a especialistas en Psicología y Fisioterapia.

##### 1.2. Representación por Especialidad Médica (análisis cualitativo):

- **Atención Primaria / Medicina de Familia:** Destaca por la visión longitudinal, el conocimiento del entorno biopsicosocial del paciente y la continuidad asistencial.
- **Psiquiatría y Psicoterapia:** Enfatiza la escucha activa, la gestión de estigmas, el tratamiento de trastornos mentales y las herramientas de entrevista clínica.
- **Urgencias, Cuidados Intensivos (UCI) y Reanimación:** Aporta la visión del manejo de situaciones críticas, el trato con familiares ante la gravedad o muerte inminente, y la necesidad de "puertas abiertas".
- **Pediatría:** Resalta la importancia de la relación triangular (médico-paciente-familia), la adaptación del lenguaje a la madurez del niño y el apoyo a los padres.



- **Otras especialidades hospitalarias:** Incluye Oncología y Cuidados Paliativos (manejo del duelo y malas noticias), Traumatología (funcionalidad e impacto social), Ginecología y Obstetricia (acompañamiento en el ciclo vital y fertilidad), Oftalmología, Nefrología/Trasplantes, Medicina del Deporte e Inspección Médica.

### **1.3. Cuantificación por Especialidades Médicas (análisis cuantitativo):**

Dentro de las 133 entrevistas realizadas a facultativos, el análisis cuantitativo muestra una clara inclinación hacia aquellas áreas donde el trato directo, la longitudinalidad y la carga emocional son más intensos. La distribución exacta por especialidades es:

- **Psiquiatría (30 entrevistas):** Es la especialidad con mayor representación en el estudio. Su alta presencia permite analizar a fondo la salud mental, el modelo biopsicosocial y las técnicas de psicoterapia.
- **Medicina Familiar y Comunitaria (22 entrevistas):** La segunda especialidad más numerosa. Destaca por ser el primer punto de contacto del paciente con el sistema sanitario y por mantener una relación longitudinal a lo largo de su vida.
- **Urgencias y Emergencias (16 entrevistas):** Incluye a médicos que trabajan tanto en las urgencias hospitalarias como en unidades móviles (UME). Se caracterizan por el manejo del tiempo, la incertidumbre y las crisis agudas.
- **Medicina Intensiva / UCI (10 entrevistas):** Centrada en el paciente crítico, donde la comunicación de malas noticias y el apoyo a las familias se vuelven factores diarios esenciales.
- **Medicina Interna (8 entrevistas):** Aporta la visión global e integradora de las múltiples patologías del paciente adulto hospitalizado.
- **Pediatría (8 entrevistas):** Fundamental para entender la relación triangular en la consulta (médico - paciente infantil - padres).
- **Cirugía y Traumatología (8 entrevistas):** Agrupa subespecialidades como Cirugía General, Cirugía Cardíaca y Cirugía Ortopédica y Traumatología, enfocadas en la resolución técnica pero con alta responsabilidad sobre la funcionalidad del paciente.
- **Anestesiología, Reanimación y Terapia del Dolor (7 entrevistas):** Destaca el abordaje del paciente quirúrgico y el acompañamiento en las unidades del dolor crónico.
- **Aparato Digestivo (6 entrevistas):** Abarca el trato clínico en consulta, el manejo de enfermedades crónicas hepáticas y técnicas endoscópicas.
- **Neurología (5 entrevistas):** Especialidad donde el diagnóstico clínico es vital y se manejan frecuentemente patologías degenerativas.
- **Ginecología y Obstetricia (4 entrevistas):** Trato centrado en la salud de la mujer, el embarazo, el parto y la fertilidad.
- **Oncología (3 entrevistas):** Incluye Oncología Médica y Radioterápica, siendo un área crítica para el acompañamiento en enfermedades de altísimo impacto emocional.
- **Otras especialidades médicas (6 entrevistas):** Se recogen de forma más minoritaria áreas como la Inspección Médica (bajas laborales y visados), Otorrinolaringología, Medicina de la Educación Física y el Deporte, Rehabilitación y Nefrología.



### **2. Dimensiones de Humanización (Basadas en herramientas validadas)**

Las entrevistas confirman y ejemplifican las dimensiones teóricas de las escalas HCS, PCHE-III, EUROPEP, CARE y HUMAS.

**2.1. Empatía, Afecto y Comprensión Emocional** (*Dimensiones presentes en HUMAS y CARE*) La capacidad de conectar emocionalmente con el paciente se considera el gran catalizador del encuentro clínico.

- **Evidencias en entrevistas:** Los profesionales insisten en que la empatía nos diferencia de las máquinas y es clave para el alivio del paciente. Un ejemplo claro es el contacto físico y visual: "llamar a los pacientes por su nombre, mirarlos a la cara y cogerles de la mano". No obstante, se recalca la necesidad de mantener un equilibrio para no llevarse el sufrimiento a casa, conservando la "distancia terapéutica" para mantener la objetividad.

**2.2. Relación, Comunicación, Información y Apoyo** (*Dimensiones presentes en EUROPEP, PCHE-III y RHCS*) La provisión de información clara y adecuada al nivel de comprensión del paciente es un pilar innegociable.

- **Evidencias en entrevistas:** Destacan la importancia de huir del lenguaje excesivamente técnico y los "tecnicismos". Se hace hincapié en que la comunicación de malas noticias debe ser honesta, gradual, sin mentir, pero manteniendo la esperanza. El manejo de los silencios también se menciona como herramienta para dejar que el paciente se exprese libremente.

**2.3. Priorizar al Sujeto de Cuidado y Respetar su Subjetividad / Autonomía** (*Dimensiones presentes en PCHE-III y HCS*) El paciente debe ser visto como un ser humano integral (modelo biopsicosocial) y como el actor principal en la toma de decisiones.

- **Evidencias en entrevistas:** Se ejemplifica con la frase recurrente: "no es un órgano enfermo, sino una persona que tiene enfermo un órgano". Los profesionales relatan el cambio del modelo paternalista a uno colaborativo, donde se respeta la autonomía del paciente incluso si este rechaza un tratamiento recomendado o el alta hospitalaria.

**2.4. Autoeficacia, Optimismo y Manejo del Estrés del Profesional** (*Dimensiones presentes en HUMAS*) La capacidad del profesional para gestionar la sobrecarga, la frustración y la toma de decisiones difíciles.

- **Evidencias en entrevistas:** Los sanitarios refieren la dureza de enfrentarse a la muerte y los errores clínicos. Utilizan estrategias como la racionalización, el apoyo en los compañeros del equipo, y la técnica de las "dos batas" (una para el trabajo y otra para casa) para desconectar y prevenir el *burnout*.

**2.5. Condiciones del Entorno y Organización del Cuidado** (*Dimensiones presentes en HCS y EUROPEP*) El impacto de las barreras y facilitadores estructurales en la humanización.

- **Evidencias en entrevistas:** La principal queja es la falta de tiempo en la consulta (masificación), que dificulta el trato personalizado. Como elementos positivos, destacan proyectos como HU-CI, que promueve flexibilizar horarios, crear salas de estar para familiares y permitir la entrada de acompañantes, transformando entornos hostiles en espacios amables.

### **3. Nuevas Dimensiones Emergentes (Propuesta para la Escala AHME)**

El análisis cualitativo revela factores críticos que no están explícitamente medidos en las escalas anteriores, pero que los estudiantes y profesionales identifican como determinantes. Se proponen las siguientes dimensiones adicionales:



### **3.1. Formación Académica en Habilidades Psicosociales (Currículo Oculto vs. Explícito)**

- **Justificación:** Existe una queja generalizada de que las facultades de Medicina y Enfermería se centran casi en exclusiva en las competencias biomédicas, obviando la formación en comunicación, gestión emocional y trato de malas noticias.
- **Ejemplo en entrevistas:** Los profesionales refieren haber aprendido a dar malas noticias o a gestionar la agresividad del paciente "sobre la marcha" mediante el ensayo-error.

### **3.2. Impacto de la Tecnología y la Burocracia (La "Barrera de la Pantalla")**

- **Justificación:** La modernización ha traído herramientas útiles, pero a menudo actúa como una barrera física y atencional entre el clínico y el paciente.
- **Ejemplo en entrevistas:** Se denuncia que "*pasamos muchas horas delante de una pantalla, más incluso que con los propios pacientes*". Profesionales de UCI señalan que a veces se está tan pendiente de las alarmas de las máquinas que se olvida mirar al paciente que está consciente.

### **3.3. Cuidado Institucional de la Salud Mental del Profesional ("Cuidar al Cuidador")**

- **Justificación:** Más allá de la "autoeficacia" individual (medida en HUMAS), los profesionales exigen un soporte institucional real, no dependiendo solo de su resiliencia personal.
- **Ejemplo en entrevistas:** La pandemia expuso la vulnerabilidad de los sanitarios. Se demanda que los hospitales y gerencias provean atención psicológica constante y reduzcan las cargas asistenciales inasumibles, ya que un profesional "quemado" o con depresión no puede humanizar la asistencia.

### **3.4. Educación y Corresponsabilidad del Paciente**

- **Justificación:** La humanización debe ser bidireccional. La falta de educación sanitaria en la población genera un mal uso de los recursos y expectativas irreales que frustran la relación clínica.
- **Ejemplo en entrevistas:** Los profesionales enfrentan pacientes "hiperfrecuentadores", con autodiagnósticos de Google, o que exigen tratamientos innecesarios, lo que genera fricciones, exigiendo al médico habilidades de negociación y educación en salud.

## **CONCLUSIÓN**

Mediante el análisis cuantitativo y cualitativo realizado de 155 entrevistas a profesionales sanitarios, realizadas por estudiantes del Grado en a profesionales sanitarios de distintas titulaciones y especialidades (años 2019-2025) se confirma la presencia de cinco dimensiones de humanización en la atención sanitaria recogidas en escalas previas, y se identifican cuatro dimensiones emergentes: Formación Académica en Habilidades Psicosociales, Impacto de la Tecnología y la Burocracia, Cuidado Institucional de la Salud Mental del Profesional, y Educación y Corresponsabilidad del Paciente.