



UNIVERSITAT DE  
BARCELONA

# Máster en Humanización de la Asistencia Sanitaria: Pacientes, Familias y Profesionales

Trabajo Final de Máster

“24 horas críticas” Mejorando la  
empatía de los profesionales de las  
unidades de cuidados intensivos, a  
través de un taller experiencial”

**M<sup>a</sup> Antonia Herrero Jabonero**

Tutora: **Pilar Delgado Hito**

Curso académico 2018-2019

## INDICE

1. Resumen	2
2. Introducción	3
3. Hipótesis y Objetivos	6
4. Metodología	
4.1. Diseño	7
4.2. Ámbito de estudio	7
4.3. Sujeto de estudio	7
4.4. Variables del estudio	8
4.5. Instrumento de medida	8
4.6. Intervención	9
4.7. Análisis Estadístico	10
5. Aspectos éticos	10
6. Dificultades y limitaciones	11
7. Aplicabilidad y utilidad práctica	11
8. Presupuesto	
8.1. Preparación del taller	12
8.2. Taller	12
8.3. Análisis del taller y elaboración de conclusiones	13
8.4. Difusión de la investigación	13
9. Cronograma	13
10. Bibliografía	14
11. Anexos	18

## 1. RESUMEN

**Objetivo:** Determinar el efecto de un taller experiencial sobre el nivel de empatía de personal sanitario que atiende a pacientes críticos. **Ámbito del estudio:** Unidades de Reanimación 1 y UCIs 3-4-5-6 del Hospital Universitario Central de Asturias (HUCA) **Metodología:** Se utilizará un estudio cuasi-experimental, con un diseño pretest- posttest de un solo grupo. El muestreo será de conveniencia, 80 profesionales. La variable dependiente será el nivel de empatía y la variable independiente el taller experiencial. Como instrumento de medida, la escala de empatía médica de Jefferson, en su versión para profesionales sanitarios (JSPE-HP) **Análisis de datos:** la asociación entre las puntuaciones de la JSPE-HP y las variables cuantitativas se estudiará mediante correlación de Pearson, la relación entre las puntuaciones de la JSPE-HP y las variables cualitativas se determinará mediante la prueba t de Student. **Implicaciones para la práctica:** Mejorar la actitud en el trato hacia el paciente, viéndose reflejado en la calidad asistencial. Una vez evaluado, se verá si el taller realmente modifica la actitud de los profesionales.

**Palabras claves:** Empatía, humanización de la atención, práctica profesional, capacitación profesional, cuidados posoperatorios, cuidados críticos, simulación de paciente, entrenamiento simulado, aprendizaje experiencial.

## ABSTRACT

**Objective:** To determine the effect of an experiential workshop at the empathy level of health workers who care critical patients. **Study area:** Critical surgical care 1, Critical care 3-4-5-6 of the Central University Hospital of Asturias (HUCA). **Methodology.** A quasi-experimental study will be used, with a pretest-posttest design of a single group. The sampling will be of convenience, of 80 professionals. The dependent variable will be the level of empathy and the independent variable the experiential workshop. Jefferson's Scale of Physician Empathy will be the measuring instrument in its version for healthcare professionals (JSPE-HP). Data analysis: association between JSPE-HP scores and quantitative variables will be studied using Pearson's correlation, the relationship between The scores of the JSPE-HP and the qualitative variables will

be determined by Student's t test. **Practice Implications:** To improve the attitude in the patient's treatment, which would be reflected in the care quality. Once it is evaluated if it really modifies the attitude of the professionals.

**Keywords:** Empathy, Humanization of Assistance, professional practice, professional training, postoperative care, critical care, patient simulation, simulated training, experiential learning.

## 2. INTRODUCCIÓN

El modelo afectivo efectivo de Albert Jovell define la atención sanitaria, como la forma de cuidar y curar al paciente, como persona con base en la evidencia científica, incorporando la dimensión de la dignidad y la humanidad del paciente, estableciendo una atención basada en la confianza y en la empatía y contribuyendo a su bienestar y a los mejores resultados posibles de salud<sup>1</sup>.

La medicina vive tiempos de vertiginoso progreso técnico, de forma paralela, nunca se había alcanzado semejante nivel de despersonalización en la relación médico-paciente. Aunque nadie pone en duda la importancia de saber desarrollar las habilidades necesarias para establecer una buena relación médico-paciente, parece que en la práctica esas cuestiones no son objeto de una atención eficaz en los años de graduación médica<sup>2</sup>. Entre los motivos destacan: la sobrecarga de trabajo académico de los alumnos y, la priorización en la adquisición de conocimientos médicos sobre los humanísticos<sup>3</sup>.

Una persona hospitalizada en la Unidad de Cuidados Intensivos (UCI) provoca una separación rápida y abrupta de los escenarios en los cuales se desempeña, lejos de su familia, amigos, compañeros de trabajo entre otros. De pronto se encuentran en un espacio físico portando tubos, sondas, catéteres, rodeado de aparatos productores de sonido irritantes que producen ansiedad en la persona, a lo que se suma la ejecución de procedimientos traumáticos y dolorosos, las situaciones emergentes, y su poca comprensión de las situaciones de gravedad de otros pacientes. Todo este escenario de alguna manera afecta la estructura psicológica de la persona<sup>4</sup>.

Valorar y tener en consideración las emociones del paciente y conocer cuál es su “experiencia real” se puede establecer como objetivo ya que, tal y como dice Enric Benito, “los enfermos se quejan, no de la enfermedad sino de la experiencia subjetiva de la misma. El sufrimiento se da en el ámbito subjetivo: centrados sólo en lo objetivo y medible, los profesionales no lo pueden explorar ni atender”. El sufrimiento es un estado específico de malestar emocional que ocurre cuando la integridad de la persona está amenazada o rota. Y continúa hasta que la amenaza desaparece o la integridad es restaurada o trascendida. El aforismo de Eric Cassell: “Los que sufren no son los cuerpos, son las personas”, resume que el sufrimiento es un conflicto de la integridad del ser de la persona, y sólo puede entenderse y acompañarse desde un modelo integral<sup>5</sup>.

Cultivar los valores humanistas en general y mejorar las habilidades interpersonales y la empatía en particular son de suma importancia en cualquier esfuerzo de servicio humano<sup>6</sup>. En el marco de la atención al paciente, la empatía es un atributo predominantemente cognitivo (no solo emocional) que involucra un entendimiento (no solo sentimiento) de las experiencias, inquietudes y perspectivas del paciente, combinado con una capacidad de comunicar este entendimiento, sabiendo que ambos componentes de la empatía (cognición y emoción) no son completamente independientes. Bylund y Makoul recalcan la importancia que tiene la comunicación al enfermo de esta comprensión<sup>7</sup>. Asimismo es un proceso activo, consciente e intencional y que, por tanto, puede ser activado voluntariamente<sup>8</sup>.

En una revisión bibliográfica recientemente publicada, “El cuidado invisible. Necesidades psicoemocionales del paciente crítico en Unidades de Cuidados Intensivos”, se llegó a la conclusión que, la satisfacción de este tipo de necesidades adopta un papel secundario respecto a las intervenciones técnicas y tecnológicas, formando parte de lo que se conoce como “cuidado invisible” y dificultando que la sociedad visualice la aportación específica de las enfermeras. Se está produciendo una dicotomía entre la teoría y la práctica debida a una serie de dificultades como, el desgaste emocional, el exceso de trabajo o la presión asistencial, entre otras<sup>9</sup>.

Investigadores como Teding Van Berkhout, Malouff han examinado la eficacia de los programas de entrenamiento en empatía. Los resultados de este

tipo de estudios han indicado que la empatía es una competencia humana que puede modificarse, que puede ser enseñada efectivamente y ponerse en escena durante los encuentros con el paciente<sup>10</sup>.

Utilizando técnicas, basadas en el *neuromarketing* nos permiten hoy en día conocer cuál es la experiencia real de los pacientes (*map journey*, mapas de empatía, estudios etnográficos...) y además existen nuevas fórmulas de enseñanza, como el aprendizaje experiencial, que permite, no solo formar sino transformar a las personas como individuos distintos en función de sus competencias, liderazgo, capacidad de toma de decisiones<sup>11</sup>.

El Aprendizaje Experiencial nos proporciona una oportunidad extraordinaria de crear espacios para construir aprendizajes significativos desde la auto-exploración y experimentación, utilizando los conceptos: aprender haciendo / aprendiendo de la experiencia / aprendizaje práctico. John Dewey, Kurt Hahn, Carl Rogers o David Kolb son autores sobresalientes de esta disciplina<sup>12</sup>.

La teoría del Aprendizaje Experiencial es holística, combinando la experiencia, la percepción, la cognición y el comportamiento. Las experiencias anteriores son las que guían las futuras pautas de comportamiento en los profesionales. El Aprendizaje Experiencial incrementa las expectativas de logro y la confianza en las propias habilidades de los individuos, ayudando a integrar dicha experiencia con los conocimientos entre sí, así como con experiencias y conocimientos anteriores, logrando promover la adquisición de mayores conocimientos, de una manera más profunda y de más largo plazo, provocando aprendizajes significativos<sup>12</sup>.

Existen técnicas de formación teatral, adecuadamente guiadas, que son percibidas como efectivas para el aprendizaje transformacional en inteligencia emocional de los profesionales sanitarios, al permitir conectar con las propias emociones y expresarlas adecuadamente en un entorno seguro<sup>13</sup>.

La simulación como metodología educativa ha estado siempre presente en la formación de profesionales. Su auge y difusión está relacionada con la preocupación por la calidad y seguridad en la atención de los pacientes<sup>14</sup>. Como método de formación y desarrollo de los profesionales de la salud se ha extendido de modo exponencial a nivel mundial en la última década. Ello es

debido a que numerosas investigaciones han mostrado que las habilidades clínicas, de comunicación y trabajo en equipo, así como las actitudes y el profesionalismo aprendidos mediante formación con simulación, se trasladan al entorno de trabajo de modo más eficaz que cuando se comparan con los métodos tradicionales<sup>15</sup>. Los espacios clínicos más habituales son salas de consulta, quirófanos, áreas de hospitalización, áreas de urgencias y cuidados críticos, atención primaria y hospitalización domiciliaria<sup>15</sup>.

Las unidades tecnificadas precisan de profesionales con un perfil totalmente humano y reflexivo, para ser capaces de ver a la persona, entre las diferentes máquinas y procedimientos que se deben realizar y, por tanto, proporcionar seguridad física, psicológica y espiritual a través de los cuidados<sup>16</sup>.

La constatación de estas realidades me ha llevado a estudiar la relación emocional entre el profesional y el paciente. No se trata de estudiar la empatía de forma abstracta, sino desde la piel del paciente, que el profesional viva la experiencia. Evaluar de forma global, si la incorporación de técnicas utilizadas en otros ámbitos no propiamente sanitarios, permite conocer las emociones de pacientes y su entorno, mejorando la empatía de los profesionales y, por tanto, la atención que les prestamos.

### **3. HIPOTESIS Y OBJETIVOS**

La vivencia como paciente, a través de un taller experiencial, mejora la empatía con el paciente, convirtiendo el trato en más humano, de mayor calidad y permitiendo no solo afrontar la relación cuidador-paciente sino trabajar las propias emociones de los profesionales.

El objetivo principal es determinar el efecto de un taller experiencial sobre el nivel de empatía del personal sanitario que atiende a pacientes críticos.

Objetivos secundarios:

1. Identificar las necesidades emocionales de los pacientes que están en una unidad de críticos mediante técnicas normalizadas de “experiencia del paciente”.

2. Describir el perfil socio-profesional de los profesionales sanitarios que realizan el taller experiencial.
3. Comparar el nivel de empatía de los profesionales sanitarios antes y después del taller experiencial.
4. Determinar nivel de empatía de los profesionales JSPE-HP (Escala de Empatía Médica de Jefferson, en su versión para profesionales sanitarios).
5. Determinar la fiabilidad de la escala JSPE-HP (Escala de Empatía Médica de Jefferson, en su versión para profesionales sanitarios).
6. Explorar el impacto del taller según los profesionales.
7. Medir la respuesta fisiológica de los profesionales ante un estímulo emocional.
8. Determinar el nivel de satisfacción de los profesionales con el taller.

## **4. METODOLOGÍA**

### **4.1. Diseño**

Es un estudio con un diseño cuasi-experimental pretest- posttest de un solo grupo. Se aplica la medición antes y después de realizar el taller, para observar si existen diferencias.

### **4.2. Ámbito de estudio**

Unidades de Reanimación 1 y UCIs 3-4-5-6 del Hospital Universitario Central de Asturias (HUCA).

### **4.3. Sujeto de estudio**

La población a estudio es de 186 profesionales (médicos/as, enfermeros/as, auxiliares de enfermería), pertenecientes a las unidades anteriormente citadas. La muestra estará configurada por profesionales que cumplan los siguientes criterios: de inclusión, que se encuentren actualmente trabajando en dichas unidades y de exclusión, que lleven menos de un año trabajando en dichas unidades. El muestreo será de conveniencia con una muestra estimada de 80 profesionales.



#### **4.4. Variables del estudio**

Se consideró como variable dependiente el nivel de empatía siendo la habilidad cognitiva de una persona para comprender las emociones de otros individuos. Es una variable cualitativa nominal, y de acuerdo a la Escala de Empatía Médica de Jefferson para su interpretación se considera que se es más empático a mayor puntuación obtenida, manejando la escala un rango superior de 140 y un inferior de 20, donde se habla de deterioro<sup>17</sup>. La variable independiente es una intervención basada en un taller experiencial. Las variables secundarias, aquellos factores que pueden influir en el estudio, como: edad, sexo, profesión, años de experiencia en cuidados críticos, cursos realizados sobre humanización, unidad en la que trabaja Reanimación o UCIs así como experiencias profesionales o personales vividas de gran impacto.

#### **4.5. Instrumento de medida**

La Escala de Empatía Médica de Jefferson- HP (*Jefferson Scale of Physician Empathy – JSPE-HP*), es un instrumento para el idioma inglés con amplia literatura referente a estudios del ámbito clínico, cuya validez y confiabilidad ha sido ampliamente demostrada en múltiples países. El grupo Jefferson como Centro para la Investigación Educativa y Atención Médica de la Universidad de Jefferson (Centro de Investigación en Educación Médica y Salud), son los autores de dicho instrumento. (Hojat, M. et al., 2002). Este instrumento fue aprobado en la lengua castellana en México por la Universidad Autónoma de Nuevo León en Monterrey y en Venezuela por la Universidad de Carabobo, en Valencia (Alcorta. A., et al., 2005). Esta escala evalúa la empatía en tres dimensiones: Compasión, toma de perspectiva y ponerse en el lugar del otro. Su aplicación ha sido en estudiantes de medicina, personal de enfermería, médicos generales y en diferentes especialidades y en estudiantes de kinesiología. (Alcorta- Garza, González, Tavitas, Rodríguez y Hojat, 2005)<sup>18</sup>.

Esta versión final de la escala posee contenidos relevantes que permiten la apreciación de la orientación o actitud empática del individuo. Ha sido publicada y evidencia apoyo de los indicadores psicométricos (validez de constructo y confiabilidad de consistencia interna) de la escala. (Hojat et al., 2002)<sup>18</sup>.

La Escala de Empatía Médica de Jefferson JSPE-HP. Profesionales de la salud – Versión española. Tiene una puntuación mínima de 20, máxima de 140 y no establece punto de corte, contiene 20 ítems tipo Likert en una escala de 7 puntos. Existen 10 ítems redactados en sentido positivo y 10 en sentido negativo; tiene una consistencia interna de 0,89<sup>19</sup>. (Anexo 1).

También se realizará una encuesta de valoración del taller que consta de dos partes: impacto del taller y evaluación del taller. Con 9 ítems, 6 de ellos tipo Likert en una escala de 10 puntos y los 3 restantes de respuesta abierta (Anexo 2).

#### **4.6. Intervención**

Se harán 4 sesiones de 6 horas cada una. En cada sesión se realizará el taller a 20 profesionales.

El taller constará de cuatro fases con una duración de 40 minutos.

##### **4.6.1. Recepción del participante.**

Breve explicación de lo que va a experimentar. Se le entregará el formulario Escala de Empatía Médica de Jefferson. Así mismo se le solicitará autorización para su grabación con o sin identificación. También se entregará el “diario del viaje”, que le permita al profesional tomar notas de reflexiones durante el taller físico, emocional y después de finalizar el taller.

##### **4.6.2. Taller experiencias físicas.**

Se trata de simular sensaciones físicas, como contención mecánicas, dificultad para comunicarse. Previamente a realizar el taller se estudiara cuáles son las necesidades emocionales de 4 arquetipos de pacientes para la puesta en escena, pertenecientes 2 a cada unidad: paciente Cirugía General de 60 años, Cirugía Vasculat de 75 años, Neurocirugía entre 40 y 70 años y Politraumatismos en pacientes jóvenes.

##### **4.6.3. Taller de experiencia emocional.**

Se trabajarán distintos aspectos emocionales a través de “sketches” de películas, imágenes, previamente seleccionadas e identificadas para las situaciones más frecuentes. Durante todo el proceso se utilizarán técnicas de neuro evaluación para medir el impacto.

#### **4.6.4. El proceso reflexivo del taller.**

Este taller tiene un importante elemento de reflexión sobre las vivencias tanto físicas como emocionales de las personas que necesitan cuidados críticos. Por lo que este proceso reflexivo se convierte en la etapa más importante del taller. Este proceso reflexivo se facilitará con dos elementos:

- Diario del viaje: entregado en recepción.

- Entrevista resumen: se llevará a cabo una breve entrevista que ayude a cada participante a reflexionar sobre lo experimentado tanto en la parte física como en la emocional. Podrá ser grabada y utilizada si el participante da su autorización. La entrevista se llevara a cabo de forma semiestructurada de manera que permita la evaluación, tanto de la adecuación de los participantes del taller a la experiencia como si ha cumplido o no el objetivo para el que fue diseñada<sup>20</sup>.

A los 30 días se volverá a evaluar la empatía, con la Escala de Empatía Médica de Jefferson (JSPE-HP), anteriormente citada y se pasará una encuesta para evaluar el taller.

#### **4.7. Análisis estadístico**

La fiabilidad de la escala JSPE-HP se analizará mediante el coeficiente alfa de Cronbach. Las variables cualitativas se presentaran con su distribución de frecuencias y porcentaje. Las variables cuantitativas, con su media, desviación estándar (DE) e intervalo de confianza al 95%. La asociación entre las puntuaciones de la JSPE-HP y las variables cuantitativas se estudiará mediante correlación de Pearson tras comprobar normalidad. La relación entre las puntuaciones de la JSPE-HP y las variables cualitativas se determinara mediante la prueba t de Student<sup>7</sup>. Se considerará una p significativa con valores  $\leq 0,05$ .

## **5. ASPECTOS ÉTICOS**

Antes de la realización del estudio se solicitara autorización a la Dirección del Hospital Universitario Central de Asturias y Comité Ético de Investigación Clínica.

Se les solicitará consentimiento informado de forma escrita, donde consten los objetivos del estudio y las entrevistas a realizar.

La participación en el taller y por tanto, en el estudio será voluntaria para los profesionales de las unidades implicadas. Se mantendrán el anonimato y la confidencialidad de los participantes mediante la asignación de un código con números y letras<sup>16</sup>.

## **6. DIFICULTADES Y LIMITACIONES**

Aunque se intente reproducir situaciones cuasi-experimentales, evidentemente habrá sensaciones como el dolor que no se podrán experimentar.

Es una dificultad buscar una alta participación teniendo en cuenta la duración del taller y los turnos de los diferentes profesionales.

Aunque la JSPE-HP mide actitudes empáticas y no comportamientos reales, cabe suponer que ambos van de la mano para evitar tensiones psicológicas en el individuo, fenómeno denominado «disonancia cognitiva». Es cierto que, aunque las actitudes empáticas no aseguren comportamientos empáticos, sí que los hacen mucho más probables<sup>7</sup>.

Una limitación es la inexistencia de estudios previos similares o comparativos con otro tipo de formación.

El diseño y la ejecución del taller de formación requieren atrezo y participación de muchas personas multiprofesionales, de forma voluntaria. Probablemente su replicación en otros entornos requiera de adaptaciones más funcionales.

## **7. APLICABILIDAD Y UTILIDAD PRACTICA**

Superada la concepción errónea de la empatía como mera técnica o destreza mecánica, la empatía auténtica implica un interés genuino por penetrar en el mundo del otro, experimentar como sería sentirse él y sobre todo, desarrollar un sentido de encuentro en el que ambos están juntos y en el que está en juego

también la experiencia del ayudante. Esta actitud, en este sentido, contribuye a que el ayudante también se haga más humano, más persona, más sí mismo<sup>21</sup>.

Con la vivencia del taller se le ayudaría a desarrollar su capacidad al profesional de aprender de su propia experiencia, siempre dentro de un marco conceptual y operativo, concreto y bien desarrollado<sup>22</sup>. Así mejoraría su actitud en el trato hacia el paciente, viéndose reflejado en la calidad asistencial.

Una vez evaluado si realmente modifica la actitud de los profesionales, se podría plantear otros diseños, en otros ámbitos sanitarios y con otro tipo de participantes, como estudiantes de enfermería y medicina.

## 8. PRESUPUESTO

Recursos necesarios:

**8.1. Preparación del taller:** Duración 4 horas. Llevado a cabo por 6 profesionales. Precio medio/hora incluyendo seguro e impuestos 30€/hora. **720€.**

**8.2. Taller:** Cada edición dura 6 horas. Este taller consta de 4 ediciones.

Espacios: Son necesarios cinco espacios diferenciados, que aporta el hospital:

Recepción.

Sala de simulación de experiencias físicas.

Sala de simulación de experiencias emocionales.

Sala de transición.

Sala de reflexión.

Recursos humanos: En cada edición se necesita.

Recepcionista/entrevistador inicial.

Técnico experto en trajes de simulación.

Técnico de ayuda para la simulación de experiencias emocionales.

Psicólogo/médico que desarrolle la entrevista emocional, de reflexión.

Técnico de soporte audiovisual para la grabación de las experiencias.

Técnicos de evaluación neurocognitiva: ergónomo y psicólogo expertos en factor humano.

Total coste recursos humanos del taller: **4.320€**

Recursos materiales:

Atrezo (simulación de estancias, montaje y desmontaje). **250 €**

Alquiler de simuladores de críticos y de equipo de conductividad electrodérmica (incluye programa de análisis de emociones) durante 48h. **1.250€**

Cama de UCI y camisones hospitalarios los aportaría el hospital.

Total coste recursos materiales del taller: **1.500€**

**8.3. Análisis del taller y elaboración conclusiones:** 20 horas 2 profesionales **1.200€**

El coste total de las 4 ediciones sería de **7.740€**

**8.4. Difusión de la investigación:** Asistencia a congresos **500€/inscripción** por asistente y **90€/ día** por estancia y asistente.

## 9. CRONOGRAMA

		MES	1	2	3	4	5	6	7	8	9
1	Presentación, permisos y autorización del HUCA										
2	Análisis de las necesidades emocionales de los arquetipos de pacientes críticos										
3	Reunión previa para estudiar y diseñar el taller experiencial										
4	Solicitud de participantes voluntarios										
5	Entrega del formulario JSPE-HP										
6	Ejecución del taller (4 ediciones)										
7	Repetir el formulario de JSPE-HP y encuesta de evaluación del taller										
8	Recogida de datos y procesamiento										
9	Análisis de resultados										
10	Elaboración de informe y conclusiones										
11	Difusión y comunicación del mismo a los participantes, a las unidades y a la Dirección del Centro										
12	Publicación y/o presentación en foros profesionales si procede										

## 10. BIBLIOGRAFÍA

[1] El modelo Afectivo Efectivo. Foro premios Albert Jovell [Internet]. Madrid: Janssen-Cilag S.A; 2017 [actualizado Abr 2019, citado 7 Abr 2019]. Disponible en:

<https://www.foropremiosalbertjovell.es/el-modelo-afectivo-efectivo>

[2] Moreto G, González-Blasco P, Craice-de Benedetto MA. Reflexiones sobre la enseñanza de la empatía y la educación médica. Aten Fam [Internet]. 2014 [citado 3 Mar 2019]; 21(3):94–97. Disponible en:

[http://dx.doi.org/10.1016/S1405-8871\(16\)30026-8](http://dx.doi.org/10.1016/S1405-8871(16)30026-8)

[3] Díez-Goñi N, Rodríguez-Díez MC. ¿Por qué es importante la enseñanza de la empatía en el Grado de Medicina? Rev Clin Esp [Internet]. 2017 [citado 7 Mar 2019]; 217(6):332–335. Disponible en:

<http://dx.doi.org/10.1016/j.rceng.2017.03.002>

[4] Zambrano de Guerrero A, Guevara B, Maldonado García M, Evies A, Pierina E, Salas B. Humanizando el cuidado a personas críticamente enfermas. Revista educación en valores [Internet]. 2010 [citado 3 Mar 2019]; 1(13):68-77. Disponible en:

<http://dialnet.unirioja.es/sire.ub.edu/servlet/articulo?codigo=3920981>

[5] Benito E, et al. Estrategias para la detección, exploración y atención del sufrimiento en el paciente. FMC [Internet]. 2011 [citado 3 Mar 2019]; 18(7):392–400. Disponible en:

[http://dx.doi.org/10.1016/S1134-2072\(11\)70154-2](http://dx.doi.org/10.1016/S1134-2072(11)70154-2)

[6] Hojat M, Vergare MJ, Maxwell K, Brainard G, Herrine SK, Isenberg GA, et al. The Devil is in the Third Year: A Longitudinal Study of Erosion of Empathy in Medical School. Academic Medicine [Internet]. 2009 [citado 3 Mar 2019]; 84(9):1182–91. Disponible en:

<http://dx.doi.org/10.1097/ACM.0b013e3181b17e55>

[7] Blanco Canseco JM, et al. Empatía médica en residentes y tutores de medicina familiar y comunitaria. La visión del profesional y del paciente. Aten Primaria [Internet]. 2018 [citado 3 Mar 2019]; Disponible en:

<http://dx.doi.org/10.1016/j.aprim.2018.04.009>

[8] Bermejo JC. El concepto de la empatía. En: Bermejo JC. Empatía terapéutica : la compasión del sanador herido. 2ª edición. España: Desclée de Brouwer. 2012. 13-55 p.

[9] Fayos L, Palop Muñoz J. El cuidado invisible. Necesidades psicoemocionales del paciente crítico en Unidades de Cuidados Intensivos. Rev. Ética de los Cuidados [Internet]. 2018 [citado 10 Mar 2019]; 11:11388 Disponible en:

<http://ciberindex.com/index.php/et/article/view/e11388>

[10] Triana MC. La empatía en la relación enfermera-paciente. Av Enferm [Internet]. 2017 [citado 3 Mar 2019]; 35(2):121-122. Disponible en:

<https://doaj.org/article/1d281bfcce194d2c9bc33d2092d06036>

[11] García JL, Martínez B, Franco A, Herrero MA, González I, López B. Una aproximación sociológica a los cuidados paliativos. 1ª edición. Asturias: Consejo Económico y Social Del Principado de Asturias. 2017

[12] Aprendizaje Experiencial. Aprendizaje basado en el constructivismo Aprender haciendo [Internet]. Florida: Ernesto Yturralde Worldwide Inc; Dic 2007 [citado 7 Mar 2019]. Disponible en:

<http://aprendizajeexperiencial.com/>

[13] Solsona de la Serna E, Pujol J, Llistar S, Barbera E, Giménez N. Técnicas actorales e inteligencia emocional para profesionales de la salud: aprendizaje transformacional. Index Enferm [Internet]. 2015 [citado 28 Abril 2019]; 24 (4): 240-244. Disponible en:

<http://dx.doi.org.sire.ub.edu/10.4321/S1132-12962015000300011>

[14] Urra Medina E, Sandoval Barrientos S, Iribarren Navarro F. El desafío y futuro de la simulación como estrategia de enseñanza en enfermería.



Investigación educ. Médica [Internet]. 2017 [citado 28 Abr 2019]; 6(22): 119-125. Disponible en:

<http://dx.doi.org/10.1016/j.riem.2017.01.147>

[15] Opazo EI, Rojo E, Maestre JM. Modalidades de formación de instructores en simulación clínica: el papel de una estancia o pasantía. Educ Med. [Internet]. 2017 [citado 29 Abril 2019]; 18(1):22-29. Disponible en:

<http://dx.doi.org/10.1016/j.edumed.2016.07.008>

[16] Romero-García M, de la Cueva-Ariza L, Jover-Sancho C, Delgado-Hito P, Acosta-Mejuto B, Sola-Ribo M, et al. La percepción del paciente crítico sobre los cuidados enfermeros: una aproximación al concepto de satisfacción. Enferm intensiva [Internet]. 2013 [citado 3 Mar 2019]; 24(2):51–62. Disponible en:

<http://dx.doi.org/10.1016/j.enfi.2012.09.003>

[17] Morales -Concha L, Ccarita-Yucra K, Marroquin-Santa Cruz JA, Atamari-Anahui N. Evaluación de la empatía en estudiantes de medicina humana en una universidad pública de la sierra sur del Perú. Educ. Med. [Internet]. 2018 [citado 3 Mar 2019]; 19(6):327-332. Disponible en:

<http://dx.doi.org/10.1016/j.edumed.2017.04.006>

[18] Mejía de Díaz M. Conducta empática en los estudiantes de las ciencias de la Salud. Universidad de los Andes. Mérida Venezuela. [Doctorado]. Universidad Autónoma de Madrid; 2012 [citado 25 Feb 2019]; Disponible en:

[https://repositorio.uam.es/bitstream/handle/10486/9898/50769\\_mejia\\_de\\_diaz\\_maria\\_arnolda.pdf?sequence=1](https://repositorio.uam.es/bitstream/handle/10486/9898/50769_mejia_de_diaz_maria_arnolda.pdf?sequence=1)

[19] Vidal Madera Anaya M, Tirado Amador LR, González Martínez F. Factores relacionados con la empatía en estudiantes de medicina de la Universidad de Cartagena. Rev Clín Med Fam [Internet]. 2015 [citado 3 Mar 2019]; 8(3):185-192. Disponible en:

<http://dx.doi.org/10.4321/S1699-695X2015000300003>

[20] En la piel del enfermo: Taller experiencial. Asociación de Cuidados Paliativos Begoña Martínez Argüelles ACPB [Internet]. Avilés: Begoña Martínez Argüelles [actualizado 4 May 2019, citado 12 Abr 2019]. Disponible en:

<http://www.acpbasturias.es/>

[21] Bermejo JC. El sanador herido: el eco de la empatía. En: Bermejo JC. Empatía terapéutica: la compasión del sanador herido. 2ª edición. España: Desclée de Brouwer, 2012. 117-150 p.

[22] Definición y beneficios del aprendizaje experiencial. VIU Universidad Internacional de Valencia [Internet] Valencia: c2018 [citado 7 Mar 2019]. Disponible:

<https://www.universidadviu.es/definicion-y-beneficios-del-aprendizaje-experiencial/>

## 11. ANEXOS

### Anexo 1

**(Escala de Empatía Médica de Jefferson, en su versión para profesionales sanitarios) JSPE-HP**

**Sexo**

**Años de experiencia profesional en unidades de críticos:** 1 a 5, 5 a 10, 10 a 15, 15 a 20, >20

**Unidad en la que trabaja actualmente** Reanimación 1; UCI 3-4-5-6

**Puesto de trabajo:** Médico/a, Enfermero/a, Auxiliar de Enfermería.

**INSTRUCCIONES:** (EN RELACION CON EL TRABAJO MÉDICO) Indique su grado de acuerdo o desacuerdo en cada una de las siguientes preguntas.

1      2      3      4      5      6      7

Totalmente en desacuerdo

Totalmente de acuerdo

1. Mi comprensión de los sentimientos de mi paciente y sus familiares es un factor irrelevante en el tratamiento médico.	1 2 3 4 5 6 7
2. Mis pacientes se sienten mejor cuando yo comprendo sus sentimientos.	1 2 3 4 5 6 7
3. Es difícil para mí ver las cosas desde la perspectiva de mis pacientes.	1 2 3 4 5 6 7
4. Considero que el lenguaje no verbal de mi paciente es tan importante como la comunicación verbal en la relación médico-paciente.	1 2 3 4 5 6 7
5. Tengo un buen sentido del humor que creo que contribuye a un mejor resultado clínico.	1 2 3 4 5 6 7
6. La gente es diferente, lo que me hace imposible ver las cosas de la perspectiva de mi paciente.	1 2 3 4 5 6 7
7. Trato de no poner atención a las emociones de mis pacientes durante la entrevista e historia clínica.	1 2 3 4 5 6 7
8. La atención a las experiencias personales de mis pacientes es irrelevante para la efectividad del tratamiento.	1 2 3 4 5 6 7

9. Trato de ponerme en el lugar de mis pacientes cuando los estoy atendiendo.	1 2 3 4 5 6 7
10. Mi comprensión de los sentimientos de mis pacientes les da una sensación de validez que es terapéutica por sí misma.	1 2 3 4 5 6 7
11. Las enfermedades de mis pacientes sólo pueden ser curadas con tratamiento médico; por lo tanto, los lazos afectivos con mis pacientes no tienen un valor significativo en este contexto.	1 2 3 4 5 6 7
12. Considero que preguntarles a mis pacientes de lo que está sucediendo en sus vidas es un factor sin importancia para entender sus molestias físicas.	1 2 3 4 5 6 7
13. Trato de entender que está pasando en la mente de mis pacientes poniendo atención a su comunicación no verbal y lenguaje corporal.	1 2 3 4 5 6 7
14. Creo que las emociones no tienen lugar en el tratamiento de una enfermedad médica.	1 2 3 4 5 6 7
15. La empatía es una habilidad terapéutica sin la cual mi éxito como médico puede estar limitada.	1 2 3 4 5 6 7
16. Un componente importante de la relación con mis pacientes es mi comprensión de su estado emocional y el de sus familias.	1 2 3 4 5 6 7
17. Trato de pensar como mis pacientes para poder darles un mejor cuidado.	1 2 3 4 5 6 7
18. No me permito ser afectado por las intensas relaciones sentimentales entre mis pacientes con sus familias.	1 2 3 4 5 6 7
19. No disfruto leer literatura no médica o arte.	1 2 3 4 5 6 7
20. Creo que la empatía es un factor terapéutico en el tratamiento médico.	1 2 3 4 5 6 7

## Anexo 2

### Taller “24 horas críticas”

Hola, participaste en un taller sobre cómo se sienten los pacientes terminales. Lo primero agradecerte que te hayas sumado a esta experiencia. Por otro lado, queríamos hacerte unas breves preguntas para poder evaluar el taller. Este cuestionario tiene dos partes, la primera dirigida a evaluar el impacto del taller en tu forma de aproximarte a los pacientes mayores en general, y a los pacientes críticos en particular. La segunda orientada a evaluar estrictamente el taller para conocer qué es lo que más te ha gustado y qué es lo que podríamos mejorar.

De antemano, muchísimas gracias por ayudarnos a mejorar esta iniciativa

### Sexo

**Años de experiencia profesional en unidades de críticos:** 1 a 5, 5 a 10, 10 a 15, 15 a 20, >20

**Unidad en la que trabaja actualmente:** Reanimación 1, UCI3-4-5-6

**Puesto de trabajo:** Médico/a, Enfermero/a, Auxiliar de Enfermería

### Impacto del taller

¿En qué grado consideras que este taller te ha ayudado a comprender mejor a los pacientes en situación crítica?

1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

Ningún impacto               Gran impacto

¿Qué impacto ha tenido el taller en tu conocimiento de la vivencia de los pacientes en situación crítica?

1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

Ningún impacto               Gran impacto

¿Qué impacto ha tenido este taller en tu actitud hacia los pacientes en situación crítica?

1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

Ningún impacto               Gran impacto

¿Qué impacto ha tenido, o crees que tendrá, este taller en tu forma de actuar con pacientes en situación crítica?

1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

Ningún impacto               Gran impacto

Después de vivir esta experiencia, ¿se ha modificado tu percepción de cómo te gustaría ser tratado si fueras paciente crítico?

Sí

No

No sabe/ No contesta

Después de vivir esta experiencia, si fueras un paciente crítico.... ¿cómo te gustaría ser tratado?

### Evaluación del taller

¿Cuáles son los aspectos más positivos de este taller?

¿Qué aspectos mejorarías de este taller?

¿En qué grado recomendarías este taller a un compañero o amigo?

1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

Nada               Absolutamente