

## HUMANIZACIÓN DE LA ATENCIÓN EN LA UNIDAD DE TERAPIA INTERMEDIA DEL SERVICIO DE NEUMOLOGÍA

*HUMANIZATION OF CARE IN THE INTERMEDIATE THERAPY UNIT OF THE PNEUMOLOGY SERVICE*

Franco-Aguilar A\*

\*Postdoctorado Internacional en Investigación Cualitativa, Docente de la Unidad de Postgrado de la Facultad de Medicina de la Universidad Mayor de San Andrés (UMSA)

**Autor para correspondencia:** Dr. Andrés Franco Aguilar, Calle Claudio Sanjinés # 1738, Lado ingreso Hospital de TORAX (Zona Miraflores), La Paz – Bolivia, andresfrancoa@hotmail.com

**RECIBIDO:** 03/10/2019

**ACEPTADO:** 22/06/2020

### RESUMEN

**Pregunta de Investigación:** ¿Qué identifica a los integrantes del equipo de salud que proporcionan atención humanizada en la Unidad de Terapia Intermedia del servicio de Neumología en el Hospital del Tórax de la ciudad de La Paz?

**Objetivo:** Conocer las vivencias de las personas que enfrentan una situación de hospitalización en la Unidad de Terapia Intermedia en el servicio de Neumología del Hospital del Tórax de la ciudad de La Paz, para distinguir que identifica a los integrantes del equipo de salud que les proporcionan atención humanizada.

**Material y Métodos:** Diseño cualitativo, análisis hermenéutico.

**Resultados:** El descubrimiento más significativo fue que los integrantes del equipo de salud que proporcionan atención humanizada y demuestran mayor disposición de ayuda al prójimo, son los que en su experiencia de vida tuvieron la necesidad de atravesar por una situación similar al estar en el rol de beneficiarios (al ser atendidos o acompañar en el proceso de recuperación a otra persona) y conocieron de cerca esta situación en la que se espera recibir una atención humanizada que no siempre se encuentra.

**Conclusiones:** La concepción de “atención humanizada” no solo se reduce a la amabilidad, se debe considerar al “ser humano de manera integral” y como parte de este trato integral implícitamente también se comprende el proporcionar “excelencia técnica” para atender al ser humano y no solo a la enfermedad. A veces desde una perspectiva excesivamente biomédica se descuida el aspecto “psicosocial” del que nadie, sano o enfermo, puede desprenderse.

**Palabras Clave:** Humanización de la atención, estudio cualitativo, calidad en salud

### ABSTRACT

**Research Question:** *¿What identifies the members of the health team that provide humanized care in the Intermediate Therapy Unit of the Pneumology service at the Hospital of the Thorax in the city of La Paz?*

**Objective:** *To know the experiences of people facing a hospitalization situation in the Intermediate Therapy Unit in the Pneumology service of the Hospital del Tórax in the city of La Paz, in order to distinguish that it identifies the members of the health team that provide them with humanized care.*

**Material and Methods:** *Qualitative design, hermeneutical analysis.*

**Results:** *The most significant discovery was that the members of the health team that provide humanized care and demonstrate greater willingness to help others, are those who in their life experience had the need to go through a similar situation as they were in the role of beneficiaries (when being treated or accompanying someone else in the recovery process) and they got to know this situation closely, in which it is expected to receive humanized attention that is not always found.*

**Conclusions:** *The concept of “humanized care” is not only reduced to kindness, the “human being must be considered in an integral way” and as part of this integral treatment it is also implicitly understood to provide “technical excellence” to attend to the human being and not only to the disease. Sometimes from an excessively biomedical perspective, the “psychosocial” aspect is neglected, from which no one, healthy or ill, can discard.*

**Keywords:** *Humanization of care, qualitative study, quality in health*

## INTRODUCCIÓN

Hay avances en humanización de la atención en salud, sobre todo en el área de cuidados intensivos, en la unidad de cuidados intensivos -UCI- del Hospital Universitario de Torrejón, en Madrid en febrero de 2014 surgió el proyecto de investigación HU-CI (Humanizando los Cuidados Intensivos)<sup>1</sup> dirigido por el especialista en medicina intensiva Gabriel Heras para mejorar la atención de las unidades de cuidados intensivos españolas, ver los puntos débiles para realizar las mejoras correspondientes y volver a motivar a los profesionales de la salud.

En septiembre de 2015 crearon un Comité Técnico constituido por profesionales sanitarios comprometidos en actividades de humanización que establecieron ocho líneas estratégicas de trabajo, este proyecto en febrero de 2016 generó un Simposio Internacional de Humanización en Bolivia, en octubre del 2018 Gabriel Heras visitó Uruguay, en abril de 2019 este proyecto organizó en España el I Congreso Internacional de Humanización de la Asistencia Sanitaria, donde acudieron diferentes ponentes como psicólogos, pediatras, abogados, profesorado de universidades, además diferentes personalidades del Hospital Universitari i Politècnic La Fe en Valencia.

El sector salud en Colombia ha logrado avances notables en la cobertura universal en salud de acuerdo al Ministerio de Salud y Protección Social, en el año 2018 el 95% de la población contaba con algún tipo de seguro en salud, su siguiente desafío es la calidad y la humanización de la atención en los servicios a los beneficiarios, para lo cual Colombia está avanzando en el desarrollo

de una política de humanización de la salud.<sup>2</sup>

En Bolivia la actual política de Salud Familiar Comunitaria Intercultural, se constituye en la nueva forma de sentir, pensar, comprender y hacer la salud, en la que asume como prioridad la calidad de vida del ser humano<sup>3</sup>, de conformidad con la Ley N°3131 (2005), del ejercicio profesional médico, se establece como un derecho del paciente [beneficiario], en el inciso -a- del artículo 13: “Recibir atención médica humanizada y de calidad”<sup>4</sup>. Humanizar es mucho más que ser cortés, es importante superar las reducciones populares de la mera cordialidad. Como señala José Carlos Bermejo, humanizar tiene un significado profundo y conlleva numerosas implicaciones<sup>5</sup>. Se humaniza cuando se atiende a las personas desde su concepción holística; va más allá de lo físico, de la corporeidad, las personas tienen emociones y sentimientos, viven en un entorno concreto y en una familia, barrio, comunidad y sociedad, son singulares, únicas, requieren respuestas personalizadas a sus necesidades y expectativas, son capaces de decidir, deseosas de participar, tienen autonomía, cuidan su vida, salud y bienestar, tienen derechos, responsabilidades, son libres para elegir, no solo tienen problemas y dificultades también están llenas de recursos y potencialidades. La humanización, por tanto, es mucho más que ser amable. Es un compromiso activo y una responsabilidad de cada persona. Se construye día a día en un servicio de salud con cuidados y atención, expresando “tú eres persona y te trato en tu totalidad como ser humano”<sup>6</sup>.

El año 2014 en Bolivia se publicó en el periódico

La Razón, que el Hospital del Tórax inició el trabajo para posicionarse como el primer hospital público de tercer nivel que brinda atención médica con calidez, bajo el plan Hospital Amigo, para ello implementaron visitas sorpresa al personal y pacientes [beneficiarios], de acuerdo a las entrevistas realizadas por el medio de comunicación en abril de 2014, los pacientes de consulta externa indicaron que la atención de los especialistas era cordial y que les explicaban con cuidado sobre su enfermedad, sin embargo esta iniciativa se implementó durante la gestión del director de ese año y por el alto nivel de rotación que existe para el cargo de director, este plan ya no se aplica desde el año 2016, año en que el entonces estudiante Alexis Zagreb Manjón Gómez presentó en la carrera de arquitectura de la Universidad Mayor de San Andrés su proyecto de grado titulado "Humanización de la arquitectura hospitalaria Instituto Nacional del Tórax" que tenía como objetivo recuperar el concepto de humanizar y enfocarlo como necesidad esencial en los procesos de diseño, adecuando la tecnología al servicio del hombre y no a la inversa, en este trabajo se hace referencia al diseño de hospitales, que de manera tradicional han basado sus cálculos presupuestarios en la optimización del espacio y no en el confort del beneficiario, que se han implementado sistemas eficientes de control y funcionamiento pero no de atención.

En este contexto se estudió la atención humanizada en el Hospital del Tórax, considerado como el mejor centro de salud de Bolivia en cirugía Torácica y Cardiovascular, que cuenta con profesionales altamente calificados en las respectivas especialidades quirúrgicas y clínicas, donde las personas acuden por diversas razones, en algunos casos les programan un ingreso en el hospital porque se tienen que operar, recibir una medicación especial u otros tratamientos recetados por sus médicos, en otros casos son admitidas a través del área de emergencias, por problemas que requieren tratamiento médico inmediato u operación.

La concepción de un Instituto dedicado a las enfermedades del tórax surge luego de la Guerra del Chaco, época en la que funcionaba un precario hospital broncopulmonar en la ciudad de La Paz, posteriormente el Hospital del Tórax fue inaugurado un 9 de abril de 1959 en la ciudad

de La Paz, luego de la Guerra del Chaco, a la luz de la tisiocirugía<sup>7</sup> y la tuberculosis que fue un azote mundial por ser la enfermedad infecciosa considerada la más mortal en todo el mundo y que continúa siendo un grave problema de salud pública en el mundo, en la región de las Américas y también en Bolivia.<sup>8</sup>

El Hospital cuenta con médicos especialistas en neumología, cardiología y terapia intensiva, enfermeras generales y especializadas, con estudiantes de medicina en proceso de formación y auxiliares de enfermería, que tienen contacto más directo con las personas hospitalizadas, personal técnico, administrativo y de apoyo con los que las personas también requieren interactuar.

De manera empírica se pudo constatar las dificultades que existen en el sector salud en Bolivia en relación con una atención humanizada, la presente investigación se realizó en la unidad de Terapia Intermedia del servicio de Neumología, para distinguir que identifica a los integrantes del equipo de salud que proporcionan atención humanizada, en el Hospital del Tórax de la ciudad de La Paz, considerado como el principal hospital referente en esta especialidad.

En este artículo se presenta los resultados encontrados, el descubrimiento más significativo fue que los integrantes del equipo de salud que proporcionan atención humanizada y demuestran mayor disposición de ayuda al prójimo, son los que en su experiencia de vida tuvieron la necesidad de atravesar por una situación similar al estar en el rol de beneficiarios (al ser atendidos o acompañar en el proceso de recuperación a otra persona) y conocieron de cerca esta situación en la que se espera recibir una atención humanizada que no siempre se encuentra.

En los integrantes del equipo de salud que proporcionan atención humanizada, el sexo, rango de edad, tiempo que trabajan en el hospital, si son personal de planta o de contrato no son características comunes que permita identificarlos. Las situaciones de vulnerabilidad que se crean en circunstancias de hospitalización representan retos emocionales para los integrantes del equipo de salud y para los beneficiarios representan situaciones para aprender a ser solidarios, desde y en la experiencia de personas que manifiestan conductas solidarias.

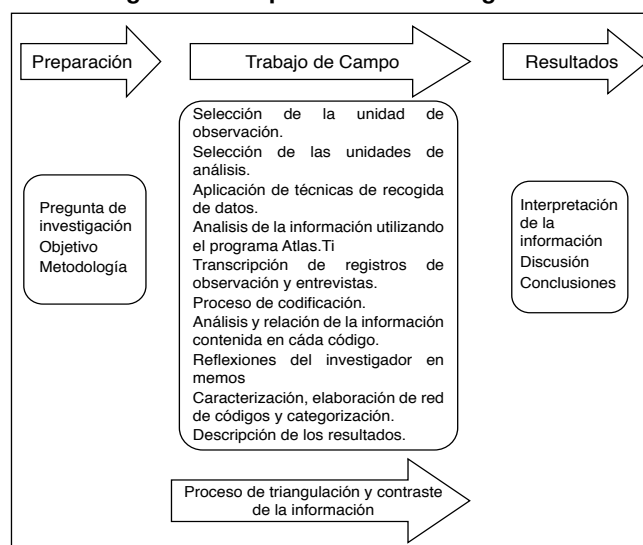
En la presente investigación la concepción de “atención humanizada” no se reduce solo a la amabilidad, considera al “ser humano de manera integral” bajo un enfoque biopsicosocial, se utiliza las definiciones de beneficiario y equipo de salud, términos más adecuados a la realidad y al contexto actual, aportados por el investigador a las ciencias de la salud en su libro “Las Relaciones Interpersonales un Acto Terapéutico” producto de su investigación de Doctorado, que va más allá de investigaciones similares realizadas hasta el año 2018, ya que se tuvo en cuenta no solo al médico sino a todo el personal que trabaja en una institución de salud y se utilizó el concepto de equipo de salud (incluye a todo el personal que trabaja y presta servicios en una institución de salud, desde el director hasta el personal de apoyo) y de la misma manera al referirse al paciente se consideró más apropiado utilizar el término beneficiario (incluye a los pacientes, familiares y personas sanas que acompañan en el restablecimiento de la salud de la persona que se enferma)<sup>9</sup>, en el sentido de que toda persona que acude a un servicio de salud debe beneficiarse con la calidad técnica y humana ofrecida en el lugar. No se debe reducir a hablar de un usuario, solo como alguien que usa un servicio y mucho menos el término cliente que a pesar de estar muy divulgado en la literatura del área, tiene un significado muy mercantilista, más apropiado en el ámbito empresarial que para una institución que brinda servicios de salud. Por otro lado, el entorno organizativo en el sector salud exige una cultura de cooperación interprofesional que debería caracterizarse por las buenas prácticas, los valores altruistas y las actitudes positivas al servicio de la comunidad, concebidas e internalizadas como una vocación.

## MÉTODO

La investigación parte de un diseño cualitativo y análisis hermenéutico, la observación participante fue la principal técnica de recogida de datos durante 30 días por más de 15 horas diarias, entrevistas no estructuradas y revisión bibliográfica, las unidades de análisis se eligieron por muestreo de oportunidad o emergente, en el que se van siguiendo las pistas que surgen durante el trabajo de campo con una flexibilidad que permite aprovechar lo inesperado<sup>10</sup>. La investigación cualitativa se pronuncia por el

reconocimiento de la subjetividad humana como un hecho objetivo que no puede dejarse de lado, por lo cual hay que dar cuenta de él<sup>11</sup>. (Figura N°1)

Figura N°1 Esquema de la investigación

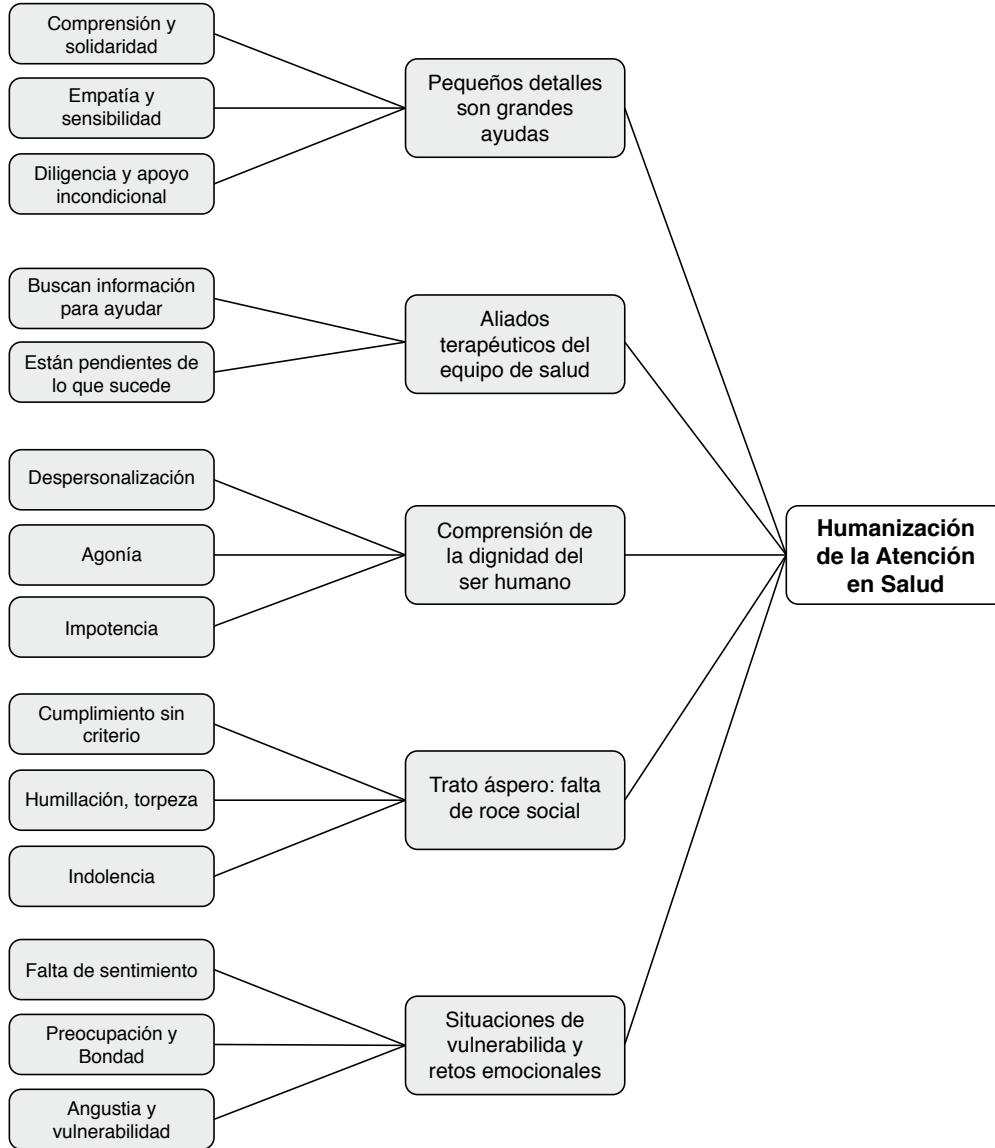


Fuente: Elaboración propia en base a Vaismoradi M, Turunen H y Bondas T.<sup>12</sup>

Esta investigación idiográfica se realizó con el objetivo de conocer las vivencias de las personas que enfrentan una situación de hospitalización en la Unidad de Terapia Intermedia del servicio de Neumología en el Hospital del Tórax de la ciudad de La Paz, para distinguir que identifica a los integrantes del equipo de salud que proporcionan atención humanizada a los beneficiarios. Como menciona Gilgung<sup>13</sup> la investigación idiográfica implica la descripción amplia, profunda del caso en sí mismo, sin el propósito de partir de una hipótesis o teoría, ni de generalizar las observaciones.

El análisis de la información se realizó utilizando el programa Atlas.Ti versión 7.5.4, en el que se hizo el proceso de análisis de las transcripciones de registros de observación y entrevistas, asignación de códigos a fragmentos de texto, análisis y relación de la información contenida en cada código, reflexiones del investigador en memos sobre los datos que estaban siendo analizados, caracterización, elaboración de red de códigos y categorización (Figura N°2, Cuadro N°2) y descripción de los resultados. También se desarrolló un proceso de triangulación y contraste de la información, que permitió aumentar la fiabilidad del estudio; al igual que contrastar los resultados con la bibliografía existente constituyó una prueba de validez y rigor.

Figura N°2 Red de Códigos y categorización



Fuente: Elaboración propia en base a Vaismoradi M, Turunen H y Bondas T.

Como se muestra en el cuadro N°1 se trabajó con las siguientes unidades de análisis, 15 beneficiarios, 8 personas que estaban internadas en la Unidad de Terapia Intermedia y 7 personas que acompañaban durante el proceso de recuperación a sus familiares, 39 integrantes del equipo de salud conformado por médicos de planta, médicos residentes, enfermeras, auxiliares de enfermería y personal de apoyo que trabajan específicamente en la Unidad de Terapia Intermedia, además personal técnico y personal administrativo que trabaja en el Hospital del Tórax, con los cuáles los beneficiarios interactúan para realizar diferentes gestiones en el hospital, como

solicitar medicamentos de farmacia, radiografías, fisioterapia, trabajo social, solicitar autorizaciones y otros estudios complementarios.

En las unidades de análisis se consideró las características más significativas que pueden incidir en los resultados, en los beneficiarios se consideró sexo y tiempo de internación en el hospital, en el personal médico se consideró sexo, rango de edad, tiempo que trabajan en el hospital, si son médicos de planta o de contrato, residentes; en personal de enfermería, apoyo, técnico y administrativo, se consideró sexo, rango de edad, tiempo que trabajan en el hospital.

Cuadro N°1 Distribución de las unidades de análisis según denominación y sexo

Denominación	Sexo				Total	
	Mujer		Hombre		N	%
	N	%	N	%		
Beneficiarios	9	60 %	6	40 %	15	100 %
Médicos	2	22 %	7	78 %	9	100 %
Enfermeras	8	89 %	1	11 %	9	100 %
Personal Administrativo	5	71 %	2	29 %	7	100 %
Técnicos	9	100 %	0	0 %	9	100 %
Personal de Apoyo	4	80 %	1	20 %	5	100 %
<b>Total</b>	<b>37</b>	<b>69 %</b>	<b>17</b>	<b>31 %</b>	<b>54</b>	<b>100 %</b>

Fuente: Elaboración propia

## RESULTADOS

Cuadro N°2 Vivencias de las personas en situación de hospitalización

<b>“Pequeños detalles son grandes ayudas”</b>
<p>“Una de las personas que trabaja en la ventanilla de admisión al verme angustiado me dice te voy a ayudar con procesar el trámite hoy y me da chance hasta el día siguiente para que le lleve los papeles que me pidió...” (Hombre adulto acompañante de persona hospitalizada en la unidad de terapia intermedia)</p> <p>“Estaba sentada en una silla al lado de mi familiar, ya era media noche y un manual se acercó y me dio una manta, me dijo puedes abrigarte aquí hace frío a esta hora” (Mujer joven familiar de persona hospitalizada en la unidad de terapia intermedia)</p> <p>“Como estaba débil de tantos días de estar echada en cama, necesitaba que me lleven en una silla de ruedas a la sala donde toman radiografías, ahí hace frío! porque hay que entrar por el patio!, ese día una enfermera que no la conocía, de manera muy amable me ha dicho me vas a esperar aquí, cuando se desocupe donde toman radiografías voy a venir para llevarte, para que no tengas que esperar en la intemperie innecesariamente, cuando le estaba agradeciendo por lo que me ha ayudado me respondió no tienes que agradecerme!, es mi trabajo para eso he estudiado!” (Mujer adulta hospitalizada en la unidad de terapia intermedia)</p>
<b>“Aliados terapéuticos” del equipo de salud</b>
<p>“El médico no me explica que tiene mi familiar pero he hablado con otras personas ahí afuera que también están esperando y me han dicho que hay remedios caseros que pueden ayudar para que se mejoren las personas que están delicadas de sus pulmoncitos...” (Hombre adulto familiar de persona hospitalizada en la unidad de terapia intermedia)</p> <p>“Cuando cambiaron al médico responsable de la Unidad de Terapia Intermedia, pasó visita médica y después me acerqué para consultar sobre la evolución de mi familiar porque ya había terminado su dosis de uno de los antibióticos que le pusieron y me dio información muy diferente de los medicamentos que estaba tomando y yo le dije que no había tomado esos medicamentos, que el médico responsable anterior había solicitado otro antibiótico, pero se molestó! y me dijo yo soy el médico como me vas a decir a mí! Y mandó a traer la historia clínica para revisar y cuando leyó se dio cuenta que yo tenía razón” (Hombre adulto familiar de persona hospitalizada en la unidad de terapia intermedia)</p>
<b>“Comprensión de la dignidad del ser humano”</b>
<p>“Ese doctor es especial ...cuando le saludo no me responde, pero me han dicho que es muy bueno” (Hombre adulto familiar de persona hospitalizada en la unidad de terapia intermedia)</p> <p>“Vi como una persona llegaba a emergencias del hospital con su familiar que estaba caminando apenas, se veía preocupado y el médico que estaba de turno en lugar de ayudarlo rápidamente le empezó a reclamar, le dijo cómo vas a esperar a que esté en ese estado para traerle al hospital! tenías que venir antes!” (Mujer familiar de persona hospitalizada en la unidad de terapia intermedia)</p> <p>“Un doctor me tranquilizó al decirme no te preocupes por tu familiar su semblante está bien!, este proceso de recuperación tarda... tienes que tener paciencia” (Mujer adulta hospitalizada en la unidad de terapia intermedia)</p>
<b>“Trato áspero”: falta de roce social</b>
<p>“Cuando estaban haciendo visita médica en la mañana uno de los médicos de planta le preguntó a un interno delante de todos los médicos y de los hospitalizados que explique que veía en la radiografía, le decía que es esto, que ves aquí, y cuando el interno se puso nervioso y no pudo responder le dijo en voz alta cómo es posible que un estudiante de último año no sepa esto!...” (Mujer adulta hospitalizada en la unidad de terapia intermedia)</p>
<b>“Situaciones de vulnerabilidad y retos emocionales”</b>
<p>“Necesitaba que me pasen una chata y la enfermera me decía ahorita le traigo pero nunca me pasaba, piensan que uno por molestar les dice, después de pedirle varias veces se acercó y me dijo le vamos a colocar pañal de adulto! mucho quiere hacer baño!, mucho molesta!” (Mujer adulta hospitalizada en la unidad de terapia intermedia)</p> <p>“El único enfermero que trajeron a la sala nos atiende a todos de muy buen carácter y muestra muy buena voluntad para ayudarnos, cuando trabaja con las otras enfermeras las hace reír y nos ayuda por un momento a las personas que estamos hospitalizadas a levantarnos el ánimo” (Mujer adulta hospitalizada en la unidad de terapia intermedia)</p>

Fuente: Elaboración propia

***“Pequeños detalles son grandes ayudas”***

La mayoría de los beneficiarios hospitalizados, hombres y mujeres que permanecieron internados más de dos semanas; además familiares y acompañantes que permanecieron durante el proceso de recuperación de salud de los internados, valoraron como “gran ayuda” la “oportuna colaboración” que recibieron en algún momento en toda su etapa de permanencia en el hospital, de una persona que trabaja en admisión, de dos enfermeras y de un manual, quienes a través de sus actos demostraron diligencia, apoyo incondicional, empatía y sensibilidad, comprensión y solidaridad en diferentes oportunidades, hechos que en palabras de los beneficiarios “nunca se olvidarán”. No se encontraron características comunes de edad, sexo o tiempo que trabajan en el hospital, tampoco existen características comunes en su nivel de formación que permitan explicar el comportamiento de las personas diligentes que ofrecieron ayuda y apoyo incondicional, la única característica común es que trabajan en una institución que presta servicios de salud.

***“Aliados terapéuticos” del equipo de salud***

Los familiares y acompañantes durante el tiempo que les es permitido visitar a los hospitalizados en la sala de la Unidad de Terapia Intermedia, hombres y mujeres de diferentes rangos de edad, colaboran con ellos alcanzándoles sus alimentos, controlando el ingreso de los sueros, supervisando los horarios para que tomen sus medicamentos y ayudándoles en todo lo que pueden; consideran que pueden ser cosas muy sencillas para ellos, pero el hecho de que sus familiares sientan su presencia y estar pendientes de ellos aporta psicológicamente durante su recuperación, sus familiares les expresan que se sienten cuidados y que no les gusta estar en el ambiente del hospital, donde se sienten solos cuando no están con sus allegados, sin embargo coinciden en que médicos y enfermeras no los reconocen como “aliados” para “colaborar” y que por el contrario les solicitan que esperen fuera de la sala y ni siquiera consideran alguna opinión de su parte. El proceso de análisis mostró que los médicos observados eran hombres, de diferentes rangos de edad, algunos de planta con

mayor antigüedad de trabajo en el hospital y otros residentes con menor antigüedad; que exhibían el mismo comportamiento, las enfermeras eran todas mujeres de diferentes rangos de edad con diferente antigüedad de trabajo en el hospital y de turnos de trabajo diferentes, se entrevistó al personal de enfermería observado y se encontró que la característica común en el personal que mostraba mayor disposición de reconocer como colaboradores a los acompañantes de las personas internadas, fue que en algún momento de su vida pasaron por una situación similar al acompañar a un familiar en el proceso de recuperación de su salud. Se observó que médicos y la mayoría de las enfermeras actúan de manera mecánica al solicitar que los acompañantes salgan de la sala y no realizan un proceso de escucha activa al comunicarse con estas personas.

***“Comprensión de la dignidad del ser humano”***

Las personas en proceso de recuperación manifiestan que por la situación en la cual se encuentra su salud, generan sentimientos de impotencia al igual que los acompañantes en el proceso de recuperación, en ambos casos por la falta de conocimientos necesarios para poder restablecer su salud sienten angustia y agonía en esas circunstancias, que se incrementa cuando al interactuar con los integrantes del equipo de salud sienten despersonalización. Se evidencia en diferentes comportamientos de médicos y enfermeras una dualidad extrema, por un lado algunos integrantes del equipo de salud al relacionarse con los beneficiarios muestran “indiferencia” en su “comunicación verbal y no verbal” y en el otro extremo solo algunos médicos y enfermeras “reconfortan” con sus palabras o “tranquilizan” a las personas hospitalizadas en base a sus conocimientos especializados en el área. Al analizar los resultados se evidenció que todos los médicos eran hombres, como característica común todos eran médicos de planta con diferentes años de antigüedad en el hospital, el médico que tranquilizó a una persona internada era el que tenía más años de experiencia y antigüedad en el Hospital, otro médico con similar antigüedad también mostró comportamientos de apoyo a personas internadas y familiares al interactuar con ellos. Solo tres enfermeras mujeres de diferentes turnos

de trabajo y un enfermero, todos de diferentes rangos de edad trataban a las personas de manera integral como seres humanos, otras parecían ser indiferentes y cumplir mecánicamente con sus funciones de administración de medicamentos y entrega de turno a sus compañeras, en el caso del personal de enfermería cumplen el mismo periodo de tiempo de trabajo y rotan en diferentes especialidades en el Hospital.

### ***“Trato áspero”: falta de roce social***

En la interacción diaria los beneficiarios consideran que algunos integrantes del equipo de salud manifiestan un “trato áspero”, que refleja indolencia hacia la condición de persona enferma, algunos acompañantes también expresan sentimientos de humillación por la torpeza con la que son tratados. Los resultados muestran que este trato áspero también ocurre de parte de algunos médicos de planta hacia los médicos internos, a quienes se dirigen “con aires de superioridad”, “sin ninguna consideración”, “los ridiculizan” delante de todos, en las unidades de análisis todos los médicos de planta o contrato eran hombres con años de antigüedad de trabajo en el Hospital y dos médicos mujeres eran residentes y los demás residentes hombres con similar tiempo de trabajo en el Hospital, en el trato entre médicos de planta, contrato y los residentes se evidencia una marcada jerarquía y nerviosismo por parte de éstos últimos en la interacción de trabajo, también se notó un trato áspero hacia los beneficiarios de parte del ascensorista que sin criterio, sin analizar que cada situación es particular, responde con torpeza y de manera soberbia a las personas.

### ***“Situaciones de vulnerabilidad y retos emocionales”***

Los beneficiarios hospitalizados indiferentemente de ser mujeres u hombres que estaban internados en la Unidad de Terapia Intermedia por más de dos semanas, expresaron que en la situación de angustia y vulnerabilidad en la se encuentran consideran que se genera entre las personas internadas en la sala y los acompañantes un grado de solidaridad muy alto entre todos, expresado en preocupación por ayudar, pero que no es fácil de comprender a menos que “una persona pase por este tipo de situación” y comprenda lo que

se siente “no poder moverse de la cama” o “no poder hablar con voz fuerte” para llamar a una enfermera, para solicitar ayuda y “es ahí cuando más se valora la bondad y ayuda del otro, así no sea tu familiar o tu acompañante”.

Se observó que en la sala de la Unidad de Terapia Intermedia se producen a diario diferentes situaciones en las que las personas internadas por su condición de salud y sus acompañantes para poder colaborar, necesitan ayuda de los integrantes del equipo de salud, quienes enfrentan de manera muy diferente, estas situaciones consideradas “retos emocionales”, algunos demuestran disposición de ayuda, otros indiferencia y al parecer falta de sentimiento, no se cuenta con suficiente evidencia para establecer un comportamiento diferente por sexo y no se encontraron características comunes de edad o tiempo que trabajan en el hospital que permita explicar el comportamiento de las personas que demuestran disposición de ayuda.

### **DISCUSIÓN**

En la presente investigación la metodología cualitativa permitió un acercamiento holístico a la cotidianidad de un grupo de personas en un contexto particular determinado<sup>14</sup>, que permitió obtener valiosa información acerca de sus intenciones, experiencias y opiniones, conocimiento al que difícilmente se puede llegar con el uso de metodologías cuantitativas<sup>15</sup>. La metodología cualitativa, al utilizar intervenciones, poco o nada estructuradas, no condiciona sus propios resultados<sup>16</sup>. Una limitación en el proceso de recogida de datos fue que no todas las personas en la Unidad de Terapia Intermedia, tenían condiciones para aportar en las entrevistas, debido a su situación de salud, sin embargo el haber realizado observación participante en el contexto natural durante 30 días, por más de 15 horas diarias, permitió conocer la realidad de manera muy intensa y alcanzar la saturación de la información.

### ***“Pequeños detalles son grandes ayudas”***

En un estudio realizado el año 1976 en el Hospital Clínico Quirúrgico de Santiago de Cuba<sup>17</sup>, se evidenció que la necesidad de solidaridad de las personas no discrimina la jerarquía del miembro del equipo de salud que la transmite, ni tampoco si son mujeres u hombres, los



beneficiarios analizados reconocen que no todos los integrantes del equipo de salud son indiferentes ante sus necesidades, se resalta la bondad, empatía, sensibilidad, comprensión, cooperación y ayuda, que recibieron en diferentes situaciones, de algunos integrantes del equipo de salud, que representan “pequeños detalles” para personas en buenas condiciones de salud pero para las personas que están recuperando su salud representan “grandes ayudas”. Al no haberse encontrado características comunes de nivel de formación, edad, sexo o tiempo que trabajan en el hospital que permitan explicar el comportamiento de las personas que ofrecieron ayuda y apoyo, los resultados sugieren que el comportamiento de estas personas puede tener origen en sus experiencias de vida y en los valores que aprendieron desde niños, que se ven reflejados en su disposición de ayuda al prójimo. Estos resultados muestran que es importante aprovechar las potencialidades de ayuda demostradas en “pequeños detalles” en las acciones de todas las personas que conforman el equipo de salud e interactúan con los beneficiarios dentro de una institución que presta servicios de salud.

#### ***“Aliados terapéuticos” del equipo de salud***

Los resultados sugieren que los médicos y enfermeras pueden utilizar el potencial de apoyo de los familiares y acompañantes como aliados terapéuticos, su participación en las rondas diarias también puede contribuir a la mejora de la comunicación y favorecer la oportunidad de aportar detalles, hacer preguntas en ambos sentidos entre médicos y acompañantes en beneficio de la persona hospitalizada y clarificar la información incrementando la satisfacción de la familia<sup>18</sup>. Se considera necesario que los médicos y enfermeras reconozcan las diferencias en la capacidad de comprensión que tienen los familiares y acompañantes, indiferentemente de ser mujeres u hombres, de su edad e incluso de su nivel de formación y que adquieran conciencia de que unos más que otros pueden ser mejores aliados terapéuticos y les permitan contribuir con el equipo de salud en el proceso de recuperación de las personas internadas. El análisis de los resultados evidencia que cuando los familiares y/o acompañantes no son tomados en cuenta de

manera activa, ante la angustia y necesidad de ayudar en la recuperación de sus seres queridos y por la falta de confianza que se genera con los médicos tratantes, están dispuestos a considerar alternativas de tratamientos y medicación recomendadas por otras personas que no son médicos, que surgen en las charlas de pasillo mientras esperan que les dejen ingresar a la sala, hecho que puede resultar contraproducente para el proceso de recuperación de los hospitalizados.

#### ***“Comprensión de la dignidad del ser humano”***

El análisis de los resultados sugiere que parece existir una relación positiva entre la experiencia que los integrantes del equipo de salud vivieron en algún momento de sus vidas en condición de beneficiarios en situación de vulnerabilidad y el trato más humano que demuestran estas personas en su actual condición de miembros del equipo de salud responsabilizados por el bienestar de los beneficiarios, la experiencia en condición de beneficiario se diferencia de los años de experiencia de trabajo en el Hospital, que parecen no estar relacionados.

Pretender el bienestar del paciente [beneficiario] debería ser actualmente un objetivo tan primordial como el pretender su curación y más importante si esto último no es posible<sup>5</sup>, los beneficiarios sufren además de causas físicas, de sufrimiento psicológico y emocional, experimentan sentimientos de soledad, aislamiento, miedo, pérdida de identidad, intimidad y dignidad, sensación de dependencia, incertidumbre por falta de información, e incompreensión entre otras<sup>19</sup>. De acuerdo con Bermejo y Villacieros en el nivel de calidad de un servicio de salud es fundamental considerar el proceso de humanización, porque la dignidad de una persona es amenazada de manera temporal durante y hasta incluso después de haber superado la enfermedad<sup>20</sup>.

La dignidad humana se define como el derecho que tiene cada ser humano, de ser respetado y valorado como ser individual y social, con sus características y condiciones particulares, por el solo hecho de ser persona<sup>21</sup>. El desarrollo científico en el campo de la salud ha mejorado de forma considerable las tasas de curación y la esperanza de vida de las personas, gracias a la innovación tecnológica y fortalecimiento de la investigación, avances y

resultados que son valorables, pero al mismo tiempo un énfasis excesivo en ellos puede haber contribuido a una orientación de la práctica clínica más centrada en la enfermedad y su resolución, que en la propia persona enferma. De esta manera la persona se pierde, se diluye, se transforma en una enfermedad a combatir, olvidando la biografía que hay detrás, sus sentimientos y sus valores, al “cosificar” al paciente, éste pierde sus rasgos personales e individuales<sup>22</sup>.

Si se incurre en cosificar a los beneficiarios se puede producir psicoiatrogenia, Vera considera que se puede hablar de psicoiatrogenia, cuando es verbal (iatrolalia), a causa de comentarios imprudentes delante del enfermo, al pasar visita médica, o cuando la explicación es incompleta o inadecuada sobre su enfermedad; o puede ser no verbal (iatronimia), causada por gestos o actitudes, como no recibir al enfermo con un saludo o no hacer el examen físico adecuado<sup>23</sup>.

Es fundamental que todos los profesionales orienten su conocimiento al servicio de los demás, se debe situar en primer lugar la sensibilidad y la ética en el acto del cuidado, resaltar la dignidad humana y ofrecer una óptima atención, comunicación e información a los beneficiarios y otros profesionales involucrados en el sistema<sup>24</sup>.

Para que los integrantes del equipo de salud demuestren mayor comprensión de la dignidad del ser humano “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 ellos”<sup>25</sup>. El síndrome de burnout es un trastorno que engloba distintos aspectos: agotamiento emocional, despersonalización y sentimientos de baja autoestima profesional<sup>26,27</sup> y el síndrome del distrés moral se origina cuando el profesional no puede hacer lo que cree que es “éticamente correcto” por presiones del entorno en el que trabaja, “lo legalmente correcto”. Se trata de un creciente problema en el ámbito sanitario que involucra la sensibilidad y la motivación moral<sup>28</sup>.

#### **“Trato áspero”: falta de roce social**

Los resultados sugieren que los integrantes del equipo de salud repiten de manera mecánica

patrones de comportamiento aprendidos en su entorno, que en la mayor parte de casos ocasiona un trato áspero hacia las personas, los médicos, enfermeras y personal técnico, al parecer han adquirido estos patrones principalmente durante su formación profesional y en sus prácticas laborales; el personal administrativo y de apoyo parecen haber adquirido estos patrones de comportamiento en su entorno familiar y laboral.

De esta manera la falta de roce social expresada en el “trato áspero” de los residentes hacia los beneficiarios pareciera estar condicionada en términos de Foucault por su posición de poder en esa relación<sup>29</sup>, situación que ahora les permite a ellos repetir el trato recibido y que se seguirá repitiendo como un círculo vicioso cuando sean médicos de planta y repitan el trato áspero hacia sus residentes, que es el mismo trato que reciben actualmente de parte de los médicos de planta, en su calidad de residentes. Se plantea que se debe generar condiciones para cortar estas prácticas que forman un círculo vicioso que desvirtúa la esencia de la humanización.

De acuerdo al análisis de las entrevistas, en opinión de algunos integrantes del equipo de salud, la “excelencia técnica” y la “atención humanizada” parecieran ser incompatibles, al extremo de que algunos manifiestan que es mejor un médico que “cure” (excelencia técnica) a uno que “trate bien” (atención humanizada), sin embargo como ya se explicó en este artículo la concepción de “atención humanizada” no solo se reduce a tratar bien, sino que se debe considerar al “ser humano de manera integral”, esto significa atender a la persona con un enfoque biopsicosocial que combina factores biológicos, psicológicos y sociales.

La humanización bajo el punto de vista de la hermenéutica significa la (re) organización de las prácticas de salud, retratando el compromiso de las tecnociencias en sus medios y fines, con la realización de valores humanos<sup>30</sup>. Humanizar visa el proceso de subjetivación para producir cuidados en salud combatiendo la despersonalización, el reconocimiento y respeto al otro con distinción cultural<sup>31</sup>.

#### **“Situaciones de vulnerabilidad y retos emocionales”**

De acuerdo a los resultados obtenidos en esta

investigación en base a las vivencias de las personas hospitalizadas y de acompañantes en el proceso de recuperación en la sala de la Unidad de Terapia Intermedia, las situaciones de vulnerabilidad y angustia en los beneficiarios, generan un grado de solidaridad muy alto entre todas las personas que comparten la sala.

La solidaridad consiste en mostrarse unido a otras personas o grupos, compartiendo sus intereses y sus necesidades, como expresión del sentimiento que es, no funciona como un deber frío e impuesto desde la autoridad. La solidaridad no se aprende únicamente en un aula, se aprende, desde y en la experiencia de personas que manifiestan conductas solidarias. El análisis de los resultados muestra que puede desarrollarse de manera espontánea en distintos ámbitos, como en este caso entre personas en situación de hospitalización, se coincide con el enfoque pedagógico de Buxarrais, profesora titular de la Facultad de Pedagogía de la Universidad de Barcelona, en que el autoconocimiento, la capacidad de autorregulación, capacidad de diálogo, capacidad para transformar el entorno, comprensión crítica y la empatía son dimensiones morales importantes que se deben desarrollar en todas las personas para contribuir a la interiorización de los valores como la cooperación y la solidaridad<sup>32</sup>.

Se observó que los integrantes del equipo de salud se enfrentan a diario a diferentes situaciones, consideradas “retos emocionales”, al analizar estas situaciones en la interacción entre personas se pudo apreciar en algunos integrantes del equipo de salud preocupación y bondad, en otros integrantes falta de sentimiento y en los beneficiarios angustia y vulnerabilidad; para que el equipo de salud pueda superar la despersonalización que en algunos casos se genera, es imperativo proporcionarles oportunidades de formación vivencial para que desarrollen habilidades sociales para enfrentar situaciones de vulnerabilidad de tal manera que les permita enfocar mejor su comportamiento. El análisis realizado de las entrevistas sugiere que cuando se invierte el rol de los integrantes del equipo de salud y pasan por este tipo de situaciones al ser atendidos en algún centro de salud, al cambiar la situación y estar en el rol de

beneficiarios, ven de cerca esta situación que les permite analizar y darse cuenta de algunos comportamientos en los que se pueden incurrir involuntariamente que afectan la atención humanizada y recién se llega a valorar el ser tratados como seres humanos de manera integral que implica además la excelente capacidad técnica para resolver el problema, cumpliendo cada integrante del equipo de salud con sus respectivas funciones.

También se debe considerar que estos “retos emocionales” en el Hospital del Tórax son aún mayores porque a su vez se ven afectados por distintos factores, como infraestructura antigua y carencia de medios para ser un hospital de cuarto nivel, urbano y altamente especializado. Factores que, con frecuencia, pueden desembocar en una atención despersonalizada y generar la sensación en los beneficiarios de falta de consideración ante el sufrimiento y el dolor. El equipo de salud al igual que los beneficiarios son personas y en la relación interpersonal que se produce necesitan atención humanizada con un nivel de comprensión del otro en ambos sentidos.

La despersonalización por parte de personal médico y de enfermería en el proceso de cuidado de las personas es aun más relevante si se considera que produce un efecto negativo, que es reducir el nivel de confianza de los beneficiarios<sup>33</sup>, tan necesario en una relación de ayuda. Se plantea que los centros de salud deben contar con presupuesto para capacitar a sus integrantes a través de experiencias vivenciales en habilidades sociales que les permita desarrollar su inteligencia emocional, para favorecer un mejor trato a las personas expresado no de manera reduccionista solo como amabilidad o cortesía, sino que les permita tratar a las personas como seres humanos de manera integral. Estudios en relación a la orientación psicosocial del personal sanitario<sup>34</sup>, 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 beneficiario, 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 actúan como un factor preventivo ante el desgaste profesional<sup>35</sup> y facilitan la satisfacción, el engagement (compromiso), y la búsqueda de sentido a la profesión<sup>36,37,38</sup>.

## CONCLUSIONES

Los resultados muestran que todas las personas que conforman el equipo de salud al igual que los beneficiarios, están llenos de recursos y potencialidades que se pueden utilizar en beneficio de una atención más humanizada.

Es necesario no descuidar las individualidades y potenciar las habilidades sociales de todos los integrantes del equipo de salud para que puedan proporcionar atención humanizada a los beneficiarios y que los profesionales del área de la salud logren un equilibrio entre la distancia afectiva profesional y la implicación emocional propia de un profesional que también es persona.

En el caso del personal de salud que tiene mayor responsabilidad directa en la recuperación de los beneficiarios, médicos y enfermeras se debe comprender que la concepción de "atención humanizada" no solo se reduce a la amabilidad, sino que se debe considerar al "ser humano de manera integral" y como parte de este trato integral implícitamente también se comprende el proporcionar "excelencia técnica" para atender al ser humano y no solo a la enfermedad.

La atención humanizada es lograr sentir lo que el otro siente, comprender el dolor y actuar en consecuencia, los integrantes del equipo de salud, los beneficiarios hospitalizados, familiares y acompañantes también tienen necesidades emocionales (los beneficiarios al encontrarse en una situación angustiante al querer evitar el sufrimiento y recuperar su salud y los integrantes del equipo de salud al enfrentar riesgos psicosociales como el síndrome de Burnout en su contexto laboral que afectan la relación interpersonal con los beneficiarios) que conforman el lado psicosocial de la atención. A veces desde una perspectiva excesivamente biomédica se descuida este aspecto "psicosocial" del que nadie, sano o enfermo, puede desprenderse.

## REFERENCIAS

1. Heras G y Zaforteza C. HUCI se escribe con H de HUMANO. *Rev. Enferm Intensiva*. 2014;25(4):123-124
2. OPS / OMS Colombia. Colombia sigue avanzando en el desarrollo de la política de humanización de la salud. [Consultado en Agosto 2019] Disponible en: [https://www.paho.org/coll/index.php?option=com\\_content&view=article&id=3246:colombia-sigue-avanzando-en-el-desarrollo-de-la-politica-de-humanizacion-de-la-salud&Itemid=562](https://www.paho.org/coll/index.php?option=com_content&view=article&id=3246:colombia-sigue-avanzando-en-el-desarrollo-de-la-politica-de-humanizacion-de-la-salud&Itemid=562)
3. Ministerio de Salud y Deportes. Salud Familiar Comunitaria Intercultural. Documento técnico – estratégico, versión didáctica, Movilizados por el Derecho a la Salud y a la Vida, Serie: Documentos Técnico – Normativos, publicación 171 La Paz, Bolivia; 2009
4. Ley del ejercicio profesional médico. Bolivia, Ley N° 3131, (8 de agosto de 2005).
5. Spinsanti S. *L'alleanzaterapeutica*. Borla. Roma; 1988.
6. Consejería de Sanidad de la Comunidad de Madrid. Plan de Humanización de la Asistencia Sanitaria 2016-2019. [Consultado en Abril 2019] Disponible en: <http://www.madrid.org/bvirtual/BVCM017902.pdf>
7. Servicio Departamental de Salud La Paz. [Consultado en Agosto 2019] Disponible en: <https://www.sedeslapaz.gob.bo/content/instituto-nacional-del-torax>
8. OPS / OMS Bolivia. La suma de acciones pueden poner fin a la tuberculosis. [Consultado en Diciembre 2019] Disponible en: [https://www.paho.org/bol/index.php?option=com\\_content&view=article&id=2225:la-suma-de-acciones-pueden-poner-fin-a-la-tuberculosis&Itemid=481](https://www.paho.org/bol/index.php?option=com_content&view=article&id=2225:la-suma-de-acciones-pueden-poner-fin-a-la-tuberculosis&Itemid=481)
9. Franco RA. *Las relaciones interpersonales un acto terapéutico*. La Paz, Bolivia: Instituto Internacional de Integración del Convenio Andrés Bello. 2018.
10. Teddlie Ch, Yu F. Methods sampling. Typology with examples. *J Mix Methods Res*. 2007; 1(1):77-100.
11. Schütz A. *El problema de la realidad social*. Buenos Aires: Amorrortu; 1995
12. Vaismoradi M, Turunen H y Bondas T. Content analysis and thematic analysis: Implications for conducting a qualitative descriptive study. *Nursing & Health Sciences*. 2013;15:398-405. doi:10.1111/nhs.12048
13. Gilgun J.F. A case for case studies in social work research. *Social work*. 1994; 39: 371-380.
14. Pope C, Mays N. Qualitative research: reaching the parts other methods cannot reach: an introduction to qualitative methods in health and health services research. *BMJ*. 1995;311:42-5.

15. Muntaner C, Gómez MB. *Qualitative and quantitative research in social epidemiology: is complementarity the only issue?* GacSanit. 2003;17:53-7.
16. Hurley RE. *La investigación cualitativa y el profundo entendimiento de lo obvio.* HSR: HealthServicesResearch. 1999;34:1119-36.
17. González MR. *Las relaciones con el paciente en el marco institucional.* Revista Cubana Medicina. 1976; 15 (4):345-50.
18. Grupo de trabajo de certificación de proyecto HU-CI. *Manual de Buenas prácticas de humanización en Unidades de Cuidados Intensivos.* Madrid: Proyecto HU-CI; 2017. [Consultado en Abril 2019]. Disponible en <http://humanizando loscuidadosintensivos.com/es/buenas-practicas/>
19. Velasco J, Heras G. *Humanizando los cuidados intensivos. De un proyecto inspirador a nuevas realidades.* Ética de los Cuidados. 2017 jul-dic; 10(20). [Consultado en Junio 2019]. Disponible en: <http://www.index-f.com/eticuidado/n20/et2000.php>
20. Bermejo J, Villacieros M. *El compromiso de la humanización en las instituciones sociosanitarias.* 2013. [Consultado en Agosto 2019]. Disponible en: <https://www.josecarlosbermejo.es/el-compromiso-de-la-humanizacion-en-las-instituciones-sociosanitarias/>
21. *Concepto de dignidad humana.* [Consultado en Diciembre 2019] Disponible en: <https://deconceptos.com/ciencias-juridicas/dignidad-humana>
22. Todres L, Galvin KT, Holloway I. *The humanization of healthcare: A value framework for qualitative research.* International Journal of Qualitative Studies on Health and Well-being. 2009; 4: 68-77)
23. Vera O. *Aspectos éticos y legales en el acto médico.* Rev Med La Paz, 2013; 19(2):73- 81.
24. Correa ML. *La humanización de la atención en los servicios de salud: un asunto de cuidado.* RevCuid. 2016; 7(1):1227-31. <http://dx.doi.org/10.15649/cuidarte.v7i1.300>
25. 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.
26. Maslach C, Jackson SE. *MBI: Maslach burnout inventory; manual research edition.* Palo Alto, CA: Consulting Psychologists Press; 1996
27. Silva JL, Soares RS, Costa FS, Ramos DS, Lima FB, Teixeira LR. *Psychosocial factors and prevalence of burnout syndrome among nursing workers in intensive care units.* Rev Bras TerIntensiva. 2015; 27(2):125-33.
28. Morton KR, Worthley JS, Testerman JK, Mahoney ML. *Defining features of moral sensitivity and moral motivation: Pathways to moral reasoning in medical student.* J Moral Education 2006; 35 (3): 387-406.
29. Foucault, M. *Microfísica del poder.* España Las Ediciones de La Piqueta Seseña, 59. Madrid-24; Segunda edición, mayo 1979
30. Martins J, Stein-Backes D, da Silva-Cardozo R, Lorenzini-Erdmann A, Luiz-de Albuquerque G. *Resignificandola humanización desde el cuidado en el curso de vivir humano.* RevEnferm. 2008; 16(2): 276-81.
31. Centro Camiliano de Humanización y pastoral de la salud. *Red nacional de líderes de humanización.* [Consultado en Abril 2019]. Disponible en: <http://www.centrocamiliano.co>
32. Buxarrais, MR. *Educación para la solidaridad.* Organización de Estados Iberoamericanos para la educación la ciencia y la cultura. [Consultado en Diciembre 2019]. Disponible en: <https://www.oei.es/historico/valores2/boletin8.htm>
33. García Juárez et al. *Personalización de cuidados hospitalarios y su efecto sobre la relación de confianza enfermera-paciente.* Enferm Clin. 2013;23(6):243-251
34. 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.
35. 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.* AnSistSanitNavar. 2015; 38(2): 213-223.
36. 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.* InformaciónPsicológica 2008; 91-92:80-84.
37. 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.
38. Epstein RM. *Comunicación, burnout y resultados clínicos: más preguntas que respuestas.* Aten Primaria 2001; 27(7):511-513.