

Más allá del paciente crítico: el grupo de apoyo como motor de resiliencia

IV CERTAMEN MEJORES PROYECTOS DE HUMANIZACIÓN

FECHA: 2 de marzo del 2026

TÍTULO DEL PROYECTO: “Más allá del paciente crítico: el grupo de apoyo como motor de resiliencia”.

ORGANIZACIÓN: Unidad PostUCI del Hospital Universitario y Politécnico de La Fe de Valencia – Dirección: Av. Fernando Abril Martorell, 106, Quatre Carreres (46026), Valencia (Valencia).

PERSONA DE CONTACTO: Yolanda Arteche (arteche_vol@gva.es – telf.: 628803749/ Valencia (Valencia)).

AUTORES: Trinidad Tamarit, Faustino Álvarez, Amparo Pérez, Azucena Pajares y Yolanda Arteche

ÁREA TEMÁTICA: 1. PARTICIPACIÓN EN EL PROCESO DE ATENCIÓN

ÍNDICE

1. RESUMEN EJECUTIVO.....	2
1.1 Introducción y Propósito	2
1.2 Conclusión	3
2. MEMORIA CANDIDATURA.....	3
2.1 Justificación	3
2.3 Planificación y/o cronograma	4
2.3.1. Perfil de Participantes y Convocatoria	4
2.3.2. Dinámica de las Sesiones.....	4
2.3.3 Registro y Continuidad Asistencial	5
2.4 Cronograma.....	5
2.5 Enfoque	5
2.6 Desarrollo y ejecución	6
2.7 Ejecución	7
2.8 Despliegue	7
2.9 Resultados	8
2.10 Evaluación y revisión	8
2.11 Carácter innovador.....	9
2.12 Divulgación	9
2.13 Nivel de aplicabilidad/transferibilidad	10
3. BIBLIOGRAFÍA.....	11
4. ANEXOS	12
ANEXO 1. Tabla de criterios de inclusión y exclusión del Seguimiento Post-UCI.....	12
ANEXO 2. Diagrama de flujo seguimiento PostUCI	12

1. RESUMEN EJECUTIVO

1.1 Introducción y Propósito

La supervivencia tras una enfermedad crítica no es el objetivo final, sino el inicio de una compleja transición. El equipo del Hospital Universitario y Politécnico de La Fe de Valencia presenta su candidatura centrada en un modelo de acompañamiento integral que no solo busca curar secuelas, sino humanizar la recuperación. Nuestro programa garantiza la continuidad asistencial desde el momento en que el paciente abandona la unidad de críticos (Unidad de Cuidados Intensivos (UCI) y/o Unidad de Cuidados Críticos de Anestesia (UCCA)), extendiéndose durante su estancia en hospitalización y continuando hasta un año después del alta hospitalaria a través de consulta externa.

Este programa nace y se desarrolla bajo un fuerte liderazgo enfermero. El núcleo del equipo está formado por dos enfermeras especialistas en cuidados críticos que coordinan la trayectoria del paciente, trabajando de forma estrecha con médicos de la unidad y actuando como enlace con otras especialidades y disciplinas. Creemos que la enfermería, por su visión holística y cercanía, es la disciplina idónea para pilotar este proceso de humanización, garantizando que el paciente nunca se sienta perdido en el sistema sanitario.

El Síndrome Post-Cuidados Intensivos (PICs) afecta en las tres esferas de la persona: física, cognitiva y emocional. Sin embargo, una de las secuelas más invisible es la desconexión social. Los programas convencionales suelen centrarse en la revisión clínica individual, pero nuestro equipo ha detectado que la necesidad humana de compartir el trauma es el factor determinante para una recuperación completa. Si bien cumplimos con los estándares de seguimiento clínico, nuestra marca de identidad y el punto más novedoso de la propuesta es la implementación de **Sesiones Grupales de Apoyo Post-UCI**.

Frente a la atención individualizada y consulta tradicional, hemos creado un espacio donde los pacientes dejan de verse como enfermos y empiezan a verse como compañeros que comparten la misma lucha. Estas sesiones, dinamizadas por el equipo Post-UCI, permiten:

- Validación de la Experiencia: Al compartir vivencias con otros pacientes, normaliza sus miedos y lagunas de memoria, reduciendo el estigma.
- Aprendizaje entre iguales: El intercambio de estrategias de afrontamiento entre pacientes acelera la recuperación de la autonomía.

- Crear una red de Cuidado: Transformamos el aislamiento del alta en una comunidad resiliente, donde el apoyo mutuo actúa como un agente terapéutico más.

El éxito de nuestro modelo reside en la salud percibida y la gratitud profunda de nuestros pacientes. La respuesta cualitativa nos indica que el sentimiento de "no estar solo" es el factor que más influye en su reintegración vital.

1.2 Conclusión

Nuestro programa rompe los muros de las unidades de críticos para extender el cuidado allí donde el paciente más lo necesita: en su retorno a la vida cotidiana. A través de la conexión humana y las sesiones grupales, validamos su experiencia y convertimos el trauma individual en superación colectiva. Es, en definitiva, una apuesta por una sanidad que no solo salva vidas, sino que cuida las historias que hay detrás de ellas.

2. MEMORIA CANDIDATURA

2.1 Justificación

El proyecto se fundamenta en la evidencia científica actual que describe el Síndrome Post-Cuidados Intensivos (PICs) como un problema de salud pública de primer orden (1). La literatura reconoce que la supervivencia a una enfermedad crítica es solo el primer paso, enfrentándose el paciente a una "trayectoria de recuperación" que a menudo está marcada por el aislamiento, la incomprensión y el estrés postraumático.

Siguiendo las recomendaciones del Proyecto HU-CI (2) sobre la humanización de los cuidados críticos, nuestra propuesta sitúa a la enfermería como el hilo conductor de la continuidad asistencial. El liderazgo enfermero en este programa garantiza una visión holística que trasciende la curación orgánica para enfocarse en el cuidado de la persona y su entorno familiar.

El núcleo de nuestro modelo, el apoyo mutuo entre iguales, está avalado por estudios internacionales (3)(4), que demuestran que las intervenciones grupales son una herramienta poderosa para:

1. Reducir la carga del trauma mediante la validación mutua.
2. Aumentar la resiliencia al compartir estrategias de afrontamiento en un entorno seguro que no se pueden transmitir en una consulta individual.

3. Fomentar la autonomía, basándonos en modelos de "expertizaje" donde los pacientes más avanzados en su recuperación actúan como motores de esperanza para los recién dados de alta.

Por tanto, este programa no solo responde a una necesidad ética de humanización, sino que se alinea con la medicina basada en el valor, donde la experiencia y la salud percibida por el paciente son los principales indicadores de éxito.

2.3 Planificación y/o cronograma

Nuestras sesiones grupales se rigen por un protocolo estructurado que garantiza la seguridad emocional y la eficacia del encuentro.

2.3.1. Perfil de Participantes y Convocatoria

- Aforo y Composición: Grupos de máximo 25 personas (pacientes y familiares).
- Criterio de Selección: Realizamos una mezcla estratégica de pacientes en distintas fases de recuperación. El objetivo es que los pacientes en fase temprana vean reflejada su posible evolución en aquellos que ya han avanzado en su proceso.
- Figura del "Paciente Experto": Contamos con pacientes que han superado experiencias críticas traumáticas y que, por su perfil resiliente, actúan como referentes de superación. Su rol es doble: participan en las sesiones grupales y, en casos seleccionados, realizan intervenciones de apoyo en la propia Unidad de Críticos para pacientes que aún están ingresados y/o posteriormente sala de hospitalización, tras el alta de la unidad de críticos.
- Convocatoria: Confirmación telefónica personalizada para asegurar el aforo y preparar la dinámica del grupo.

2.3.2. Dinámica de las Sesiones

- Frecuencia y Horario: Sesiones presenciales cada 4-6 semanas (mes/mes y medio). Se programan los martes o jueves a las 15:30h para facilitar la asistencia de familiares. Se elige este horario y esos días de la semana porque es cuando está contemplado pasar consulta Post-UCI y para no interferir en las otras consultas pendientes de los asistentes.
- Duración: 90 minutos.
- Metodología (Desahogo Libre Moderado): La intervención de los moderadores (Enfermería y médicos Post-UCI) es mínima, actuando únicamente como facilitadores y gestores del tiempo. Se fomenta el desahogo libre, permitiendo que las narrativas surjan de forma orgánica, lo que favorece la descarga emocional y la identificación entre iguales.

2.3.3 Registro y Continuidad Asistencial

Para asegurar el seguimiento clínico, cada sesión conlleva un proceso administrativo y asistencial:

1. Registro en Historia Clínica (HC): Se anota la participación del paciente para que el resto del equipo multidisciplinar conozca su evolución social y emocional.
2. Acta de la Sesión: Recogemos los temas recurrentes (miedos, dudas, secuelas físicas) para detectar necesidades comunes y orientar futuras sesiones formativas.
3. Control de Asistencia: Mantenimiento de una base de datos para asegurar el seguimiento longitudinal hasta el año del alta.

2.4 Cronograma

A continuación, se presenta la hoja de ruta operativa del proyecto que sintetiza el cronograma de actuaciones y frecuencia de las sesiones grupales para asegurar la sostenibilidad del modelo.

Tabla 1. Itinerario de Grupos de apoyo Post-UCI.

Fase	Actividad	Frecuencia	Responsable
Captación	Identificación de candidatos en planta y consulta	Continua	Enfermeras Post-UCI
Preparación	Selección de "Pacientes Expertos" y convocatoria	1 semana antes de sesión	Enfermeras Post-UCI
Ejecución	Sesión Grupal (Martes/Jueves 15:00h)	Cada 45 días aprox.	Equipo Post-UCI
Registro	Documentación en HC y redacción de acta	Post-sesión (24h)	Moderadores
Evaluación	Análisis de temas recurrentes y feedback	Trimestral	Equipo Multidisciplinar

2.5 Enfoque

Nuestra propuesta nace de un cambio de paradigma: nos alejamos del modelo biomédico tradicional, centrado exclusivamente en la curación de la patología física, para situarnos en un modelo de cuidado humanizado y relacional. Entendemos que la

supervivencia a una enfermedad crítica es solo el inicio de un proceso biográfico complejo que requiere una atención que vaya más allá de lo clínico.

El programa se cimenta en dos pilares transversales:

1. Continuidad del Cuidado: Actuamos como el hilo conductor que acompaña al paciente y su familia en el tránsito desde las unidades de críticos hasta la realidad del domicilio, evitando el vacío asistencial y poniendo el foco en la salud percibida por el propio paciente.
2. El Grupo de Apoyo como Catalizador: Las sesiones grupales son nuestra marca de identidad. En ellas, las medidas de alto impacto en la persona que se llevan a cabo en las unidades de críticos ceden a la palabra. Estos encuentros combaten directamente con la soledad y el aislamiento.

A través de la pertenencia y la validación mutua, transformamos la experiencia individual en una experiencia colectiva de superación. Es en este espacio de acompañamiento entre iguales donde ocurre la verdadera sanación emocional. Como bien describe uno de nuestros pacientes tras participar en un encuentro:

“Hace un momento, cuando estaba en la consulta con vosotros, me he roto sintiéndome solo, igual que llevo haciéndolo desde que salí de la UCI. Ahora, vuelvo a casa sabiendo que ya no estoy solo”.

2.6 Desarrollo y ejecución

El desarrollo del programa se articula en tres fases críticas lideradas por el equipo Post-UCI (2 enfermeras y 2 médicos del equipo Post- UCI):

- Fase de Detección (UCI/UCCA): Cuando se prevé el alta de críticos en 48-72h, se realiza la interconsulta a la unidad de Post-UCI. En ese tiempo, las enfermeras de Post-Uci valoran la inclusión del paciente en el programa según criterios de inclusión y exclusión (Anexo 1. Tabla de criterios de inclusión/exclusión). Una vez incluido en el Post-UCI, las enfermeras establecen el primer vínculo con el paciente y la familia explicándoles el objetivo y el programa de seguimiento. Realizan una valoración, detectan necesidades y elaboran un plan de cuidados individualizado. Además, transmiten a enfermería de sala en las condiciones que sale del paciente con un informe de enfermería Post-UCI y acompañan al paciente a la habitación.
- Fase de transición en hospitalización: durante las primeras 24h, 48 y 72h de su salida de la unida de críticos, las enfermeras realizan visitas presenciales y seguimiento para evaluar las tres esferas de la persona (física, cognitiva y psicológica) y dan respuesta a las necesidades detectadas, coordinándose con

otras especialidades (fisioterapia, logopedia, enfermería, médicos de distintas especialidades, psicólogo).

- Fase de Seguimiento Clínico (Consulta Externa): Si los pacientes se van al domicilio contactamos con su centro de atención primaria para informar del episodio y en qué situación va el paciente a casa. Una vez que el paciente ya está en su domicilio, realizamos consultas telefónicas a los 15-20 días y a los 3 meses del alta y consulta presencial al mes, a los 6 meses y a los 12 meses del alta hospitalaria. Las consultas son de enfermería y médicas.

Ejecución de las Sesiones Grupales: Se organizan encuentros de 90 minutos cada 45 días. La ejecución incluye la selección de pacientes, la convocatoria telefónica y la moderación de un espacio de desahogo libre con un aforo máximo de 25 personas (pacientes y familias)."

2.7 Ejecución

El desarrollo de la ejecución del programa puede consultarse en el diagrama de flujo del Anexo 2 de la presente memoria.

2.8 Despliegue

El despliegue del programa ha sido progresivo y se ha integrado plenamente en la estructura asistencial del hospital. Los ejes del despliegue son:

A. Integración en el Circuito Asistencial Oficial: El programa no funciona de forma aislada; se ha desplegado como un proceso transversal que une la Unidad de Críticos con la Hospitalización y las Consultas Externas. Se ha normalizado el registro de la actividad en la Historia Clínica Electrónica, permitiendo que cualquier profesional (médico de planta, rehabilitador o enfermera de sala) visualice el seguimiento y los acuerdos alcanzados en las sesiones grupales, garantizando la trazabilidad del cuidado.

B. Despliegue de la Cultura de Humanización: Hemos logrado un despliegue cultural en el que el resto del personal de las unidades de críticos y de las plantas de hospitalización identifica el programa como un recurso de valor. Esto se traduce en un sistema de captación fluido donde facultativos y enfermería son capaces de detectar pacientes con alto de riesgo de desarrollar PICs.

C. Consolidación de Espacios y Tiempos: El despliegue operativo ha incluido la asignación de espacios físicos permanentes para las sesiones grupales y la reserva de agendas específicas para la enfermería Post-UCI. El horario (15:30h) se ha establecido de forma estratégica para facilitar la conciliación de las familias y la disponibilidad del equipo, convirtiendo una actividad extraordinaria en una rutina asistencial programada.

D. El Paciente Experto: Consideramos que el despliegue alcanza su madurez con la creación de la red de Pacientes Expertos. El programa no termina en el hospital, sino que se extiende a través de estos pacientes que actúan como embajadores de la humanización, volviendo a la unidad de críticos para cerrar el círculo y ayudar a nuevos pacientes en su fase más vulnerable. De hecho, de cara al futuro, el proyecto Post-UCI se encuentra en una fase de expansión gracias a la formalización de la Asociación de Pacientes Post-UCI, actualmente en trámites de registro oficial. Esta entidad permitirá no solo la sostenibilidad del apoyo entre iguales a largo plazo, sino también la escalabilidad y transferibilidad del modelo a otros centros.

2.9 Resultados

El éxito de nuestro programa se manifiesta, fundamentalmente, en la profunda transformación de la experiencia del paciente y en la creación de vínculos terapéuticos que trascienden la consulta convencional. La gratitud clínica es nuestro principal indicador de valor. A través de ella, objetivamos una respuesta unánime de validación emocional por parte de los participantes, quienes reportan una liberación inmediata del estigma que suele acompañar a las secuelas invisibles del paciente crítico.

Durante el desarrollo de las sesiones grupales, el equipo ha sido testigo de un fenómeno clínico excepcional: la evolución de la narrativa del paciente. En apenas noventa minutos, observamos una transición de un lenguaje centrado en la queja y la pérdida hacia un discurso de resiliencia y superación. El grupo actúa como un catalizador que permite al individuo procesar su trauma y redescubrir sus fortalezas, transformando la percepción de su propia enfermedad.

Este impacto no se ha limitado al entorno hospitalario. La conexión generada ha sido tan poderosa que ha propiciado la aparición de redes de apoyo informales entre los asistentes, quienes han decidido dar un paso: la creación de una Asociación de Pacientes Post-UCI, actualmente en trámites de registro oficial. Este hito representa el éxito definitivo de nuestra intervención, demostrando que hemos logrado empoderar a los pacientes hasta convertirlos en una comunidad, capaz de sostener la humanización y el apoyo mutuo mucho más allá del alta médica. En definitiva, hemos pasado de tratar pacientes a fomentar una red de vida.

2.10 Evaluación y revisión

La calidad de nuestra intervención se asegura mediante un proceso de revisión continua que integra la práctica clínica con el *feedback* directo de los usuarios. Evaluamos el despliegue del programa a través del registro sistemático en la Historia Clínica Electrónica, garantizando que el itinerario de seguimiento (visitas en sala y consultas externas) se cumpla rigurosamente según los criterios de inclusión establecidos.

Más allá de los indicadores asistenciales, la revisión del programa se nutre de las actas recogidas tras cada sesión grupal. El equipo multidisciplinar analiza estos registros de forma periódica para detectar necesidades emergentes, miedos comunes o dudas recurrentes, permitiéndonos ajustar los contenidos de las sesiones y mejorar la respuesta del equipo sanitario ante el Síndrome Post-UCI. Este ciclo de evaluación cualitativa se cierra con el análisis de la tasa de retorno y la satisfacción percibida, asegurando que el proyecto evolucione constantemente en sintonía con las demandas reales de los pacientes y sus familias.

2.11 Carácter innovador

La innovación reside en una transformación del paradigma asistencial. Mientras que la atención post-críticos convencional suele ser individual y unidireccional, nuestra propuesta introduce un modelo de intervención comunitaria. El carácter disruptivo del programa radica en la ruptura de la jerarquía clínica tradicional dentro de los grupos de apoyo, creando un espacio de "desahogo libre" donde el saber profesional y la experiencia vital del paciente se sitúan al mismo nivel.

Es innovador, además, por la integración de la figura del paciente experto no solo como apoyo externo, sino como un agente de salud activo que interviene en la propia unidad de críticos, aportando credibilidad y comprensión para el paciente. Este enfoque convierte el hospital en un entorno donde la comunidad de supervivientes regresa para humanizar la fase más aguda del ingreso, logrando que el apoyo entre iguales se convierta en una herramienta terapéutica reglada y sistemática. En definitiva, innovamos al demostrar que, en un entorno de supervivencias y terapias de alto impacto, la palabra compartida y el vínculo humano son las intervenciones más vanguardistas para la recuperación integral.

2.12 Divulgación

Nuestro compromiso con la humanización incluye la difusión activa del modelo para fomentar su replicabilidad en otros centros sanitarios. A nivel interno, realizamos sesiones clínicas periódicas para sensibilizar al equipo multidisciplinar del hospital sobre el impacto del Síndrome Post-UCI y los beneficios del apoyo entre pacientes. A nivel externo, el proyecto se expande hacia la comunidad científica mediante la presentación de nuestras metodologías y resultados cualitativos en congresos y foros especializados en humanización de cuidados críticos.

Asimismo, la divulgación se extiende a los propios usuarios a través de guías y dossier informativos y materiales didácticos que explican el itinerario de recuperación, facilitando la transición al domicilio. El despliegue de este plan culmina con la visibilidad que otorga la propia asociación de pacientes en formación, que actúa como un altavoz social del proyecto, permitiendo que la experiencia de nuestra unidad sirva de referente y estímulo para la creación de redes de cuidado similares a nivel nacional.

2.13 Nivel de aplicabilidad/transferibilidad

El proyecto presenta un altísimo nivel de transferibilidad. No requiere de inversiones tecnológicas costosas ni de infraestructuras complejas; su motor es el capital humano y la reorganización de los tiempos asistenciales. Cualquier hospital que cuente con un equipo motivado de enfermería y medicina puede replicar este modelo de grupos de apoyo y seguimiento en planta.

Nuestra metodología de registro y el protocolo de selección del 'paciente experto' están diseñados para ser escalables y adaptables a diferentes contextos hospitalarios, convirtiéndose en una hoja de ruta clara para la humanización del proceso Post-UCI a nivel nacional. La solidez y el impacto de este modelo son tales que han trascendido el ámbito puramente hospitalario: la cohesión generada en nuestros grupos de apoyo ha impulsado a los propios pacientes a iniciar los trámites para constituirse en una Asociación de Pacientes oficial. Este hito no solo garantiza la perdurabilidad del proyecto, sino que ofrece una estructura asociativa que puede servir de apoyo y guía para futuras unidades que decidan implantar este modelo de cuidado compartido.

3. BIBLIOGRAFÍA

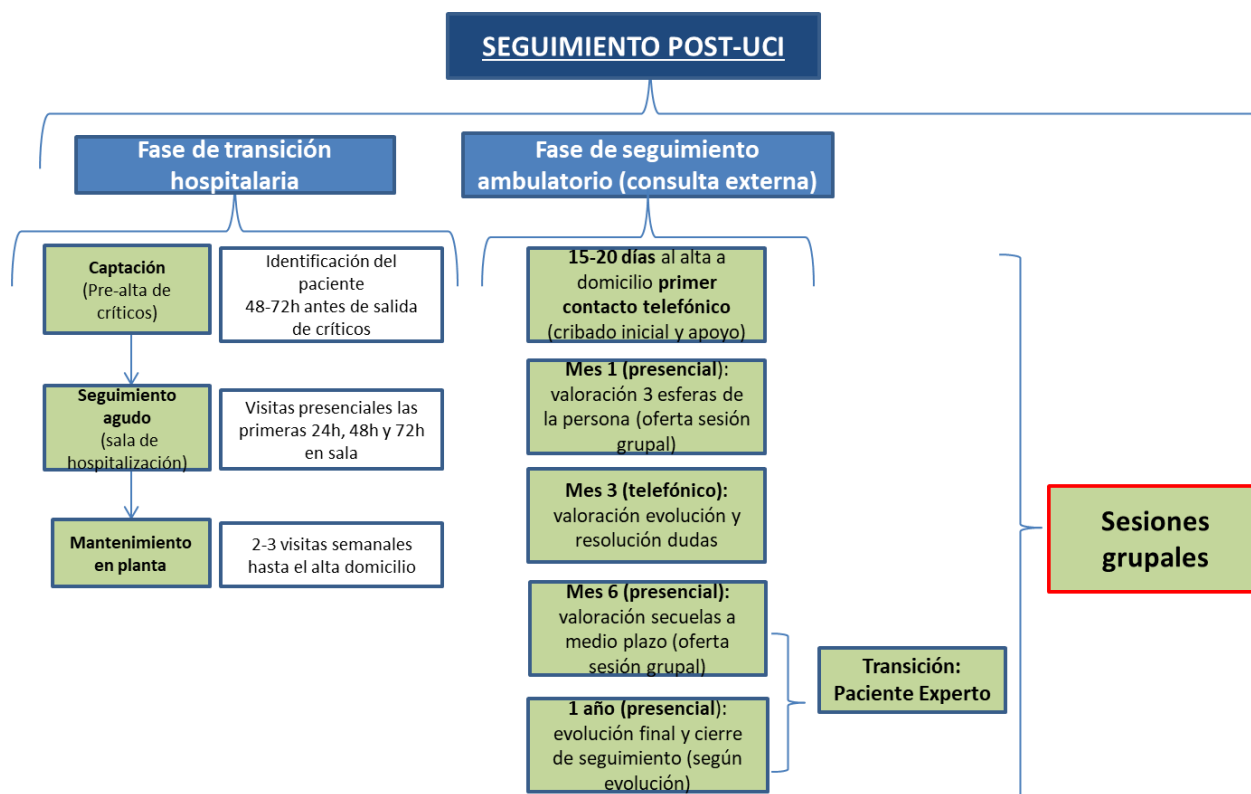
1. Needham DM, Davidson J, Pronovost P, et al. Improving long-term outcomes after discharge from intensive care unit: Report from a stakeholders' conference. *Crit Care Med.* 2012;40(2):502-9.
2. Heras La Calle G, Proyecto HU-CI. Manual de Buenas Prácticas de Humanización en Unidades de Cuidados Intensivos. Madrid: Proyecto HU-CI; 2017.
3. Mikkelsen ME, Still M, Anderson BJ, et al. Peer Support for Survivors of Critical Illness. *Chest.* 2016;150(5):1144-51.
4. Haines KJ, Sevin CM, Hibbert E, et al. Peer Support in Critical Care: A Systematic Review. *Crit Care Med.* 2018;46(10):1522-31.
5. Lasiter S, Lin SY. Critical care follow-up clinics: a scoping review of interventions and outcomes. *Clin Nurse Spec.* 2016;30(4):227-37.
6. Saeidi M. Prevalence of Depression, Anxiety and Stress among Patients Discharged from Critical Care Units. *J Crit Care Med.* 2021;7(2):113-22.
7. Rawal G, Yadav S, Kumar R. Post-intensive care syndrome: its pathophysiology, prevention, and future directions. *J Transl Int Med.* 2017;5(2):90-4.
8. Escudero D, Viña L, Calleja C. Formación en post-cuidados intensivos: una reflexión necesaria. *Med Intensiva.* 2017;41(8):494-6.
9. Chao PW, Shih CJ, Lee YJ, et al. Guideline on multimodal rehabilitation for patients with post-intensive care syndrome. *J Chin Med Assoc.* 2020;83(3):213-24.
10. Stam H, van der Schaaf M, van der Meulen IC, et al. The evaluation of the quality of life in survivors of critical illness after discharge from Intensive Care Unit (ICU): A prospective cohort study. *J Rehabil Med.* 2018;50(3):284-91.

4. ANEXOS

ANEXO 1. Tabla de criterios de inclusión y exclusión del Seguimiento Post-UCI

Criterios de Inclusión	Criterios de Exclusión
Estancia prolongada: Ingreso en UCI/UCCA > 10 días.	Patología previa: Enfermedad neurológica o psiquiátrica diagnosticada antes del ingreso.
Soporte ventilatorio: VMI o VMNI > 72 horas.	Discapacidad basal: Enfermedad neuromuscular o discapacidad grave previa al ingreso.
Diagnóstico de Sepsis o durante el ingreso y/o Parada Cardiorrespiratoria (PCR) .	Daño neurológico agudo: Lesión neurológica grave ocurrida durante el ingreso actual.
Delirium durante la estancia en críticos.	Enfermedad de mal pronóstico a corto plazo o terminalidad.
Polineuropatía del paciente crítico	

ANEXO 2. Diagrama de flujo seguimiento PostUCI



DECLARACIÓN JURADA DE ORIGINALIDAD Y NO PREMIACIÓN

Dña. YOLANDA ARTECHE NOSELLAS con DNI 72544808-W en calidad de Enfermera PostUCI y representante del equipo del proyecto titulado: **“Más allá del paciente crítico: el grupo de apoyo como motor de resiliencia”** desarrollado en el Hospital Universitario y Politécnico de La Fe de Valencia.

DECLARA BAJO SU RESPONSABILIDAD:

1. Que el proyecto presentado es una iniciativa original de los autores que suscriben la memoria.
2. Que dicha iniciativa no ha sido premiada previamente en ningún otro certamen, concurso o convocatoria de premios de naturaleza similar a la presente, con fecha anterior a la firma de este documento.
3. Que el equipo se compromete a comunicar a la organización cualquier cambio en esta situación en caso de producirse durante el proceso de evolución.

Y para que así conste los efectos oportunos de la convocatoria **IV CERTAMEN A LOS MEJORES PROYECTO DE HUMANIZACIÓN** firmo la presente declaración en:

Valencia, a 6 de marzo del 2026

