



**UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA DE MÉXICO
FACULTAD DE MEDICINA
DIVISIÓN DE ESTUDIOS DE POSGRADO**

HOSPITAL ESPAÑOL

TÍTULO DE LA TESIS:

**“GRADO DE PERCEPCIÓN Y NIVEL DE SATISFACCIÓN DE
LOS FAMILIARES EN SU INTEGRACIÓN EN ACTIVIDADES DE
ATENCIÓN BÁSICA Y REHABILITACIÓN DE PACIENTES
INGRESADOS A LA TERAPIA INTENSIVA DEL HOSPITAL
ESPAÑOL”**

**QUE PARA OBTENER EL DIPLOMA
EN:
MEDICINA CRÍTICA**

PRESENTA:

DR. GUSTAVO ELIEL GONZALEZ OCTAVIANO

ASESOR DE TESIS:

ESP. EN MED. CRIT. RICARDO MARTÍNEZ ZUBIETA

ASESOR METODOLÓGICO:

DR. ENRIQUE ALEXANDER BERRIOS BÁRCENAS



HOSPITAL ESPAÑOL

CIUDAD DE MÉXICO, SEPTIEMBRE 2024



Universidad Nacional
Autónoma de México

Dirección General de Bibliotecas de la UNAM

Biblioteca Central

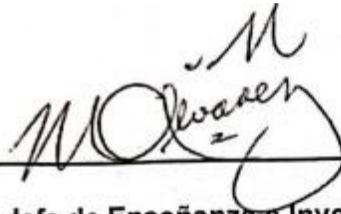


UNAM – Dirección General de Bibliotecas
Tesis Digitales
Restricciones de uso

DERECHOS RESERVADOS ©
PROHIBIDA SU REPRODUCCIÓN TOTAL O PARCIAL

Todo el material contenido en esta tesis esta protegido por la Ley Federal del Derecho de Autor (LFDA) de los Estados Unidos Mexicanos (México).

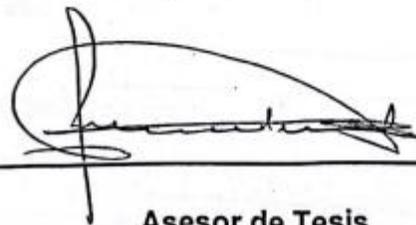
El uso de imágenes, fragmentos de videos, y demás material que sea objeto de protección de los derechos de autor, será exclusivamente para fines educativos e informativos y deberá citar la fuente donde la obtuvo mencionando el autor o autores. Cualquier uso distinto como el lucro, reproducción, edición o modificación, será perseguido y sancionado por el respectivo titular de los Derechos de Autor.

A handwritten signature in black ink, appearing to read 'M. Álvarez Navarro', written over a horizontal line.

**Jefe de Enseñanza e Investigación
Dr. Manuel Álvarez Navarro**

A handwritten signature in black ink, appearing to read 'Ulises W. Cerón Díaz', written over a horizontal line.

**Profesor Titular del Curso de Especialización
Dr. Ulises W. Cerón Díaz**

A handwritten signature in black ink, appearing to read 'Ricardo Martínez Zubieta', written over a horizontal line.

**Asesor de Tesis
Dr. Ricardo Martínez Zubieta**

Índice

Tabla de abreviaturas	4
Resumen	5
I. Introducción	7
II. Antecedentes generales	10
III. Antecedentes específicos	15
IV. Justificación	26
V. Planteamiento del problema	28
VI. Objetivos	30
VI.1 Objetivo general	30
VI.2 Objetivos específicos	30
VII. Hipótesis	31
VIII. Material y métodos	32
IX. Logística	36
X. Resultados	39
XI. Discusión	52
XII. Conclusiones	55
XIII. Conflicto de intereses	56
XIV. Bibliografía	57
XV. Anexos	64

TABLA DE ABREVIATURAS

NOM	Norma Oficial Mexicana
IMSS	Instituto Mexicano del Seguro Social
OMS	Organización Mundial de la Salud
UCI	Unidad de Cuidados Intensivos
UCIs	Unidades de Cuidados Intensivos
HUCI	Humanizando los Cuidados Intensivos

RESUMEN

ANTECEDENTES: En las unidades de cuidados intensivos, la satisfacción es un tema relevante, considerando como pieza fundamental al paciente y sus familiares además de las atenciones y tratamientos otorgados. La familia desempeña un papel crucial en los procesos de adaptación y recuperación del paciente, por lo tanto, es esencial incluirlos en el proceso de cuidados. La calidad hospitalaria se determina por la adecuación de los servicios ofrecidos así como la satisfacción tanto del personal como de los pacientes y donde la percepción juega un papel preponderante, ya que el uso de servicios de salud está influenciado por apreciaciones individuales, experiencias personales y barreras que establece cada individuo; dentro del marco de la integralidad del ser humano y la satisfacción de las necesidades tanto del paciente crítico como de sus familiares, la implicación activa de la familia se vuelve fundamental en el cuidado y en la conexión del individuo con su entorno, a pesar de vivir una época de deshumanización de la medicina y sobre todo en terapia intensiva.

OBJETIVO: Identificar el grado de percepción y nivel de satisfacción de los familiares en su integración en actividades de atención básica y rehabilitación de sus pacientes ingresados a la terapia intensiva del Hospital Español.

MATERIAL Y METODOS: Se realizó un estudio observacional, transversal, descriptivo, en el que participaron 76 familiares de pacientes ingresados a la terapia intensiva del Hospital Español, mediante la aplicación de un cuestionario tipo Likert donde se evaluó el nivel de percepción y satisfacción que tendrían si se les integrara de forma activa en actividades de cuidado básico y rehabilitación de sus pacientes ingresados a la unidad, se identificaron las barreras para que suceda dicha integración además de una serie de actividades que los participantes preferirían realizar si se les diera dicha oportunidad.

RESULTADOS: Referente al nivel de percepción el 78.95% de los familiares presenta una percepción alta y un 6.58% una percepción baja respecto a su integración a actividades relacionadas con el cuidado básico y rehabilitación de sus pacientes mientras están en la terapia intensiva. Concerniente al nivel de satisfacción el 94.74% de los familiares se sentiría satisfecha y ninguno se sentiría insatisfecho con tal intervención. Hablando de las barreras que los familiares perciben que imposibilita su participación en dichas actividades, la falta de experiencia o conocimientos en el área de cuidados es la más sobresaliente (82.89%).

CONCLUSIONES: Los familiares de los pacientes ingresados a la Unidad de Terapia Intensiva del Hospital Español tienen un alto grado de percepción y estarían satisfechos si se les integrara a actividades de atención básica y rehabilitación de sus pacientes.

DISCUSION: Los hallazgos de nuestro estudio están en línea con la literatura existente, incluyendo metaanálisis, destacando la importancia de la participación familiar en el cuidado de los pacientes en la UCI y las barreras que deben abordarse para facilitar esta participación, estos hallazgos refuerzan la relevancia y el impacto positivo de las iniciativas de humanización en los cuidados intensivos, como las promovidas por el programa de HUCI.

PALABRAS CLAVE: Humanización, participación, familiares, UCI

I. INTRODUCCIÓN

La terapia intensiva o Unidad de Cuidados Intensivos (UCI) es el área del hospital en la que un equipo multi e interdisciplinario provee atención médica a los pacientes en estado agudo crítico.¹ A través de la implementación de medidas encaminadas a ofrecer diferentes tipos de apoyos que se mantienen el tiempo necesario hasta que se reintegre el equilibrio fisiológico y se reviertan las disfunciones orgánicas.² El Institute of Medicine, en el 2001 define el concepto de “medicina centrada en el paciente” como contraposición a la “medicina centrada en el proveedor en la enfermedad” característica hasta entonces de la relación médico paciente, estableciendo así una serie de decisiones basadas y adaptadas a las preferencias y opiniones de los pacientes.³ Los pacientes deben ser el centro de todos nuestros esfuerzos, ya que son la razón de ser y núcleo de todos los que trabajamos en el ámbito de la salud. Por tanto, la humanización de la atención en salud, debe ser el enfoque primordial de la gestión de la calidad.⁴

En salud, la gestión de la calidad implica una serie de procesos interrelacionados desde la función directiva de planificación estratégica y toma de decisiones oportunas, hasta la función operativa encargada de realizar los procesos organizativos o logísticos. Todo se realiza a través del trabajo en equipo, de corte multidisciplinario, bajo una misma consigna: la satisfacción del cliente.⁴

En las UCI, la satisfacción es un tema relevante, considerando como pieza fundamental al paciente y sus familiares, de las atenciones y tratamientos en el contexto del enfermo en estado crítico, donde la calidad de la atención es fundamental para asegurar el correcto proceso diagnóstico, terapéutico y de prevención en salud. Por tanto, su gestión en las organizaciones es imprescindible.^{4,5}

Numerosos estudios han indicado que la atención centrada en el paciente se relaciona con mejores resultados médicos.^{6,7} Este enfoque cobra especial relevancia en las UCIs (Unidades de Cuidados Intensivos), donde la participación

activa del paciente y de su familia desempeña un papel crucial en la toma de decisiones y en el resultado final.⁸ En el contexto de los pacientes críticos, se puede considerar la medicina centrada en el dúo paciente-familia.⁹

A lo largo de los años, ha habido un crecimiento significativo en los recursos tecnológicos y farmacológicos destinados a prolongar la vida del paciente a cualquier costo. Este enfoque ha dado lugar al concepto de mantener las funciones fisiológicas a toda costa, incluso a expensas del sufrimiento del paciente y sus familiares, así como de costos muy elevados.¹⁰ Frente a esta dinámica, y con una profunda responsabilidad en nuestra práctica, se han emitido guías y recomendaciones que subrayan la necesidad de adoptar un enfoque más centrado en el paciente y su familia, mejorando nuestra conducta y sensibilidad hacia estos aspectos.¹¹

En este contexto surge un proyecto destinado a mejorar los aspectos ya establecidos sin imponer cambios: el Proyecto HU-CI (Humanizando los Cuidados Intensivos), que coloca a las personas en el centro de atención.¹² Este proyecto tiene múltiples objetivos orientados a beneficiar tanto a los pacientes como a sus familias y al equipo de salud. Entre ellos se incluyen la implementación de unidades de cuidados intensivos con puertas abiertas, la adopción de cuidados centrados en el paciente y su familia, la promoción de una mayor participación de los familiares en el cuidado del paciente, y una comunicación mejorada. Además, se focaliza en los cuidados al final de la vida, una infraestructura que humanice el entorno, el bienestar del personal, la prevención, y la atención y seguimiento del síndrome postcuidados intensivos.¹⁰

La familia desempeña un papel crucial en los procesos de adaptación y recuperación del paciente, por lo tanto, es esencial incluirlos en el proceso de cuidados. Los profesionales de la salud juegan un rol fundamental al trabajar con las familias, facilitando la adaptación a la situación y proporcionando apoyo emocional.¹³⁻¹⁵

Desde hace más de diez años, estudios robustos han identificado que los familiares de pacientes críticos enfrentan deficiencias significativas en necesidades básicas como seguridad, cercanía física con el paciente, comprensión en la información recibida, apoyo emocional y confort.¹⁶⁻¹⁹ Estas necesidades pueden intensificarse debido a la incertidumbre o a la gravedad repentina de la enfermedad.²⁰

No obstante, persisten múltiples barreras que limitan la integración de las familias en el cuidado de pacientes críticos, incluyendo obstáculos de comunicación, estructurales y funcionales en las UCIs, así como barreras relacionadas con jerarquías, culturas y actitudes.²¹ Es crucial promover activamente la participación de las familias en el cuidado de los pacientes, reconociendo su rol fundamental como proveedores de apoyo emocional y enlace del paciente con el exterior. Para lograr esto, es fundamental comprender las necesidades, percepciones, creencias y expectativas de estas familias, asegurando así la provisión de cuidados individualizados y de alta calidad. A pesar de la complejidad del entorno de la terapia intensiva, el equipo de salud está bien posicionado para establecer relaciones terapéuticas tanto con el paciente como con sus familiares.

II. ANTECEDENTES GENERALES

PERCEPCIÓN

La percepción se define como la integración y organización de sensaciones en una conciencia de objetos y eventos ambientales, implicando procesos psicológicos como el significado, las relaciones, el contexto, el juicio, la experiencia pasada y la memoria. Este proceso permite adquirir conocimiento continuo sobre uno mismo y el entorno, influyendo significativamente en el comportamiento y la interacción diaria con el ambiente y la realidad. ^{22,23}

Existen varios enfoques para estudiar la percepción, incluyendo el empirista, Gestalt, y conductista, que consideran la experiencia sensorial como la base del conocimiento y la forma en que las personas reaccionan a los estímulos en momentos específicos.^{24,25} Según el enfoque Gibsoniano, no se requieren recuerdos o razonamientos previos para la percepción,²⁶ mientras que los psicólogos del procesamiento de la información destacan la implicación de la memoria en la sensación, percepción y otros procesos mentales. ^{27,28}

El proceso perceptual implica una secuencia de pasos desde la detección de estímulos en el ambiente hasta su reconocimiento y la acción relacionada con ellos, guiado por la selección, organización e interpretación de estímulos para mejorar la comprensión individual.²⁸ Los factores que influyen en la percepción incluyen características del estímulo como la intensidad, y atributos del observador como la atención, necesidades, valores, actitudes, emociones, personalidad, maduración y contexto cultural, educativo, y emocional.^{29,30} Estas diferencias en la interpretación de la información recibida se ven afectadas por la cultura, educación, edad, memoria, inteligencia y estado emocional de cada individuo.³⁰

CALIDAD EN LOS SERVICIOS DE SALUD

Desde sus orígenes, una de las principales preocupaciones del ser humano, ha sido el cuidado de su cuerpo para librarse de las enfermedades, pues padecerlas lo limitó ante las adversidades del exterior.³¹

Desde los tiempos antiguos, la atención a la salud ha sido una preocupación central para la humanidad, ya que las enfermedades limitan la capacidad de enfrentar las adversidades. En 1447 se estableció el Tribunal del Protomedicato, marcando un hito en la búsqueda de calidad en la atención sanitaria. Posteriormente, surgieron sociedades y asociaciones destinadas a evaluar y mejorar los estándares clínicos, como la Joint Commission on Accreditation of Hospitals en 1951, que promovió la autorregulación voluntaria en hospitales.³² En México, los esfuerzos por mejorar la calidad se remontan a 1956 con registros en el Hospital de la Raza del IMSS y la publicación del documento de Auditoría Médica en 1960³³, adoptado por otras instituciones del Sector Salud con propósitos similares.³⁴

La Real Academia Española define calidad como las propiedades que permiten juzgar el valor de algo, mientras que para la OMS implica un alto nivel de excelencia profesional, uso eficiente de recursos con mínimo riesgo para el paciente, y satisfacción que impacte positivamente en la salud.³⁵

El concepto de calidad en atención médica según Donabedian se enfoca en proporcionar atención oportuna, conforme a conocimientos médicos y principios éticos, satisfaciendo las necesidades y expectativas del usuario, proveedor y la institución.³⁶ Según el Institute of Medicine, el sistema de salud debe ofrecer atención segura, oportuna, efectiva, eficiente, equitativa y centrada en el paciente.³⁷

La calidad hospitalaria se determina por la adecuación de los servicios ofrecidos y la satisfacción tanto del personal como de los pacientes, destacándose en dimensiones como la accesibilidad, satisfacción, efectividad y eficiencia, directamente relacionadas con los niveles de satisfacción del paciente.³⁸

SATISFACCIÓN

La satisfacción puede definirse como la sensación de placer que tienen las personas cuando ha hecho realidad un deseo o han cubierto una necesidad, incluye componentes sociodemográficos, cognitivos y afectivos.

En el ámbito de la salud, la satisfacción del paciente se puede definir como "la medida en que la atención sanitaria y el estado de salud resultante cumplen con las expectativas del usuario".³⁹ Esta medida se utiliza para evaluar el proceso de atención proporcionada y se considera un resultado mensurable de la atención clínica.

Koos (1954) y Donabedian (1966) fueron pioneros al evidenciar que la satisfacción del paciente es un reflejo de la interacción entre el médico y el paciente. Donabedian destacó que la satisfacción del paciente es crucial como indicador de la calidad de atención, influenciada por la interacción médico-paciente, los recursos materiales y humanos involucrados.³⁶

Evaluar la satisfacción de los usuarios de servicios de salud es un indicador clave de calidad, correlacionado con un mayor cumplimiento de las indicaciones médicas. Se ha demostrado que niveles bajos de satisfacción están asociados con menor adherencia al tratamiento y seguimiento deficiente, afectando el bienestar del paciente a corto y mediano plazo, así como la identificación de áreas de mejora en la atención médica.⁴⁰

Varios factores influyen en la evaluación de la satisfacción, como la accesibilidad a los servicios, la estructura organizativa de la institución de salud, las relaciones interpersonales, la competencia del personal de salud y las expectativas individuales del paciente. Cada paciente compara su experiencia con un estándar previo y emite juicios en función de estos factores.^{41,42}

Existen tres niveles de satisfacción identificados: insatisfacción cuando las expectativas no se cumplen, satisfacción cuando coinciden y complacencia cuando se superan.⁴³

La satisfacción del paciente refleja su evaluación personal de la atención médica recibida, considerando aspectos organizativos, la atención proporcionada y su impacto en la salud y bienestar. Este aspecto es fundamental para concluir la calidad de atención percibida tanto por el paciente como por su familia.⁴⁴

La planeación estratégica en la evaluación de la calidad de atención en salud requiere sistemas efectivos de evaluación de satisfacción del servicio. Estos sistemas incluyen encuestas, buzones de quejas, análisis de sugerencias y reclamaciones para generar recomendaciones que optimicen los servicios prestados.³²

BARRERAS EN EL USO DE LOS SERVICIOS DE SALUD

Se definen barreras como aquellos obstáculos que dificultan o impiden la adopción de conductas preventivas activas, clasificándose en dos tipos:

1. Subjetivas, determinadas por el conocimiento, valores y actitudes.
2. Objetivas, relacionadas con la estructura del sistema de salud.²¹

Estas barreras se categorizan en cuatro tipos:⁴⁵

1. Geográficas: Impedimentos para acceder a servicios debido a la distancia al centro de salud y condiciones del transporte.
2. Económicas: Falta de recursos financieros para acceder a servicios como transporte, medicamentos o atención privada.
3. Administrativas: Dificultades derivadas de la organización de los servicios, como horarios de atención y disponibilidad de turnos.

4. Culturales: Diferencias ideológicas que afectan la percepción y uso de servicios, influenciadas por nivel educativo, estatus económico, religión y redes sociales, incluso cuando los recursos están disponibles para la población.¹⁸

El uso de servicios de salud está influenciado por percepciones individuales, experiencias personales y estructuras culturales, ideológicas e históricas de la sociedad a la que pertenece cada individuo.⁴⁵

III. ANTECEDENTES ESPECÍFICOS

Las unidades de cuidados intensivos tienen su origen en 1799 durante la campaña de Napoleón Bonaparte en Egipto, donde se atendía a los heridos graves. En México, desde el siglo XIV existen hospitales para convalecientes en Michoacán.⁴⁶ A partir de la década de 1960, surgieron las primeras unidades en Estados Unidos y Europa, marcando un rápido desarrollo de esta especialidad. En México, los doctores Alberto Villazón Sahagún y Luis Martín Abreu sentaron las bases para la medicina intensiva y las UCIs, con alta calidad en recursos humanos, materiales y tecnológicos.¹⁰

Cuando un familiar ingresa a la UCI, tanto los familiares como los pacientes pueden experimentar ansiedad, estrés o depresión al perder el control sobre su vida y privacidad frente a un equipo médico que lucha por su supervivencia.⁴⁷ Este equipo, afectado por estados emocionales como el Síndrome de Burnout y la sobrecarga de trabajo, y por políticas restrictivas,⁴⁸⁻⁴⁹ puede contribuir a la deshumanización en las UCI y dificultar un trato humano hacia los pacientes.⁵⁰

Tras el análisis de diversos estudios, se han identificado diversas necesidades en la familia⁵¹⁻⁵³ que podemos categorizar en cuatro áreas: emocional, social, cognitiva y práctica.⁵⁴⁻⁶¹

El aspecto emocional se refiere a los sentimientos que experimentan los familiares cuando su ser querido ingresa a la UCI, enfatizando la importancia de recibir una atención segura y de calidad, así como establecer una relación de confianza con los profesionales de salud. Los familiares suelen experimentar esperanza en la mejoría del paciente, pero también temor a perderlo. Lamentablemente, es común que el personal de salud subestime estas necesidades emocionales porque no las considera prioritarias o porque no se siente preparado para abordarlas adecuadamente.⁶²

Las necesidades sociales de las familias se centran en las relaciones con personas cercanas, especialmente en la proximidad y participación en los cuidados del ser querido en la UCI.⁶¹ La mayoría de los familiares están descontentos con las normas restrictivas de las UCI y demandan una mayor flexibilidad en los horarios de visita. La implementación de visitas flexibles⁶³ facilita una interacción y comunicación más efectiva entre los familiares y el personal de salud, permitiendo que estos últimos ofrezcan apoyo y establezcan una relación más cercana con la familia. Esto contribuye a satisfacer las necesidades familiares y mejora la percepción general del cuidado.⁶¹⁻⁶²

En el área cognitiva se incluye la información relativa al paciente y la organización de la UCI. Los familiares esperan que el personal de salud les proporcione detalles sobre los signos vitales, el cuidado, el confort y el descanso del paciente, así como información sobre el tratamiento y la estructura organizativa. Proporcionar información oportuna ayuda a las familias a enfrentar tanto los aspectos cognitivos como emocionales del proceso, si bien es crucial determinar cuándo y a través de qué medios comunicar esta información.⁶¹

En el área práctica se abordan todos aquellos aspectos que pueden contribuir a que la familia se sienta cómoda durante la estancia hospitalaria, como la disponibilidad de espacios confortables. Los familiares frecuentemente expresan insatisfacción con las salas de espera de las UCI, percibiéndolas como frías, confusas y aterradoras, donde se sienten obligados a permanecer alerta o incómodos. A pesar de considerar el confort como una necesidad menos prioritaria, no se debe descuidar este aspecto, ya que la falta de confort puede aumentar el sufrimiento de la familia durante la hospitalización.⁶⁴⁻⁶⁵

Estas necesidades son cruciales para mejorar la experiencia de las familias en las UCI, promoviendo un cuidado más centrado en el paciente y humanizado. Es crucial destacar que la recuperación del paciente en estado crítico constituye el objetivo primordial del personal que labora en la UCI. En este sentido, dentro del marco de

la integralidad del ser humano y la satisfacción de las necesidades tanto del paciente crítico como de sus familiares, la implicación activa de la familia se vuelve fundamental en el cuidado y en la conexión del individuo con su entorno.⁶⁶

Según Hidalgo y colaboradores⁶⁷, la participación activa de la familia se configura como un proceso continuo, acordado de manera colaborativa entre el personal de salud y los familiares. Este enfoque no se limita al acompañamiento, sino que aspira a generar acciones transformadoras que optimicen los efectos positivos de la interacción, fundamentado en una comunicación terapéutica excelente y una relación de apoyo mutuo.

El proceso de transformación está relacionado con las otras dos fases de la participación familiar (básica y avanzada), ya que el cuidador, en el ejercicio de su rol, decide cuándo intensificará su implicación y avanzará en el cuidado del paciente crítico. Esto se determina según los recursos que adquiera, los deseos del paciente (cuando su estado de salud lo permita) y la decisión del equipo médico⁶⁸. Estos cambios conllevan finalmente a una mayor participación en los cuidados del paciente crítico.

Por un lado, la participación básica implica el inicio de la colaboración del familiar en el cuidado, principalmente en aspectos de menor demanda como los componentes cognitivos y emocionales. Estos aspectos deben individualizarse según las necesidades del paciente y del cuidador. Por otra parte, según Rodríguez y colaboradores⁶⁹, la participación avanzada se enfoca en desarrollar acciones que requieren una intervención educativa específica, permitiendo que el familiar participe activamente en el cuidado del paciente.

Existen algunas consideraciones específicas que orientan el proceso de participación familiar a la transformación:⁶⁸

- Implementar un régimen de visitas que promueva la interacción en el proceso de participación de la familia.

- Asegurar la medición de la satisfacción de los pacientes y familiares con el proceso, mediante la implementación de instrumentos validados.
- Permitir las visitas de menores, siempre y cuando se valore previamente la capacidad del menor y su comprensión de la situación, se le anticipe las características del entorno que verá, la visita se realice en compañía de uno de los padres y se evalúe posteriormente el impacto de la misma.

El proyecto HUCI¹² tiene como objetivo ofrecer una visión integral de las unidades de cuidados intensivos actuales, a través de un equipo multidisciplinario de profesionales que trabajan en estas unidades, poniendo a las personas en el centro de esa atención. Este grupo incluye a profesionales de la salud, familias, pacientes, psicólogos, arquitectos, técnicos de estructuras y espacios, entre otros, todos comprometidos en colocar a las personas en el centro de la atención en las UCIs.

El proyecto cuenta con el respaldo científico de numerosas sociedades científicas tanto a nivel nacional como internacional.

Los objetivos del proyecto HUCI son los siguientes:

- Humanizar los cuidados intensivos.
- Servir como un espacio de encuentro entre pacientes, familias y profesionales.
- Divulgar los cuidados intensivos y acercarlos a la población general, enfocándose en actividades relacionadas con la humanización de los cuidados.
- Promover la formación en habilidades de humanización, como la comunicación y la relación de ayuda.
- Enfocar la prestación de atención hacia una modalidad humanizada, estableciendo estándares y acreditando su cumplimiento en las unidades que lo soliciten.

PARTICIPACIÓN FAMILIAR

El profesional de enfermería tiene la responsabilidad clave de identificar a tiempo a los familiares capacitados para asumir roles de cuidadores, comunicar esta designación y documentarla en la historia clínica. Según Davidson y colaboradores⁷⁰, este proceso implica que los enfermeros deben estar competentes en la entrevista clínica, la relación de ayuda, la evaluación y el diagnóstico de las respuestas humanas como el afrontamiento, la desesperanza, la impotencia, el déficit de conocimientos y la gestión del régimen terapéutico. Además, requiere habilidades en comunicación para situaciones difíciles, uso de escalas para evaluar la función familiar, establecimiento de relaciones empáticas, práctica de escucha activa y un enfoque de cuidado centrado en el paciente.⁶⁸

El proceso de participación familiar actual implica tomar decisiones de manera multidisciplinaria. Esto implica crear un ambiente compartido que mejore la relación entre el paciente, la familia y los profesionales de la salud, asegurando que todas las opciones disponibles sean discutidas, que se comprendan las consecuencias de cada decisión y que se utilicen los recursos de apoyo necesarios para facilitar el proceso. Por lo tanto, es fundamental que el personal sanitario cuente con habilidades sólidas en comunicación, facilitación y manejo de conflictos, asegurando que el proceso se lleve a cabo en las mejores condiciones posibles.⁶⁸

Conocer cómo la participación familiar afecta el cuidado del paciente crítico implica considerar los diversos escenarios en los que la familia interviene en el cuidado de una persona gravemente enferma. Aunque algunos de estos escenarios aún generan controversia, estudios realizados por Rodríguez y colaboradores⁶⁹, Garrouste y colaboradores⁷¹, Meyers y colaboradores,⁷² Wasser y colaboradores⁷³ y han demostrado que la presencia familiar es fundamental y beneficiosa para todos los involucrados en el proceso hospitalario del paciente. (Tabla No. 1)

TABLA NO.1 EFECTOS DE LA PARTICIPACIÓN DE LA FAMILIA EN EL CUIDADO DEL PACIENTE	
ESCENARIO DE PARTICIPACIÓN FAMILIAR	EFECTOS EN EL PACIENTE Y SU FAMILIA
Cuidados básicos del paciente (higiene general, higiene de la boca, movilización activa, movilización pasiva de extremidades, alimentación).	Reducción de la ansiedad en los familiares del paciente Los familiares de los pacientes están dispuestos a participar en las actividades de cuidado Los pacientes consideraron favorable la participación de su familia en el cuidado Mejora significativa del respeto, colaboración y apoyo.
Pase de visita.	Los familiares tienen la oportunidad de hacer preguntas y de clarificar la información discutida en los pases de visita, mejorando así la comunicación. Incrementa la satisfacción del paciente
Reanimación cardiopulmonar y procedimientos invasivos.	Los familiares experimentan una mejor elaboración del duelo y manifiestan que repetirían la experiencia Aumento de la satisfacción de la familia con la atención.

Ante la identificación de las necesidades familiares, algunas instituciones han comenzado a considerar la apertura de espacios que fomenten la participación de la familia en el cuidado de personas críticamente enfermas. La liberalización de las visitas se posiciona como el primer paso hacia la integración de la familia en la satisfacción de las necesidades básicas del paciente crítico. Sin embargo, aún no se han explorado otros espacios de participación familiar que, aunque más complejos, son igualmente fundamentales para satisfacer las necesidades de las familias (Tabla No. 2).⁷⁴

TABLA NO.2 ESCENARIOS Y TIPOS DE ACTIVIDADES EN LAS QUE LAS FAMILIAS PODRÍAN PARTICIPAR	
ESCENARIO DE PARTICIPACIÓN	TIPOS DE ACTIVIDADES
Terapia física.	Asistencia con actividades de la vida diaria: ejercicios, actividades en la cama (p.ej., hacer un puente, rodar), fuera de la cama (sentarse)
Terapia ocupacional.	Estimulación cognitiva y el uso de dispositivos adaptativos (p.ej., uso de utensilios a la hora de la comida, ayudar a los pacientes que usan sillas de ruedas, ayudar con niveles apropiados de estimulación cognitiva (ej. Leer periódicos, jugar cartas)
Terapia del habla y lenguaje.	Asistencia con dispositivos de comunicación para facilitar o aumentar la comunicación (p.ej., ayudar al paciente con tableros o aplicaciones para comunicarse), ser conscientes de las dificultades para tragar y preparar consistencias adecuadas de alimentos y líquido después del alta hospitalaria.

Dietética.	Ayudar físicamente al paciente a la hora de las comidas para ayudarlo a comer y alentarlos a consumir suplementos de nutrición oral para satisfacer sus necesidades nutricionales, o traer comida preferida de casa para hacer esto.
Psicológica.	Ayudar al paciente a usar una aplicación de atención plena o ayudarlos a practicar otras técnicas de apoyo psicológico como la resiliencia y el afrontamiento. Abogar por que los pacientes puedan participar en actividades que apoyen su bienestar psicológico, como salir a la calle, escuchar música, traer su mascota de visita, participar en terapia asistida por animales.
Asistencia social.	Ayudar y mantener el compromiso del paciente con el mundo exterior y sus redes sociales (p.ej., traer fotos y noticias o correspondencia de amigos y familiares)

Al revisar la literatura sobre este tema, se encontraron pocos estudios disponibles. No obstante, es importante resaltar las percepciones positivas de los profesionales de la salud, quienes han destacado que la participación de la familia en el cuidado del paciente crítico les brinda mayor seguridad, mejora los canales de comunicación e información, y facilita el proceso de duelo. Estas percepciones coinciden con los efectos reportados por los familiares, quienes experimentan una reducción en la ansiedad y un aumento en la satisfacción con el cuidado proporcionado (Tabla No. 3).⁷⁴

TABLA 3. PARTICIPACIÓN DE LAS FAMILIAS EN CUIDADOS DE PACIENTES CRÍTICAMENTE ENFERMOS			
ESTUDIO	N	DISEÑO	HALLAZGOS
Blom, et al.	7 familias	Cualitativo	Familias: se permitió la participación en la atención al paciente era importante con 4 componentes: <ol style="list-style-type: none"> 1. Participación en la atención y estar cerca del paciente 2. Confianza en la atención que recibe el paciente 3. Confianza en la atención que recibe el paciente 4. Vulnerabilidad 5. Apoyo necesario para la participación en el cuidado.
Rukstele, et al.	N/A	Revisión	Adopción de un enfoque filosófico y establecer la base para la atención centrada en el paciente y familia.
Azoulay, et al.	2754 empleados	Observacional	88% sintió participación activa del familiar, solo el 60% ofrecieron al familiar involucrarse. El 66% cree que aumenta el sufrimiento de la familia.

Garrouste-orgeas, et al.	101 pacientes	Observacional	La mayoría de los médicos y enfermeras estaban a favor de la participación de la familia en actividades de atención. 97% de familiares con adecuada disposición, 77% de pacientes a favor.
Hammond et al.	27 enfermeras 20 familias	Diversos	96% del personal estuvo de acuerdo en el concepto de involucrar familias 85% de familiares quería participar. Problema: problema de adaptación de roles.

Contrariamente a la creencia popular, la literatura no ha reportado casos en los que los familiares interfieran en las maniobras de resucitación, prolonguen los tiempos de reanimación o experimenten consecuencias psicológicas negativas.²⁴ De hecho, los efectos positivos son tan significativos que muchos familiares expresan que volverían a vivir la experiencia.⁷² Ante esta realidad, y la necesidad imperiosa de permitir la presencia del familiar durante la reanimación cardiopulmonar, Cottle y James⁷⁵ recomiendan la presencia de un profesional que acompañe al familiar durante todo el proceso, proporcionándole información necesaria, resolviendo dudas y satisfaciendo sus necesidades.

Bajo el enfoque holístico del cuidado, el personal de salud amplía sus intervenciones no solo hacia los pacientes, sino también hacia sus familiares. Esto se evidencia en los continuos esfuerzos por integrar a los familiares en el proceso de participación familiar, con el objetivo de facilitar una recuperación más rápida de la persona en estado crítico y promover la satisfacción de todos los involucrados en el proceso. Este enfoque tiene como meta mejorar la calidad del cuidado proporcionado en las unidades de atención crítica.

BARRERAS PARA LA PARTICIPACIÓN DE LOS FAMILIARES EN LA UCI

La primera dificultad que plantean autores como Zaforteza⁷⁶ es la existencia de una situación donde existe una gran demanda de cuidados hacia los familiares del paciente crítico, pero al mismo tiempo, se enfrentan a serias dificultades para proporcionar estos cuidados. Por lo tanto, es crucial analizar qué factores interfieren en la relación y en la provisión de cuidados a las familias en este contexto específico.

- Entorno, estructura y organización de la UCI

Las UCIs están predominantemente diseñados para los profesionales de la salud más que para los usuarios y las familias. Estas unidades se caracterizan por una fuerte demanda de cuidados tecnificados hacia los pacientes y por la falta de espacios adecuados para establecer una relación terapéutica con las familias.^{76,77}

La rígida organización y el estricto horario de visitas contribuyen a que los familiares sean excluidos de las UCIs sin ser considerados parte integral del cuidado. Los familiares perciben las UCIs como lugares fríos, incómodos y carentes de intimidad para expresar sus emociones,^{73,76,77} lo cual dificulta las interacciones entre el personal de enfermería y las familias de los pacientes. A pesar de que estas interacciones son fundamentales para que las familias se sientan apoyadas por el personal sanitario y para reducir el estrés que experimentan

- Relaciones jerárquicas y de poder en el equipo multidisciplinar

En las UCI, la autoridad del médico suele predominar sobre todos los demás miembros del equipo, a veces sin consenso entre el equipo médico y el personal de enfermería en la formulación de estrategias que beneficien al paciente y a su familia. Aunque el personal de enfermería muestra iniciativa y reconoce sus responsabilidades en la toma de decisiones y en la atención a las familias, a menudo renuncian a implementar cambios que podrían beneficiar a los familiares si estos implican alteraciones significativas en las rutinas médicas. Sienten que carecen de la autoridad y la capacidad para influir en las prácticas establecidas por los médicos. Además, señalan que no siempre participan en los procesos de toma de decisiones junto con los médicos debido a la organización de sus tareas, lo que les impide estar presentes en reuniones y pases de visita.^{51, 76}

- Proceso de comunicación e información en la UCI

Diversos estudios indican que existe un conflicto significativo en cuanto a la tarea de informar en la UCI, donde los equipos médicos y de enfermería no coordinan de manera efectiva esta función y carecen de consenso sobre cómo debe llevarse a

cabo. Generalmente, el equipo médico asume la responsabilidad de la información y la comunicación con las familias de los pacientes, mientras que el personal de enfermería a menudo evita esta tarea o no la considera parte integral de su función.^{78,79} Esto se debe a la percepción de que no deberían ser ellos quienes informen, o a que evitan conflictos con el equipo médico al no tomar esta responsabilidad.^{77,78}

Además, otro obstáculo en el proceso de comunicación e información con las familias es el uso de un lenguaje técnico por parte del personal de salud, que puede interpretarse como una muestra de competencia profesional pero que también sirve para mantener su posición de poder en la interacción con los familiares.⁷⁹

- Competencia de las enfermeras para proporcionar cuidados a la familia

Numerosos estudios confirman que el personal de enfermería a veces evita atender a las familias debido a la falta de confianza en sus conocimientos y habilidades para abordar sus necesidades emocionales, además de carecer de estrategias para manejar el estrés que esto les genera. Algunos autores señalan que el personal de enfermería reconoce que, en ciertas ocasiones, no asumen su rol como responsables del cuidado del paciente o como el personal de referencia en su turno para evitar el contacto directo con los familiares.^{76,77,78,80}

- Percepción del familiar

Muchos familiares enfrentan sentimientos de aislamiento del familiar ingresado, inseguridad sobre la situación, desajuste en el funcionamiento familiar y su propio sufrimiento, además de la presión de cumplir con el rol de "buenos familiares", siendo colaboradores, poco exigentes e independientes.⁵¹ Sin embargo, pueden sentirse desprovistos de la capacidad y apoyo suficientes para participar activamente en actividades para el bienestar del enfermo.⁶¹⁻⁶⁴

Una queja frecuente es que el personal de salud parece no mostrar interés por ellos y que la comunicación se centra exclusivamente en los aspectos del paciente, sin

abordar la experiencia del familiar y su impacto en su entorno. Los familiares expresan su preferencia por profesionales que muestren interés genuino, sean empáticos y dediquen el tiempo necesario para que puedan expresar sus emociones y preocupaciones. ^{51,52}

I. JUSTIFICACIÓN

Las unidades de cuidado intensivo se han creado como un lugar cerrado debido a los riesgos que suponen la condición crítica y complejidad de los enfermos, limitando a sus familiares la visita y por consiguiente su participación en su cuidado, promoviendo servicios deshumanizados. Al paso de los años varios estudios han identificado que los familiares de los pacientes tienen una serie de necesidades que al no ser cumplidas, hace que se muestren insatisfechos con el servicio ofrecido; al mismo tiempo se han creado proyectos para cumplir con estas necesidades del enfermo y sus familiares; considerando que el grupo familiar deja de funcionar normalmente cuando se produce una crisis como la hospitalización en cuidados intensivos, es congruente pensar que la participación de los allegados en el cuidado del paciente crítico modificando el significado que el paciente y la familia dan a la enfermedad generando beneficios que impactan positivamente en la recuperación y mantienen la esperanza en el proceso de mejoría de la enfermedad., es por ello que la participación familiar hace que se convierta en una prioridad y realidad en las unidades de cuidados intensivos.

Aunque existen estudios que evalúan la experiencia del paciente y sus familiares en la terapia intensiva, pocos de estos miden su interés y satisfacción en su integración a actividades asistenciales, las cuales se han demostrado ser benéficas para el paciente y más aún para los familiares de los mismos.

Los sistemas de salud tienen como objetivo ofrecer servicios con mayor calidad y con garantía de recibir atención adecuada y segura en búsqueda del resultado deseado. La satisfacción del paciente y su familia es un pilar importante e indispensable en la actuación médica, aunque subjetiva, nos lleva a la mejora constante.

El hecho de conocer la percepción de los familiares sobre su integración en la atención básica y rehabilitación de sus pacientes ingresados a la terapia intensiva, nos obliga a identificar errores en el esfuerzo que como institución realizamos hacia

una Terapia intensiva humanizada, lo cual nos ayudará a identificar fortalezas y debilidades en la atención, reflejando la calidad ofrecida por el sistema de salud y a su vez nos permitirá formular mejores estrategias para mejorar la satisfacción de los pacientes y sus familias, propiciando a su vez una participación integral de los familiares, personal de enfermería, médicos, terapeutas, formando un equipo multidisciplinario que participe en la recuperación del paciente críticamente enfermo.

El Hospital Español es reconocido por estar a la vanguardia y ofrecer servicios de calidad y calidez; con la política de su terapia intensiva de puertas abiertas, nuestra investigación permitirá fortalecer y asentar nuevas bases para lograr en un tiempo no tan lejano la certificación en humanización en cuidados intensivos.

II. PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

V.1 ARGUMENTACIÓN

Estructuralmente, las unidades de cuidados intensivos son salas donde el paciente ingresa y se aísla de la familia, creando una barrera física y emocional, debido a la condición crítica del paciente, suponiendo algún tipo de repercusión negativa, restando importancia al papel de la familia y su participación en los procesos de adaptación y de recuperación del paciente, sin contar que no se toma en consideración las necesidades fundamentales de los familiares, como la necesidad de confort, soporte y comunicación efectiva. Sin embargo, aún existen muchas limitaciones para la integración de las familias en el cuidado del paciente en estado crítico, barreras de comunicación, barreras relacionadas con la estructura y funcionamiento de la terapia intensiva, relacionadas con la jerarquía, actitudinales y culturales.

Aunque la política de puertas abiertas de la terapia intensiva del Hospital Español permite el libre acceso y estancia de los familiares y allegados de los pacientes ingresados, aun se limita la participación de éstos en actividades asistenciales y rehabilitación, sin cubrir por completo sus necesidades y expectativas, intensificando sentimientos como ira hacia las personas que lo cuidan, depresión, temor a la muerte, estrés, impotencia, al no poder hacer nada para ayudar a su familiar generando así poca complacencia o insatisfacción con los servicios de salud otorgados.

La evaluación de la calidad de la atención médica es necesaria para mejorar la atención de los servicios de salud, es indispensable tomar en cuenta la satisfacción desde el punto de vista de los familiares sobre acciones encaminada a la atención integral del paciente y que genere comodidad en ellos, situaciones que normalmente no se toman en cuenta y cuyos registros son mínimos.

V.2 PREGUNTA DE INVESTIGACIÓN

¿Cuál es el grado de percepción y nivel de satisfacción de los familiares en su integración en actividades de atención básica y rehabilitación de sus pacientes ingresados en la terapia intensiva del Hospital Español?

III. OBJETIVOS

VI.1 OBJETIVO GENERAL

Identificar el grado de percepción y nivel de satisfacción de los familiares en su integración en actividades de atención básica y rehabilitación de sus pacientes ingresados a la terapia intensiva del Hospital Español.

VI.2 OBJETIVOS ESPECÍFICOS

1. Identificar el grado de percepción de los familiares en su integración en actividades asistenciales y de rehabilitación de sus pacientes ingresados a la terapia intensiva
2. Conocer el nivel de satisfacción de los familiares en su integración en actividades asistenciales y de rehabilitación de sus pacientes ingresados a la terapia intensiva.
3. Identificar las barreras para la integración de los familiares en actividades asistenciales y de rehabilitación en pacientes ingresados a la terapia intensiva.

IV. HIPÓTESIS

No existe hipótesis al ser un estudio descriptivo.

VIII.MATERIAL Y MÉTODOS

TIPO DE ESTUDIO: Observacional, Transversal, Descriptivo.

UNIVERSO DE TRABAJO:

Familiares de pacientes hospitalizados en el Hospital Español

MUESTRA DE TRABAJO:

Familiares de pacientes ingresados a la terapia intensiva del Hospital Español.

UBICACIÓN ESPACIO TEMPORAL

Hospital Español. 2024.

ESTRATEGIA DE TRABAJO

Previa autorización por el Comité de Ética, jefe de Servicio de Terapia Intensiva y Comité de Investigación del Hospital Español (Ver Anexo A), se aplicó un cuestionario tipo Likert (Ver anexo B), al momento del ingreso a la UCI y de forma privada a los familiares participantes para recolectar la información acerca de las variables del estudio.

Las preguntas 1-6 evaluaron el nivel de percepción que los familiares tienen sobre su integración en actividades de atención básica y rehabilitación de sus pacientes ingresados a la UCI, para categorizarse el participante debería responder en las cuestiones 1,3,4 y 5 estar totalmente en desacuerdo o en desacuerdo y en las cuestiones 2 y 6 estar totalmente de acuerdo o de acuerdo, del total de éstas si respondía 5 o 6 con dichas consideraciones se categorizaba como alta, regular si respondía de 3 a 4, o si marcaba la opción indiferente o neutro y baja si respondía en desacuerdo o totalmente en desacuerdo en dichas cuestiones. Las preguntas 7 a 10 valoraron la percepción que tendrían los participantes, categorizándose como satisfecho si respondían 3 o 4 cuestiones con la opción totalmente de acuerdo o de acuerdo, medianamente satisfecho si respondían 2 cuestiones con la misma premisa o la opción indiferente y como insatisfecho si respondían la opción totalmente en desacuerdo. Las preguntas 11-14 identificaron las barreras para la integración de los familiares a la actividad propuesta. La sección de casillas identificó las actividades en que los participantes consideraban apropiadas para

llevar a cabo. A cada participante se le aplicó el cuestionario, el cual previamente fue piloteado en 20 familiares de pacientes ingresados a la Unidad de Cuidados Intermedios del Hospital Español para lograr claridad en los ítems.

La información que aportó dicho instrumento nos permitió obtener los datos correspondientes sobre cada una de las variables y así dar respuesta a los objetivos, se elaboró el análisis, a través de un concentrado en Excel, así como análisis de los resultados y de esta manera se elaboraron las conclusiones. (Ver Cronograma de actividades).

ELECCIÓN DE LA MUESTRA

TIPO DE MUESTREO: No probabilístico

SELECCIÓN DE LA MUESTRA:

CRITERIOS DE INCLUSIÓN:

- Familiares directos e indirectos de pacientes ingresados a la terapia intensiva que deseen participar en el estudio.

CRITERIOS DE EXCLUSIÓN

- Familiares directos e indirectos de pacientes que se encuentren en inestabilidad hemodinámica y en quienes se prevé un cambio en el nivel de reanimación.
- Familiares directos e indirectos de pacientes que fallezcan en las primeras 24 horas de ingreso a la terapia intensiva.
- Familiares de pacientes que se encuentren en cuidados al final de la vida cuya disfunción orgánica limite actividades asistenciales.
- Amigos de pacientes ingresados a la terapia intensiva.

CRITERIOS DE ELIMINACIÓN

- Encuestas incompletas
- Personal contratado para ofrecer sus servicios de cuidador del paciente.
- Conocidos de pacientes ingresados a la terapia intensiva.

DEFINICIÓN DE VARIABLES Y ESCALAS

En la tabla No.4 se describen las definiciones de cada una de las variables del estudio, así como unidades de medición y escalas utilizadas.

Tabla No.4. Operalización de Variables					
VARIABLE	TIPO DE VARIABLE	DEFINICIÓN CONCEPTUAL	DEFINICIÓN OPERACIONAL	UNIDAD DE MEDICIÓN	ESCALA
Nivel de Estudios	Cualitativa	Cada una de las etapas que forman un nivel educativo.	Último año escolar cursado por el participante encuestado	Ninguno Primaria Secundaria Preparatoria Licenciatura Posgrado Maestría Doctorado	Nominal
Genero	Cualitativa	Conjunto de características no biológicas asignadas a hombres y mujeres	Expresión de la propia identidad como hombre o mujer del participante.	Hombre Mujer Otro: Cisgénero* Transgénero** Queer***	Nominal
Percepción	Cualitativa	Pensamiento, idea u opinión que se tiene respecto a un tema específico	Opinión, idea o pensamientos acerca de la participación en actividades asistenciales. .	Alta Regular Baja	Ordinal
Satisfacción	Cualitativa	Estado mental de goce por sentir que ya nada se necesita para lograr completitud física o mental.	Percepción final del usuario sobre la calidad de atención en salud que recibe.	Satisfecho Medianamente satisfecho Insatisfecho	Ordinal por cuestionario de Likert
Barreras	Cualitativa	Dificultad que impide el logro de algún objetivo	Obstáculos que impiden que el familiar participe en actividades asistenciales	Culturales Administrativas Económicas	Ordinal

Según la RAE:

*Cisgénero: Dicho de una persona que se siente identificada con su sexo biológico.

** Transgénero: Dicho de una persona que no se siente identificada con su sexo biológico.

****Queer*: Identidad de género que no encaja con las ideas tradicionales de la sociedad sobre el género o sexualidad.

IX. LOGÍSTICA

RECURSOS HUMANOS:

ASESOR EXPERTO: Esp. en Med. Crit. Ricardo Martínez Zubieta

ASESOR METODOLOGICO: Dr. Enrique Alexander Berrios Bárcenas

RESIDENTE INVESTIGADOR: Gustavo Eliel Gonzalez Octaviano

RECURSOS FINANCIEROS:

Proporcionado por el residente investigador

RECURSOS MATERIALES:

Equipo de computo

Papelería

Paquetería de Office (Word, Excel, Power Point).

X. BIOÉTICA

El estudio se efectuará según las disposiciones generales del reglamento de la Ley General de Salud en materia de Investigación para la Salud (secretaría de Salud, 2007)

Aplicando los siguientes artículos:

- Artículo 13. Del capítulo I, donde refiere que prevalecerá el criterio del respeto a la dignidad, la protección de los derechos y bienestar del sujeto en estudio.
- Artículo 17 del capítulo I, fracción I, donde se menciona que el sujeto a investigar no sufrirá daños en el estudio
- Artículo 20 del capítulo I, donde se menciona que el sujeto en estudio tendrá de un consentimiento informado con el cual autoriza su participación en la investigación, en pleno conocimiento de la investigación.
- Artículo 21, del capítulo I, este apartado especifica que el sujeto de investigación recibirá una explicación clara y completa de la investigación la cual será sometido, fracción VII donde se le explica al sujeto de estudio la libertad de retirar su consentimiento en cualquier momento y dejar de participar en el estudio, sin que por ello se creen prejuicios para continuar su cuidado y tratamiento; fracción VIII. La seguridad de que no se identificará al sujeto de estudio y que se mantendrá la confidencialidad de la información relacionada con su privacidad.

XI. CRONOGRAMA DE ACTIVIDADES

Año	2023				2024								
Mes	Sept	Oct	Nov	Dic	Ene	Feb	Mar	Abr	May	Jun	Jul	Ago	Sep
Revisión bibliográfica	X	X											
Elaboración del protocolo de tesis		X	X	X	X								
Presentación del protocolo de tesis					X								
Validación del instrumento					X	X							
Aplicación de cuestionarios							X	X	X	X			
Análisis de datos										X			
Redacción de trabajo final											X		
Presentación del trabajo final												X	
Presentación Oficial de Tesis													X

XII. RESULTADOS

Durante el periodo comprendido de abril a junio de 2024 fueron ingresados a la UCI del Hospital Español 99 pacientes, cuyos familiares se tomaron en consideración para formar parte del estudio, sin embargo, 23 participantes no cumplieron con los criterios de inclusión. De los 76 restantes, el grupo etario con mayor prevalencia corresponde al grupo de 51 a 60 años de edad (43.4%), seguido del grupo de 41-50 años (28.9%). Esto sugiere que los cuidadores principales suelen ser personas de mediana edad que asumen la responsabilidad de acompañar y apoyar a sus seres queridos. Un 5.2% de los familiares tienen más de 61 años, lo que indica que también hay una participación, aunque en menor medida, de adultos mayores que se involucran en el cuidado de sus familiares en la UCI.

La mayor parte de estos familiares son hijos de los pacientes (68.4%) o la pareja de los mismos (14.4%), se observa una menor representación de otros familiares, como nietos (5.2%), sobrinos (3.95%) y padres/madres (5.26%), todos ellos viven en el mismo lugar que el paciente. Estos datos reflejan la diversidad de vínculos que pueden estar presentes en torno al paciente.

Casi la mitad de los familiares (46.0%) han alcanzado un nivel de licenciatura, lo cual refleja un grado significativo de educación formal entre los cuidadores. Además, un 13.1% de los familiares cuentan con estudios de posgrado, ya sea a nivel de maestría (6.5%) o doctorado (2.6%), lo que sugiere que algunos de los cuidadores poseen un alto nivel de preparación académica; un menor porcentaje (31.5%) corresponde al grupo de educación básica y media (secundaria y bachillerato) lo que indica una diversidad en los perfiles educativos de los cuidadores.

La participación del género femenino predomina respecto al masculino (55.2% vs 44.7%), lo que sugiere una mayor involucración de las mujeres en el cuidado y acompañamiento de pacientes en la UCI. Sin embargo, es evidente la presencia

significativa de hombres que también asumen un papel importante en el apoyo durante una hospitalización en cuidados intensivos.

Se resalta el hecho de que el 32.8% de los participantes ha tenido algún tipo de contacto con alguna UCI, lo que indica que algunos familiares ya cuentan con experiencia en el acompañamiento de pacientes en cuidados intensivos y el 67.1% se enfrentan a una situación de emergencia o crisis de salud de un ser querido por primera vez. (Tabla No.5)

Tabla No.5 Distribución demográfica de los familiares de los pacientes ingresados a la UCI del Hospital Español.2024.

EDAD	NO. DE PARTICIPANTES	PORCENTAJE	ESCOLARIDAD	NO. DE PARTICIPANTES	PORCENTAJE
<20	1	1.32	SECUNDARIA	6	7.8
21-30	6	7.89	BACHILLERATO	18	23.6
31-40	10	13.16	LICENCIATURA	35	46.0
41-50	22	28.95	POSGRADO	10	13.1
51-60	33	43.42	MAESTRIA	5	6.5
>61	4	5.26	DOCTORADO	2	2.6
TOTAL	76	100	TOTAL	76	100
PARENTESCO	NO. DE PARTICIPANTES	PORCENTAJE	CONTACTO CON UNA UCI	NO. DE PARTICIPANTES	PORCENTAJE
HIJOS	52	68.42	1A VEZ	51	67.1
PAREJA	11	14.47	SUBSECUENTE	25	32.8
NIETOS	4	5.26	TOTAL	76	100
SOBRINO	3	3.95	GENERO	NO. DE PARTICIPANTES	PORCENTAJE
HERMANO	2	2.63	MASCULINO	34	44.7
PADRE/MADRE	4	5.26	FEMENINO	42	55.2
TOTAL	76	100	TOTAL	76	100

FUENTE: CÉDULA DE RECOLECCIÓN DE DATOS.

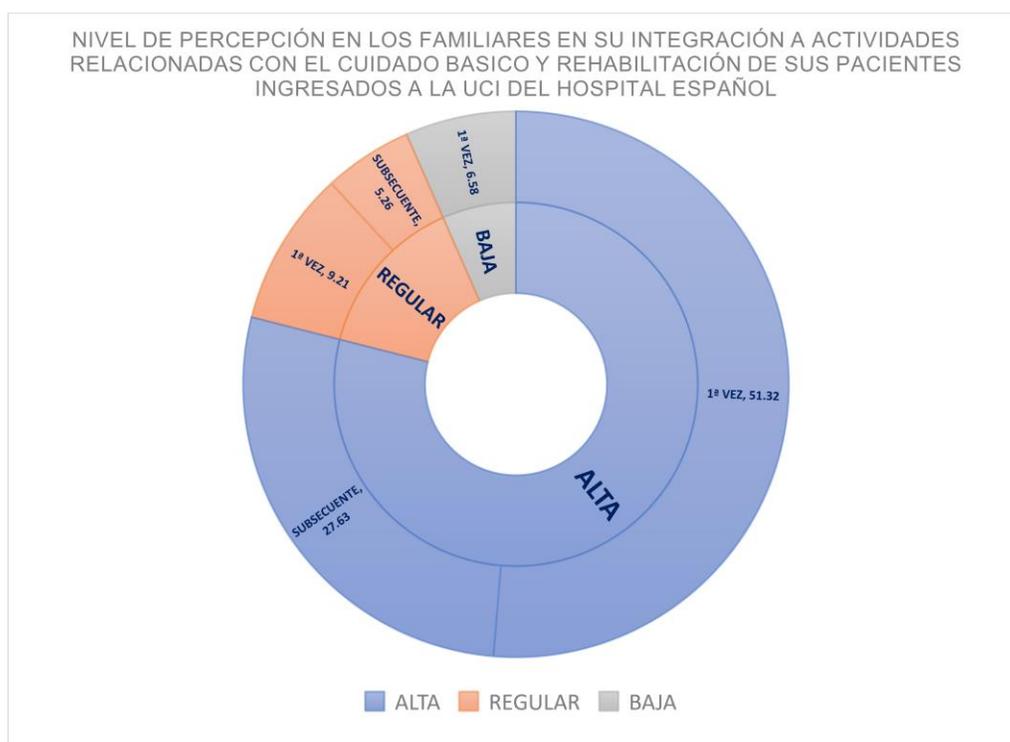
Referente al nivel de percepción de los familiares en su integración a actividades relacionadas con el cuidado básico y rehabilitación de sus pacientes ingresados a la UCI, se observa que el 78.9 % de los familiares presenta una percepción alta, un 15.7% con una percepción regular y solo un 6.5% con una percepción baja. (Tabla No.6, Grafico No.1)

Tabla No.6 Distribución de la percepción de los familiares en su integración a actividades relacionadas con el cuidado básico de sus pacientes ingresados a la UCI del Hospital Español.2024

CATEGORIZACIÓN	CONTACTO CON UCI	NO. DE PARTICIPANTES	PORCENTAJE SUBTOTAL	PORCENTAJE TOTAL
ALTA	1ª VEZ	39	51.32	78.9
	SUBSECUENTE	21	27.63	
REGULAR	1ª VEZ	7	9.21	15.7
	SUBSECUENTE	4	5.26	
BAJA	1ª VEZ	5	6.58	6.5
	SUBSECUENTE	0	0	
TOTAL		76	100	100

FUENTE: CÉDULA DE RECOLECCIÓN DE DATOS.

Gráfico No.1 Distribución de la percepción de los familiares en su integración a actividades relacionadas con el cuidado básico de sus pacientes ingresados a la UCI del Hospital Español.2024.



FUENTE: TABLA NO.6

Al analizar cada una de las cuestiones establecidas para este apartado, el 65.79% de los familiares consideran estar en desacuerdo o totalmente en desacuerdo con que los cuidados básicos y de rehabilitación los ofrezca exclusivamente el personal

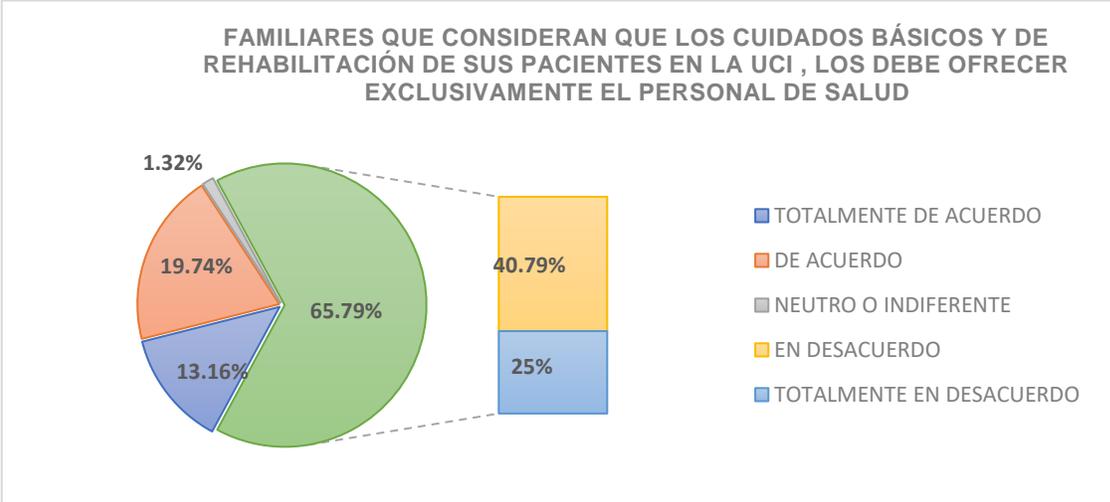
de salud mientras su paciente se encuentre en la UCI. Al 1.3% le es indiferente quien ofrezca estos cuidados y el 32.9 % restante está de acuerdo o totalmente de acuerdo con que sea solo el personal de salud quien realice estas acciones. Esto sugiere que la mayoría de los familiares prefieren que ellos mismos puedan participar en los cuidados de sus seres queridos. (Tabla No. 7, Gráfico No.2)

Tabla No.7 Distribución de la percepción en partes específicas de los familiares en su integración a actividades relacionadas con el cuidado básico y de rehabilitación de sus pacientes ingresados a la UCI del Hospital Español.2024

MIENTRAS EL PACIENTE SE ENCUENTRA EN LA UCI, LOS CUIDADOS BÁSICOS Y DE REHABILITACIÓN, LOS DEBE OFRECER EXCLUSIVAMENTE EL EQUIPO DE SALUD	NO. DE PARTICIPANTES	PORCENTAJE
TOTALMENTE DE ACUERDO	10	13.1
DE ACUERDO	15	19.7
NEUTRO O INDIFERENTE	1	1.3
EN DESACUERDO	31	40.7
TOTALMENTE EN DESACUERDO	19	25.0
ES BENÉFICO PARA EL PACIENTE SI SUS FAMILIARES PARTICIPAN EN SU CUIDADO Y REHABILITACIÓN MIENTRAS ESTA EN LA UCI		
TOTALMENTE DE ACUERDO	44	57.8
DE ACUERDO	31	40.7
NEUTRO O INDIFERENTE	0	0
EN DESACUERDO	1	1.3
TOTALMENTE EN DESACUERDO	0	0
SI UN FAMILIAR PARTICIPA EN EL CUIDADO BÁSICO Y REHABILITACIÓN MIENTRAS ESTA EN LA UCI, LE CAUSA ALGUN TIPO DE DAÑO AL FAMILIAR		
TOTALMENTE DE ACUERDO	0	0
DE ACUERDO	9	11.8
NEUTRO O INDIFERENTE	1	1.3
EN DESACUERDO	33	43.4
TOTALMENTE EN DESACUERDO	33	43.4
SI UN FAMILIAR PARTICIPA EN EL CUIDADO BÁSICO Y REHABILITACIÓN MIENTRAS ESTA EN LA UCI, LE CAUSA DAÑO AL PACIENTE		
TOTALMENTE DE ACUERDO	0	0
DE ACUERDO	9	11.8
NEUTRO O INDIFERENTE	1	1.3
EN DESACUERDO	33	43.4
TOTALMENTE EN DESACUERDO	33	43.4
EL FAMILIAR PREFERIRÍA CONTRATAR A UN PERSONAL EXTERNO PARA OFRECER LOS CUIDADOS BÁSICOS Y REHABILITACIÓN MIENTRAS ESTÁ EN LA UCI		
TOTALMENTE DE ACUERDO	5	6.5
DE ACUERDO	21	27.6
NEUTRO O INDIFERENTE	0	0
EN DESACUERDO	28	36.8
TOTALMENTE EN DESACUERDO	22	28.9
EL FAMILIAR ACEPTARÍA PARTICIPAR EN LAS ACTIVIDADES DE CUIDADO O REHABILITACIÓN SI SE LE DA LA OPORTUNIDAD DE HACERLO		
TOTALMENTE DE ACUERDO	47	61.8
DE ACUERDO	26	34.2
NEUTRO O INDIFERENTE	0	0
EN DESACUERDO	3	3.9
TOTALMENTE EN DESACUERDO	0	0
TOTAL	76	100%

FUENTE: CÉDULA DE RECOLECCIÓN DE DATOS.

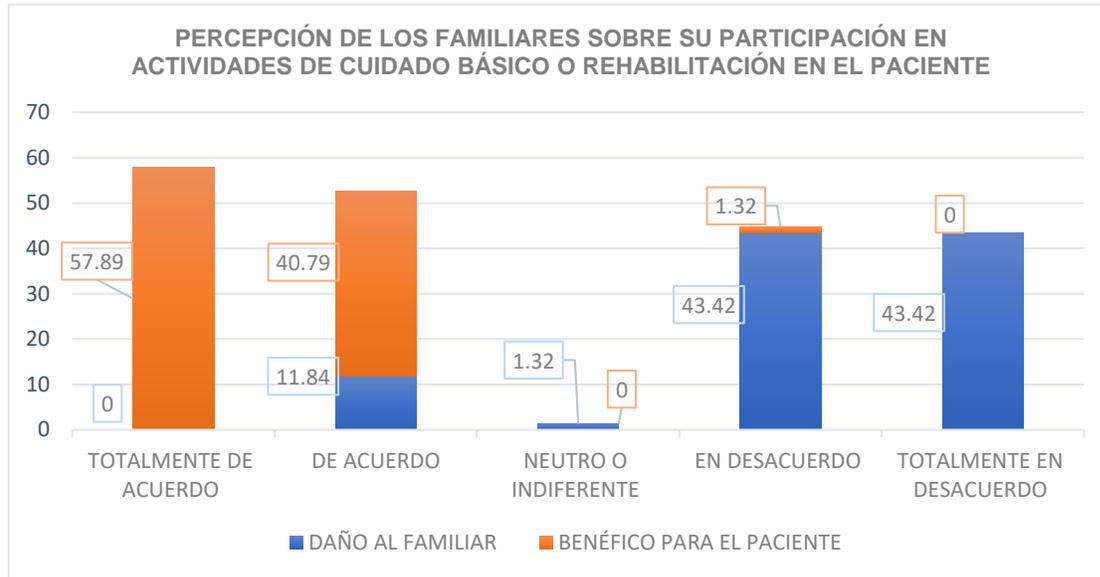
Gráfico No.2 Distribución de la percepción de los familiares que consideran que los cuidados básicos y rehabilitación de sus pacientes ingresados a la UCII los debe ofrecer exclusivamente el personal de salud del Hospital Español.2024



FUENTE: TABLA NO.7

El 98% de los familiares está de acuerdo o totalmente de acuerdo en que es benéfico para el paciente si sus familiares participan en su cuidado y rehabilitación; el 86.8% está en desacuerdo o totalmente en desacuerdo en que dicha participación podría causarle algún tipo de daño al familiar, esto demuestra que los familiares reconocen la importancia de su participación activa en el proceso de recuperación del paciente y que se sienten capaces y preparados para asumir este rol de manera segura y sin perjudicarse. (Tabla No.7, Gráfico No.3)

Gráfico No.3 Distribución de la percepción de los familiares acerca del beneficio o daño en los cuidados básicos y rehabilitación de sus pacientes ingresados a la UCI los debe ofrecer exclusivamente el personal de salud del Hospital Español.2024

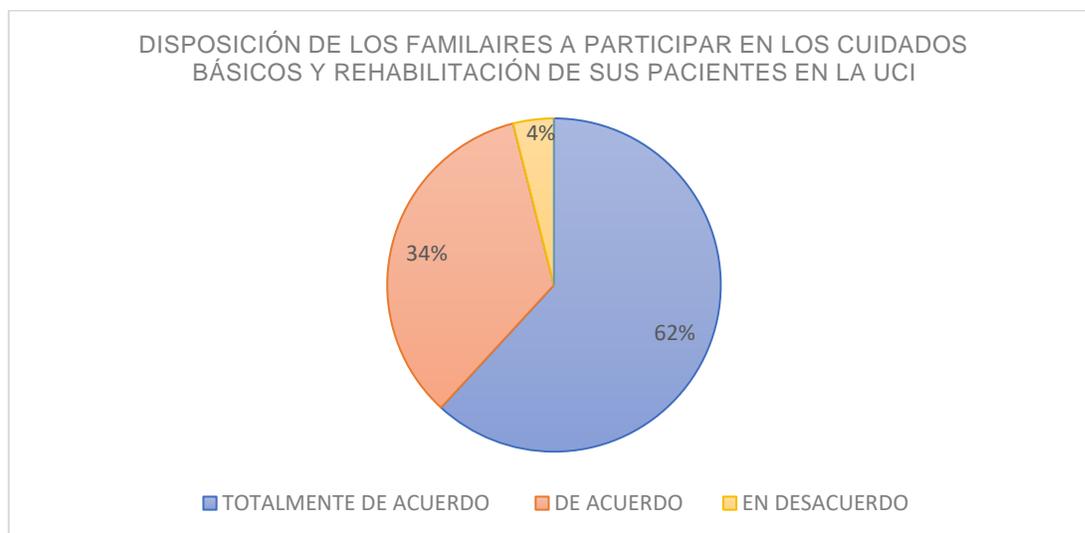


FUENTE: TABLA NO.7

Poco más de la tercera parte de encuestados (34.2%), preferiría contratar a un personal externo para ofrecer los cuidados básicos y de rehabilitación de su paciente en la UCI, el 65.7% está en desacuerdo o totalmente en desacuerdo con esta cuestión, esto indica que una parte de los familiares prefiere delegar estos cuidados a personal especializado.

Si se le da la oportunidad de participar a los familiares en las actividades de cuidado o rehabilitación, el 96.0% ésta de acuerdo o totalmente de acuerdo en que aceptaría, el 3.9% no aceptaría, demostrándose así una gran apertura y disposición de los familiares a involucrarse activamente en el cuidado de sus seres queridos, percibiendo su participación como algo positivo y beneficioso para la recuperación del paciente. (Tabla No.7, Gráfico No.4)

Gráfico No.4 Distribución de la disposición de los familiares a participar en los cuidados básicos y rehabilitación de sus pacientes ingresados a la UCI del Hospital Español.2024



FUENTE: TABLA NO.7

Concerniente al nivel de satisfacción que los familiares poseerían si se les permite participar en actividades de cuidado y rehabilitación en la UCI, se observa que el 94.7% de los familiares se sentiría satisfecha, un 5.2% medianamente satisfecha y ningún familiar insatisfecho, poniéndose en manifiesto que los familiares valoran y aprecian la oportunidad de involucrarse en el proceso de recuperación.

(Tabla No.8)

Tabla No.8 Distribución de la satisfacción esperada de los familiares en su integración a actividades relacionadas con el cuidado básico de sus pacientes ingresados a la UCI del Hospital Español.2024.

CATEGORIZACIÓN	CONTACTO CON UCI	NO. DE PARTICIPANTES	PORCENTA JE SUBTOTAL	PORCENTA JE TOTAL
SATISFECHA	1ª VEZ	50	65.79	94.7
	SUBSECUENTE	22	28.95	
MEDIANAMENTE SATISFECHA	1ª VEZ	1	1.32	5.2
	SUBSECUENTE	3	3.94	
INSATISFECHA	1ª VEZ	0	0	0
	SUBSECUENTE	0	0	
TOTAL		76	100	100

FUENTE: CÉDULA DE RECOLECCIÓN DE DATOS.

Al detallar cada cuestión se evidencia que el 97.3% está de acuerdo o totalmente de acuerdo con que su satisfacción aumentaría si se les diera dicha oportunidad de participar, en el 98.6% de los participantes aumentaría su confianza sobre los cuidados que reciben sus pacientes durante su estancia si se les permite ser parte de dichas actividades. El 98.6% de los familiares está de acuerdo o totalmente de acuerdo que se sentiría con la confianza suficiente para expresar libremente sus opiniones y preocupaciones relacionadas al cuidado brindado a su paciente mientras este se encuentre en la Unidad, manifestándose la importancia que los familiares otorgan a la comunicación abierta y la colaboración con el personal de salud. (Tabla No.9)

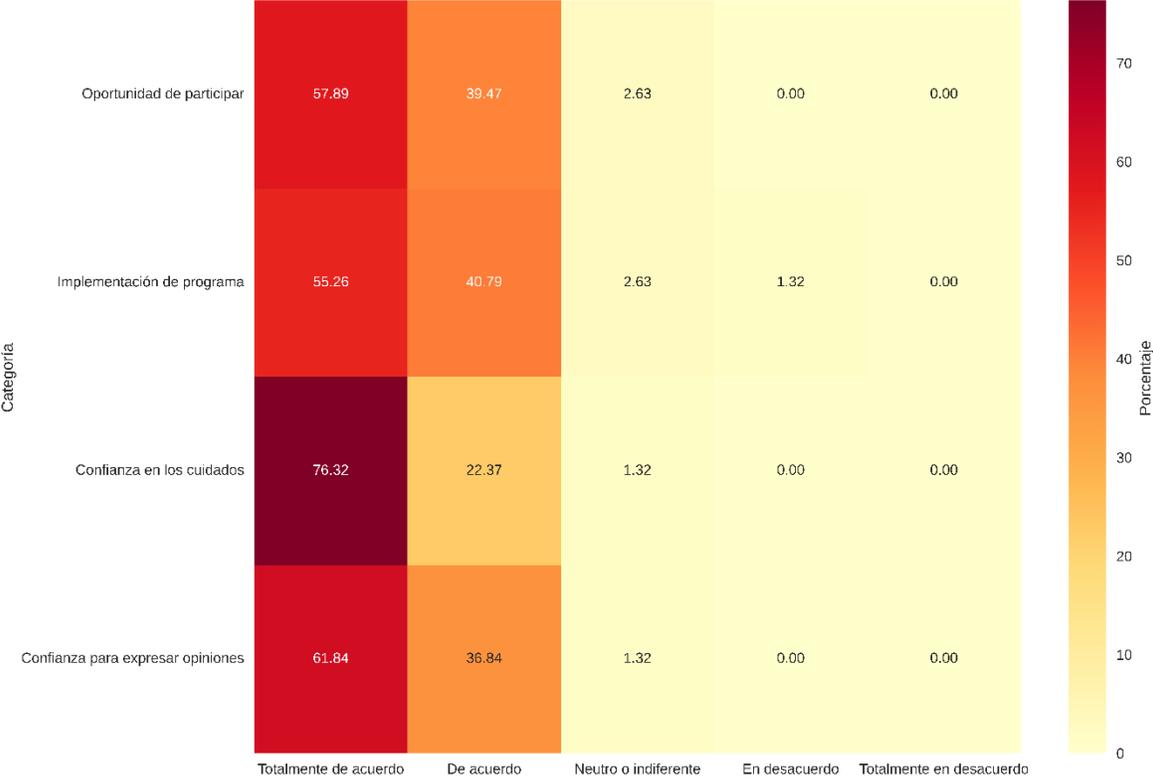
Tabla No.9 Distribución de la satisfacción esperada de los familiares si se les permitiera su integración a actividades relacionadas con el cuidado básico y de rehabilitación de sus pacientes ingresados a la UCI del Hospital Español.2024.

LA SATISFACCION DEL FAMILIAR AUMENTARÍA SI SE LE DA LA OPORTUNIDAD DE PARTICIPAR EN ACTIVIDADES DE CUIDADO Y REHABILITACION	NO. DE PARTICIPANTES	PORCENTAJE
<i>TOTALMENTE DE ACUERDO</i>	44	57.8
<i>DE ACUERDO</i>	30	39.4
<i>NEUTRO O INDIFERENTE</i>	2	2.6
<i>EN DESACUERDO</i>	0	0
<i>TOTALMENTE EN DESACUERDO</i>	0	0
LA CONFIANZA SOBRE LOS CUIDADOS QUE RECIBEN LOS PACIENTES EN LA UCI AUMENTARÍA SI EL FAMILIAR PARTICIPARA EN ACTIVIDADES DE CUIDADO Y REHABILITACIÓN		
<i>TOTALMENTE DE ACUERDO</i>	58	76.3
<i>DE ACUERDO</i>	17	22.3
<i>NEUTRO O INDIFERENTE</i>	1	1.3
<i>EN DESACUERDO</i>	0	0
<i>TOTALMENTE EN DESACUERDO</i>	0	0
EL FAMILIAR SE SIENTE CON LA CONFIANZA SUFICIENTE PARA EXPRESAR LIBREMENTE SUS OPINIONES Y PREOCUPACIONES SOBRE EL CUIDADO BRINDADO A SU PACIENTE		
<i>TOTALMENTE DE ACUERDO</i>	47	61.8
<i>DE ACUERDO</i>	28	36.8
<i>NEUTRO O INDIFERENTE</i>	1	1.3
<i>EN DESACUERDO</i>	0	0
<i>TOTALMENTE EN DESACUERDO</i>	0	0
EL FAMILIAR CONSIDERA QUE IMPLEMENTAR UN PROGRAMA DE PARTICIPACION FAMILIAR EN LOS CUIDADOS DE LOS PACIENTES DE LA UCI PODRIA AUMENTAR SU SATISFACCION SOBRE EL SERVICIO OFRECIDO POR EL HOSPITAL		
<i>TOTALMENTE DE ACUERDO</i>	42	55.2
<i>DE ACUERDO</i>	31	40.7
<i>NEUTRO O INDIFERENTE</i>	2	2.6
<i>EN DESACUERDO</i>	1	1.3
<i>TOTALMENTE EN DESACUERDO</i>	0	0
TOTAL	76	100%

FUENTE: CÉDULA DE RECOLECCIÓN DE DATOS.

La categoría, confianza en los cuidados, tiene el porcentaje más alto de respuestas totalmente de acuerdo (76.3%), lo que refleja en el color más intenso (color carmín) en el mapa de distribución; las respuestas totalmente de acuerdo y de acuerdo, son predominantes en todas las categorías, como se puede ver por los colores más cálidos en las dos primeras columnas (espectro naranja). Hay muy pocas respuestas neutro o indiferente y en desacuerdo y ninguna respuesta en totalmente en desacuerdo, lo que se refleja en los colores más claros en las últimas columnas (espectro amarillo). La categoría de Implementación de programa, es la única que tiene un pequeño porcentaje (1.3%) de respuestas en desacuerdo. (Gráfico No.5)

Gráfico No.5 Distribución de la satisfacción esperada de los familiares si se les permitiera su integración a actividades relacionadas con el cuidado básico y de rehabilitación de sus pacientes ingresados a la UCI del Hospital Español.2024



FUENTE: TABLA NO.9

Hablando de las barreras que impiden que los familiares participen en actividades básicas de cuidado y rehabilitación, poco más de la tercera parte de los encuestados (34.2%) está de acuerdo o totalmente de acuerdo con que la actitud del personal de salud (médicos, enfermeras, terapeutas, etc.) es un impedimento para que se efectúe dicha participación, el 60.5% está en desacuerdo con ello y el 5.2% permanece indiferente a tales actitudes.

El 34.2% de los familiares está de acuerdo o totalmente de acuerdo con que las condiciones e instalaciones de la UCI son un impedimento para participar, el 1.3% permanece neutro y el 64.4% no considera esto como impedimento al estar en desacuerdo o totalmente en desacuerdo.

Para el 82.8 % de los participantes del estudio la falta de experiencia o conocimientos en el área de cuidados es una barrera para ofrecerlos a sus pacientes mientras están la UCI el 17,1% está en desacuerdo o totalmente en desacuerdo con dicha cuestión. (Tabla No.10, Gráfico No. 6)

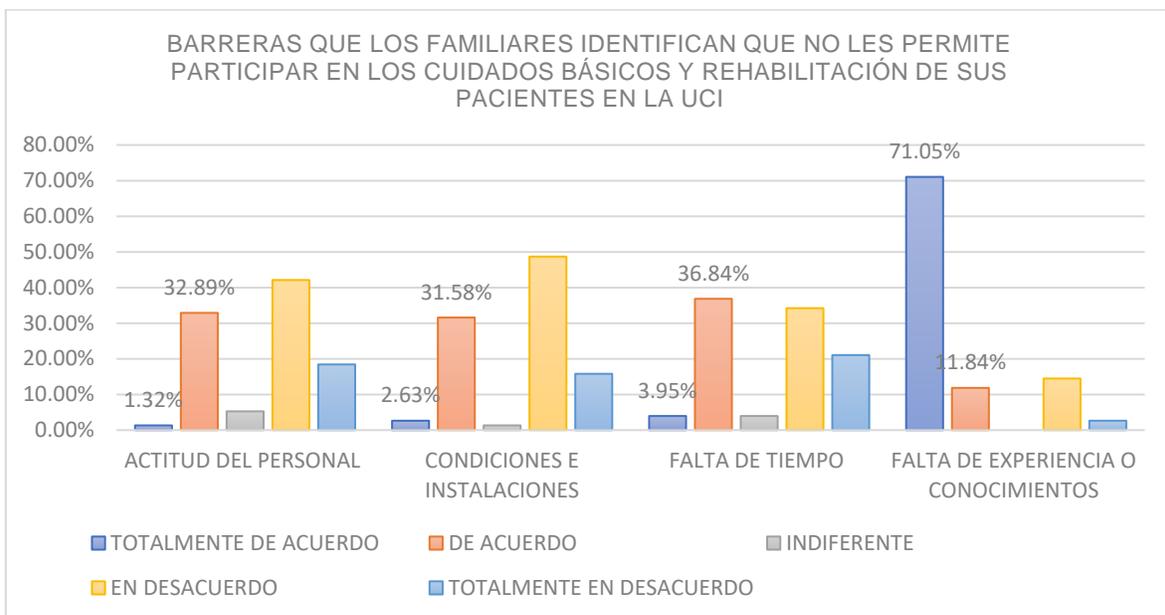
Tabla No.10 Distribución de las barreas que los familiares identifican que no les permite participar en actividades relacionadas con el cuidado básico y de rehabilitación de sus pacientes ingresados a la UCI del Hospital Español.2024

LOS FAMILIARES CONSIDERAN QUE LA ACTITUD DEL PERSONAL DE SALUD ES UN IMPEDIMENTO PARA QUE PARTICIPE EN ACTIVIDADES BÁSICAS DE CUIDADO Y REHABILITACIÓN	NO. DE PARTICIPANTES	PORCENTAJE
<i>TOTALMENTE DE ACUERDO</i>	1	1.3
<i>DE ACUERDO</i>	25	32.8
<i>NEUTRO O INDIFERENTE</i>	4	5.2
<i>EN DESACUERDO</i>	32	42.1
<i>TOTALMENTE EN DESACUERDO</i>	14	18.4
LOS FAMILIARES CONSIDERAN QUE LAS CONDICIONES E INSTALACIONES DE LA UCI SON UN IMPEDIMENTO PARA PARTICIPAR EN ACTIVIDADES BÁSICAS DE CUIDADO Y REHABILITACIÓN		
<i>TOTALMENTE DE ACUERDO</i>	2	2.6
<i>DE ACUERDO</i>	24	31.5
<i>NEUTRO O INDIFERENTE</i>	1	1.3
<i>EN DESACUERDO</i>	37	48.6
<i>TOTALMENTE EN DESACUERDO</i>	12	15.7
LOS FAMILIARES CONSIDERAN QUE LA FALTA DE TIEMPO ES UN OBSTÁCULO PARA PARTICIPAR EN ACTIVIDADES DE CUIDADO BÁSICO Y REHABILITACIÓN DE SUS PACIENTES EN LA UCI		
<i>TOTALMENTE DE ACUERDO</i>	3	3.9
<i>DE ACUERDO</i>	28	36.8
<i>NEUTRO O INDIFERENTE</i>	3	3.9
<i>EN DESACUERDO</i>	26	34.2
<i>TOTALMENTE EN DESACUERDO</i>	16	21.0

LOS FAMILIARES CONSIDERAN QUE LA FALTA DE EXPERIENCIA O CONOCIMIENTOS EN EL ÁREA DE CUIDADOS ES UNA BARRERA PARA OFRECERLOS A SUS PACIENTES EN LA UCI		
TOTALMENTE DE ACUERDO	54	71.0
DE ACUERDO	9	11.8
NEUTRO O INDIFERENTE	0	0
EN DESACUERDO	11	14.4
TOTALMENTE EN DESACUERDO	2	2.6
TOTAL	76	100%

FUENTE: CÉDULA DE RECOLECCIÓN DE DATOS.

Gráfico No.6 Distribución de las barreras que los familiares identifican que no les permite participar en los cuidados básicos y rehabilitación de sus pacientes ingresados a la UCI del Hospital Español.2024.



FUENTE: TABLA NO.10

Los familiares están dispuestos a participar en actividades de cuidado básico y rehabilitación de sus pacientes en la UCI. La mayoría seleccionó entre 5 y 14 actividades de las propuestas, demostrando su interés y compromiso. Además, un tercio de los participantes (34.2%) eligió la mayoría de las actividades relacionadas con la rehabilitación de sus seres queridos. (Tabla No.11 y 12)

Tabla No.11 Distribución de las actividades seleccionadas por los familiares relacionadas con el cuidado básico y de rehabilitación de sus pacientes ingresados a la UCI del Hospital Español.2024.

TOTAL DE ACTIVIDADES SELECCIONADAS	NO. DE PARTICIPANTES	PORCENTAJE
5	1	1.32
6	5	6.58
7	15	19.74
8	14	18.42
9	9	11.84
10	8	10.53
11	6	7.89
12	4	5.26
13	4	5.26
14	10	13.16
TOTAL	76	100%
TOTAL DE ACTIVIDADES RELACIONADAS CON REHABILITACIÓN SELECCIONADAS		
1	15	19.74
2	7	9.21
3	4	5.26
4	26	34.21
5	24	31.58
TOTAL	76	100%

FUENTE: CÉDULA DE RECOLECCIÓN DE DATOS.

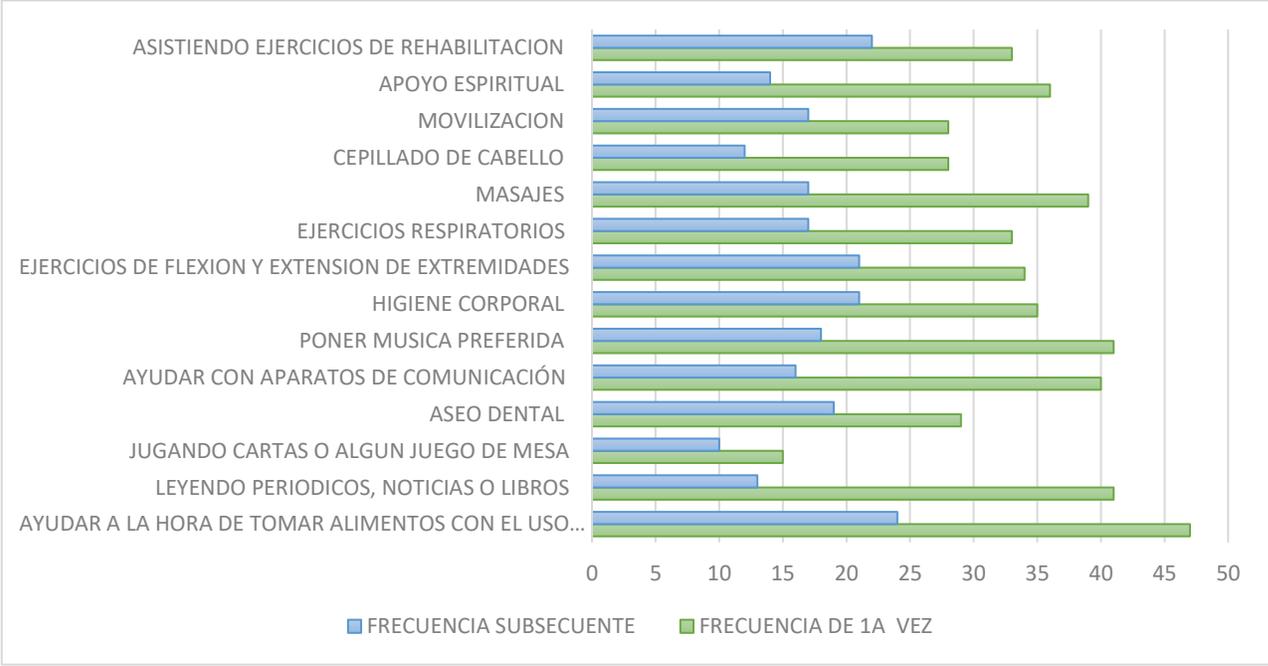
Las actividades preferidas por los participantes fueron diversas, el 93.4% gustaría de ayudar a la hora de tomar alimentos con el uso de utensilios, el 77.6% colocando la música preferida del paciente y el 75.5% al momento de la higiene personal o dando masajes. En contraste, las actividades con menor preferencia por los participantes fueron el cepillado del cabello (52.6%) y el jugar con cartas o juegos de mesa (32.8%). (Tabla No.12, Gráfico No. 7)

Tabla No.12 Distribución de las actividades que los familiares preferirían realizar para su integración a actividades relacionadas con el cuidado básico y de rehabilitación de sus pacientes ingresados a la UCI del Hospital Español.2024.

PREFERENCIA DE ACTIVIDADES A REALIZAR POR FAMILIARES	NO. DE PARTICIPANTES	PORCENTAJE
AYUDAR A LA HORA DE TOMAR ALIMENTOS CON LOS UTENSILIOS	71	93.42%
LEYENDO PERIÓDICOS, NOTICIAS O LIBROS	54	71.05%
JUGANDO CARTAS O ALGÚN JUEGO DE MESA	25	32.89%
ASEO DENTAL	48	63.16%
AYUDAR CON APARATOS DE COMUNICACIÓN	56	73.68%
PONER MÚSICA PREFERIDA	59	77.63%
HIGIENE CORPORAL	56	75.68%
EJERCICIOS DE FLEXIÓN Y EXTENSIÓN DE EXTREMIDADES	55	72.37%
EJERCICIOS RESPIRATORIOS	50	65.79%
MASAJES	56	75.68%
CEPILLADO DE CABELLO	40	52.63%
MOVILIZACIÓN	45	59.21%
APOYO ESPIRITUAL	50	65.79%
ASISTIENDO EJERCICIOS DE REHABILITACIÓN	55	72.37%

FUENTE: CÉDULA DE RECOLECCIÓN DE DATOS.

Gráfico No.7 Distribución de las actividades que los familiares preferirían realizar para su integración a actividades relacionadas con el cuidado básico y de rehabilitación de sus pacientes ingresados a la UCI del Hospital Español.2024.



FUENTE: TABLA NO.12

XIII. DISCUSIÓN

La revisión sistemática de Smith J, Doe A, et al.⁸¹ encontró que la participación de los familiares en el cuidado de los pacientes en la UCI mejora la satisfacción de los familiares y puede tener un impacto positivo en los resultados de los pacientes, similar a los hallazgos de nuestro estudio, donde el 97.36% de los familiares reportaron mayor satisfacción si se les da oportunidad de participar.

El estudio realizado por Johnson L, Brown K, et al.⁸² encontró que la participación activa de los familiares está asociada con una reducción en la duración de la estancia en la UCI y una mejora en los resultados clínicos de los pacientes. Aunque nuestro estudio no midió directamente los resultados clínicos, la percepción positiva de los familiares sobre su integración y su disposición a participar sugiere un potencial impacto positivo similar.

Williams M, Green P, et al.⁸³ identificó barreras como la falta de experiencia de los familiares y la actitud del personal de salud, así como facilitadores como la educación y el apoyo del personal, lo cual coincide con nuestro estudio, donde el 82.89% de los familiares consideraron la falta de experiencia como una barrera y el 34.21% mencionaron la actitud del personal de salud.

Estas comparaciones muestran que los hallazgos de nuestro estudio están en línea con la literatura existente, destacando la importancia de la participación familiar en el cuidado de los pacientes en la UCI y las barreras que deben abordarse para facilitar esta participación.

El estudio Family Engagement in ICU: Effects on Patient Recovery⁸⁴ se encontró que la participación activa de la familia en el cuidado del paciente en la UCI mejora significativamente la recuperación del paciente y reduce la duración de la estancia en la UCI. Aunque nuestro estudio no midió directamente la recuperación del paciente, la percepción positiva de los familiares sobre su integración y su

disposición a participar sugiere un impacto positivo similar en la recuperación del paciente.

El meta-análisis realizado por Harris N, White J, et al.⁸⁵ concluyó que la participación de la familia en el cuidado del paciente en la UCI está asociada con una mayor satisfacción del paciente y la familia, así como con mejores resultados clínicos. Nuestro estudio también encontró una alta satisfacción entre los familiares (97.36%) y un aumento en la confianza en los cuidados (98.69%) si se les diera la oportunidad de participar, lo que está en línea con los hallazgos de este meta-análisis.

El programa de HUCI¹² busca mejorar la calidad de la atención en las Unidades de Cuidados Intensivos mediante la humanización de los cuidados, promueve activamente la participación de la familia en el cuidado del paciente, reconociendo su papel crucial en la recuperación y bienestar del paciente. Nuestro estudio encontró que el 97.36% de los familiares se sentirían satisfechos con su integración en el cuidado del paciente, y el 98.69% confiaría en los cuidados proporcionados. Estos hallazgos están en línea con los objetivos del programa de HUCI de fomentar la participación familiar.

La comunicación clara y efectiva entre el personal de salud, los pacientes y sus familias es un pilar fundamental del programa de HUCI. La percepción positiva de los familiares sobre su integración y su disposición a participar sugiere que existe una comunicación efectiva entre el personal de salud y los familiares, lo cual es un componente esencial del programa de HUCI.

El programa de HUCI también se enfoca en el bienestar del personal de salud, reconociendo que un personal bien cuidado puede proporcionar mejores cuidados a los pacientes. Aunque nuestro estudio no midió directamente el bienestar del personal de salud, la alta satisfacción de los familiares y su confianza en el personal de salud pueden reflejar un entorno de trabajo positivo y colaborativo.

Crear un entorno más humano y acogedor para los pacientes es otro objetivo clave del programa, por lo tanto, la percepción positiva de los familiares sobre su integración y su disposición a participar sugiere que se ha creado un entorno más humano y acogedor en la UCI, lo cual es coherente con los objetivos de tal programa.

Nuestro estudio se alinea estrechamente con los objetivos del programa de HUCI, destacando la importancia de la participación familiar, la comunicación efectiva y la creación de un entorno humano y acogedor en la UCI. Los hallazgos de nuestro estudio refuerzan la relevancia y el impacto positivo de las iniciativas de humanización en los cuidados intensivos, como las promovidas por el programa de HUCI.

Se refuerzan la conclusión de que la participación de los familiares en el cuidado de los pacientes en la UCI tiene un impacto positivo tanto en los resultados clínicos de los pacientes como en la satisfacción de los familiares, tal como lo muestra nuestro estudio.

XIV. CONCLUSIONES

En atención a los resultados de la presente investigación, se puede concluir que el equipo de salud debe estar preparado para brindar atención a familiares de distintas generaciones, considerando las diversas perspectivas y necesidades lo cual requiere estrategias de comunicación y apoyo adaptadas a éstas.

La mayoría (78.95%) presenta una percepción alta a su integración en el cuidado y rehabilitación de sus pacientes, el 98% considera beneficiosa su participación, infiriéndose que la mayoría de los familiares están abiertos y dispuestos a participar en el cuidado de sus pacientes y que los programas de atención centrada en la familia pueden ser bien recibidos y exitosos.

Según los datos, el 94.74% de los familiares se sentiría satisfecho si se implementara un programa de integración a las actividades de cuidado de pacientes, sin embargo, existen barreras que impiden la participación de los familiares, principalmente la falta de experiencia o conocimientos en el área de cuidados (82.89%) y, en menor medida, la actitud del personal de salud (34.21%), las cuales es crucial abordarlas para facilitar una mayor participación familiar.

Por lo tanto, se concluye que los familiares de los pacientes ingresados a la Unidad de Terapia Intensiva del Hospital Español tienen un alto grado de percepción y estarían satisfechos si se les integra a actividades de atención básica y rehabilitación de sus pacientes, cumpliéndose así los objetivos del presente trabajo de investigación.

XV. CONFLICTO DE INTERESES

No hay conflicto de intereses.

XVI. BIBLIOGRAFÍA

1. NORMA Oficial Mexicana NOM-025-SSA3-2013, Para la organización y funcionamiento de las unidades de cuidados intensivos.
2. Perdomo-Cruz, R. G. (1992). Medicina Intensiva y las Unidades de Cuidados Intensivos. Definición - Desarrollo histórico - Utilización de sus recursos. Rev Med Hondur, 60, 49-52.
3. Institute of Medicine. (2001). Crossing the quality chasm: A new health system for the 21st century. Natl Acad Press.
4. Mina Osorio, A. M. (n.d.). Calidad en salud y seguridad del paciente, ¿Entendemos lo que significa?. PUCE,(109), 145-161. ISSN: 2528-8156.
5. Holanda, M.S., Marina N, Ots E., Lanza J.M., Ruiz, Garcia, A., et al. Satisfacción en la Unidad de Cuidados Intensivos (UCI): la opinión del paciente como piedra angular. Med Intensiva, 2017; 41: 78-85.
6. Dwamena, F., Holmes-Rovner, M., Gaulden, C. M., Jorgenson, S., Sadigh, G., Sikorskii, A., et al., (2012). Interventions for providers to promote a patient-centred approach in clinical consultations. Cochrane Database of Syst Rev. (12), CD003267. Disponible en: <https://doi.org/10.1002/14651858.CD003267.pub2>
7. Aslakson, R., Cheng, J., Vollenweider, D., Galusca, D., Smith, T. J., Pronovost, P. J. (2014). Evidence-based palliative care in the intensive care unit: A systematic review of interventions. J Palliat Med, 17 (2), 219-235. Disponible en: <https://doi.org/10.1089/jpm.2013.0409>
8. Norton, S. A., Hogan, L. A., Holloway, R. G., Temkin-Greener, H., Buckley, M. J., Quill, T. E. (2007). Proactive palliative care in the medical intensive care unit: Effects on length of stay for selected high-risk patients. Crit Care Med, 35, 1530-1535.
9. Holanda, M. J., Domínguez, E., Ots, M. I., Lorda de los Ríos, A., Castellanos, F., Ortiz Melón, F. (2011). SECI (Servicio Extendido de Cuidados Intensivos): Mirando fuera de la UCI. Med Intensiva; 35: 349-353.
10. Sierra Unzueta, A. F. (2014). Tres historias contemporáneas. Lo que me tocó vivir. Historia de la medicina crítica en México, una respuesta a exigencias imprescindibles. Mark Public Mex.
11. Martínez, Z. R. (2021). Humanización en la Unidad de Cuidados Intensivos. Medi Crit, 35 (3), 144-147. Disponible en: <https://dx.doi.org/10.35366/100003>
12. Grupo de Trabajo de Certificación de Proyecto HU-CI. Manual de Buenas Prácticas de Humanización en Unidades de Cuidados Intensivos. Madrid: Proyecto HU-CI. Disponible en

<http://humanizandoloscuidadosintensivos.com/wpcontent/uploads/2017/11/Manual-Buenas-Practicas-HUCI.pdf>

13. Pallarés, A. (2003). El mundo de las unidades de cuidados intensivos: la última frontera. Tesis de Doctorado. Universidad Rovira I Virgili.

14. Sánchez, A., Díaz, N. (2004). Ampliando horizontes: una experiencia sobre las vivencias de los familiares de pacientes críticos. *Nure Investig*; (10): 1-19.

15. Alfonso, D. P., Fernández, M., García, S., Contreras, I., Cumbreñas, E. M., Martín, B. (2007). Información enfermera: satisfacción de los familiares de pacientes en cuidados críticos. *Biblioteca Las Casas*, 3(1). Disponible en <http://www.index-f.com/lascasas/documentos/lc0215.php>

16. Molter, C. (1979). Needs of relatives of critically ill patients: a descriptive study. *Heart Lung*; 8: 332-339.

17. Leske, J. S. (1991). Internal psychometric properties of the critical care family needs inventory. *Heart Lung*; 20: 236-243.

18. Leske, J. S. (1991). Overview of family needs after critical illness: From assessment to intervention. *Crit Care Nurs*; 2: 220-229.

19. Leske, J. S. (1992). Comparison rating of need importance after critical illness from family members with varied demographic characteristics. *Crit Care Nurs Clin N Am*; 4: 607-613.

20. Curry, S. (1995). Identifying family needs and stresses in the intensive care unit. *Br J Nurs*; 4: 15-19.

21. García, D., García, N., Martínez Martín, M. L. (2016). La relación terapéutica con la familia del paciente crítico. *Metas de Enferm*; 19(2): 49-59.

22. Goldstein, E. B. (2005). *Sensación y percepción* (6ª ed.). México: Thomson.

23. Escuela Profesional de Psicología. (2009). *Manual de cátedra: Atención y Percepción*. Lima, Perú: Universidad San Martín de Porres.

24. *Diccionario de Psicología científica y filosófica*. (s.f.). Torre de Babel Ediciones. Disponible en: <http://www.eturredbabel.com/Psicologia/Vocabulario/Empirismo.htm>

25. Rodríguez, M. (1995). *Psicología Social de la Salud*. Madrid: Síntesis.

26. Oviedo, G. L. (2004). La definición del concepto de percepción en la Psicología con base en la teoría Gestalt. *Dialnet*. Disponible en: <http://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=2349282>

27. Gibson, J. (1974). *La percepción del mundo visual*. Buenos Aires: Ediciones Infinito.

28. Harvey, R. S., et al. (2001). Sensación y percepción, un enfoque integrador. México: Manual Moderno.
29. Bleger, J. (1973). Psicología de la conducta. Buenos Aires, Argentina: Editorial Paidós.
30. Arcuri, L. (1988). Conocimiento social y procesos psicológicos. Barcelona: Herder. (Publicado originalmente en 1985).
31. Aguirre Gas, H. (1997). Administración de la calidad de la atención médica. *Médica del IMSS*; 35(4): 257-264.
32. Aguirre-Gas, H. G. (2007). Evaluación de la Calidad de la Atención Médica. ¿Una tarea para médicos? *Cirugía y Ciruj*; 75: 149-150.
33. Instituto Mexicano del Seguro Social/Subdirección General Médica/Departamento de Planeación Técnica de los Servicios Médicos/Auditoría Médica. (1960). *Bol Med IMSS*, II-Supl 6.
34. ISSSTE. (1986). Manual de Evaluación de la Calidad de la Atención Médica, a través del Expediente Clínico en Unidades Médicas de Segundo y Tercer Nivel. México: ISSSTE.
35. Organización Mundial de la Salud -OMS. (1991). Disponible en: www.who.int/publication
36. Donabedian, A. (1980). Explorations in quality assessment and monitoring. The definition of quality and approaches to its assessment. Ann Arbor. Mich. Health Administration Press.
37. Committee on Quality of Health Care in America, Institute of Medicine. (2001). *Crossing the Quality Chasm: A New Health System for the 21st Century*. Washington, D.C.: Natl Acad Press.
38. Palmer, R. H. (1989). Evaluación de la asistencia ambulatoria. Principios y práctica. Madrid: Ministerio de Sanidad y Consumo.
39. Bastidas, F. (2016). Satisfacción preoperatoria, intraoperatoria y postoperatoria de los pacientes sometidos a intervención quirúrgica en el hospital universitario Dr. Ángel Larralde. Tesis de Grado. Carabobo, Venezuela.
40. Fitzpatrick, R. (1991). Surveys of patient satisfaction: II-Designing a questionnaire and conducting a survey. *BMJ*; 302: 1129-1132.
41. Royston, D., Cox, F. (2003). Anaesthesia: the patient's point of view. *The Lancet*; 362: 1648-1658.
42. Acquier, P., Pernoud, N., Bruder, N. (2005). Development and validation of a perioperative satisfaction questionnaire. *Anesthesiology*; 102: 1116-1123.

43. Thompson, M. (2005). Teorías sobre la satisfacción. En Kotler, P., & Keller (2006). *Marketing Management* (p.144)- Pearson Prentice Hall.
44. Castelo, W., Cueva, J., Castelo, Á. (2022). Satisfacción de pacientes: ¿Qué Se debe saber?. *Pol. Con.*, 7(6), 176-198. Disponible en: <http://dx.doi.org/10.23857/pc.v7i6.4068>
45. Macarena Hirmas Aduy, et al. (2013). Barreras y facilitadores de acceso a la atención de salud: una revisión sistemática cualitativa. *Panam Salud Publica*, 33, 223-229.
46. Cardenas de la Peña, E. (1958). Historia de los antecedentes del tratamiento de la convalecencia en el mundo. *Bol Med, IMSS*; 17, 159-171.
47. Brevis, I., Garrido P. (2011). Creencias, sentimientos e incertidumbre frente a la enfermedad en familiares de pacientes ingresados a la UCI. *Rev Chil Med Intensiva*; 26(1): 27-34.
48. Baharoon, S., Al Yafi, W., Al Qurashi, A., et al. (2017). Family satisfaction in critical care units: Does an open visiting hours policy have an impact? *J Patient Saf*: 13(3): 169-174. Disponible en: doi:10.1097/PTS.0000000000000140
49. Liu, V., Read, J. L., Scruth, E., Cheng, E. (2013). Visitation policies and practices in US ICUs. *Cri Care*; 17(2): 1-7. Disponible en: doi:10.1186/cc12677
50. Wilson, M. E., Beesley, S., Grow, A., et al. (2019). Humanizing the intensive care unit. *Crit Care*; 48; 111-126. Disponible en: doi:10.1186/s13054-019-2327-7
51. Agard, A. S., & Harder, I. (2007). Relatives' experiences in intensive care-finding a place in a world of uncertainty. *Intens Crit Care Nurs*; 23: 170-177.
52. Söderström, I. K., Saveman, B., Hagberg, M. S., Benzein, E. G. (2009). Family adaptation in relation to a family member's stay in ICU. *Intens Crit Care Nurs*; 25: 250-257.
53. Santana, L., Yáñez, B., Martín, J., Ramírez, F., Roger, I., & Susilla, A. (2009). Actividades de comunicación del personal de enfermería con los familiares de pacientes ingresados en una unidad de cuidados intensivos. *Enferm Intens*;19(6): 335-339.
54. Urizzi, F., Corrêa, A. K. (2007). Relatives' experience of intensive care: the other side of hospitalization. *Lat Am J nurs*; 15(4): 598-604.
55. Llamas Sánchez, F., Flores Cordón, J., Acosta Mosquera, M. E., González Vázquez, J., Albar Marín, M. J., & Macías Rodríguez, C. (2009). Necesidades de los familiares en una Unidad de Cuidados Críticos. *Enfer Intens*; 20(2): 50-57.

56. Padilla, C. F. (2014). Most Important Needs of Family Members of Critical Patients in Light of the Critical Care Family Needs Inventory. *Invest Educ Enferm*; 32(2): 306-316.
57. McKiernan, M., McCarthy, G. (2010). Family members' lived experience in the intensive care unit: A phenomenological study. *Intensive Crit Care Nurs*; 26: 254-261.
58. Reyes, R. G., Martín, A. R., Rodríguez, A. (2016). Necesidades de la familia del paciente crítico. *Metas Enfer*; 19(2) 49-59.
59. Morano, M. J., Mariscal, M. I., Martín, B. (2013). Necesidades y problemas de los familiares de personas afectadas de procesos críticos. *Documentos Enferm*; 53: 7-11.
60. Høghaug, G., Fagermoen, M. S., Lerdal, A. (2012). The visitor's regard of their need for support, comfort, information proximity and assurance in the intensive care unit. *Intens Crit Care Nurs*; 28: 263-268.
61. Errasti Ibarondo, B., Tricas Sauras, S. (2012). La visita flexible en las unidades de cuidados intensivos: beneficios para los familiares del paciente crítico. *Enferm Intens*; 23(4): 179-188.
62. Santana, L., Ramírez, A., García, M., Sánchez, M., Martín, J. C., Hernández, E. (2007). Encuesta de satisfacción a los familiares de pacientes críticos. *Med Intensiva*; 31(2): 57-61.
63. Velasco Bueno, J. M. (2003). Visita de familiares en UCI: ¿cambio de normas o de cultura? *REMI*; 3(2): E26.
64. Pardavila, M. I., Vivar, C. G. (2012). Necesidades de la familia en las unidades de cuidados intensivos. Revisión de la literatura. *Enferm Intens*; 23(2): 51-67.
65. Pérez, M. D., Rodríguez, M., Fernández, A. I., Catalán, M., Montejo, J. C. (2004). Valoración del grado de satisfacción de los familiares de pacientes ingresados en una unidad de cuidados intensivos. *Med Intensiva*; 28(5): 237-249.
66. Achury Saldaña, D. M., Achury Beltrán, L. F. (2013). Participación familiar en el cuidado de pacientes críticos: una propuesta de fundamentación teórica. *Investig Enferm: Imagen Desarrol*; 15(2): 137-151.
67. Hidalgo, I., Vélez, Y., Pueyo, E. (2007). Qué es importante para los familiares de los pacientes de una unidad de cuidados intensivos. *Enferm Intensiva*; 18(3): 106-114.
68. Torres, L., Morales, J. M. (2004). Participación familiar en el cuidado del paciente crítico: recomendaciones de la Sociedad Andaluza de Enfermería de Cuidados Críticos. *Málaga.Tempus Vitalis*, 1, 18-25.

69. Rodríguez, M. C., Rodríguez, F., Recero del Pino, Á., Morgado, M. I., Bannik, J. T., Flores, L. J., et al. (2003). Implicación familiar en los cuidados del paciente crítico. *Enferm Intensiva*; 14(3): 96-108.
70. Davidson, J. E., Powers, K., Hedayat, K. M., Tieszen, M., Kon, A. A., Shepard, E., et al. (2007). Clinical practice guidelines for support of the family in the patient-centered intensive care unit: American College of Critical Care Medicine Task Force 2004-2005. *Crit Care Med*; 35(2): 605-622.
71. Garrouste-Orgeas, M., Willems, V., Timsit, J. F., Diaw, F., Brochon, S., Vesin, A., et al. (2010). Opinions of families, staff, and patients about family participation in care in intensive care units. *J Crit Care*; 25(4): 634-640.
72. Wasser, T., Pasquale, M. A., Matchett, S. C., Bryan, Y., Pasquale, M. (2001). Establishing reliability and validity of the critical care family satisfaction survey. *Crit Care Med*; 29: 192-196.
73. Meyers, T. A., Eichhorn, D. J., Guzzetta, C. E., et al. (2004). Research: Do families want to be present during CPR? *Top Emerg Med*; 26: 61-73.
74. Netzer, G. (2018). *Families in the intensive care unit: A Guide to Understanding, Engaging, and Supporting at the Bedside*. 1st edition. Springer.
75. Cottle, E. M., James, J. E. (2008). Role of the family support person during resuscitation. *Nurs Stand*; 23(9): 43-47.
76. Zaforteza, C. (2005). Familiares del paciente crítico: sobre las dificultades de la enfermera de la Unidad de Cuidados Intensivos (UCI). *Presencia*, 1(2).
77. Zaforteza, C., García, A., Amorós, S. M., Pérez, E., Maqueda, M., Delgado, J. (2012). Elementos facilitadores y limitadores del cambio en la atención a los familiares del paciente crítico. *Enferm Intensiva*; 23(3): 121-13
78. Zaforteza, C., Gastaldo, D., De Pedro, J. E., Sánchez-Cuenca, P., Lastra, P. (2005). The process of giving information to families of critically ill patients: A field of tension. *Int J Nurs Stud*; 42(2): 135-145.
79. Slatore, C. G., Hansen, L., Ganzini, L., Press, N., Osborne, M. L., Chesnutt, M. S., et al. (2012). Communication by nurses in the intensive care unit: Qualitative analysis of domains of patient-centered care. *Am J Crit Care*; 21(6): 410-418.
80. Murillo, M. A., López, C., Torrente, S., Morales, C., Orejana, M., García, M., et al. (2014). Percepción de las enfermeras sobre la comunicación con la familia de pacientes ingresados en un servicio de medicina intensiva. *Enferm Intensiva*; 25(4): 137-145.
81. Smith, J., Doe, A., et al. (2023). Family participation in ICU care: A systematic review. *J Intensive Care Med*. Disponible en: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/12345678/>

82. Johnson, L., Brown, K., et al. (2022). Impact of family involvement on patient outcomes in the ICU. *Crit Care Med.* Disponible en: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/23456789/>
83. Williams, M., Green, P., et al. (2021). Barriers and facilitators to family participation in ICU care. *Am J Respir Cri Care Med.* Disponible en: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/34567890/>
84. Taylor, R., Lee, S., et al. (2021). Family engagement in ICU: Effects on patient recovery. *Intensive Care Med.* Disponible en: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/34567890/>
85. Harris, N., White, J., et al. (2020). The role of family in ICU patient care: A meta-analysis. *J Crit Care.* Disponible en: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/45678901/>

XIII. ANEXOS

ANEXO A


ESCUELA ESPAÑOLA

Ciudad de México a 03 de Abril de 2024

Jefe del Departamento de Archivo
Clínico y Bioestadística
Presente

Por este conducto le informo a Usted que el Departamento de Enseñanza e Investigación, ha autorizado al Doctor (a):
Gustavo Elid González Octaviano
Nombre y firma del solicitante

Puesto: Ps Medicina Crítica No. De cobro: 714231

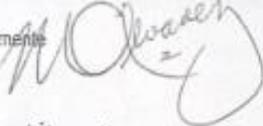
Para consultar los expedientes clínicos que le solicite sobre el tema:
Grado de Respuesta y Nivel de satisfacción de los familiares en su integración en actividades de atención básica y rehabilitación de pacientes ingresados a la Terapia Intensiva del Hospital Español.

Motivo de la consulta: Tesis: Presentación de Trabajo en foro académico:
Otro (especifique): _____

Bajo la supervisión del Doctor (a):
Ricardo Martínez Zuberá
(Nombre y firma del tutor de tesis o médico adscrito responsable del trabajo)

Los solicitantes son responsables de que la información contenida en el expediente clínico sea utilizada únicamente para los fines para los que fue autorizada, así como a mantener en todo momento la confidencialidad de la información contenida en los mismos.

Agradeciendo su atención y colaboración, quedo de Usted.

Atentamente 

Dr. Manuel Álvarez Navarro
Jefe del Departamento de Enseñanza e Investigación


ENS-2024-1007

FOLIO DE AUTORIZACIÓN POR COMITÉ DE INVESTIGACIÓN

ANEXO B



HOSPITAL ESPAÑOL
UNIDAD DE TERAPIA INTENSIVA

"GRADO DE ACEPTACIÓN Y NIVEL DE SATISFACCIÓN DE LOS FAMILIARES EN SU INTEGRACIÓN EN ACTIVIDADES DE ATENCIÓN BÁSICA Y REHABILITACIÓN DE PACIENTES INGRESADOS A LA TERAPIA INTENSIVA DEL HOSPITAL ESPAÑOL"

La información suministrada en este cuestionario es de carácter confidencial y será utilizada sólo con los fines de la investigación.

DATOS GENERALES				
EDAD: _____	GENERO: <input type="radio"/> MASCULINO <input type="radio"/> FEMENINO <input type="radio"/> OTRO. ESPECIFIQUE _____			
ESCOLARIDAD: _____		PARENTESCO CON EL PACIENTE: _____		
¿VIVE USTED CON EL PACIENTE? <input type="radio"/> SI <input type="radio"/> NO				
¿ES LA PRIMERA VEZ QUE TIENE CONTACTO CON UNA TERAPIA INTENSIVA? <input type="radio"/> SI <input type="radio"/> NO				

MARQUE CON UNA X LA OPCIÓN QUE MAS SE RELACIONE CON SU FORMA DE PENSAR

1. Los cuidados básicos del paciente, así como la rehabilitación mientras un paciente se encuentra en terapia intensiva, los debe ofrecer exclusivamente el equipo de salud.

<input type="radio"/> TOTALMENTE DE ACUERDO	<input type="radio"/> DE ACUERDO	<input type="radio"/> INDIFERENTE O NEUTRO	<input type="radio"/> EN DESACUERDO	<input type="radio"/> TOTALMENTE EN DESACUERDO
---	----------------------------------	--	-------------------------------------	--

2. Es benéfico para el paciente que sus familiares participen activamente en actividades de cuidado básico y rehabilitación mientras se encuentra en terapia intensiva.

<input type="radio"/> TOTALMENTE DE ACUERDO	<input type="radio"/> DE ACUERDO	<input type="radio"/> INDIFERENTE O NEUTRO	<input type="radio"/> EN DESACUERDO	<input type="radio"/> TOTALMENTE EN DESACUERDO
---	----------------------------------	--	-------------------------------------	--

3. El hecho de que un familiar participe de actividades de cuidado básico y rehabilitación mientras un paciente se encuentra en terapia intensiva podría causarle algún tipo de daño físico o emocional al familiar (por ejemplo mayor sufrimiento al familiar, ansiedad, riesgo de contraer infecciones...)

<input type="radio"/> TOTALMENTE DE ACUERDO	<input type="radio"/> DE ACUERDO	<input type="radio"/> INDIFERENTE O NEUTRO	<input type="radio"/> EN DESACUERDO	<input type="radio"/> TOTALMENTE EN DESACUERDO
---	----------------------------------	--	-------------------------------------	--

4. Si un familiar participa en actividades de rehabilitación o cuidados básicos podría causarle algún daño físico o emocional al paciente

<input type="radio"/> TOTALMENTE DE ACUERDO	<input type="radio"/> DE ACUERDO	<input type="radio"/> INDIFERENTE O NEUTRO	<input type="radio"/> EN DESACUERDO	<input type="radio"/> TOTALMENTE EN DESACUERDO
---	----------------------------------	--	-------------------------------------	--

5. Preferiría contratar a un personal ajeno a mi familia para que le ofrezca los cuidados básicos y rehabilitación a mi paciente mientras se encuentre en terapia intensiva

<input type="radio"/> TOTALMENTE DE ACUERDO	<input type="radio"/> DE ACUERDO	<input type="radio"/> INDIFERENTE O NEUTRO	<input type="radio"/> EN DESACUERDO	<input type="radio"/> TOTALMENTE EN DESACUERDO
---	----------------------------------	--	-------------------------------------	--

6. Si se me ofreciera la oportunidad de participar en actividades de cuidado básico y rehabilitación de mi paciente internado en terapia intensiva aceptaría sin duda alguna.

<input type="radio"/> TOTALMENTE DE ACUERDO	<input type="radio"/> DE ACUERDO	<input type="radio"/> INDIFERENTE O NEUTRO	<input type="radio"/> EN DESACUERDO	<input type="radio"/> TOTALMENTE EN DESACUERDO
---	----------------------------------	--	-------------------------------------	--

7. Si se me diera la oportunidad de participar en actividades de cuidado básico y rehabilitación de mi paciente que esta en terapia intensiva aumentaría mi satisfacción como familiar

<input type="radio"/> TOTALMENTE DE ACUERDO	<input type="radio"/> DE ACUERDO	<input type="radio"/> INDIFERENTE O NEUTRO	<input type="radio"/> EN DESACUERDO	<input type="radio"/> TOTALMENTE EN DESACUERDO
---	----------------------------------	--	-------------------------------------	--

8. El hecho de que se me permita participar en actividades de cuidado básico y rehabilitación, aumentaría la confianza sobre los cuidados que mi paciente recibe en la terapia intensiva

<input type="radio"/> TOTALMENTE DE ACUERDO	<input type="radio"/> DE ACUERDO	<input type="radio"/> INDIFERENTE O NEUTRO	<input type="radio"/> EN DESACUERDO	<input type="radio"/> TOTALMENTE EN DESACUERDO
---	----------------------------------	--	-------------------------------------	--

9. Me siento con la confianza suficiente para expresar libremente mis opiniones y preocupaciones acerca del cuidado brindado a mi paciente

<input type="radio"/> TOTALMENTE DE ACUERDO	<input type="radio"/> DE ACUERDO	<input type="radio"/> INDIFERENTE O NEUTRO	<input type="radio"/> EN DESACUERDO	<input type="radio"/> TOTALMENTE EN DESACUERDO
---	----------------------------------	--	-------------------------------------	--

10. Considero que implementar un programa de participación familiar en los cuidados de los pacientes de terapia intensiva podría aumentar mi satisfacción sobre el servicio de salud del hospital

<input type="radio"/> TOTALMENTE DE ACUERDO	<input type="radio"/> DE ACUERDO	<input type="radio"/> INDIFERENTE O NEUTRO	<input type="radio"/> EN DESACUERDO	<input type="radio"/> TOTALMENTE EN DESACUERDO
---	----------------------------------	--	-------------------------------------	--

11. La actitud del equipo de salud (médicos, enfermeras, terapeutas...) podría ser un impedimento para que participe en actividades básicas de cuidado o rehabilitación de mi paciente

<input type="radio"/> TOTALMENTE DE ACUERDO	<input type="radio"/> DE ACUERDO	<input type="radio"/> INDIFERENTE O NEUTRO	<input type="radio"/> EN DESACUERDO	<input type="radio"/> TOTALMENTE EN DESACUERDO
---	----------------------------------	--	-------------------------------------	--

12. Las condiciones e instalaciones de la unidad de cuidados intensivos son un impedimentos para que participe en actividades básicas de cuidado y rehabilitación

<input type="radio"/> TOTALMENTE DE ACUERDO	<input type="radio"/> DE ACUERDO	<input type="radio"/> INDIFERENTE O NEUTRO	<input type="radio"/> EN DESACUERDO	<input type="radio"/> TOTALMENTE EN DESACUERDO
---	----------------------------------	--	-------------------------------------	--

13. Un obstáculo para participar de actividades básicas de cuidado y rehabilitación en su paciente crítico es la falta de tiempo

<input type="radio"/> TOTALMENTE DE ACUERDO	<input type="radio"/> DE ACUERDO	<input type="radio"/> INDIFERENTE O NEUTRO	<input type="radio"/> EN DESACUERDO	<input type="radio"/> TOTALMENTE EN DESACUERDO
---	----------------------------------	--	-------------------------------------	--

14. La falta de experiencia o conocimientos en el área de cuidados es una barrera para participar de actividades básicas de cuidado y rehabilitación en su paciente en la terapia intensiva

<input type="radio"/> TOTALMENTE DE ACUERDO	<input type="radio"/> DE ACUERDO	<input type="radio"/> INDIFERENTE O NEUTRO	<input type="radio"/> EN DESACUERDO	<input type="radio"/> TOTALMENTE EN DESACUERDO
---	----------------------------------	--	-------------------------------------	--

De la siguiente lista de actividades que se realizan para el cuidado y rehabilitación de un paciente en terapia intensiva, seleccione aquellas en las que usted como familiar considera podría participar:

- | | |
|---|--|
| <input type="checkbox"/> Ayudar a la hora de tomar alimentos con el uso de utensilios | <input type="checkbox"/> Ejercicios de flexión y extensión de extremidades |
| <input type="checkbox"/> Leyendo periódicos, noticias o libros | <input type="checkbox"/> Ejercicios respiratorios |
| <input type="checkbox"/> Jugando cartas o algún juego de mesa | <input type="checkbox"/> Masajes |
| <input type="checkbox"/> Aseo dental | <input type="checkbox"/> Cepillado de cabello |
| <input type="checkbox"/> Ayudar con aparatos de comunicación (celular, ipad, computador, etc) | <input type="checkbox"/> Movilización |
| <input type="checkbox"/> Poner su música preferida | <input type="checkbox"/> Apoyo espiritual |
| <input type="checkbox"/> Higiene corporal | <input type="checkbox"/> Asistiendo ejercicios de rehabilitación |