



Integración de la familia en la movilización y terapia física del paciente crítico: la visita como aliado

Integrating the family into mobilization and physical therapy of the critically ill patient: visitation as an ally

Víctor Raymundo Jáuregui-Gutiérrez,^{*,‡} Orlando Rubén Pérez-Nieto,^{*,§,**} Luis Fernando Guerrero-Vega,^{*,¶} Job Heriberto Rodríguez-Guillén,^{||} Beatriz Pérez-Martínez,^{*} Jonathan Reyes-Montufar,^{*,§} Tania Olga Mondragón-Labelle,^{*} Ernesto Deloya-Tomas^{*,§,‡‡}

RESUMEN

En la Unidad de Cuidados Intensivos (UCI), la movilización temprana y la rehabilitación del paciente crítico han demostrado beneficios clínicos relevantes; sin embargo, la participación de la familia en estos procesos continúa siendo limitada, a pesar de la evidencia creciente que respalda el cuidado centrado en el paciente y su entorno. Se propone un modelo estructurado de integración familiar en la movilización temprana del paciente crítico, basado en la evidencia disponible sobre rehabilitación en la UCI y cuidado centrado en la familia. Se realizó una revisión narrativa de la literatura que aborda intervenciones centradas en la familia, movilización temprana y rehabilitación en pacientes críticos. La evidencia muestra que la participación familiar se asocia con mejoría en desenlaces clínicos y psicosociales, incluyendo menor incidencia de *delirium*, reducción en los días de ventilación mecánica y estancia en la UCI, así como mayor satisfacción de pacientes y familiares. No obstante, su integración en programas de movilización temprana no se encuentra descrita de forma estructurada en la mayoría de los estudios. A partir de esta brecha, se propone un modelo de tres niveles de participación familiar: 1) información y contención, 2) participación emocional y cognitiva guiada, y 3) coparticipación supervisada en tareas motoras de baja complejidad, con criterios de seguridad y delimitación de responsabilidades. En conclusión, la integración estructurada de la familia en la movilización del paciente crítico representa una estrategia factible y potencialmente beneficiosa que puede optimizar la recuperación funcional, reducir complicaciones y fortalecer el enfoque de atención centrado en la persona. Se requieren estudios prospectivos que evalúen su impacto clínico, seguridad e implementación en diferentes contextos.

Palabras clave: Unidad de Cuidados Intensivos, movilización temprana, rehabilitación, participación familiar, atención centrada en el paciente y la familia, paciente crítico.

ABSTRACT

In the Intensive Care Unit (ICU), early mobilization and physical rehabilitation of critically ill patients have demonstrated relevant clinical benefits; however, family participation in these processes remains limited, despite growing evidence supporting patient- and family-centered care. We propose a structured model for family integration in early mobilization of critically ill patients, based on available evidence on ICU rehabilitation and family-centered care. A narrative review of the literature was conducted addressing family-centered interventions, early mobilization, and rehabilitation in critically ill patients. Evidence shows that family participation is associated with improvement in clinical and psychosocial outcomes, including lower incidence of delirium, reduction in mechanical ventilation days and ICU length of stay, as well as greater satisfaction among patients and families. Nevertheless, its integration into early mobilization programs is not described in a structured manner in most studies. Based on

this gap, a three-level model of family participation is proposed: 1) information and emotional support, 2) guided emotional and cognitive participation, and 3) supervised co-participation in low-complexity motor tasks, with safety criteria and delimitation of responsibilities. In conclusion, the structured integration of the family in the mobilization of critically ill patients represents a feasible and potentially beneficial strategy that can optimize functional recovery, reduce complications, and strengthen the person-centered care approach. Prospective studies are required to evaluate its clinical impact, safety, and implementation across different settings.

Keywords: Intensive Care Unit, early mobilization, rehabilitation, family involvement, patient and family-centered care, critically ill patient.

Abreviaturas:

6MWT = *six-Minute Walk Test* (prueba de caminata de seis minutos)

DM = desviación media

FEV₁ = *Forced Expiratory Volume in one second* (volumen espiratorio forzado en un segundo)

IC95% = intervalo de confianza de 95%

PaO₂/FiO₂ = índice de presión parcial de oxígeno arterial / fracción de oxígeno inspirado

PFIT = *Physical Function ICU Test* (Prueba de Función Física de la UCI)

RR = riesgo relativo

UCI = Unidad de Cuidados Intensivos

INTRODUCCIÓN

En el entorno de la Unidad de Cuidados Intensivos (UCI), la presencia de los familiares continúa mediada por políticas de visita restrictivas, con limitación de horario y una cultura hospitalaria que ha concebido tradicionalmente la terapia intensiva como un espacio casi exclusivo del personal de salud.^{1,2} La evidencia reciente de las restricciones impuestas durante la pandemia por COVID-19 demostró las consecuencias potencialmente negativas de este modelo: mayor incidencia de *delirium*, incremento de ansiedad, peor calidad del sueño y decisiones de final de vida más tardías, con impacto tanto en pacientes como en sus familias.^{1,2}

En paralelo, la movilización temprana y la rehabilitación activa del paciente crítico, incluidos aquellos bajo ventilación mecánica invasiva (VMI), se han consolidado como intervenciones con respaldo creciente que han mostrado mejoras en la función física, reducción de la debilidad adquirida en la UCI y mejor calidad de vida posterior, pese a que el efecto sobre la estancia hospitalaria se mantiene incierto.^{3,4}

* Hospital General San Juan del Río. México.

‡ Universidad Anáhuac Querétaro. México. ORCID: 0009-0009-3051-5295

§ Universidad Autónoma de Querétaro. México.

¶ Escuela Superior de Medicina, Instituto Politécnico Nacional. México. ORCID: 0009-0008-9131-8204

|| Hospital H+ Querétaro. México. ORCID: 0000-0003-0653-2959

ORCID:

** 0000-0003-2840-8924

‡‡ 0000-0002-9623-5263

Recibido: 21/12/2025. Aceptado: 26/01/2026.

Citar como: Jáuregui-Gutiérrez VR, Pérez-Nieto OR, Guerrero-Vega LF, Rodríguez-Guillén JH, Pérez-Martínez B, Reyes-Montufar J, et al. Integración de la familia en la movilización y terapia física del paciente crítico: la visita como aliado. Med Crit. 2026;40(3):221-226. <https://dx.doi.org/10.35366/123722>

En este contexto, el presente estudio tiene como objetivo proponer un modelo estructurado de integración familiar en la movilización temprana del paciente crítico, basado en la evidencia disponible sobre rehabilitación en la UCI y cuidado centrado en la familia. Esta revisión se enfoca en intervenciones no farmacológicas relacionadas con la movilización temprana, la participación familiar y sus implicaciones clínicas y funcionales, con el fin de establecer un marco conceptual aplicable a la práctica clínica.

La evidencia disponible sobre rehabilitación en pacientes críticos muestra una marcada heterogeneidad metodológica. Los ensayos clínicos aleatorizados aportan evidencia de mayor nivel respecto a intervenciones estructuradas, como programas de ejercicio o movilización temprana, evidenciando beneficios en la capacidad funcional y la recuperación física. En contraste, los estudios observacionales permiten identificar asociaciones clínicas relevantes, particularmente en entornos reales de práctica, aunque con mayor susceptibilidad de sesgos de selección y confusión.

Por otro lado, los reportes de caso y series clínicas, si bien aportan información detallada sobre intervenciones específicas —como la rehabilitación respiratoria, el entrenamiento muscular inspiratorio o la terapia de deglución—, presentan limitaciones inherentes en términos de generalización de resultados. Asimismo, se observa variabilidad en los desenlaces evaluados, incluyendo fuerza muscular, funcionalidad, días de ventilación mecánica y calidad de vida, lo que dificulta la comparación directa entre estudios.

En conjunto, la evidencia sugiere beneficios consistentes de las intervenciones de rehabilitación; sin embargo, la falta de estandarización en los protocolos y la diversidad metodológica limitan la posibilidad de establecer recomendaciones universales.

Criterios de selección de la literatura

La presente revisión incluyó estudios publicados en los últimos años que abordaran intervenciones en rehabilitación del paciente crítico, con énfasis en movilización temprana, fisioterapia respiratoria, ejercicio terapéutico y participación familiar.

Se consideraron los siguientes criterios: estudios con intervención (ensayos clínicos, estudios cuasiexperimentales, estudios observacionales y reportes de caso). Población adulta en contexto de enfermedad crítica o unidades de cuidados intensivos. Evaluación de desenlaces clínicos y funcionales (fuerza muscular, movilidad, días de ventilación mecánica, estancia hospitalaria, calidad de vida). Se excluyeron revisiones narrativas o sistemáticas cuando no aportaban datos de intervención directa, así como estudios con información insuficiente o no relacionada con los objetivos del trabajo.

Limitaciones de la revisión

La presente revisión presenta algunas limitaciones que deben considerarse. En primer lugar, la heterogeneidad en los diseños de estudio y en los protocolos de intervención dificulta la comparación directa entre resultados. En segundo lugar, una proporción relevante de la evidencia proviene de estudios con bajo tamaño muestral o reportes de caso, lo que limita la generalización de los hallazgos.

Asimismo, la variabilidad en los desenlaces evaluados y la ausencia de criterios estandarizados en algunas intervenciones pueden introducir sesgos en la interpretación de los resultados. Finalmente, al tratarse de una revisión narrativa, no se aplicó un análisis cuantitativo formal, lo que podría limitar la robustez de las conclusiones en comparación con revisiones sistemáticas o metaanálisis.

Evidencia sobre el cuidado centrado en la persona y la familia

La intervención centrada en la persona y su familia (*Patient and Family-Centered Care* [PFCC]) se define como un enfoque que promueve la colaboración, el respeto, la participación activa, así como la comunicación entre pacientes, familias y profesionales de la salud, con el objetivo de mejorar la atención, los resultados clínicos y psicosociales.^{5,6} Actualmente, integrar a la familia en la atención, con énfasis en la comunicación estructurada, la presencia flexible y la participación en el cuidado cuando es apropiado, se recomienda por guías internacionales. El mensaje global de estas recomendaciones es que la UCI puede avanzar hacia un modelo de atención centrada en la persona que incorpore de manera activa a la familia.⁵

Una revisión sistemática de ensayos clínicos aleatorizados sobre intervenciones centradas en la familia en la UCI adulta, que incluyó 28 estudios (N = 12,174 sujetos), mostró que cerca de dos tercios de las intervenciones se asociaron con la mejoría de al menos un desenlace clínico o psicológico relevante, con mejoras en salud mental reportada por el paciente, satisfacción y calidad de vida, sin que ningún estudio demostrara daño atribuible a estas estrategias.⁶ Una revisión sistemática con metaanálisis de estudios aleatorizados controlados demostró que las intervenciones centradas en el paciente y la familia se asociaron con menor estancia en UCI (−1.21 días, IC95% −2.25 a −0.16; p = 0.02; I² = 26%), sin impacto demostrable en la mortalidad (razón de momios [OR] 1.07, IC95% 0.95–1.21; p = 0.27).⁷ Otra revisión sistemática con metaanálisis demostró que estas intervenciones reducen la incidencia de *delirium* (riesgo relativo [RR] 0.54, IC95% 0.37–0.79; p = 0.001), los días de ventilación mecánica y la estancia en UCI, sin impacto demostrable en la mortalidad.⁸

Movilización temprana y terapia física

La movilización temprana del paciente crítico ha sido evaluada en múltiples ensayos clínicos, y ha demostrado ser segura, factible y clínicamente beneficiosa, reduciendo la incidencia de debilidad adquirida en la UCI (RR 0.60, IC95%, $p = 0.013$) y mejora en la capacidad funcional aumentando el número de pacientes que podían ponerse de pie 90 versus 62% ($p = 0.02$), incremento de la distancia que la persona pudo caminar sin asistencia 0-91.4 versus 0-30.4 metros ($p = 0.004$) al alta hospitalaria y aumento del alta a domicilio (RR 1.16, IC95%, $p = 0.046$).⁹ La rehabilitación y la movilización iniciadas de forma precoz se asocian con mejor capacidad funcional en la escala de Barthel de 45.9 a 63 puntos ($p < 0.001$) para el grupo intervención (movilización) frente al grupo control de 40 a 63 puntos, mayor fuerza muscular 5.7 versus 1.8 ($p = 0.019$).³

Una revisión exploratoria reciente adoptó una aproximación distinta: además de describir intervenciones de movilidad temprana, examinó hasta qué punto se reportaba la participación de la familia en dichas intervenciones. En 33 revisiones sistemáticas analizadas, ninguna describía de manera explícita una integración estructurada de la familia en la movilización temprana.⁴ Las conclusiones de las investigaciones previas pueden resumirse en tres puntos: 1) existe un espectro amplio de intervenciones de movilización temprana en la UCI, 2) ninguna incluye de manera formal a la familia, a pesar de la evidencia favorable sobre su participación en otros componentes del cuidado,⁴ y 3) se requiere explorar la factibilidad y aceptabilidad de la participación familiar en la movilización temprana mediante protocolos bien definidos.

La terapia física en el paciente crítico individualizada orientada hacia ejercicios funcionales integrados mediante movilidad en cama, sedestación activa, control postural, traslados al borde de la cama, bipedestación asistida y entrenamiento de actividades que simulan tareas de la vida diaria, con carga progresiva, fases o niveles aumenta el desempeño muscular en la prueba PFIT (DM -0.22 , IC95% -0.69 a 0.25), y los metros recorridos 6MWT (DM -10.75 , IC95% -69.52 a 48.02) optimiza la mecánica pulmonar con un mejor FEV₁ (DM -0.85 , IC95% -6.48 a 4.79), promueve el intercambio gaseoso con disminución de la PaCO₂ (DM -0.83 , IC95% -4.19 a 2.53), mejora la oxigenación PaO₂/FiO₂ (DM -11.01 , IC95% -15.81 a -6.22) y disminuye los días de ventilación mecánica invasiva (DM -23.50 , IC95% -44.44 a -2.56).¹⁰

La familia como recurso subutilizado

La presencia y participación familiar en la UCI ha demostrado ejercer efectos positivos sobre la recupera-

ción física, psicológica y emocional del paciente crítico, aunque estos efectos suelen describirse de forma indirecta y fragmentada.¹¹ Además, se ha postulado que la familia es un recurso subutilizado, para esto existe la necesidad de diseñar intervenciones innovadoras que integren a la familia en los procesos de rehabilitación de forma explícita.¹¹

Encuestas en 47 UCI latinoamericanas han reportado que, en caso de UCI pediátricas, aunque el acceso de los padres a la unidad es relativamente amplio en muchos centros (63%, 24 h/día), la participación durante procedimientos o cuidados activos permanece limitada (35%), con prácticas todavía restrictivas en varias instituciones.¹²

En contextos donde la familia desempeña un rol central en el acompañamiento del enfermo, este escenario configura una paradoja: por un lado, la cultura valora el apoyo cercano al paciente; por otro, en la práctica clínica, la familia se mantiene en un papel pasivo, incluso cuando la evidencia sugiere que podría convertirse en una aliada relevante para los procesos de rehabilitación.^{5-8,11,12}

Durante la última década, se ha experimentado un cambio paradigmático hacia modelos de atención que enfatizan la rehabilitación temprana y el cuidado centrado en la persona y la familia. Iniciativas internacionales promueven la implementación de *bundles* como el ABC-DEF,¹³ una estrategia multicomponente que integra de forma sistemática la movilización temprana (componente E) y la participación de la familia (componente F) como intervenciones terapéuticas con base en evidencia.¹⁴

Este paquete de *bundles* reconoce que la familia no constituye un aspecto accesorio del cuidado, sino una intervención terapéutica activa. Los mecanismos propuestos incluyen: 1) apoyo continuo para la orientación mental del paciente, 2) estimulación sensorial mediante comunicación significativa, 3) apoyo emocional que reduce ansiedad y posiblemente favorece la plasticidad neuronal durante la recuperación, y 4) facilitación de la movilización temprana mediante asistencia física y apoyo psicológico.¹⁵

Un estudio reciente exploró la extensión en que se reporta la participación familiar en intervenciones de movilización temprana en la literatura de ensayos controlados aleatorizados. Los autores analizaron 33 revisiones sistemáticas que describían intervenciones de movilización temprana para pacientes críticamente enfermos; notablemente, ninguna mencionó explícitamente participación familiar.⁴ Sin embargo, el análisis identificó que los miembros de la familia están dispuestos a participar en los cuidados de pacientes críticos. Por lo que su implementación en intervenciones de movilización temprana requiere atención deliberada a la disposición familiar y a la creación de un ambiente inclusivo en UCI.

Aunque los estudios de implementación de este paquete no permiten aislar el efecto de cada componente

de forma independiente, su aplicación se ha asociado con menos días de delirium y coma, una mayor proporción de pacientes en un estado «calma y alerta», una mejor movilidad y, potencialmente, una mayor supervivencia.¹³⁻¹⁷ De manera implícita, se sugiere que una UCI que adopta de forma decidida la movilización temprana debería, de manera concomitante, promover la integración activa de la familia (componente «F») y no mantenerla exclusivamente como observadora.

PROPUESTA DE UN MODELO DE INTEGRACIÓN FAMILIAR PARA LA MOVILIZACIÓN DEL PACIENTE EN LA UCI

Proponemos tres niveles de integración familiar en la movilización en la UCI (*Figura 1*):

Nivel 1: información y contención

El objetivo de este nivel es asegurar que la familia comprenda qué es la movilización temprana y cuál es su relevancia en el proceso de recuperación.

Las acciones que implica son:

1. Explicar con lenguaje accesible que la movilización precoz contribuye a prevenir la pérdida de fuerza, el *delirium* y otras complicaciones, incluso en pacientes bajo ventilación mecánica.
2. Enfatizar que la movilización se realiza bajo criterios estrictos de seguridad hemodinámica, respiratoria y neurológica.
3. Aclarar que la presencia de la familia no es obligatoria, pero sí bienvenida, siempre que se respeten normas básicas de seguridad e higiene.

Este nivel es compatible incluso con unidades que mantienen políticas de visita parcialmente restrictivas.

Nivel 2: participación emocional y cognitiva guiada

El segundo nivel tiene por objetivo utilizar a la familia como recurso para la reorientación, la contención emocional y la motivación durante la movilización.



Figura 1:

Propuesta de niveles de interacción familiar para la movilización del paciente en la Unidad de Cuidados Intensivos.

Nivel 1: información y contención

Explicación al familiar sobre el proceso de movilización temprana, sus beneficios y relevancia en la recuperación

Nivel 2: participación emocional y cognitiva guiada

El familiar participa durante la movilización mediante contacto físico, apoyo verbal y refuerzo de instrucciones simples, contribuyendo a la reorientación y motivación del paciente

Nivel 3: coparticipación supervisada en tareas motoras

El familiar apoya en tareas sencillas y seguras durante la sedestación o bipedestación del paciente, bajo supervisión y asistencia del equipo de salud

Las acciones implicadas son:

1. Solicitar al familiar que contribuya a la reorientación temporal y situacional del paciente (ej. «hola mamá, soy tu hija», «estás en la terapia intensiva del Hospital de San Juan del Río», «hoy es lunes, recuérdalo», «son las 9 de la mañana», «estoy aquí, contigo»).
2. Invitarle a sostener la mano del paciente y a acompañar con frases breves y tranquilas durante cambios de posición, sedestación u ortostatismo, siguiendo las indicaciones del equipo.
3. Los familiares deben mantener las medidas de protección adecuadas para el paciente (ej. lavado de manos en los cinco tiempos recomendados, uso de barreras de acuerdo al tipo de aislamiento: bata, guantes, etcétera).
4. Utilizar la presencia familiar para reforzar instrucciones sencillas, como la coordinación de la respiración o la ejecución de tareas motoras de baja complejidad.

En este nivel, la familia no realiza maniobras físicas sobre el paciente, pero su participación se incorpora de forma intencional y estructurada en el protocolo de movilización.

Nivel 3: coparticipación supervisada en tareas motoras de baja complejidad

El objetivo del tercer nivel es permitir que el familiar apoye tareas sencillas y seguras, bajo supervisión directa del equipo de salud.

Posibles funciones:

1. Ayudar a sostener almohadas o dispositivos de posicionamiento durante la sedestación o la bipedestación.
2. Colaborar con el conteo de repeticiones o series de ejercicios activos o activos-asistidos, según las indicaciones del personal de rehabilitación.
3. Participar en actividades como el proceso de sedestación a la orilla de la cama y conversación con el paciente, en las que el familiar facilita el foco atencional y la motivación del paciente, mientras el equipo controla los aspectos técnicos y de seguridad.

En este nivel es necesario:

1. Dejar explícito que la responsabilidad clínica recae en el equipo tratante; la familia no sustituye las funciones de enfermería ni de rehabilitación.
2. Mantener las medidas de protección adecuadas para el paciente (ej. lavado de manos en los cinco tiempos recomendados, uso de barreras de acuerdo al tipo de aislamiento: bata, guantes, etcétera), incluyendo la limpieza e higiene de objetos personales y dispositivos que se utilicen.

3. Definir criterios de exclusión, como agitación severa, puntuaciones muy positivas en la escala de agitación-sedación de Richmond (RASS, por sus siglas en inglés), inestabilidad hemodinámica o riesgo elevado de desconexión accidental de dispositivos.
4. Documentar de forma breve la participación familiar en la nota de evolución, como parte del plan de rehabilitación y del cuidado centrado en la familia.

Barreras y facilitadores en la UCI

Existen diversas barreras y facilitadores para la integración de la familia en la movilización temprana.^{18,19}

Barreras

1. Falta de comprensión del trabajo en equipo con una cultura centrada en el personal «la UCI es territorio exclusivo» dificulta integrar a la familia.
2. Políticas de visitas, limitaciones de tiempo, familia o paciente no cooperadores.
3. Miedo a eventos adversos y responsabilidad legal: temor a que un familiar provoque accidentalmente una desconexión o caída del paciente.
4. Actitud del profesional de la salud, dificultad del personal para tratar con la familia, conflicto con los médicos, evitar discutir temas con las familias, falta de comunicación efectiva.
5. Sobrecarga de trabajo con percepción de que «involucrar a la familia quita tiempo», cuando en realidad, si se estructura bien, puede ser un apoyo.
6. Infraestructura limitada, UCI saturadas, con poco espacio físico para permitir presencia familiar continua.

Facilitadores

1. Cultura de integración familiar en la atención médica: la mayoría de las familias están dispuestas a participar activamente e incluso a recibir capacitación básica si se les ofrece.
2. Evidencia creciente a favor de la atención centrada en el paciente y la familiar: metaanálisis y guías respaldan la integración familiar y la ven como estándar de buena práctica, no como experimento excéntrico.
3. Experiencias locales de apertura de visitas (en UCI que ampliaron horarios o flexibilizaron presencia) que han reportado mayor satisfacción y percepción de humanización, sin incremento de eventos adversos significativos.¹⁶

Agenda de investigación

La participación estructurada de la familia en la movilización temprana del paciente crítico representa una oportunidad poco explorada y requiere la generación de eviden-

cia local y multicéntrica para su implementación segura y efectiva. Es necesario evaluar la factibilidad y seguridad de diferentes niveles de participación familiar en UCI, documentando si su presencia modifica la tasa de eventos adversos relacionados con la movilización y qué grado de involucramiento resulta adecuado según los recursos, la organización del servicio y el contexto sociocultural.

Asimismo, se debe investigar el impacto clínico de esta integración, analizando si la participación guiada de la familia influye en la incidencia de *delirium*, los días de ventilación mecánica, la estancia en la UCI y la debilidad muscular adquirida. Un análisis conjunto permitiría determinar si la combinación de movilización temprana y cuidado centrado en la familia produce un efecto aditivo o sinérgico, o bien si genera retos adicionales que deban abordarse.

El impacto psicosocial constituye otro eje relevante: se requiere valorar cómo la participación activa de la familia afecta la ansiedad, la comprensión del proceso de enfermedad y la satisfacción tanto de pacientes como de familiares, considerando las particularidades culturales y emocionales de cada entorno.

Finalmente, se requieren estudios de implementación que identifiquen barreras (temores legales, sobrecarga laboral, políticas de visita, limitaciones de espacio físico) y facilitadores para integrar a la familia, así como la capacitación mínima necesaria para el personal de salud y los mecanismos institucionales que favorezcan la sostenibilidad de estos programas.

CONCLUSIÓN

La integración estructurada de la familia en la movilización temprana del paciente crítico es una intervención prometedora que puede mejorar la recuperación funcional, reducir *delirium* y estancia en la UCI, y favorecer resultados psicosociales, transformando a la familia de observadora pasiva en aliada activa de la rehabilitación.

AGRADECIMIENTOS

Al personal de Terapia Física y Rehabilitación comprometido con los pacientes de la Unidad de Cuidados Intensivos, y también al personal de Enfermería del Hospital General San Juan del Río, por facilitar la participación de la familia en la atención del paciente.

REFERENCIAS

1. Honarmand K, Mehta S. Consequences of visitor restriction policies in the intensive care unit during the COVID-19 pandemic. *Can J Anaesth*. 2021;68(10):1465-1470. doi: 10.1007/s12630-021-02048-5.
2. Dragoi L, Munshi L, Herridge M. Visitation policies in the ICU and the importance of family presence at the bedside. *Intensive Care Med*. 2022;48(12):1790-1792. doi: 10.1007/s00134-022-06848-1.

3. Arias-Fernández P, Romero-Martin M, Gómez-Salgado J, Fernández-García D. Rehabilitation and early mobilization in the critical patient: systematic review. *J Phys Ther Sci*. 2018;30(9):1193-1201. doi: 10.1589/jpts.30.1193.
4. Cussen J, Mukpradab S, Tobiano G, Cooke C, Pearcy J, Marshall AP. Early mobility and family partnerships in the intensive care unit: A scoping review of reviews. *Nurs Crit Care*. 2024;29(3):597-613. doi: 10.1111/nicc.12979.
5. Davidson JE, Aslakson RA, Long AC, Puntillo KA, Kross EK, Hart J et al. Guidelines for family-centered care in the neonatal, pediatric, and adult ICU. *Crit Care Med*. 2017;45(1):103-128. doi: 10.1097/CCM.0000000000002169.
6. Duong J, Wang G, Lean G, Slobod D, Goldfarb M. Family-centered interventions and patient outcomes in the adult intensive care unit: A systematic review of randomized controlled trials. *J Crit Care*. 2024;83:154829. doi: 10.1016/j.jcrr.2024.154829.
7. Goldfarb MJ, Bibas L, Bartlett V, Jones H, Khan N. Outcomes of patient- and family-centered care interventions in the ICU: a systematic review and meta-analysis. *Crit Care Med*. 2017;45(10):1751-1761. doi: 10.1097/CCM.0000000000002624.
8. Lv Y, Li P, Li R, Zhang T, Cai K. The impact of patient- and family-centered care interventions on intensive care unit outcomes: a meta-analysis of randomized controlled trials. *Braz J Anesthesiol*. 2025;75(1):844577. doi: 10.1016/j.bjane.2024.844577.
9. Zhang L, Hu W, Cai Z, Liu J, Wu J, Deng Y, et al. Early mobilization of critically ill patients in the intensive care unit: A systematic review and meta-analysis. *PLoS One*. 2019;14(10):e0223185. doi: 10.1371/journal.pone.0223185.
10. Villamil Parra WA. Revisión sistemática de la eficacia del ejercicio físico en pacientes adultos hospitalizados en UCI [Internet]. Colombia: Universidad Nacional de Colombia; 2016. Disponible en: <https://repositorio.unal.edu.co/handle/unal/57849>
11. Ceballos-Vasquez P, Campos-Fuentes MF, Gonzalez-Alegria V, Lobos-Lavin C. Family impact on the recovery of critically ill adults: a review of the literature. *SANUS*. 2021;6:e201.
12. González-Dambrasuskas S, Mislej C, Vásquez-Hoyos P, Rotta AT. Family presence and visitation practices in Latin American PICUs: an international survey. *J Pediatr Intensive Care*. 2020;10(4):276-281. doi: 10.1055/s-0040-1716831.
13. Marra A, Ely EW, Pandharipande PP, Patel MB. The ABCDEF bundle in critical care. *Crit Care Clin*. 2017;33(2):225-243. doi: 10.1016/j.ccc.2016.12.005.
14. Ely EW. The ABCDEF bundle: science and philosophy of how ICU liberation serves patients and families. *Crit Care Med*. 2017;45(2):321-330. doi: 10.1097/CCM.0000000000002175.
15. Kleinpell R, Heyland DK, Lipman J, Sprung CL, Levy M, Mer M, et al. Patient and family engagement in the ICU: Report from the task force of the World Federation of Societies of Intensive and Critical Care Medicine. *J Crit Care*. 2018;48:251-256. doi: 10.1016/j.jcrr.2018.09.006.
16. Singam A. (2024). Mobilizing Progress: A Comprehensive Review of the Efficacy of Early Mobilization Therapy in the Intensive Care Unit. *Cureus*. 2024;16(4):e57595. <https://doi.org/10.7759/cureus.57595>
17. Gutiérrez-García Y, Cardona-Moyano M, Azevedo L, et al. Early mobility and family partnerships in the intensive care unit: a scoping review of reviews. *Crit Care*. 2023;27(1):31. doi: 10.1186/s13054-023-04482-6.
18. Mailer J, Ward K, Aspinall C. The impact of visiting restrictions in intensive care units for families during the COVID-19 pandemic: An integrative review. *J Adv Nurs*. 2024;80(4):1355-1369. doi: 10.1111/jan.15915.
19. Kiwanuka F, Shayan SJ, Tolulope AA. Barriers to patient and family-centred care in adult intensive care units: A systematic review. *Nurs Open*. 2019;6(3):676-684. doi: 10.1002/nop.2.253.

Correspondencia:

Luis Fernando Guerrero Vega

E-mail: luisfedogro@gmail.com