



Impacto de la humanización en cuidados críticos sobre la satisfacción familiar: un estudio observacional y transversal mediante el instrumento FS-ICU 34 en un hospital privado de tercer nivel en México

Impact of humanization in critical care on family satisfaction: a cross-sectional observational study using the FS-ICU 34 instrument at a private tertiary-care hospital in Mexico

Daniel Rueda Ojeda,* Dulce María Benita Dector Lira,* Diana Enríquez Santos,* Eduardo Mercado Cruz*

RESUMEN

Introducción: los avances tecnológicos en cuidados intensivos han mejorado la supervivencia; sin embargo, la humanización sigue siendo un reto para garantizar el bienestar emocional de pacientes y familiares. **Objetivo:** evaluar el nivel de satisfacción de los familiares de pacientes en áreas críticas de un hospital particular de tercer nivel en México, mediante la versión validada al español del cuestionario FS-ICU 34 a las 72 horas del ingreso. **Material y métodos:** estudio observacional, descriptivo y transversal en una muestra de 144 familiares (muestreo no probabilístico). Los puntajes brutos del FS-ICU 34 se transformaron a una escala de 0 a 100, donde 0 representa la menor satisfacción y 100 la máxima. El análisis incluyó estadística descriptiva y pruebas inferenciales (t de Student y ANOVA para comparación de medias según variables sociodemográficas, y coeficientes de correlación de Pearson); se consideró un valor $p < 0.05$ como significativo. **Resultados:** la satisfacción general media fue de 80.97 ± 9.69 (IC95% 79.37-82.56). Los dominios con mayor puntaje fueron la competencia percibida del personal médico (86.63 ± 16.96) y de enfermería (83.33 ± 17.74). Se identificaron puntajes consistentemente menores en las dimensiones de comunicación, toma de decisiones compartida y soporte emocional/espiritual (53.54 ± 33.29). **Conclusiones:** existe un nivel de satisfacción global elevado, condicionado principalmente por la confianza en la capacidad técnica del equipo. Sin embargo, para consolidar la humanización de los cuidados críticos, es imperativo sistematizar la evaluación de la experiencia familiar y fortalecer las estrategias de comunicación efectiva, así como integrar formalmente el acompañamiento pastoral y el soporte emocional en los protocolos de atención.

Palabras clave: terapia intensiva humanizada, satisfacción de familiares, FS-ICU 34, calidad de la atención, medicina crítica.

ABSTRACT

Introduction: technological advancements in intensive care have significantly improved survival rates; however, humanization remains a challenge in ensuring the emotional well-being of both patients and their families. **Objective:** to evaluate the level of satisfaction among family members of patients admitted to critical care units at a private tertiary care hospital in Mexico, utilizing the validated Spanish version of the FS-ICU 34 questionnaire 72 hours after admission. **Material and methods:** an observational, descriptive, and cross-sectional study was conducted with a sample of 144 family members (non-probabilistic sampling). Raw FS-ICU 34 scores were transformed into a 0-100 scale, where 0 represents the lowest satisfaction and 100 the highest. The analysis included descriptive statistics and inferential testing (Student's t-test and ANOVA for mean comparisons based on sociodemographic variables, and Pearson correlation coefficients); a p-value < 0.05 was considered statistically significant. **Results:** the mean overall satisfaction score was 80.97 ± 9.69 ; 95%CI: 79.37-82.56). The highest-scoring domains were the perceived competence of medical staff (86.63 ± 16.96) and nursing staff (83.33 ± 17.74). Consistently lower scores were identified in the dimensions of communication, shared decision-making, and emotional/spiritual support (53.54 ± 33.29). **Conclusions:** there is a high level of overall satisfaction, primarily

driven by confidence in the clinical and technical expertise of the healthcare team. However, to consolidate the humanization of critical care, it is imperative to systematize the evaluation of family experience and strengthen effective communication strategies, as well as formally integrate pastoral care and emotional support into clinical practice protocols.

Keywords: humanized intensive care, family satisfaction, FS-ICU 34, quality of care, critical care medicine.

Abreviaturas:

FS-ICU = Family Satisfaction Intensive Care Unit (Satisfacción Familiar en la Unidad de Cuidados Intensivos)

UCI = Unidad de Cuidados Intensivos

INTRODUCCIÓN

En las últimas décadas, la atención en las unidades de terapia intensiva ha experimentado una evolución notable impulsada por los avances tecnológicos que han mejorado significativamente las tasas de supervivencia.^{1,2} No obstante, este enfoque tradicional, centrado primordialmente en el manejo fisiológico y la supervivencia, suele omitir la experiencia emocional y psicológica de los familiares.^{3,4} Investigaciones recientes subrayan que la percepción de la familia sobre la calidad de la atención es un determinante fundamental de la satisfacción general y del bienestar emocional de los cuidadores.^{1,2,5} Ante este escenario, ha surgido la necesidad de la humanización de los cuidados críticos, ejemplificada por iniciativas como el proyecto HU-CI (Humanizando los Cuidados Intensivos).^{4,6,7}

Este modelo propone una transición hacia una atención centrada en el paciente y su familia, promueve estrategias como la flexibilización de los horarios de visita, la comunicación médico-familia efectiva y la integración activa de los allegados en el proceso de cuidado.^{1,3} Se ha demostrado que este enfoque no sólo mejora la satisfacción percibida, sino que reduce la incidencia de ansiedad, estrés y síndrome de estrés postraumático en el entorno familiar.⁴

Un desafío para consolidar estos modelos es la medición objetiva de sus beneficios. Para ello, se han validado herramientas estandarizadas como el cuestionario FS-ICU 34 (Family Satisfaction in the Intensive Care Unit).³ Este instrumento evalúa dimensiones críticas

* Facultad Mexicana de Medicina, Universidad La Salle México. México.

Recibido: 13/03/2026. Aceptado: 26/04/2026.

Citar como: Rueda OD, Dector LDMB, Enríquez SD, Mercado CE. Impacto de la humanización en cuidados críticos sobre la satisfacción familiar: un estudio observacional y transversal mediante el instrumento FS-ICU 34 en un hospital privado de tercer nivel en México. Med Crit. 2026;40(4):301-307. <https://dx.doi.org/10.35366/124253>

como la competencia técnica del personal, el soporte emocional recibido y la calidad de la comunicación en la toma de decisiones compartidas.^{1,3}

A nivel internacional, la implementación y el estudio de modelos de humanización de los cuidados críticos han cobrado una relevancia significativa. Investigaciones multicéntricas destacadas en el Reino Unido, Australia y Noruega,⁸⁻¹¹ emplearon el cuestionario FS-ICU 34 para analizar la percepción de la calidad de la atención desde la perspectiva del familiar. Además, este instrumento cuenta con traducción validada en varios idiomas, incluido el español.⁴

En contraste, dentro del contexto de México y América Latina, la generación de evidencia científica objetiva sobre la humanización de los cuidados críticos sigue siendo incipiente, lo que resalta la necesidad de documentar experiencias locales que sirvan como referencia para transitar hacia una medicina crítica más empática y participativa en la región.^{8,12}

En México, un hospital particular de tercer nivel de atención se encuentra en proceso de implementación de políticas enfocadas a humanizar los cuidados críticos y priorizar la participación familiar. Sin embargo, los esfuerzos realizados en dicha institución no se han evaluado formalmente y, por ende, se desconoce la percepción de los familiares sobre la satisfacción con dichas políticas.

Este estudio tuvo como objetivo evaluar el nivel de satisfacción de los familiares de pacientes ingresados en áreas críticas de un hospital particular de tercer nivel de atención mediante la aplicación del cuestionario FS-ICU 34 a las 72 horas del ingreso.

MATERIAL Y MÉTODOS

Contexto: el estudio se realizó en las áreas de cuidados críticos (Unidad de Cuidados Intensivos Adultos) de un hospital privado de tercer nivel de atención ubicado en la Ciudad de México. Dicha institución se encuentra consolidando políticas de humanización, priorizando la atención centrada en el paciente y su familia, fomentando la participación de los cuidadores y brindando flexibilidad en los procesos asistenciales.

Diseño: estudio observacional, descriptivo y transversal. Consistió en la aplicación del cuestionario FS-ICU 34 a los familiares o cuidadores principales de pacientes ingresados en las áreas críticas.

Población y muestreo: se empleó un muestreo no probabilístico por conveniencia.

Criterios de inclusión: familiares directos o cuidadores principales, mayores de 18 años, con pacientes cuya estancia en la Unidad de Cuidados Intensivos (UCI) fuera mínima de 72 horas. **Criterios de exclusión:** familiares con barreras de comunicación (idioma o dis-

capacidad cognitiva no compensada) o aquellos que se negaran a firmar el consentimiento informado.

Tamaño de muestra: se calculó un número inicial de 139 participantes, basado en una proporción esperada de satisfacción de 50% (máxima varianza), un nivel de confianza de 95% y un margen de error de 5%. Finalmente, se incluyeron 144 participantes.

Instrumento y recolección: se utilizó el cuestionario FS-ICU 34 en su versión validada al español. El instrumento evalúa dos dimensiones: satisfacción con la atención y satisfacción con la toma de decisiones/comunicación. El cuestionario fue autoadministrado (con apoyo de un investigador presente para resolver dudas técnicas) y entregado de forma física a los familiares durante el horario de visita tras cumplir las 72 horas de estancia del paciente.

Periodo del estudio: la recolección de datos se llevó a cabo del 1 de septiembre de 2025 al 28 de febrero de 2026.

Análisis estadístico: los datos fueron procesados con SPSS® versión 27. Se llevaron a cabo pruebas de normalidad (Kolmogorov-Smirnov), determinando una distribución no paramétrica en las puntuaciones de las subescalas. Se utilizó la prueba de Kruskal-Wallis para comparar el nivel de satisfacción según variables categóricas (escolaridad del familiar, parentesco y área específica de hospitalización). Para facilitar la interpretación, los puntajes tipo Likert se transformaron a una escala de 0 (mínima satisfacción) a 100 (máxima satisfacción). Se consideró significancia estadística con un valor de $p < 0.05$.

Consideraciones éticas: el protocolo fue aprobado por el Comité de Investigación (CINV/AG01/AGO/2025) y el Comité de Ética en Investigación (CEI/AG01/AGO/2025) de la institución. La investigación se clasificó con riesgo mínimo según la normativa vigente. Se obtuvo consentimiento informado de todos los participantes, garantizando el anonimato y la confidencialidad de la información.

RESULTADOS

Características sociodemográficas y del contexto hospitalario. Se encuestaron 144 familiares de pacientes en áreas críticas. La muestra fue predominantemente femenina (65.97%, $n = 95$) con edad media de 45.58 ± 11.79 años. El perfil del cuidador principal recayó mayoritariamente en las hijas (26.39%) y esposas (15.28%). En cuanto a la ubicación, 45.14% de los pacientes se encontraba en cuidados intermedios, 29.17% en la UCI y 25.69% en la unidad de cuidados coronarios (*Tabla 1*).

Nivel de satisfacción global y por dominios. La satisfacción global reportada fue de 80.97 ± 19.69 (puntuación media en escala 0-100). Los puntajes más altos se

concentraron en la competencia técnica del personal, superando los 83 puntos tanto para médicos (86.63 ± 16.96) como para enfermería (83.33 ± 17.74), lo que refleja una alta confianza en la capacidad profesional del equipo (*Tabla 2*).

Por el contrario, se identificaron áreas de oportunidad críticas en el soporte no clínico:

1. Apoyo emocional y espiritual: el soporte pastoral obtuvo la valoración más baja del estudio (53.54 ± 33.29).
2. Infraestructura: la satisfacción con la sala de espera y las instalaciones físicas reportó puntajes cercanos a 70.
3. Proceso participativo: los familiares reportaron puntajes deficientes en el tiempo disponible para procesar la información (45.83 ± 33.19) y el tiempo para plantear dudas (47.92 ± 32.86) (*Tabla 3*).

Tabla 1: Variables sociodemográficas encuestadas en el FS-ICU 34.

	n (%)
Género	
Femenino	95 (65.97)
Masculino	49 (34.03)
Edad, años*	45.58 ± 11.79
Parentesco con el paciente	
Hija	38 (26.39)
Esposa	22 (15.28)
Hijo	19 (13.19)
Esposo	15 (10.42)
Pareja	15 (10.42)
Hermana	11 (7.64)
Madre	8 (5.56)
Hermano	4 (2.78)
Otro (cuidador)	12 (8.33)
Padre	0 (0.00)
Abuelo(a)	0 (0.00)
¿Vive usted con el paciente?	
Sí	84 (58.33)
No	60 (41.67)
Frecuencia de visitas	
Vive con el paciente	84 (58.33)
Más de una vez a la semana	25 (17.36)
Una vez a la semana	16 (11.11)
Una vez al mes	18 (12.50)
Una vez al año	1 (0.69)
Nunca	0 (0.00)
Lugar de residencia	
En la misma ciudad	112 (77.78)
Fuera de la ciudad	32 (22.22)

FS-ICU = Family Satisfaction Intensive Care Unit (Satisfacción Familiar en la Unidad de Cuidados Intensivos).

* Valores expresados en media $\pm$ desviación estándar.

Dinámica familiar y toma de decisiones. A pesar de que 61.11% manifestó sentirse incluido en la toma de decisiones, existe una polarización en la dinámica interna: mientras que casi la mitad reportó acuerdos en los cuidados, 29.17% manifestó conflictos familiares importantes o moderados (*Tabla 4*).

Cuidados al final de la vida. En los casos de fallecimiento, la percepción del bienestar físico del paciente fue heterogénea. El 38.29% consideró que el paciente estuvo confortable, mientras que el 27.66% percibió que su familiar sufrió intensamente en los momentos finales. El acompañamiento del personal en esta etapa fue valorado como neutral o insuficiente por casi un tercio de los familiares (*Tabla 5*).

Análisis comparativo por unidad. No se encontraron diferencias estadísticamente significativas entre las tres unidades evaluadas ($p > 0.05$). No obstante, desde una perspectiva de relevancia clínica, se observa que la UCI reportó una satisfacción general sensiblemente menor (74.00) en comparación con cuidados intermedios (83.79) y coronarios (83.45). Esta brecha de casi 10 puntos sugiere una mayor carga de estrés o barreras de comunicación más pronunciadas en la UCI (*Tabla 6*).

DISCUSIÓN

El modelo de humanización implementado en las áreas críticas del hospital evaluado se fundamenta en la atención centrada en el paciente y su familia. Estrategias como la política de «puertas abiertas», la flexibilización de horarios y la integración de los allegados en cuidados básicos buscan reducir el aislamiento y la angustia familiar. La literatura internacional respalda este enfoque, señalando que no sólo eleva la satisfacción, sino que mitiga la incidencia de ansiedad y trastorno de estrés postraumático (TEPT) en el entorno familiar.^{2,3,8}

En este estudio, la satisfacción global fue de 80.97 ± 9.69 . Aunque este valor refleja áreas de oportunidad, es comparable con estándares de países desarrollados como el Reino Unido (76%) y Australia (82%).^{13,14} Es crucial entender que una puntuación que no alcance el máximo no necesariamente implica una falla en la gestión, sino que refleja la alta carga emocional intrínseca a la hospitalización crítica, la cual condiciona la percepción del familiar independientemente del trato recibido.

Se observó una brecha relevante entre la satisfacción con los cuidados clínicos (médicos: 86.63; enfermería: 83.33) frente a la dimensión de comunicación y soporte emocional (69.06) (*Tablas 2 y 4*). Esta discrepancia sugiere que, a pesar de los programas de humanización, persiste una priorización de la excelencia técnica y la seguridad clínica sobre el acompañamiento emocional. Este último se ve vulnerado por la carga laboral y la falta de espacios arquitectónicos privados para el desahogo familiar.^{15,16}

Tabla 2: Satisfacción con los cuidados evaluados mediante el cuestionario FS-ICU 34.

	N	Media $\pm$ DE	IC95%
¿Cómo tratamos a su familiar?			
Preocupación y cuidados del personal de la UCI: cortesía y compasión hacia el paciente.	144	83.85 $\pm$ 17.85	80.91-86.80
Manejo de los síntomas: ¿cómo se valoraron y trataron los síntomas de su familiar por parte del personal de la UCI?			
Manejo del dolor	141	76.24 $\pm$ 22.82	72.44-80.04
Manejo de la disnea (falta de aire)	135	77.41 $\pm$ 22.21	73.63-81.19
Manejo de agitación	129	76.94 $\pm$ 23.30	72.88-81.00
¿Cómo fue el trato con usted? Consideración de las necesidades del familiar			
¿Cómo fue el interés mostrado por sus necesidades por el personal de la UCI?	144	81.08 $\pm$ 21.57	77.52-84.63
Apoyo emocional	143	69.06 $\pm$ 28.76	64.30-73.81
Apoyo espiritual	127	53.54 $\pm$ 33.29	47.70-59.39
Coordinación del cuidado	144	78.65 $\pm$ 21.92	75.04-82.26
Cortesía y compasión hacia el familiar	144	80.21 $\pm$ 22.49	76.50-83.91
Personal de enfermería			
Competencia del personal de enfermería	144	83.33 $\pm$ 17.74	80.41-86.26
Frecuencia de comunicación con enfermería	144	76.56 $\pm$ 23.13	72.75-80.37
Personal médico			
Competencia de los médicos de la UCI	144	86.63 $\pm$ 16.96	83.84-89.43
Frecuencia de comunicación con los médicos	144	76.39 $\pm$ 22.86	72.62-80.15
Otros miembros del equipo de la UCI			
Servicios sociales	132	79.92 $\pm$ 21.50	76.22-83.63
Servicio pastoral (religioso)	124	53.02 $\pm$ 31.17	47.48-58.56
La unidad de cuidados intensivos			
Ambiente en la UCI	144	69.79 $\pm$ 24.71	65.72-73.86
La sala de espera			
Ambiente en la sala de espera	144	70.14 $\pm$ 24.61	66.09-74.19
Revisión de la atención y cuidados que usted y su familiar recibieron			
Satisfacción general de la experiencia	144	80.97 $\pm$ 19.69	77.73-84.22

DE = desviación estándar. FS-ICU = *Family Satisfaction Intensive Care Unit* (Satisfacción Familiar en la Unidad de Cuidados Intensivos). IC95% = intervalo de confianza de 95%. UCI = Unidad de Cuidados Intensivos.

Tabla 3: Satisfacción de la familia con la toma de decisiones en torno a los cuidados de los pacientes críticos (N = 144).

	Media $\pm$ DE	IC95%
Necesidades de información		
Facilidad para obtener información	77.95 $\pm$ 22.22	74.29-81.61
Comprensión de la información	74.13 $\pm$ 24.63	70.07-78.19
Honestidad de la información	76.91 $\pm$ 23.48	73.04-80.78
Exhaustividad de la información	73.26 $\pm$ 25.72	69.03-77.50
Coherencia de la información	76.91 $\pm$ 23.11	73.10-80.72
Proceso de toma de decisiones		
Inclusión en el proceso de toma de decisiones	64.76 $\pm$ 28.88	60.00-69.51
Implicación en el momento adecuado	81.60 $\pm$ 30.00	76.65-86.54
Cantidad de información apropiada para decidir	65.97 $\pm$ 47.55	58.14-73.80
Tiempo necesario para procesar la información	45.83 $\pm$ 33.19	40.37-51.30
Percepción de apoyo en la toma de decisiones	63.02 $\pm$ 30.29	58.03-68.01
Sensación de control sobre los cuidados	56.08 $\pm$ 29.16	51.27-60.88
Esperanza brindada sobre la recuperación	62.33 $\pm$ 37.75	56.11-68.54
Acuerdo familiar sobre los cuidados	56.94 $\pm$ 32.04	51.67-62.22
Tiempo para plantear dudas y preocupaciones	47.92 $\pm$ 32.86	42.50-53.33
¿Qué grado de satisfacción con la cantidad de cuidados que se prestaron a su familiar?	80.97 $\pm$ 19.69	77.73-84.22
Satisfacción con el papel en la toma de decisiones respecto a la salud de su familiar	70.83 $\pm$ 23.40	66.98-74.69

DE = desviación estándar. IC95% = intervalo de confianza de 95%.

Las valoraciones más bajas correspondieron al tiempo para procesar información y resolver dudas. Es pertinente considerar que la aplicación del cuestionario a las 72 horas del ingreso coincide con la fase de mayor

impacto emocional y densidad de información inicial, lo que puede saturar la capacidad cognitiva de los familiares y actuar como una barrera para la comunicación efectiva.^{17,18}

Limitaciones: la ausencia de una medición basal previa a las políticas de humanización impide cuantificar el impacto neto del programa frente al modelo tradicional. Asimismo, el diseño transversal y el muestreo por conveniencia ofrecen una visión estática; futuras investigaciones deberían explorar la evolución de la experiencia familiar mediante diseños longitudinales y multicéntricos.

Recomendaciones para la práctica clínica. Con el propósito de fortalecer el modelo de humanización y elevar la satisfacción global en las unidades de cuidados críticos, se proponen las siguientes cuatro acciones estratégicas:

1. Aumentar la participación familiar: establecer «ron- das de familia» durante el pase de visita matutino. La integración temprana asegura que el familiar se sienta implicado en la toma de decisiones y fortalece su percepción de control.

Tabla 4: Percepción de la calidad encuestada en el FS-ICU 34.

	n (%)
¿Se sintió incluido/a en el proceso de toma de decisiones?	
Me sentí muy excluido/a	9 (6.25)
Me sentí algo excluido/a	18 (12.50)
Ni excluido/a ni incluido/a	29 (20.14)
Me sentí algo incluido/a	55 (38.19)
Me sentí muy incluido/a	33 (22.92)
¿Recibió la cantidad de información apropiada para decidir?	
Recibí demasiada información	18 (12.50)
Recibí información suficiente	95 (65.97)
Recibí poca información	31 (21.53)
¿Tuvo el tiempo necesario para pensar la información?	
Podría haber tenido más tiempo	38 (26.39)
Tuve tiempo suficiente	80 (55.56)
Tuve más que suficiente tiempo	26 (18.06)
¿Se sintió apoyado/a en la toma de decisiones?	
Me sentí totalmente agobiado/a	7 (4.86)
Me sentí algo agobiado/a	30 (20.83)
Ni agobiado/a ni apoyado/a	24 (16.67)
Me sentí apoyado/a	47 (32.64)
Me sentí muy apoyado/a	36 (25.00)
¿Sintió que se le dio suficiente esperanza?	
Ninguna esperanza	7 (4.86)
Poca esperanza	26 (18.06)
Esperanza insuficiente	37 (25.69)
Mucha esperanza	49 (34.03)
Demasiada esperanza	25 (17.36)
¿Hubo acuerdo familiar sobre los cuidados?	
Conflictos importantes	15 (10.42)
Algunos conflictos	27 (18.75)
Ni conflicto ni acuerdo	36 (25.00)
Acuerdo	35 (24.31)
Fuerte acuerdo	31 (21.53)
¿Tuvo tiempo para plantear sus preocupaciones?	
Podría haber dedicado más tiempo	34 (23.61)
Tuve el tiempo adecuado	82 (56.94)
Tuve más que suficiente tiempo	28 (19.44)

FS-ICU = *Family Satisfaction Intensive Care Unit* (Satisfacción Familiar en la Unidad de Cuidados Intensivos).

Tabla 5: Satisfacción de los familiares con relación a los cuidados al final de la vida de los pacientes.

	n (%)
Punto de vista sobre la duración de la vida	
Prolongada innecesariamente	3 (6.38)
Ligeramente prolongada	15 (31.91)
Ni alargada ni acortada	22 (46.81)
Ligeramente acortada	5 (10.64)
Acortada innecesariamente	2 (4.26)
Nivel de confort del paciente al final	
Sufriendo mucho	13 (27.66)
Sufriendo algo	16 (34.04)
Bastante confortable	11 (23.40)
Muy confortable	4 (8.51)
Completamente confortable	3 (6.38)
Sentimiento de apoyo/abandono del equipo	
Muy abandonado/a	1 (2.13)
Abandonado/a	7 (14.89)
Ni abandonado/a ni apoyado/a	15 (31.91)
Apoyado/a	14 (29.79)
Muy apoyado/a	10 (21.28)

2. Fortalecer el soporte emocional y espiritual: integrar formalmente el acompañamiento pastoral, establecer convenios con diversos servicios religiosos y crear una «sala de silencio» para atender las necesidades espirituales de los familiares.
3. Capacitación del personal en habilidades blandas: implementar programas permanentes de comunicación empática y estrategias de mindfulness para el personal de salud, brindándoles herramientas para gestionar el soporte emocional de las familias.
4. Evaluación continua y retroalimentación: disponer de sistemas de monitoreo (buzones digitales o encuestas breves) para detectar áreas de insatisfacción en tiempo real y sistematizar la aplicación periódica del instrumento FS-ICU 34 como indicador de calidad institucional.

CONCLUSIONES

Las políticas de humanización implementadas en las áreas críticas del hospital evaluado han logrado consolidar una percepción de alta calidad en la atención y el trato digno. Esto se refleja en la elevada satisfacción con la competencia técnica del personal (médicos: 86.63; enfermería: 83.33); sin embargo, los hallazgos revelan que la excelencia clínica, aunque indispensable, es insuficiente para alcanzar la satisfacción plena si no se acompaña de un soporte emocional y espiritual integral, rubro que presentó la valoración más baja del estudio (53.54).

En este sentido, el futuro de la humanización de los cuidados críticos debe trascender las políticas de «puertas abiertas» para centrarse en la integración temprana y activa de la familia durante todo el proceso

Tabla 6: Satisfacción global: comparación de la satisfacción global en las tres terapias.

	Unidad			p
	Intensiva Media ± DE [IC95%]	Intermedia Media ± DE [IC95%]	Coronaria Media ± DE [IC95%]	
Preocupación y cuidados del personal	83.12 ± 19.93 [76.75-89.50]	87.07 ± 17.67 [82.42-91.72]	84.48 ± 15.55 [78.57-90.40]	0.576371
Consideración de sus necesidades	76.88 ± 23.61 [69.33-84.42]	84.91 ± 20.91 [79.42-90.41]	81.90 ± 22.06 [73.51-90.29]	0.394418
Apoyo espiritual	50.62 ± 33.25 [39.99-61.26]	57.33 ± 32.11 [48.89-65.77]	50.00 ± 35.98 [36.31-63.69]	0.498941
Habilidades del personal de enfermería	80.62 ± 17.44 [75.05-86.20]	87.07 ± 18.28 [82.26-91.88]	82.76 ± 16.51 [76.48-89.04]	0.281813
Habilidades de los médicos	88.12 ± 16.00 [83.01-93.24]	89.22 ± 17.59 [84.60-93.85]	85.34 ± 15.69 [79.38-91.31]	0.292022
Satisfacción general de la experiencia	74.00 ± 24.47 [66.17-81.83]	83.79 ± 17.75 [79.13-88.46]	83.45 ± 16.10 [77.33-89.57]	0.10456
Satisfacción con cantidad de cuidados	78.50 ± 23.27 [71.06-85.94]	85.17 ± 15.70 [81.04-89.30]	78.62 ± 23.26 [69.77-87.47]	0.470365
Papel en la toma de decisiones	69.00 ± 27.90 [60.08-77.92]	72.76 ± 22.38 [66.87-78.64]	68.97 ± 23.04 [60.20-77.73]	0.8661107

DE = desviación estándar. IC95% = intervalo de confianza de 95%.

asistencial. Es imperativo que las instituciones no sólo permitan el acceso físico, sino que faciliten los tiempos y espacios necesarios para que el familiar comprenda y participe en la toma de decisiones.

Finalmente, aunque el presente estudio presenta limitaciones por su diseño unicéntrico y muestreo por conveniencia, los resultados ofrecen una hoja de ruta clara para la implementación de acciones estratégicas en otras unidades de cuidados críticos. Se subraya la necesidad de desarrollar futuros estudios multicéntricos y longitudinales que evalúen el impacto de estas intervenciones a largo plazo, consolidando la humanización como un estándar de calidad y un indicador de gestión fundamental en la medicina crítica contemporánea.

AGRADECIMIENTOS

A la Universidad La Salle México, en especial a la Facultad Mexicana de Medicina, también al Dr. Eduardo Mercado Cruz por su asesoría y paciencia en la elaboración de este trabajo.

REFERENCIAS

1. Calle GH, Martin MC, Nin N. Seeking to humanize intensive care. *Rev Bras Ter Intensiva*. 2017;29(1):9-13. doi: 10.5935/0103-507X.20170003.

2. Rodríguez-Ruiz E, Latour JM, van Mol MMC. Promoting an inclusive and humanised environment in the intensive care unit: shift happens. *Intensive Crit Care Nurs*. 2025;86:103856. doi: 10.1016/j.iccn.2024.103856.

3. Van Den Broek JM, Brunsveld-Reinders AH, Zedlitz AM, Girbes ARJ, De Jonge E, Arbous MS. Questionnaires on family satisfaction in the adult ICU: a systematic review including

psychometric properties. *Crit Care Med*. 2015;43(8):1731-44. doi: 10.1097/CCM.0000000000001003.

4. Baeza GI, Quispe HC. Proyecto “Humanizando los Cuidados Intensivos”, nuevo paradigma de orientación de los Cuidados Intensivos. Dossier sobre Bioética y Medicina Intensiva. Observatori de Bioètica i Dret, Universitat de Barcelona; 2020. Disponible en: www.bioeticayderecho.ub.edu

5. Rodríguez TB, Granillo JF, Rodríguez TD. Historia de la medicina crítica. *An Med (Mex)*. 2015;60(2):144-149.

6. Hospital General de México. Historia de la medicina. *Rev Med Hosp Gen Mex*. 2006;69(1):44-51.

7. Martínez ZR. Humanización en la unidad de cuidados intensivos. *Med Crit*. 2021;35(3):144-147. Disponible en: http://www.scielo.org.mx/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S2448-89092021000300144&lng=es. Epub 25-Oct-2021. <https://doi.org/10.35366/100003>.

8. Luviano GJA. Pasado, presente y futuro. Simposio 50 años del colegio mexicano de medicina crítica. *Med Crit*. 2023;37(6):455-457. Epub 28 de octubre de 2024.<https://doi.org/10.35366/113100>

9. Schwartz AC, Dunn SE, Simon HFM, et al. Making family-centered care for adults in the ICU a reality. *Front Psychiatry*. 2022;13:837708. doi: 10.3389/fpsyt.2022.837708.

10. Ponnappa RM, Kadam U, Lee JDY, et al. Family satisfaction with intensive care unit communication during the COVID-19 pandemic: a prospective multicentre Australian study Family Satisfaction - COVID ICU. *Intern Med J*. 2023;53(4):481-491. doi: 10.1111/imj.15964.

11. Davidson JE, Aslakson RA, Long AC, 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.

12. Rodríguez-Ruiz E, Campelo-Izquierdo M, Mansilla-Rodríguez M, et al. Measuring family-centred care practices in adult intensive care units: The EMPATHIC-F questionnaire. *Nurs Crit Care*. 2022;27(3):375-383. doi: 10.1111/nicc.12670.

13. Ferrando P, Gould DW, Walmsley E, et al. Family satisfaction with critical care in the UK: a multicentre cohort study. *BMJ Open*. 2019;9(8):e028956. doi: 10.1136/bmjopen-2019-028956.

14. Haave RO, Bakke HH, Schroder A. Family satisfaction in the intensive care unit, a cross-sectional study from Norway. *BMC Emerg Med*. 2021;21(1):20. doi: 10.1186/s12873-021-00412-8.

15. Kydonaki K, Kean S, Tocher J. Family involvement in intensive care: a qualitative exploration of critically ill patients, their families

- and critical care nurses (input study). *J Clin Nurs*. 2020;29(7-8):1115-1128. doi: 10.1111/jocn.15175. Epub 2020, Jan 21. PMID: 31889366.
16. Watson J. The theory of Human Caring: retrospective and prospective. *Nurs Sci Q*. 1997;10(1):49-52.
 17. Azoulay E, Chevret S, Leleu G, et al. Half the families of intensive care unit patients experience inadequate communication with physicians. *Crit Care Med*. 2000;28(8):3044-3049. doi: 10.1097/00003246-200008000-00061.
 18. Debaty G, Ageron FX, Minguet L, et al. More than half the families of mobile intensive care unit patients experience inadequate communication with physicians. *Intensive Care Med*. 2015;41(7):1291-1298. doi: 10.1007/s00134-015-3890-2.

Correspondencia:

Dr. Daniel Rueda Ojeda

E-mail: d.delos@hotmail.com