



TESINA

presentada para acceder al título de grado de la carrera de

LICENCIATURA EN KINESIOLOGÍA Y FISIATRÍA

Título:

“Humanización del Abordaje Kinésico en la UCI”

Autor:

Rohr, David Carlos Ezequiel. Legajo N.º 6541

Director:

Lic. Martin Larramendi

Fecha de Presentación:

12/07/2021

Firma de Autor

RESUMEN:

El proyecto HU-CI: Humanizando los Cuidados Intensivos, surge en España, donde las UCI están transitando una transformación y evolución con el objetivo de desarrollar acciones específicas que, además de brindar un servicio de cuidados intensivos excelentemente técnicos, también sea humanizado.

Las UCI están formadas por equipos de trabajo, donde el kinesiólogo intensivista es un referente, que debe contar con la capacidad de evaluar y aplicar tratamientos en cuanto a fisioterapia respiratoria y rehabilitación, aplicación de aerosoles, oxigenoterapia, cuidado de la vía aérea, manejo de ventilación mecánica no invasiva e invasiva, entre otros cuidados respiratorios.

El objetivo de esta investigación es analizar el abordaje de los kinesiólogos de la UCI del Hospital José María Cullen en relación a las estrategias del Plan Internacional de Humanización de los Cuidados Intensivos.

Se realizó un trabajo de campo observacional no experimental, que constó de una búsqueda bibliográfica y encuestas. Dicha encuesta, constó de 37 preguntas que fueron agrupadas en 5 secciones. El proceso de recolección de datos se llevó a cabo de manera virtual durante el mes de abril del año 2021, mediante la plataforma “Google Forms”. La misma estuvo dirigida a los 9 kinesiólogos que se desempeñaban en la UCI del Hospital José María Cullen durante este período.

Los resultados del análisis de datos, indican que un 33,3% recibió poca información respecto a la humanización en salud, mientras que un 66,7% no fue informado sobre esto. El 44,4% no conocía el Plan HUCI. De los 9 encuestados, 8 consideran que es una problemática relevante e interesante y que es factible la implementación de dichas estrategias dentro de la UCI donde se desempeñan.

En conclusión, se puede observar que, los profesionales encuestados realizan un abordaje humanizado siguiendo intuitivamente las estrategias del Plan HUCI, pero sin conocerlas por completo.

Palabras clave: Humanización; Humanización en Salud; Plan HUCI; Kinesiología; Kinesiólogo en UCI;

ÍNDICE

I.	INTRODUCCIÓN:	1
II.	OBJETIVOS:	4
III.	MARCO TEÓRICO:	5
III.I	HUMANIZACIÓN:	5
III.I. I.	Definición:	5
III.I. II.	Humanización en salud:	5
III.I. III.	Deshumanización:	6
III.I. IV.	Falta de comunicación:	7
III.I.V.	Superespecialización y desarrollo tecnológico:	8
III.II	PLAN HUCI	9
III.II. I.	Estrategias:	9
III.III.	UNIDAD DE CUIDADOS INTENSIVOS:	12
III.III. I.	Hospital José María Cullen:	13
III.III. II.	Rol Kinesiólogo en UCI:	14
III.III. IV.	COVID-19 y situación de las UCI:	15
IV.	JUSTIFICACIÓN:	18
V.	MÉTODOS:	19
V.I	Búsqueda Bibliográfica	19
V. II.	Encuesta:	20
VI.	RESULTADOS:	21
VI.I	Sección 1: datos personales	21
VI.II	Sección 2: datos laborales:	23
VI.III.	Sección 3: Conceptualización:	27
VI.IV.	Sección 4: Respecto a la comunicación y participación de los familiares:	30
VI.V.	Sección 5: Sobre el Plan-HUCI:	38
VII.	DISCUSION:	46
VIII.	CONCLUSION:	50
IX.	REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS:	52
X.	ANEXOS	54
X I.	Documentación del proceso de consentimiento informado:	54
X.II.	Encuesta:	56

I. INTRODUCCIÓN:

La atención humanizada en los cuidados intensivos es transversal a pacientes, familiares y personal de salud. Toda la Unidad de Cuidados Intensivos (UCI), debe ser trabajada desde esta mirada, abordando integralmente a la persona, entendiendo que es más que solo una patología y recordando que se deben preservar sus derechos y dignidad, considerando además de “que se hace”, el “cómo se hace”.

La Organización Mundial de la Salud, en el año 1946, define a la salud como “un estado completo de bienestar físico, mental y social, y no solamente la ausencia de afecciones o enfermedades”.¹ Esto, ya dejaba en claro hace muchos años, que se deben considerar todos los aspectos que atraviesan a una persona. Cabe recordar esta definición, porque ayudará a comprender el concepto de Humanización en Salud y su traslado a la UCI.

Según la Real Academia Española, humanizar: “es hacer a alguien o algo humano, familiar y afable”.² Traslado esto a la salud, José Carlos Bermejo, en su libro “Humanizar la asistencia sanitaria”, dice que “Humanizar es todo lo que se realiza para promover y proteger la salud, curar las enfermedades, garantizar un ambiente que favorezca una vida sana y armoniosa a nivel físico, emotivo, social y espiritual. Esto reclama la dignidad intrínseca de todo ser humano y los derechos que de ella derivan, convirtiéndose en una necesidad de vital importancia y trascendencia, por lo cual no pueden ser solo buenas iniciativas, sino un compromiso genuinamente ético, con la vulnerabilidad humana, que genere salud y acompañe en el sufrimiento”.^{1,3}

Las UCI están formadas por equipos de trabajo, donde el kinesiólogo intensivista es un referente, que debe contar con la capacidad de evaluar y aplicar tratamientos en cuanto a fisioterapia respiratoria y rehabilitación, aplicación de aerosoles, oxigenoterapia, cuidado de la vía aérea, manejo de ventilación mecánica no invasiva e invasiva, entre otros cuidados respiratorios. Respecto a la ventilación mecánica, desempeña un papel importante en la toma de decisiones, implementación, manejo y monitoreo, análisis de gráficos y retiro de la misma. Debido a la complejidad de los pacientes hospitalizados en UCI, el kinesiólogo debe garantizar el máximo nivel de cuidados, basado en la mejor evidencia científica disponible y adaptado a cada individuo.⁴

Las competencias del kinesiólogo que se desempeña en una UCI, son una suma de los conocimientos, habilidades y aptitudes generales, que adquiere en la formación de grado y luego complementa con competencias técnicas y específicas en una formación de posgrado. Además, dentro de este ámbito, el kinesiólogo debe contar con la capacidad de participar del equipo interdisciplinario desarrollando guías y protocolos, manteniéndose proactivo frente a la investigación, actualización y difusión de conocimientos del área, lo que se consideran competencias transversales.

La hospitalización, es un hecho sumamente estresante para la persona y se caracteriza principalmente por la sensación de pérdida de control y desconocimiento de lo que ocurrirá. La situación se torna impredecible para el individuo, ya sea por conocer o no lo que generó la hospitalización, cuánto durará este proceso, como será su desarrollo, si habrá períodos de mejora o empeoramiento, generando así más incertidumbre. El paciente suele carecer de recursos físicos propios y se encuentra en una situación de dependencia, lo cual es propicio para aumentar el temor y la preocupación.⁵

Se ha estudiado que ciertos factores como el dolor, los ruidos ambientales y la falta de información, son estresores dentro de la hospitalización en UCI. Los pacientes fluctúan dentro de los estados de conciencia, a veces oyendo las conversaciones entre los distintos profesionales que los atienden. Por tal motivo, es necesario considerar estas cuestiones a la hora de estar frente al paciente, informando correctamente a quienes su estado de conciencia les permita atender o evitando hablar delante de ellos y que se genere desinformación.⁶

Al tener un ser querido en una situación de hospitalización, la familia se desorganiza, aumentando los niveles de estrés y ansiedad, sobre todo cuando debe ser ingresado a una UCI. La literatura, sugiere que las familias tienen como necesidad prioritaria, la comunicación en términos que puedan comprender y el apoyo por parte de los profesionales.⁷ A su vez, los profesionales destacan la necesidad de formarse para comunicar de manera adecuada.

Cabe destacar, que diversos autores señalan la importancia de la presencia familiar, como una herramienta de atención que contribuye a, por un lado, disminuir el estrés y delirio, sin que su presencia genere complicaciones; y por otro, es un factor que reduce la estancia en UCI. Adicionalmente, la familia dispone de información que podría ser útil en la comprensión de ciertos resultados clínicos

y utilizada para la toma de decisiones terapéuticas. Por esto, es que se recomienda la participación familiar junto al equipo profesional.⁷

El Plan de Humanización de los Cuidados Intensivos (Plan HUCI), dentro de las muchas líneas de trabajo que pretenden lograr una atención humanizada en la UCI, se centra en 8 estrategias que son: UCI de puertas abiertas; comunicación; bienestar del paciente; cuidados al personal; presencia y participación de los familiares; prevención, manejo y seguimiento del síndrome post UCI; infraestructura humanizada y cuidados al final de la vida.^{1,8}

Siendo importante que todo el equipo que se desempeña en la UCI, lo haga en base a la mejor evidencia científica disponible, se destaca la implementación de las estrategias del Plan HUCI como una forma de reducir la mortalidad en el enfermo crítico. Esto no se realiza de un día al otro, pero si es necesario un puntapié inicial y darle comienzo.

El kinesiólogo, cada vez más reconocido como parte fundamental de un equipo de trabajo en UCI, debe estar al tanto de estas estrategias y sus beneficios en la situación de salud-enfermedad del paciente. El tiempo que dispone el kinesiólogo para la atención de sus pacientes, puede ser muy provechoso al momento de implementar estas estrategias, sobre todo en la comunicación y relación profesional que establece con el paciente y sus familiares. Si bien, hay cosas que exceden su responsabilidad, puede ser un puntapié inicial, para que más profesionales se interioricen y transmitan estos conocimientos.

En búsqueda de una mejora en la calidad de atención en las UCI, implementando estrategias de humanización de los cuidados intensivos y generar así un abordaje más cálido, contemplando todas las dimensiones del paciente, surge la pregunta acerca de:

¿Cómo es el abordaje de los kinesiólogos en la UCI del Hospital José María Cullen en relación a las estrategias del Plan de Humanización de los Cuidados Intensivos?

II. OBJETIVOS:

II.a. El objetivo general de este estudio es:

Analizar el abordaje de los kinesiólogos de la UCI del Hospital José María Cullen en relación a las estrategias del Plan Internacional de Humanización de los Cuidados Intensivos.

II.b. Los objetivos específicos son:

- Identificar y describir el grado de conocimiento e implementación de las estrategias del Plan HUCI por parte de los Kinesiólogos de la UCI del Hospital José María Cullen
- Relacionar los datos laborales con el abordaje kinésico de los profesionales de la UCI del Hospital José María Cullen.
- Reconocer posibles barreras e impedimentos para la atención humanizada por parte de los profesionales.
- Delinear potenciales estrategias de atención humanizada aplicable en la UCI del Hospital José María Cullen.

III. MARCO TEÓRICO:

III.I HUMANIZACIÓN:

III.I. I. Definición:

Según la Real Academia Española, humanizar: “es hacer a alguien o algo humano, familiar y afable”.³

III.I. II. Humanización en salud:

Resulta complejo trasladar el concepto de humanización al ámbito de la salud, porque se trata de un movimiento que tiene como objetivo integrar las relaciones de salud, mejorar la atención y generar un entorno propicio para el desarrollo de la atención. Integrar las relaciones de salud, hace referencia a asociar lo subjetivo con lo objetivo de cada paciente. Asociar lo social, emocional y espiritual, con las intervenciones técnicas y fisiológicas.⁹

Esta dificultad de lograr un concepto sólido, debilita la estructura para su posterior implementación en el sistema de salud.

Un acercamiento a la tarea de definir esto, lo plantea José Carlos Bermejo, en su libro “Humanizar la asistencia sanitaria”, donde dice que “Humanizar es todo lo que se realiza para promover y proteger la salud, curar las enfermedades, garantizar un ambiente que favorezca una vida sana y armoniosa a nivel físico, emotivo, social y espiritual. Esto reclama la dignidad intrínseca de todo ser humano y los derechos que de ella derivan, convirtiéndose en una necesidad de vital importancia y transcendencia, por lo cual no pueden ser solo buenas iniciativas, sino un compromiso genuinamente ético, con la vulnerabilidad humana, que genere salud y acompañe en el sufrimiento”.^{1,3}

Lo plasmado en el párrafo anterior como un acercamiento, es realmente excelente desde el punto de vista conceptual, porque comprende la situación del paciente desde su máxima integridad, contemplando en entorno que lo rodea; además, hace hincapié en el compromiso que se debe asumir institucionalmente para mejorar la calidad asistencial en el ámbito sanitario.

Desde otra perspectiva y sin poner en duda la humanidad de los profesionales, en sí misma la formación en salud que reciben, es otro factor que atenta contra la posibilidad de conceptualizar las prácticas humanitarias. Las UCI, son áreas complejas y de alta sofisticación tecnológica. Quienes aquí desarrollan

su labor, son formados académicamente con altos niveles de especialización y una formación mayoritariamente técnica.¹⁰

Este conocimiento técnico, pone el objetivo final, es decir el fin del proceso con la recuperación del paciente, por encima de situaciones que se viven durante el camino a ese objetivo.

Más allá de las competencias y el conocimiento técnico específico de los profesionales, la humanización en salud, se expande para reconocer las necesidades individuales de los sujetos, respetándolo y siendo solidario, verlo en su conjunto y brindar una asistencia calificada.¹⁰

III.I. III. Deshumanización:

Puede nombrarse como un contrario a la humanización o bien, falta de ella. Hay varios factores que incrementan su presencia y se distinguen 3 categorías que hacen más fácil la comprensión del mismo.

- Primero, las condiciones laborales de los profesionales. Con bajos salarios que conllevan la necesidad de sobrecargarse de horas, actividades y cansancio, generando la alienación por parte de los trabajadores y aumentando el riesgo de sufrir el síndrome de Bournout.¹⁰
- En segundo lugar, fallas en la organización de la atención. Sometiendo a los usuarios del servicio a horas de espera, demoras en las consultas, exámenes, regulaciones burocráticas y fallas en la infraestructura, instalaciones y equipos.¹⁰
- Por último, como tercera categoría, la relación con el paciente y la despersonalización, es decir el anonimato. La falta de privacidad, el hacinamiento, la falta de formación en cuestiones afines a la humanización por parte de los trabajadores.¹⁰

Por eso, es que el cambio de paradigma hacia una atención más humanizada, nace desde los profesionales. Son el motor y quienes tienen la fuerza, para asumir el compromiso de mejorar la calidad de su atención, más allá de que la situación socio-política de alrededor lo impidan. El contexto económico, la necesidad de generar ingresos y reducir los gastos, afecta directamente sobre los trabajadores que tienen que soportar esas presiones de los directores de las instituciones.

El tan arraigado modelo biomédico, colabora a la dimensión deshumanizante de la salud por ese papel central que toma la enfermedad y el

énfasis en curarlo, reduciendo al paciente a un objeto, independiente de su opinión y su vivencia propia de la enfermedad.¹⁰ Además, impulsando a que las investigaciones deban pensarse puramente objetivas y frías para ser consideradas validas científicamente.

III.I. IV. Falta de comunicación:

La hospitalización, es un hecho sumamente estresante para la persona y se caracteriza principalmente por la sensación de pérdida de control y desconocimiento de lo que ocurrirá. La situación se torna impredecible para el individuo, ya sea por conocer o no lo que generó la hospitalización, cuánto durará este proceso, como será su desarrollo, si habrá períodos de mejora o empeoramiento, generando así más incertidumbre.⁵

Este hecho, sumado al traslado a cuidados críticos, acarrea una serie de emociones negativas y sentimientos quizá desconocidos para el paciente. Ansiedad, incertidumbre, miedo, la sensación de vulnerabilidad, no poder valerse por sí mismo. Para contrarrestar esto, una comunicación afectuosa, en un lenguaje comprensible para el paciente o sus familiares, es fundamental para generar confianza entre ambas partes.

El paciente suele carecer de recursos físicos propios y se encuentra en una situación de dependencia, lo cual es propicio para aumentar el temor y la preocupación.⁵

Los pacientes fluctúan dentro de los estados de conciencia, a veces oyendo las conversaciones entre los distintos profesionales que los atienden. Por tal motivo, es necesario considerar estas cuestiones a la hora de estar frente al paciente, informando correctamente a quienes su estado de conciencia les permita atender o evitando hablar delante de ellos y que se genere desinformación.⁶

Al tener un ser querido en una situación de hospitalización, la familia se desorganiza, aumentando los niveles de estrés y ansiedad, sobre todo cuando debe ser ingresado a una UCI. La literatura, sugiere que las familias tienen como necesidad prioritaria, la comunicación en términos que puedan comprender y el apoyo por parte de los profesionales.⁷ A su vez, los profesionales destacan la necesidad de formarse para comunicar de manera adecuada.

Es preciso mencionar que diversos autores señalan la importancia de la presencia familiar, como una herramienta de atención que contribuye a, por un lado, disminuir el estrés y delirio, sin que su presencia genere complicaciones; y por otro, es un factor que reduce la estancia en UCI. Adicionalmente, la familia dispone de información que podría ser útil en la comprensión de ciertos resultados clínicos y utilizada para la toma de decisiones terapéuticas.

En casos donde el paciente está sin posibilidades de comunicarse verbalmente, los familiares, pueden ser un lazo de comunicación hacia el profesional, entendiendo el mensaje o la necesidad de su ser querido. Por estos, es que se recomienda la participación familiar junto al equipo profesional.⁷

III.I.V. Superespecialización y desarrollo tecnológico:

Se ha estudiado que ciertos factores como el dolor, los ruidos ambientales y la falta de información, son estresores dentro de la hospitalización en UCI.⁶ El crecimiento a pasos agigantados en la rama de la medicina que se dedica a los cuidados críticos, es prácticamente imposible de imaginar sin el desarrollo tecnológico.

La aplicación de intervenciones cada vez más sofisticadas, con monitoreo constante del estado del paciente, permiten que hoy se pueda brindar más alta calidad de atención. Estos monitores e intervenciones terapéuticas como la ventilación mecánica, traen consigo ruidos y alarmas que son difíciles de separar porque el funcionamiento depende de ellos, pero que no dejan de ser un factor estresante para el paciente. Por ejemplo, no permiten el descanso adecuado, lo cual aumenta el riesgo de delirium.

Como se mencionó previamente, las UCI son sitios complejos, donde los pacientes requieren cuidados cada vez más calificados. Allí, es necesaria la especificidad y el mayor nivel académico posible de los trabajadores, así como también de la tecnicidad y desarrollo tecnológico, y la estandarización y protocolización de los procedimientos para brindar los cuidados adecuados.

Tal es así, que existe una tendencia a la excesiva tecnificación del área y la superespecialización de los profesionales, asumiendo el riesgo de hacer abordajes menos humanizados.

Si cada profesional, se centra en una tarea o procedimiento puntual, sabiendo que para otra tarea habrá otro que se encargará porque está

especializado en la misma, puede ser que se generen estas fallas, se pierde de vista cuales son las necesidades y deseos de los pacientes. Es decir, solo se avocarían a su tarea específica, apartando la integración entre las mismas. Sumado a esto, una posible debilidad en cuanto comunicación dentro del equipo, aumentaría la deshumanización de la atención.

III.II PLAN HUCI

El proyecto HU-CI: Humanizando los Cuidados Intensivos, surge en España, donde las UCI están transitando una transformación y evolución con el objetivo de desarrollar acciones específicas que, además de brindar un servicio de cuidados intensivos excelentemente técnicos, también sea humanizado.

Propone áreas de trabajo, relacionadas con los horarios de visita, la comunicación, el bienestar del paciente, la participación de las familias en los cuidados, el síndrome de desgaste del profesional, el síndrome post-UCI, la arquitectura e infraestructura humanizada y los cuidados al final de la vida. Todo esto, propuesto por el proyecto, plantea un cambio radical en las UCI y su dinámica de trabajo, posicionando como motor al profesional de la salud, ocupando el rol central que se merece y sin poner en duda su humanidad y desempeño laboral.

III.II. I. Estrategias:

- **UCI de puertas abiertas:** a lo largo de los años, las UCI fueron implementando un régimen estricto de visitas de los familiares a los pacientes ingresados con la finalidad de facilitar el trabajo de los profesionales del área. Actualmente, desde perspectivas más reflexivas sobre la importancia de atender las necesidades del paciente y su familia, se consideran otros modelos de visitas en busca de mejorar el entorno de la UCI. Es importante adaptar esta flexibilización de los horarios de visita a cada unidad con sus respectivas limitaciones, pero sabiendo que una política de visitas aperturista, es beneficioso.^{1,11}
- **Comunicación:** al trabajar en equipo en la UCI, dentro del mismo debe haber una comunicación efectiva. Normalmente hay cambios de guardia, de turnos, traslado de sectores y entre los mismos debe haber un correcto traspaso de información ya que se trata de una responsabilidad. Es un proceso que merece relevancia y para la utilización de herramientas que faciliten la participación multidisciplinar.^{1,11}

El resultado de fallos en la comunicación afecta directa o indirectamente al paciente. Puede provocar conflictos entre los integrantes del equipo de trabajo y generar así desgaste profesional y resultados negativos para el hospitalizado. Se puede abordar esto desde el entrenamiento de habilidades no técnicas y las estrategias de soporte pueden favorecer la cohesión de los equipos.^{1,11}

Además, la información está dentro de las principales necesidades que expresan los pacientes y familiares en la UCI. Estos últimos, reciben la información en casos en los que el paciente permanece incompetente. Transmitir la información de forma adecuada requiere habilidades comunicativas, sobre todo porque se trata de situaciones de gran carga emocional. No existen reglamentaciones sobre cómo debe realizarse específicamente, pero si es claro que hacerlo de manera correcta genera un vínculo de mayor confianza y respeto, teniendo en cuenta las necesidades específicas de los pacientes y familiares.^{1,11}

El hecho de no poder comunicarse, genera en los pacientes emociones negativas como estrés y frustración, para contrarrestar esto, una posibilidad es la incorporación sistemática como herramienta para mejorar la comunicación en estos pacientes.

- **Bienestar del paciente:** los pacientes ingresados a una UCI, están expuestos a factores físicos de sufrimiento y discomfort, como sed, dolor, frío, calor, dificultad para el descanso por los ruidos constantes o exceso de iluminación, limitación de la movilidad. En busca de una mejora en el confort de los pacientes, es imprescindible controlar y valorar el dolor, la sedación dinámica debe ser adecuada a su condición y también, la prevención del delirium.^{1,11}

Sumado a esto, el sufrimiento psicológico y emocional no debe ser apartado, sino que es fundamental evaluar y dar soporte a estas necesidades. El paciente que se encuentra hospitalizado siente incertidumbre por la poca información que recibe o quizá por la falta de comprensión de la misma, a la vez eso le genera miedo y ansiedad. Siente también pérdida de intimidad, dignidad e identidad. Como forma de prevenir estas emociones negativas en el paciente, debe plantearse como objetivo una formación académica y aplicación de medidas orientadas a la situación emocional de los pacientes.^{1,11}

- **Participación de los familiares en los cuidados:**

Más allá del deseo general de los familiares de ser partícipes del acompañamiento y recuperación del paciente, la UCI presenta barreras para la presencia y participación de los familiares. Las medidas restrictivas en cuanto a dicha inclusión de los familiares, se fueron dando principalmente por el trauma psicológico y la ansiedad que les podría generar ver a su ser querido en una situación crítica. Además, el impacto que esto podría tener sobre el desempeño de los profesionales de la salud, la distracción e interferencia en los procedimientos.¹

Sin embargo, se ha comprobado que son más los beneficios, que riesgos respecto a la flexibilización de los horarios y participación de familiares. Entre ellos, se destacan que el paciente está más confortable, se reducen las complicaciones cardiovasculares y algo no menor, es que aumenta la satisfacción familiar de la mano de la mejora en la comunicación.^{1,11}

Se establece de esta manera una retroalimentación entre las 4 primeras estrategias. Cualquiera sea que se implemente, facilita la implementación de la o las otras y tienen como fin el bienestar del paciente, logrando así un abordaje más humanizado.

- **Cuidados al personal:** los profesionales que se desempeñan en las UCI, pueden padecer el síndrome de burnout o del desgaste profesional. Ya sea de forma directa o indirecta, la suma de factores ambientales y organizacionales, además de las características personales, aumentan el riesgo.

La sintomatología de tal enfermedad se distingue por el agotamiento emocional, despersonalización y sentimientos de baja autoestima profesional. Esto, influye sobre el nivel de desempeño de los profesionales, afectando en la calidad de los cuidados, resultados sobre el paciente y se relaciona con el recambio de profesionales en las instituciones.^{1,11}

Se ha comenzado a poner en evidencia las consecuencias de la aparición de este síndrome, para el cual se establecen estrategias específicas que brinden una contención adecuada a las necesidades de los profesionales, contemplando que deben estar íntegros física, emocional y psicológicamente para sostener un buen desempeño en su trabajo.^{1,11}

- **Prevención, manejo y seguimiento del síndrome post UCI:** Este síndrome fue descrito recientemente, es una necesidad que involucra a equipos multidisciplinares para brindar atención. Se distingue por tener una amplia sintomatología, tanto a nivel físico, neuropsicológico como emocional y social. Este último, es un punto no menor, porque además de

padecerlo el paciente, también es su familia y entorno quienes se ven afectados. ^{1,11}

Físicamente, los síntomas son el dolor persistente, la debilidad adquirida en UCI, la malnutrición, alteraciones del sueño, úlceras por presión. Neuropsicológicamente, los pacientes quedan con secuelas como alteración de la memoria, disminución de la velocidad mental, déficit de atención. Y las secuelas emocionales son ansiedad, depresión, estrés postraumático.

Este síndrome afecta a un gran número de pacientes, entre el 30 y 50% después de la enfermedad crítica. ^{1,11}

- **Infraestructura humanizada:** realizar mejoras arquitectónicas y estructurales en las UCI puede influir positivamente en los sentimientos y en las emociones favoreciendo espacios humanos adaptados a la funcionalidad de las unidades. ^{1,11}

Estas mejoras tienen en cuenta las condiciones ambientales de luz, temperatura, acústica, materiales, mobiliario, decoración, y demás elementos que permitan que el proceso de hospitalización se vuelva más saludable para el paciente y sus familiares, con más confort y funcionalidad. ^{1,11}

- **Cuidados al final de la vida:** más allá de que las UCI tienen como objetivo fundamental la restitución de la situación previa del paciente, hay situaciones en las que esto no es viable. En estas ocasiones, deben modificarse de forma dinámica y orientarse a reducir el sufrimiento y ofrecer los mejores cuidados en el final de la vida ^{1,11}

Los cuidados al final de la vida buscan darle al paciente una muerte libre de dolor y sufrimiento, atravesando el proceso de acuerdo a las necesidades propias y de su familia, respetando sus estándares culturales y éticos, cubriendo sus deseos espirituales. ^{1,11}

En esta situación, al final de la vida, la comunicación y la toma de decisiones se cargan aún más de emociones, se tornan más complejas y es fundamental que los profesionales dispongan de las competencias para afrontar y resolver conflictos o discrepancias entre las partes, estando abiertos al diálogo, incorporando la discusión abierta y constructiva y estrategias para reducir la tensión. ^{1,11}

III.III. UNIDAD DE CUIDADOS INTENSIVOS:

La medicina intensiva, ha ido evolucionando a la par del desarrollo tecnológico y las innovaciones terapéuticas, desde sus orígenes aproximadamente en la década del '50. Por aquellos años, la epidemia de poliomielitis que afectó a muchos países de Europa a la vez, puso en evidencia la necesidad de los pacientes de ser asistidos las 24 horas por un equipo médico, por lo que se considera que las unidades de cuidados intensivos tuvieron su nacimiento de esta manera.

La medicina intensiva, es la rama de la medicina que se ocupa de los pacientes con una patología que haya alcanzado un nivel de severidad tal, que implica un peligro vital, actual o potencial.¹² La terapéutica intensiva, abarca entonces, la aplicación sistemática de diversas posibilidades terapéuticas para proteger la vida, sustituyendo temporalmente aquellas funciones orgánicas que se encuentran alteradas o suprimidas, y además, atendiendo simultáneamente la enfermedad de base que llevó al paciente a esta situación, teniendo en cuenta que tales medidas proporcionarán una buena calidad de vida para el futuro.¹²

Las UCI son los lugares físicos donde se desarrollan las prácticas medicinales intensivistas. Se caracterizan por tener equipamiento técnico y de personal especializado. Es un servicio que presta asistencia a los pacientes en situación crítica, cualquiera sea su patología, en colaboración con los demás servicios hospitalarios.¹²

El paciente crítico es aquel que presenta alteraciones fisiopatológicas cuyo nivel de gravedad, representa una amenaza real o potencial para su vida y que, a la vez, es susceptible de recuperación. Se lo define por 4 características básicas que son: enfermedad grave, potencial de revertir la enfermedad, necesidad de asistencia y cuidados de enfermería continuos y la necesidad de un área tecnificada.¹³

III.III. I. Hospital José María Cullen:

Se encuentra ubicado sobre la Avenida Gobernador Freyre, en la ciudad de Santa Fe, capital de la provincia homónima. Es un centro de atención especializado en emergencias y traumas, referencia del área metropolitana que recibe pacientes de toda la provincia, especialmente del norte.

El área de Cuidados Intensivos de dicha institución, actualmente durante abril de 2021, cuenta con 47 camas. Esta área, debido a la situación epidemiológica mundial respecto al virus SARS-CoV-2 o mundialmente conocido

como COVID-19, ha sufrido modificaciones en cuanto a su organización y distribución. Por eso, es que ahora de las 47 camas disponibles de terapia intensiva, 19 están destinadas a pacientes COVID-19, 12 son las que se encuentran en el área de Unidad Coronaria y restan 18 camas, dispuestas al resto de pacientes que las necesiten. De estas últimas, 2 pueden ser utilizadas para el área COVID-19 en caso de ser necesario.

Debido también a la pandemia, se modificó la cantidad de profesionales que se desempeñan en la UCI del Hospital José María Cullen y la situación laboral de los mismos. Previo a la pandemia, la UCI contaba con 6 kinesiólogos especializados en Rehabilitación Cardiorrespiratoria o Intensivistas, pero a partir de abril, se sumaron también 3 kinesiólogos especialistas.

Además, comenzaron a realizar guardias de 24 horas, lo cual conlleva un gran cambio en la vida de los profesionales a nivel social. Sus agendas, sus tiempos, se vieron modificados de un día para otro, añadiendo una sobrecarga horaria.

III.III. II. Rol Kinesiólogo en UCI:

Las UCI están formadas por equipos de trabajo, donde el kinesiólogo intensivista es un referente, que debe contar con la capacidad de evaluar y aplicar tratamientos en cuanto a fisioterapia respiratoria y rehabilitación, aplicación de aerosoles, oxigenoterapia, cuidado de la vía aérea, manejo de ventilación mecánica no invasiva e invasiva, entre otros cuidados respiratorios. Respecto a la ventilación mecánica, desempeña un papel importante en la toma de decisiones, implementación, manejo y monitoreo, análisis de gráficos y retiro de la misma. Debido a la complejidad de los pacientes hospitalizados en UCI, el kinesiólogo debe garantizar el máximo nivel de cuidados, basado en la mejor evidencia científica disponible y adaptado a cada individuo.⁴

Las competencias del kinesiólogo que se desempeña en una UCI, son una suma de los conocimientos, habilidades y aptitudes generales, que adquiere en la formación de grado y luego complementa con competencias técnicas y específicas en una formación de posgrado. Además, dentro de este ámbito, el kinesiólogo debe contar con la capacidad de participar dentro del equipo interdisciplinario desarrollando guías y protocolos, manteniéndose proactivo frente a la investigación, actualización y difusión de conocimientos del área, lo que se consideran competencias transversales.⁴

III.III. IV. COVID-19 y situación de las UCI:

En diciembre del 2019, en Wuhan, en la provincia de Hubei en China, comenzaron a reportarse casos de insuficiencia respiratoria causadas por una neumonía de etiología desconocida, hasta que logró aislarse un nuevo virus llamado SARS-CoV-2. Pertenece a una familia de coronavirus, que llevan este nombre por la forma de corona que presentan en su superficie.

Los investigadores de china publicaron sus descubrimientos en cuanto a la secuencia genómica del virus, ratificando que se trataba de un virus similar al SARS-CoV que produjo la pandemia en 2002-2003. ¹⁴

Debido a la rápida propagación del virus en otros países y continentes, el 30 de enero de 2020, la Organización Mundial de la Salud (OMS), emitió un comunicado de emergencia de salud pública mundial por un nuevo coronavirus, denominado COVID-19. Más tarde, el 11 de marzo de 2020, el mismo ente, calificó como pandemia a dicho virus. ¹⁴

La situación de las UCI, debido a la alta tasa de contagios por COVID-19, se vio drásticamente modificada, así como todo el sistema de salud, debiendo adecuar sus instalaciones y la utilización de recursos, entre ellos el más importante, los trabajadores de la salud.

Se tomaron medidas como la postergación o cancelación de cirugías electivas o no urgentes, desarrollo de acuerdos de cooperación con otras áreas de la institución, reservar la admisión en UCI solo para aquellos pacientes que requieran intervenciones específicas tales como el soporte vital avanzado. ¹⁵

A su vez, debió ser ampliada la cantidad de equipamientos y la capacidad de cada UCI. Para ello, cada institución era libre de optar por un sector que sea pasible y cuente con los equipamientos mínimos para brindar la atención calificada y sofisticada que amerita la situación. También, debió ser seleccionado el personal más experimentado en las terapias intensivas, con conocimientos en cuidados críticos para coordinar a aquellos que no son especialistas en esta área, pero debieron ser asignados y redistribuidos para cubrir todo el campo de atención.

Con vistas a lograr una mayor fuerza de trabajo, otras medidas en cuanto a la gestión de los recursos humanos fue simplificar los procesos administrativos para facilitar la dotación de personal y la incorporación de personal nuevo ¹⁵

Como se menciona, la comunicación es crucial para el éxito de la prestación de servicios clínicos seguros y eficaces.¹⁵ Tal es así que se pusieron en funcionamiento medios de difusión online, teleconferencias y demás herramientas que evitan el contacto y la necesidad de estar presentes para poder acceder al conocimiento de la situación, ya sea a nivel institucional, país y del resto del mundo.

La tasa de transmisión del COVID-19 es alta, el mismo se transmite principalmente por gotas respiratorias.¹⁴ Existe una tendencia de estas gotas a caer al suelo cerca del huésped infectado y solo infecta a otra persona si es interceptada por ella antes de llegar a una superficie. Las gotas no sobrepasan los 2 metros de distancia, pero aun así se puede dar un contagio por contacto luego de que la gota haya caído a una superficie. La limpieza y desinfección de las mismas, ya sea con etanol o con hipoclorito de sodio, es muy efectiva para inactivar los coronavirus.¹⁴

Mas allá de esto, las gotas más pequeñas pueden permanecer flotando en el aire y moverse por lo que aumenta la transmisión, siempre y cuando el ambiente sea propicio en cuanto a humedad y temperatura.¹⁴

La transmisión asintomática del COVID-19, fue comprobada y se estima que los pacientes infectados en periodo de incubación, pueden tener una carga viral alta y contagiar igual, más allá de que lo más frecuente es encontrar pacientes con carga viral elevada en los primeros días que refieren los síntomas.¹⁴ Esto, hace aún más difícil la situación en cuanto a la propagación del virus.

Por ello es que se debe prestar especial atención y se recomienda reducir los procedimientos que produzcan aerolización de las partículas y que todo el personal que se encuentre en la sala, cuente con todos los elementos de protección personal (EPP) y recibir la educación adecuada para el buen uso del mismo.

Los recursos humanos en la UCI, deben ser resguardados y protegidos. Debido a su labor en esta área están expuestos al riesgo de contagio porque tratan con pacientes que poseen una carga viral elevada y son sometidos a procedimientos que generan aerosoles. Deben ser provistos de todo el EPP y no utilizarlo si es improvisado, minimizar los procedimientos que generan aereolizacion y que sean realizados en áreas de presión negativa o en todo caso en una habitación individual que tenga delimitada un área específica para

colocarse el EPP y también minimizar el uso de elementos personales como estetoscopios, celular, Tablet. ¹⁵

IV. JUSTIFICACIÓN:

El cambio de paradigma hacia una mirada más humana del paciente que se encuentra hospitalizado en UCI, teniendo en cuenta todos sus aspectos, es una necesidad, por lo que se considera pertinente investigar la problemática para contribuir al conocimiento de la situación.

El tiempo que dispone el kinesiólogo para la atención de sus pacientes, puede ser muy provechoso al momento de implementar estas estrategias, sobre todo en la comunicación y la relación profesional que establece con el paciente y sus familiares. Además, puede inducir entusiasmo, comunicar y promover a sus pares con los que conforma el equipo, acerca de la importancia de este abordaje humanizado.

Conocer cómo es su accionar, llevará a una reflexión sobre las acciones que se llevan a cabo. Al describir y especificar dichas intervenciones, se podrá comprender mejor el rol del kinesiólogo en lo que refiere a la temática.

V. MÉTODOS:

Se realizó un trabajo de campo observacional no experimental, que constó de una búsqueda bibliográfica y encuestas.

V.I Búsqueda Bibliográfica

Para la recolección de información, se consultaron los artículos publicados en el período comprendido entre los años 2010 – 2020 en las bases de datos: Biblioteca virtual de salud, Pubmed y Biblioteca Electrónica del MinCyT.

Las palabras claves, descriptores y términos libres utilizados fueron los siguientes:

PALABRA CLAVE	TÉRMINO DECS	TÉRMINO MESH	TÉRMINO LIBRE EN ESPAÑOL	TÉRMINO LIBRE EN INGLÉS
HUMANIZACIÓN	Humanización de la Atención	Humanization of Assistance	-Atención Hospitalaria Humanizada -Humanizar	Humanization
UNIDAD DE CUIDADOS INTENSIVOS	Unidades de Cuidados Intensivos	Intensive Care Units	UCI	
CUIDADOS CRÍTICOS	Cuidados Críticos	Critical Care	UCI	
KINESIOLOGÍA	Terapia Física	Physical Therapy Department Hospital		-Physical Therapy Specialty
PLAN HUCI			-HUCI -Proyecto HUCI	-HUCI
COVID-19			COVID-19	COVID-19

- **Se realizaron las siguientes combinaciones en español:**

- "Humanización de la Atención" AND "Cuidados Críticos"
- "Cuidados Críticos" AND "Proyecto HUCI"
- "Cuidados Críticos" AND ("Fisioterapia" OR "Terapia Física")

- "Humanizar" AND ("Cuidados Críticos" OR "Unidad de Cuidados Intensivos")
- "HUCI" AND ("Cuidados críticos" OR "Unidad de Cuidados Intensivos")
- "Terapia Física" AND ("Humanización de la atención" OR "Humanización")
- "Terapia Física" AND ("Humanización de la atención" OR "Humanización") AND "UCI"
- **Combinaciones de términos en inglés:**
 - "Humanization" [All fields] AND ("Critical Care" [MeSH Terms] OR "Intensive Care Units" [MeSH Terms])
 - ("Humanization" [All fields] OR "Humanization of Assistance" [MeSH Terms]) AND ("Critical Care" [MeSH Terms] OR "Intensive Care Units" [MeSH Terms])
 - "Physical Therapy" [All fields] AND "Humanization" [All fields]
 - ("Critical Care" [MeSH Terms] OR "Intensive Care Units" [MeSH Terms]) AND "HUCI" [All fields].

V. II. Encuesta:

El proceso de encuesta se llevó a cabo de manera virtual durante el mes de abril del año 2021, mediante la plataforma "Google Forms". La misma estuvo dirigida a los 9 kinesiólogos que se desempeñaban en la UCI del Hospital José María Cullen durante este periodo.

Se trató de una encuesta totalmente anónima y a cada sujeto que participó de la investigación se le asignó la letra K y un número del 1 al 9.

Fue auto conformada, constó de 37 preguntas que fueron agrupadas en 5 secciones con el objetivo de organizar la información recolectada por ejes temáticos, estos son:

- Primera sección: Datos personales
- Segunda sección: Datos laborales
- Tercera sección: Conceptualización.
- Cuarta sección: Respecto a la comunicación y participación de los familiares.
- Quinta sección: Sobre el Plan HUCI

Se encuentra completa en el apartado "X ANEXOS", donde también está el modelo de consentimiento informado.

VI. RESULTADOS:

Los datos recolectados en la encuesta, fueron analizados y luego expresados mediante gráficos que fueron realizados en la plataforma Microsoft Excel y también en tablas donde se muestran de manera textual los relatos anónimos de la muestra.

VI.I Sección 1: datos personales

1- Edad:

Los 9 kinesiólogos que conforman la muestra tienen un promedio de edad de 29,44 años y la misma oscila entre 28 y 49 años. (Fig. 1)

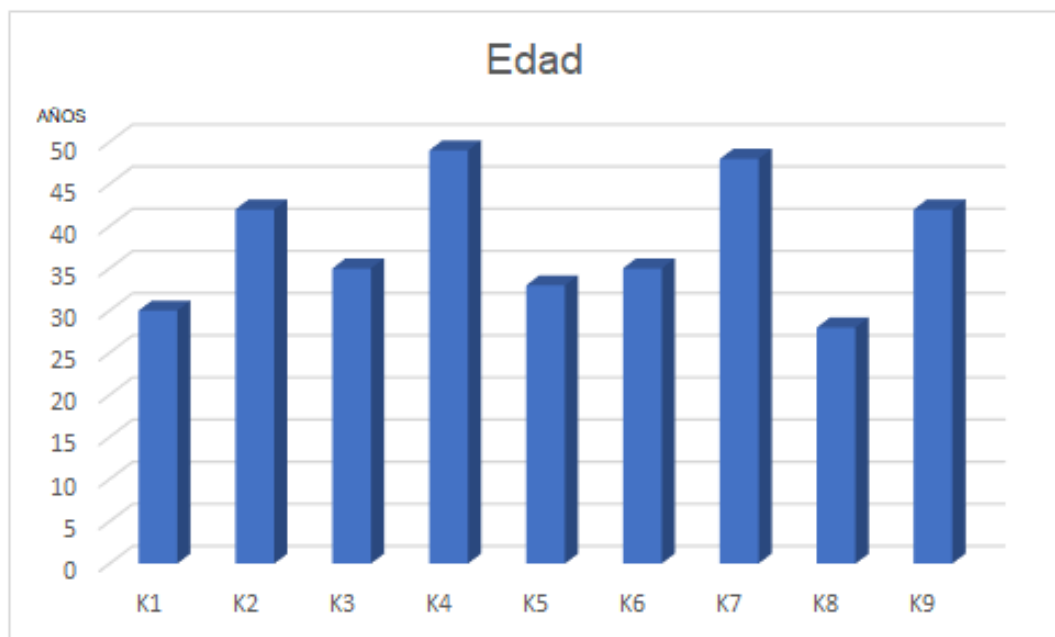


Fig. 1: Edad de los kinesiólogos

2- Género:

En cuanto al género, del total de encuestados el 77,7% respondió masculino (7 kinesiólogos) y el 22,3% respondió femenino (2 kinesiólogas). (Fig. 2)

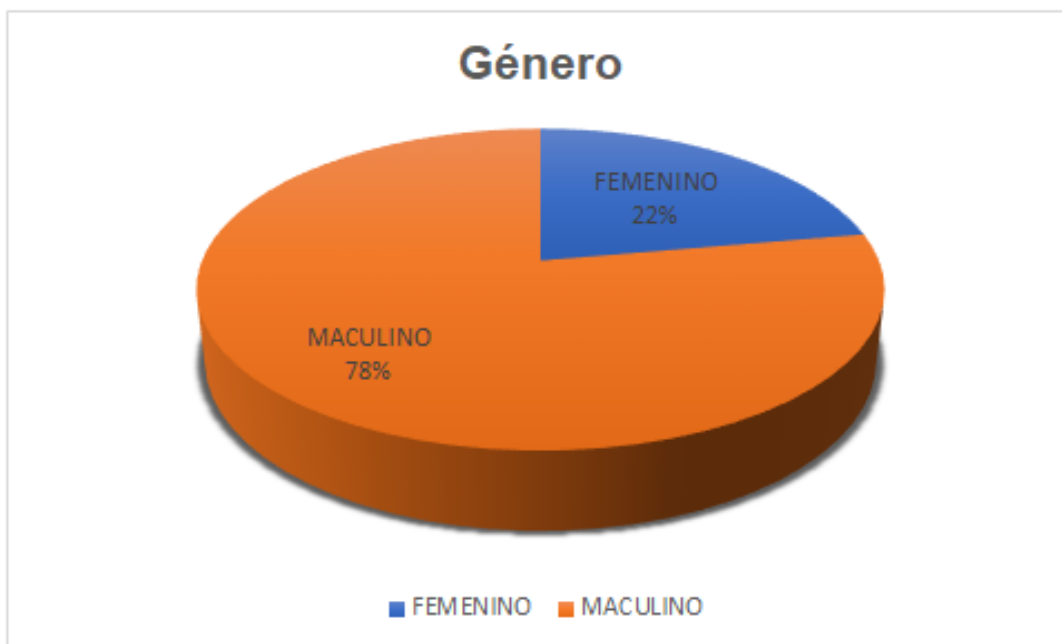


Fig. 2: Género

3- Formación académica: Título de grado y posgrado o especialización

Respecto de su formación académica, el total de 9 respondió que su título es: Lic. Kinesiología y Fisioterapia y 4 de ellos, cuentan con una especialización de posgrado. (Fig. 3)

Cabe destacar que los 4 kinesiólogos que cuentan con un posgrado, respondieron en la encuesta de distintas maneras y se detallan a continuación, pero para plasmar mejor los resultados, fueron agrupados bajo el título de Lic. Kinesiología y fisioterapia Especialista en Kinesifisiatría Cardiorrespiratoria y Terapia Intensiva. (Tabla 1)

K2	<i>“Especialista en Kinesifisiatría Respiratoria Crítica y terapia intensiva.”</i>
K5	<i>“Especialista cardiorrespiratorio.”</i>
K6	<i>“Kinesifiatría respiratoria critica.”</i>
K9	<i>“Especialista cardiopulmonar.”</i>

Tabla 1: Posgrados

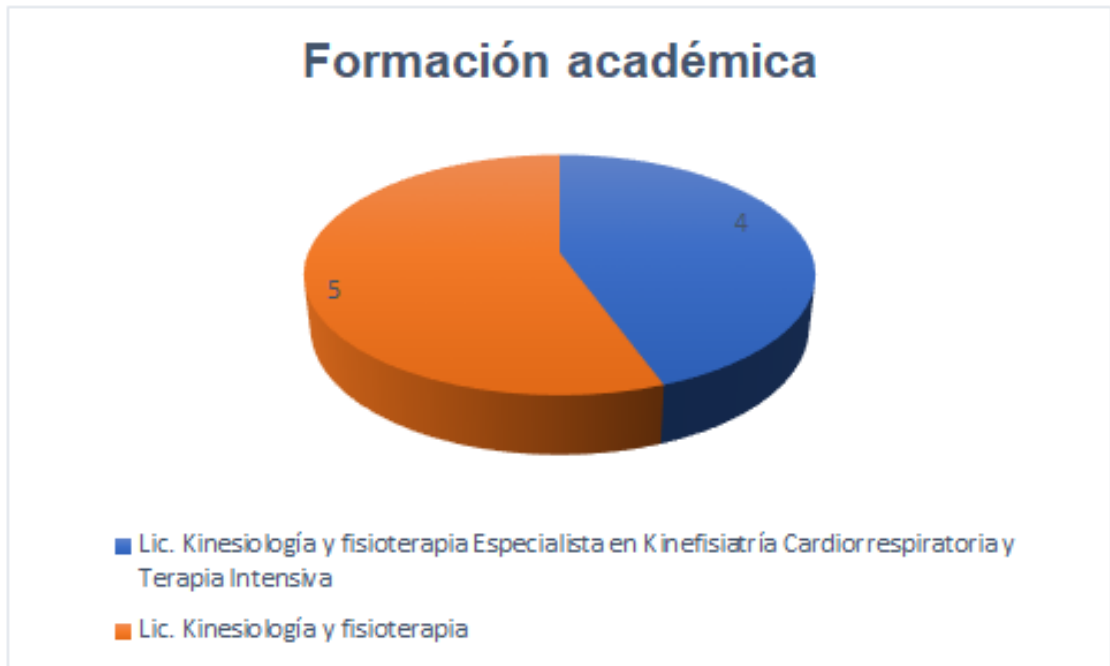


Fig. 3: Formación académica

VI.II Sección 2: datos laborales:

1- Antigüedad en la UCI:

En lo que respecta a la antigüedad de los kinesiólogos desempeñándose en UCI, se solicitó que respondan expresando en meses o años según corresponda. Mas allá de que algunos respondieron en años y otros en cantidad de meses, se decidió expresar la cantidad en meses (Fig.4).

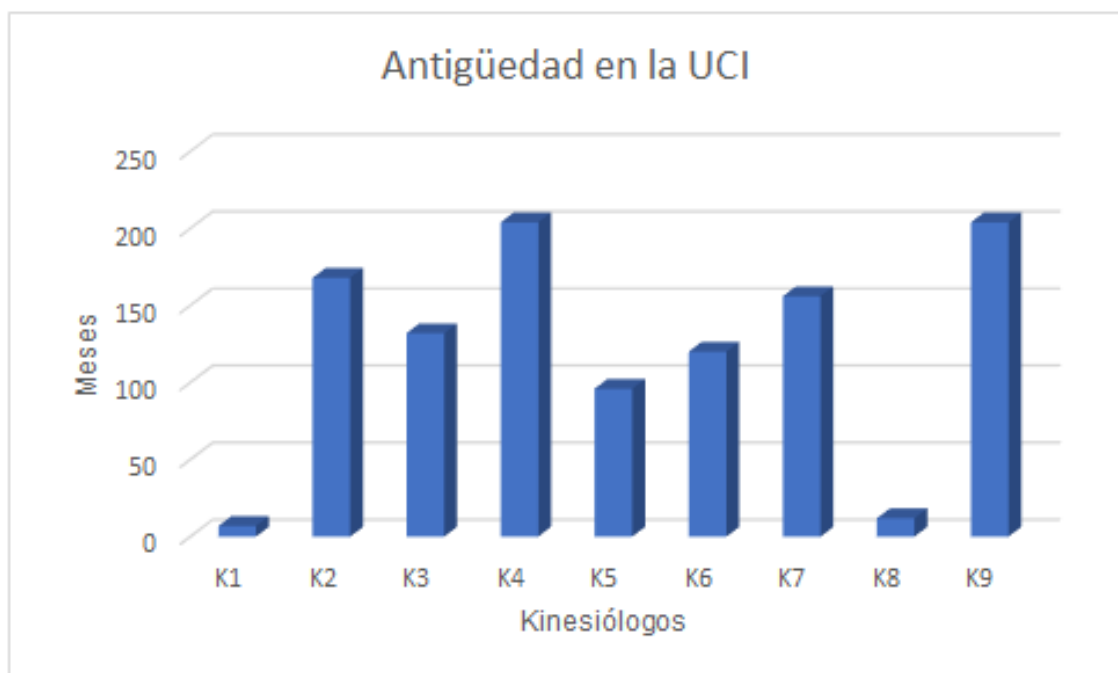


Fig. 4: Antigüedad en la UCI.

2- ¿Cuántas veces por semana trabaja en la UCI?

Aquí se expresa la cantidad de días que trabajan en la UCI. El 33,3%, es decir, 3 kinesiólogos respondieron que trabajan 6 días, otro 33,3% respondió que trabajan 5 días. Los restantes 3 kinesiólogos, cada uno representando el 11,1%, respondieron que trabajan 4 días a la semana, otro respondió que trabaja 2 días y, por último, uno solo se desempeña 1 sola vez por semana en la UCI. (Fig.5)

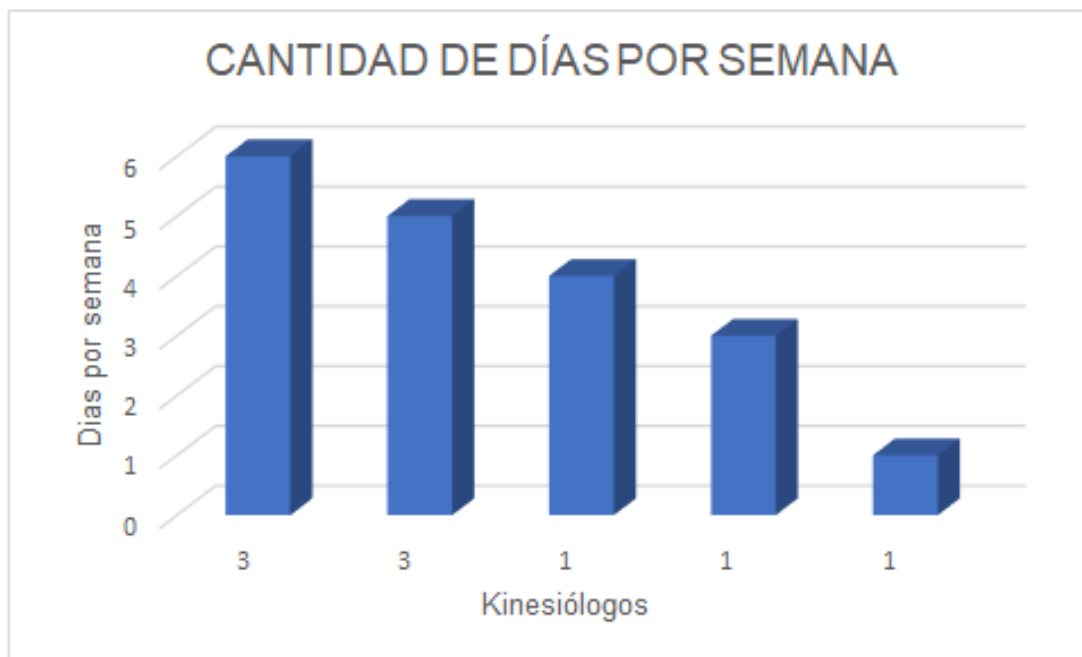


Fig. 5: Cantidad de veces por semana que trabaja en la UCI.

3- ¿Cuántas horas diarias?

De los 9 encuestados, 4 se desempeñan en la UCI entre 6 y 8 horas, representando un 55,6% del total. Los restantes 5 kinesiólogos, trabajan más de 8 horas diarias en la UCI y corresponden al 44,4% de la muestra total. (Fig. 6)

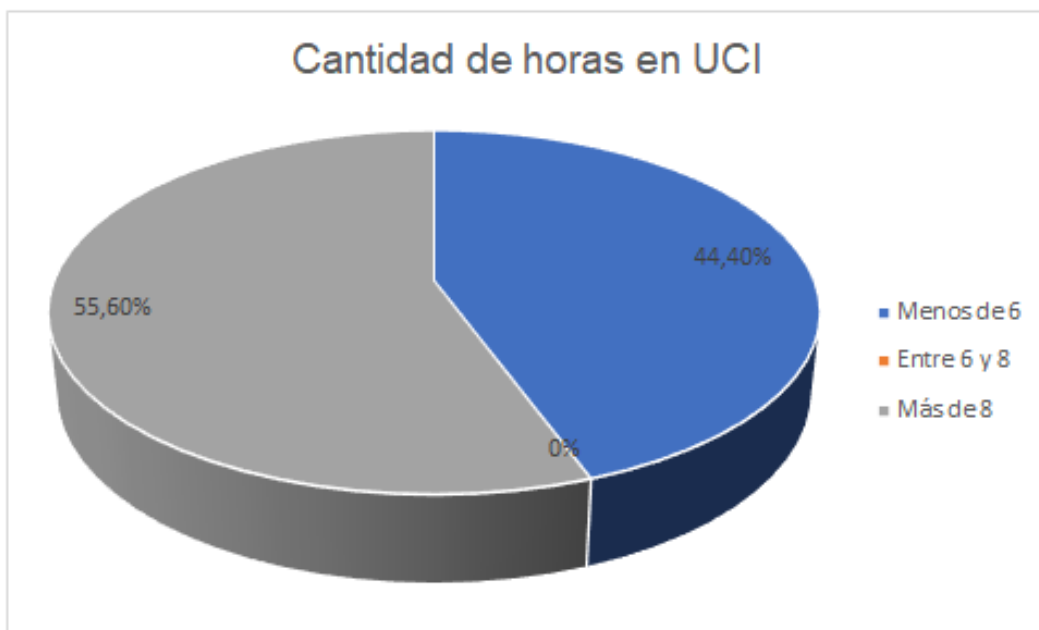


Fig. 6: Cantidad diaria de horas.

4- ¿Hace guardia en la UCI?

Las guardias en la UCI del hospital José María Cullen por parte de los kinesiólogos comenzaron a implementarse luego de que se declare pandemia la enfermedad Covid-19 en el mes de marzo del año 2020.

De la muestra, 7 son quienes realizan estas guardias, es decir un 78% y 2 no realizan y equivalen al 22%. (Fig. 7)



Fig. 7: Guardias.

5- ¿Cuántas horas dura dicha guardia? ¿Con qué frecuencia semanal?

Los 7 encuestados que, en la respuesta anterior, marcaron la opción “Si”, coinciden en este caso en que las guardias son de 24 horas de duración y se realizan 1 vez por semana.

6- ¿Cuántas camas permanecen a su cargo durante la jornada laboral?

El promedio de cantidad de camas a cargo de los encuestados durante la jornada laboral es de 42,4 camas.

7- ¿Sufrió o está sufriendo Síndrome de Burnout o experimentó/a alguno de sus síntomas?

Se presentaron en forma de listado los principales síntomas del Síndrome de Burnout y 3 kinesiólogos, es decir, el 34% de los encuestados respondieron que sufren o han sufrido “agotamiento mental”, otros 2 kinesiólogos refieren que sufren o sufrieron “desmotivación”, siendo así el 22% y solo 1 respondió que sufre o sufrió “agotamiento emocional” y corresponde al 11%. A su vez, el restante 33% refirió que no sufre ni sufrió alguno de los síntomas. (Fig.8)

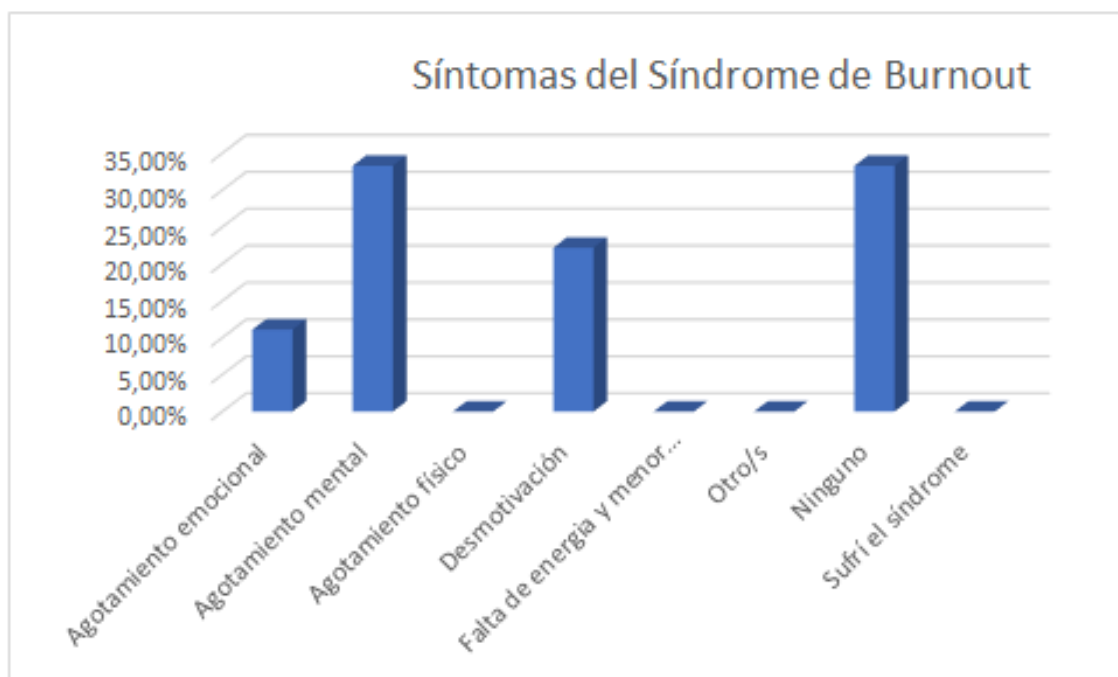


Fig. 8: Síntomas del Síndrome de Burnout

8- En su trabajo, ¿está presente alguna de las principales causas del Síndrome de Burnout?

Como cierre de esta sección sobre los datos laborales, la última pregunta tenía como objetivo conocer como es el ámbito laboral de los kinesiólogos de la UCI del

Hospital José María Cullen y sumado a la pregunta anterior, como se sienten en su trabajo.

4 de ellos, respondieron que poseen un elevado nivel de responsabilidad, sumando en total el 44% de la muestra. Otros 3, refieren una baja remuneración salarial y corresponden al 33% del total. Por último, 2 kinesiólogos, es decir, el 22% respondieron que se encuentra presente otra de las principales causas del síndrome de burnout, pero no fueron especificadas. (Fig. 9).

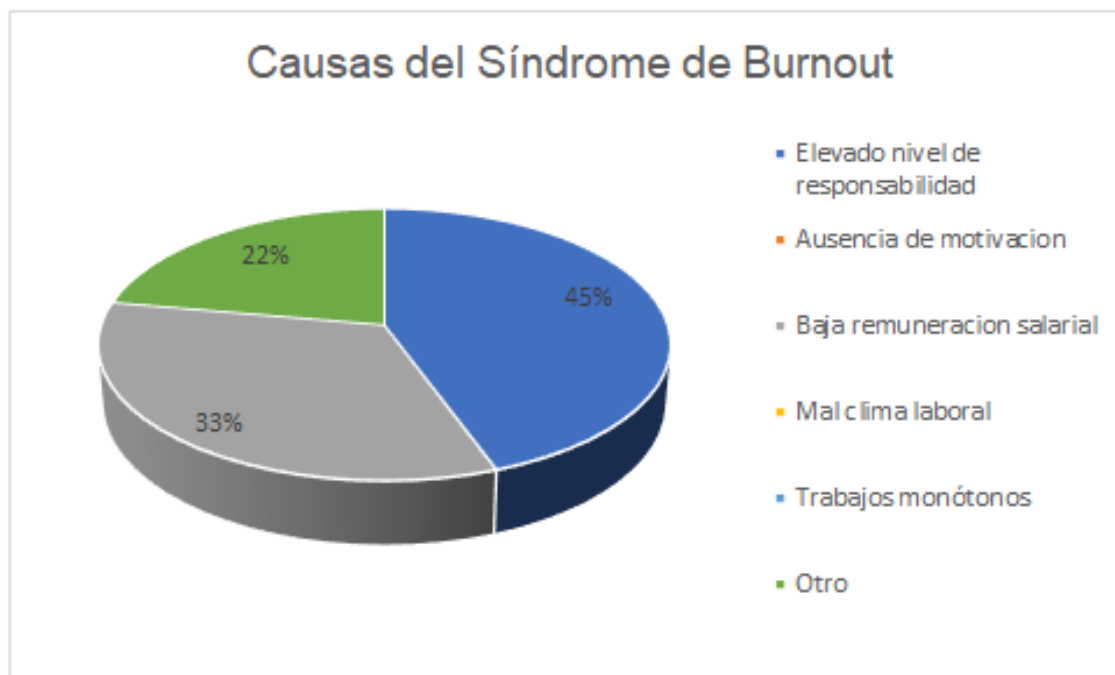


Fig. 9: Causas presentes del Síndrome de Burnout.

VI.III. Sección 3: Conceptualización:

1- ¿Podría definir brevemente y con sus palabras lo que significa Humanización en Salud?

Se observa que los encuestados coinciden en su concepto sobre humanización y traslado a la salud. En las 9 respuestas se percibe implícita o explícitamente una tendencia a la empatía. (Tabla 2)

Uno de los ejes que se presentan en el marco teórico de esta investigación, hace referencia exactamente a lo que plantea K7, diciendo que no debe “cosificarse” a la persona. Es decir, no despersonalizar al paciente, ya que esa sensación de anonimato, es una de las principales causas de la deshumanización en salud.

El grupo en general de la UCI del Hospital José María Cullen, evidencia claridad y cierta homogeneidad en su percepción del concepto de humanización en salud.

Una respuesta, la de K2 menciona el acercamiento de los familiares a la UTI. Esto justamente es uno de los ejes principales de la humanización y especialmente del Plan HUCI. También K5 hace mención a la inclusión, en el marco de la contención a los familiares, quienes también sufren la hospitalización de un ser querido, muchas veces por el desconocimiento de lo que sucede. Por eso es también importante la comunicación ante ellos, generar un vínculo de confianza y seguridad para disminuir los niveles de ansiedad.

K1	<i>“Lo definiría como dar todo por el bien del otro sabiendo siempre que es una persona, poniéndose en el lugar del otro, lo que hace más humano al hombre”</i>
K2	<i>“Acercar a la familia a la UTI”</i>
K3	<i>“Tratar al paciente con mayor empatía, recordando que es una persona que experimenta muchas emociones y sentimientos, durante el transcurso de una dolencia / enfermedad.”</i>
K4	<i>“No perder la mirada de que atendemos personas, en todo su contexto.”</i>
K5	<i>“Empatía por la persona atender y contención a sus familiares</i>
K6	<i>“Sería acercarse al paciente desde un lado más humano. Conociendo la historia y atendéndolo como un todo”</i>
K7	<i>“Hacer todo lo posible para que los pacientes no sean asociados a patologías ni cosificados”</i>
K8	<i>“Tratar a los pacientes como los humanos que se merecen</i>
K9	<i>“Todas aquellas acciones que nos hace más humano en el momento de atender a los pacientes”</i>

Tabla 2. Conceptos de humanización en salud.

2- ¿Recibió durante su formación académica información sobre la Humanización en Salud?

En relación a la educación e información recibida durante su formación académica sobre humanización en salud, 6 personas respondieron que “No” recibieron información y solo 3 contestaron que “Si, poco”.

Esto expresa que un 33,3% recibió poca información respecto a la humanización en salud, mientras que un 66,7% no fue informado sobre esto. (Fig.10)



Fig. 10: Formación académica sobre la Humanización en Salud.

3- Desde su lugar como kinesiólogo en la UCI, ¿Cómo definiría realizar un abordaje kinésico humanizado?

En esta pregunta, se brindaba la posibilidad a los encuestados de redactar lo que consideren abordaje kinésico humanizado. Se puede observar en sus respuestas cierta similitud en algunos conceptos. Gran parte de ellos, hace mención a la atención integral, como es el caso de K2 que menciona “Atender sus necesidades” y K3 que dice “tener en cuenta los sentimientos y opiniones”; K8 expresa directamente: “Abordar todas las áreas” y K9 también añade en su concepto “Realizar un abordaje de manera integral al paciente”

Otra relación se establece entre los comentarios acerca de la empatía. K5 por su parte referido a esto, dijo sobre el abordaje kinésico humanizado “ser un profesional cálido, ético”, sumado a lo que decía K2 “entender al paciente”; K3 añade “acompañarlo más empáticamente” y K6 refiere “brindar mejor atención y con más cercanía”; a su vez K9 coincide y dice, “no verlo como una patología si no como un ser humano”.

K1	“Dando todo lo que esté a nuestro alcance desde la profesión y lo humano para el bien de la persona, sea lo que sea.”
K2	“Entender al paciente y atender sus necesidades. Escucharlo.”
K3	“Tener en cuenta los sentimientos y opiniones del paciente durante su abordaje, contestar sus dudas, contener cuando lo necesite, acompañarlo más empáticamente.”

K4	<i>“Atender a la persona permanentemente como lo que es.”</i>
K5	<i>“Ser un profesional de la salud cálido, ético y con profesionalismo, pensando en el otro como uno mismo.”</i>
K6	<i>“Cuando se hace un trabajo en equipo y el trabajo a realizar no es mucho uno puede brindar mejor atención y con más cercanía.”</i>
K7	<i>“Intentar dentro de lo posible de mantener un vínculo cordial con los pacientes en todo momento, inclusive cuando están bajo el efecto de sedantes e hipnóticos.”</i>
K8	<i>“Abordar todas las áreas.”</i>
K9	<i>“Realizar un abordaje de manera integral al paciente, no verlo como una patología si no como un ser humano en el cual está transcurriendo un problema de salud.”</i>

Tabla 3 Definición del abordaje kinésico humanizado.

VI.IV. Sección 4: Respecto a la comunicación y participación de los familiares:

1- ¿Cómo calificaría la comunicación profesional entre kinesiólogos?

Se solicitó a los encuestados que en una escala del 1 al 10, tomando el valor 1 como la ausencia de comunicación y el valor 10 como una excelente comunicación.

En total fueron 9 las respuestas, la mayoría estuvo en 9 puntos, donde 3 kinesiólogos indicaron este puntaje y 2 marcaron 6 puntos. Los restantes se dispersaron en distintos puntajes, 1 marco en 4, otro en 5, otro 8 y uno marco 10. (Fig. 11)



Fig. 11: Comunicación profesional entre kinesiólogos.

2- ¿Cómo calificaría su relación personal con los otros kinesiólogos?

Esta pregunta tenía como objetivo conocer la relación personal, más allá de lo laboral, entre los kinesiólogos. Se solicitó que respondan en una escala del 1 al 5, tomando 1 como el valor mínimo y de una mala relación personal y 5 como el valor máximo de una excelente relación.

La relación personal entre los kinesiólogos del Cullen es buena, 4 personas respondieron 5 puntos y 4 respondieron 4 puntos. A su vez, 1 kinesiólogo respondió que su relación personal es de 2 puntos con el resto de los kinesiólogos. (Fig. 12.)

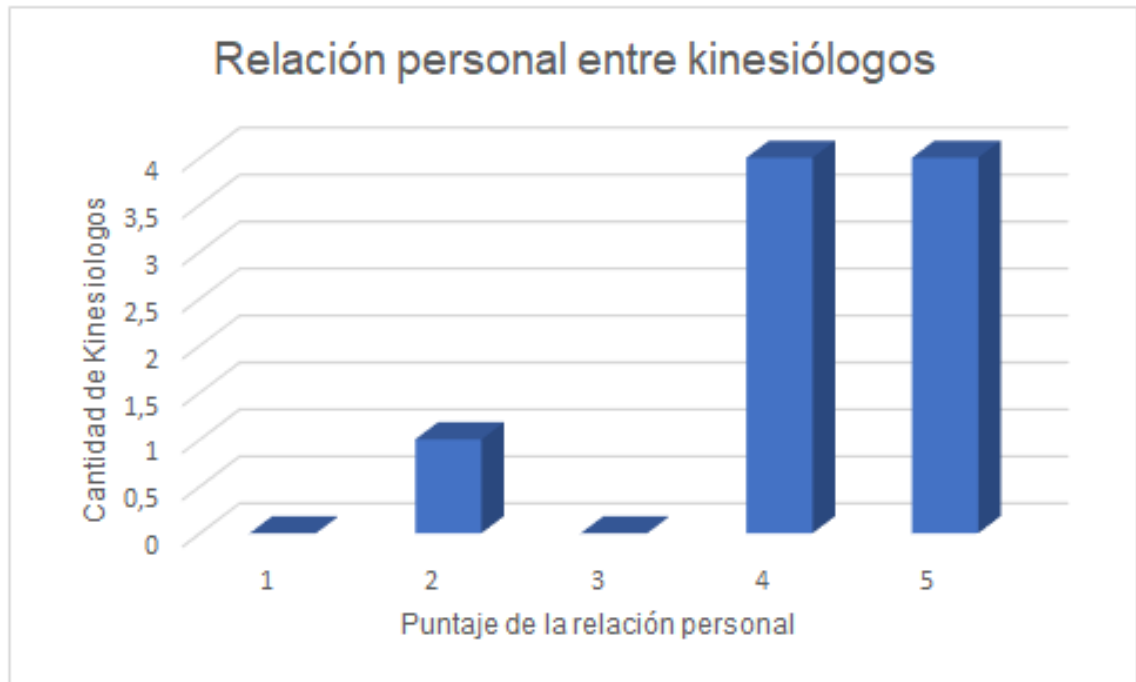


Fig. 12: Relación personal entre los kinesiólogos.

3- ¿Cómo es la comunicación entre los kinesiólogos y el resto del equipo en la UCI? (médicos, enfermeros)

Aquí se preguntó sobre la comunicación interdisciplinar del equipo que se desempeña en la UCI. También en forma de escala, del 1 al 10. Tomando el valor de 1 como la ausencia de comunicación y el 10 haciendo referencia a una comunicación excelente.

Como se visualiza en el gráfico (Fig. 13), hubo 4 respuestas que indicaron una puntuación de 7; 3 respuestas en 8 puntos; 1 kinesiólogo respondió 5 y por último hubo una respuesta también en 4 puntos.



Fig. 13: Comunicación entre kinesiólogos y el resto del equipo de la UCI

4- Durante la sesión, ¿Los familiares están presentes? ¿Coincide el horario de visitas con la sesión?

En cuanto a la presencia de los familiares durante la sesión, el 88,9% indicó que “no” están presentes los familiares o coinciden el horario de visitas con la sesión de kinesiología; 1 kinesiólogo, es decir, el 11,1% respondió que “a veces” se encuentran presentes. (Fig. 14)

Esto se correlaciona con la situación actual de la UCI, que debido a la pandemia y las medidas preventivas a fin de evitar contagios por Covid-19, debieron restringir sus horarios de visita e incluso cerrar por completo algunos sectores donde permanecen hospitalizados los pacientes que requieren aislamiento.

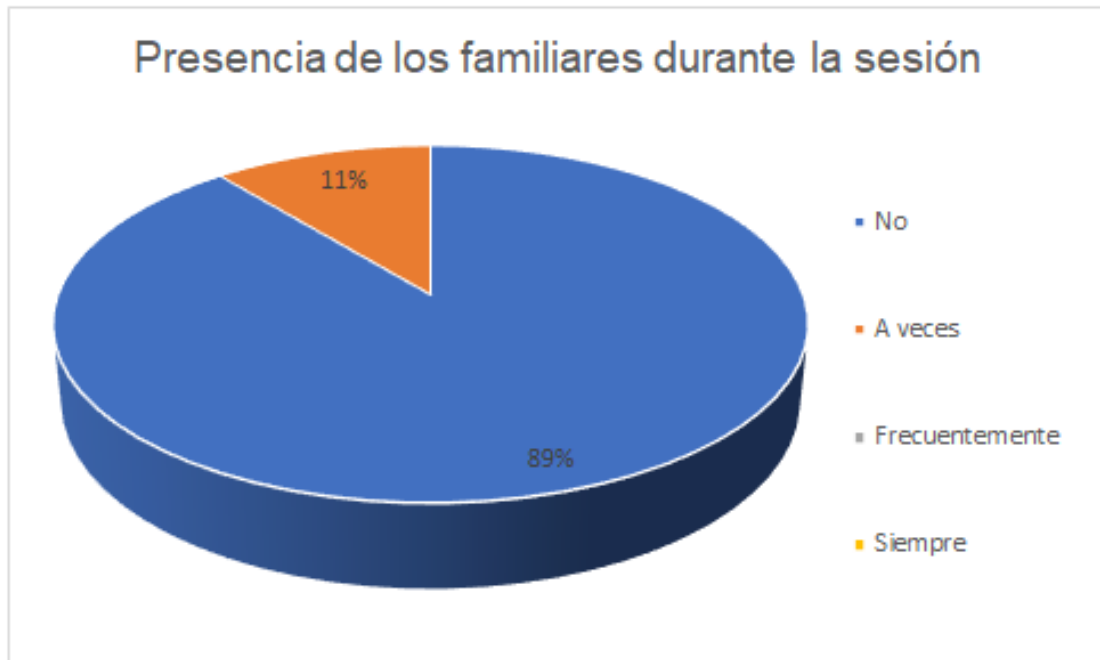


Fig. 14. Presencia de familiares durante la sesión de kinesiología.

5- ¿Considera positiva la presencia de los familiares acompañando al paciente?

Se trató de una pregunta dicotómica, a responder por "Sí" o "No" respecto a la presencia de los familiares. El 67% coincide en que es positiva la presencia de los familiares acompañando al paciente, mientras que 3 encuestados respondieron que no la consideran positiva y completan el total representando el 33%. (Fig. 15)



Fig. 15: Percepción de la presencia de los familiares.

6- En caso de estar presentes, ¿Comunica a los mismos sobre la situación del paciente?

El objetivo de esta pregunta era conocer si los kinesiólogos cuentan con la posibilidad de comunicar a los familiares sobre el estado del paciente y brindar así la información necesaria.

Se trató de una pregunta en formato Likert, donde 3 respondieron “siempre”; otros 3 “a veces”; 2 respuestas fueron “frecuentemente” y 1 respondió “no”. (Fig. 16)

De aquí se puede destacar que la mayoría de los kinesiólogos reportó anteriormente que no se encuentran presentes los familiares durante la sesión, pero en caso de estarlo, apuntan a comunicarse con ellos.

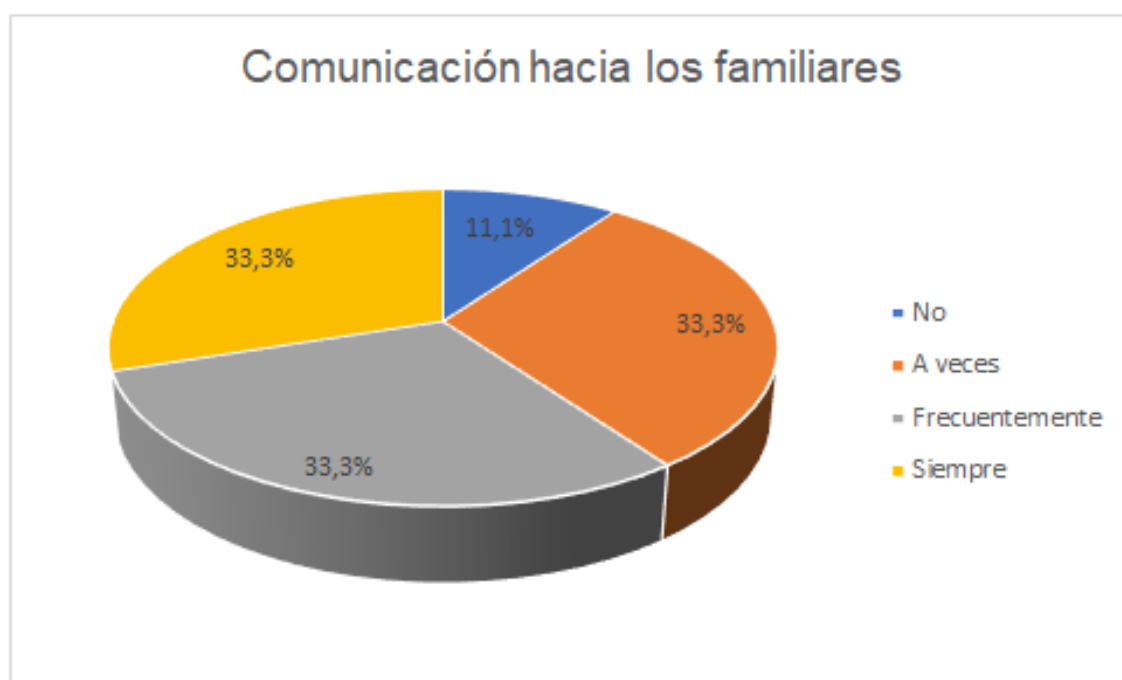


Fig. 16: Comunicación con los familiares.

7- La presencia de los familiares, ¿genera cambios en el cuadro del paciente?

En esta pregunta se observa una inclinación a que la presencia de los familiares genera cambios en el cuadro del paciente, 6 kinesiólogos afirman esto y además aclaran que son positivos aquellos cambios.

Los otros 3 encuestados respondieron inclinándose hacia la ausencia de cambios en el paciente, respondiendo tanto con un “no” como en el caso de K8 o

“no siempre” como dice K4. K1 aclara que a veces esos cambios son buenos y otras veces son malos.

K6 hace una aclaración también, comentando que a veces la presencia de algún familiar, genera excitación en el paciente y lo considera negativo.

K1	“Muchas veces si, para ambos lados, ya sea bueno como malo”
K2	“Disminuye la ansiedad. Se siente más acompañado”
K3	Si, muchas veces”
K4	“No siempre.”
K5	Totalmente”
K6	“En algunos casos son positivos y el paciente mejora su destete. En otro el estímulo del familiar genera mayor excitación en el paciente”
K7	“Casi siempre positivos”
K8	“No.”
K9	“Si”

Tabla 4: Cambios en el estado del paciente

8- La presencia de los familiares, ¿genera cambios en el abordaje kinésico?

Respecto a esta pregunta, se observa que 6 kinesiólogos coinciden en que la presencia de los familiares, genera cambios en el abordaje kinésico. Algunos lo consideran positivo, como es el caso de K2; y a su vez, K6 y K7 ven en la presencia de los familiares la posibilidad de sacarle provecho educándolos sobre los cuidados al paciente.

K1	“No debería, pero de vez en cuando si”
K2	“Si. Lo facilita”
K3	Si”
K4	No siempre.”
K5	“Sí”
K6	“Creo que sí. Podría ayudar en los horarios de visita con simples intervenciones. Cómo asistir a la sedestación. Movilidad pasiva”
K7	“A veces se los puede instruir brevemente para estadios posteriores”
K8	“Si.”
K9	“No”

Tabla 5: Cambios en el abordaje kinésico.

9- Desde su punto de vista, ¿Ampliaría el tiempo de visitas que pueden recibir los pacientes?

En este caso, la pregunta se respondía por “Sí” o “No”. De tal manera que 7 respondieron afirmativamente y representan el 78% mientras que los 2 restantes marcaron el “no” y corresponden al 22%. Por lo que se puede decir que el equipo de kinesiólogos de UCI del Hospital José María Cullen en su mayoría estaría de acuerdo con una política de visitas más flexibles.



Fig. 17: Ampliación del tiempo de visitas

10- Durante su formación académica, ¿recibió enseñanzas sobre la comunicación?

Sobre la enseñanza sobre la comunicación durante la formación académica de los kinesiólogos, 8 de ellos contestaron a esta pregunta con un “No”. De allí se destaca una sola respuesta afirmativa que indica haber recibido este tipo de enseñanza y añade: *“Si, siempre me enseñaron que informar y formar a los familiares es parte del tratamiento y de la buena evolución del paciente”*

11- ¿Considera que cuenta con las herramientas necesarias para lograr una buena comunicación con los familiares/pacientes/pares?

Se observa una mayoría por la respuesta “Sí”. 5 kinesiólogos respondieron de esta manera y cabe destacar que K7 añade: *“La dificulta a veces es el tiempo y la cantidad de trabajo.”* A su vez, 3 encuestados respondieron que, desde su

consideración, no cuentan con las herramientas necesarias para una buena comunicación y uno de ellos respondió “Moderado”.

12- Para referirse a los pacientes, utiliza:

Para esta pregunta, se expusieron distintas opciones posibles donde hubo 7 encuestados que dijeron referirse a los pacientes por su nombre/apellido marcando así el 78%. Otros 2 respondieron que utilizan el número de cama/habitación representando el 22%.

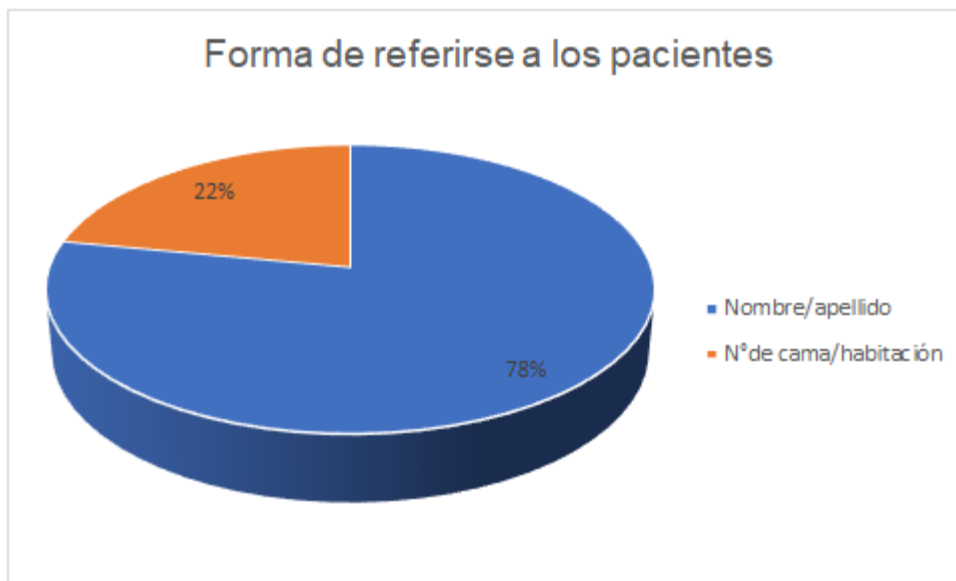


Fig. 18: forma de referirse a los pacientes.

VI.V. Sección 5: Sobre el Plan-HUCI:

1- ¿Conocías el Plan HUCI?

Se puede decir que hay poco conocimiento del Plan HUCI por parte de los kinesiólogos de la UCI del Hospital José María Cullen, debido a que 4 de ellos respondieron que “No” conocen el plan, siendo el 44,4% y los restantes 5 encuestados, marcaron la opción “Sí, poco”. Estos últimos representan el 55,6% (Fig. 19)



Fig. 19: Conocimiento del Plan HUCI

2- ¿Despierta algún interés en usted conocer más sobre la problemática? ¿La considera relevante?

Respecto al interés sobre la problemática por parte de los encuestados y su consideración sobre la relevancia de la misma, se puede afirmar que resulta relevante e interesante para ellos interiorizarse. 8 de ellos respondieron afirmando esto y 1 kinesiólogo respondió que no considera relevante la problemática, ni despierta interés. Cabe destacar que K6 además de considerarla importante, añade: “Revela mejores resultados en sedación, delirio y recuperación”.

K1	“La verdad que despierta interés en interiorizarme más sobre esto”
K2	“Es relevante”
K3	“Si, muy relevante”
K4	“Si.”
K5	“Fundamental”
K6	“Creo que es importante. Revela mejores resultados en sedación delirio y recuperación”
K7	“Si, la considero interesante”
K8	“No.”
K9	“Si claro, siempre en el cual nos permita crecer como seres humanos y poder ponerlo en práctica como profesionales”

Tabla 6: Interés y relevancia de la problemática.

3- ¿Considera factible implementar el Plan o al menos alguna de las estrategias en la UCI del Hospital José María Cullen?

Desde la perspectiva de los encuestados, existe una consideración afirmativa del 55,6% sobre la posibilidad de implementar el Plan o al menos alguna de las estrategias en la UCI donde se desempeñan. Contrario a esto, 1 encuestado no lo considera factible y a su vez el 33,3%, representado por 3 kinesiólogos, respondieron “Tal vez”. (Fig. 20)

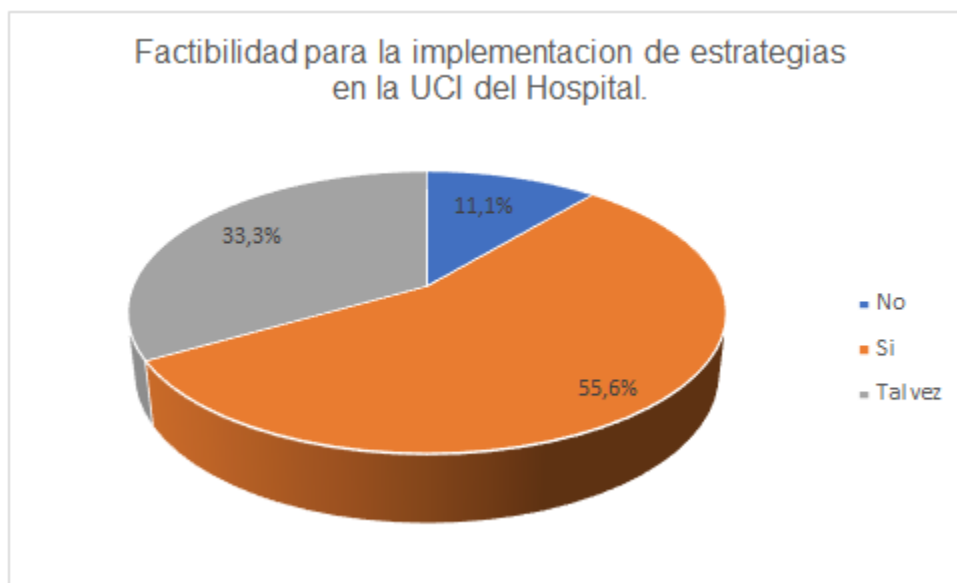


Fig. 20: Consideración sobre la factibilidad de la implementación del Plan HUCI.

4- En caso de ser "Sí" la respuesta anterior, indicar cual/es:

Hubo 7 respuestas aquí, 3 encuestados coinciden en que consideran más factible implementar la “Participación de las familias en los cuidados” y representan el 42,9%. Otros 2 kinesiólogos, respondieron “UCI de puertas abiertas”. (Fig. 21).

Aquí se visualiza una relación positiva entre ellos, porque son recíprocas una estrategia con otra. Para permitir la participación de los familiares, se debe ampliar el régimen de visitas. Otro respondió “Comunicación”, lo cual también se puede relacionar con la necesidad de una UCI de puertas abiertas y la dicha participación de las familias.

Además, uno de los encuestados respondió “Cuidados al personal” lo cual hace énfasis en generar un ambiente propicio de trabajo para que el personal se desempeñe de la mejor manera.

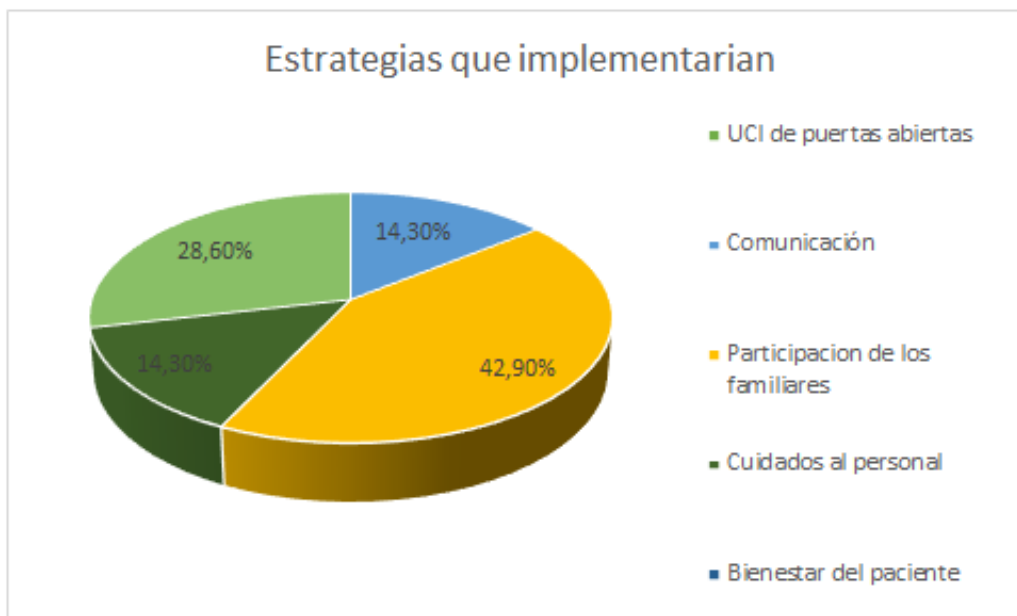


Fig. 21: Estrategias del Plan HUCI.

5- ¿Qué acciones consideras que son humanizadas dentro de tu labor diaria?

Respecto a esta pregunta, 6 de los encuestados hacen referencia a cuestiones vinculadas con la comunicación, incluyendo también la escucha activa de los pacientes. Aquí se pone de manifiesto una tendencia hacia la comunicación como una de las principales acciones humanizadas dentro de su abordaje kinésico.

También se destaca la orientación del paciente en tiempo y espacio, el respeto por sus tiempos y el hecho de tratarlos por su nombre, es decir, sin despersonalizarlo y “dar lo mejor”.

Además, uno de los encuestados respondió que no realiza acciones humanizadas en su labor diaria.

K1	<i>“Comunicación y bienestar del paciente”</i>
K2	<i>“Escuchar a los pacientes”</i>
K3	<i>“Hablar con los pacientes, escucharlos, hacer lo posible porque estén más cómodos (atender y asistirlos si tienen frío, sed, miedos, hambre, necesitan higienizarse, etc.)”</i>
K4	<i>“Tratar al paciente por su nombre y respetar sus tiempos de acuerdo a sus posibilidades.”</i>
K5	<i>“Dar lo mejor basado en la experiencia y evidencia”</i>

K6	“Explicar cada procedimiento”
K7	“Tratar de mantener al paciente orientado en tiempo y espacio”
K8	“Ninguna.”
K9	“La comunicación con el paciente”

Tabla 7: Acciones humanizadas en el abordaje kinésico

6- Mas allá de conocer o no el Plan HUCI, ¿cree que desde su lugar como Kinesiólogo realiza un abordaje humanizado?

En base a esta pregunta, se visualiza que un tercio de los kinesiólogos de la UCI del Hospital José María Cullen, creen que “Siempre” realizan un abordaje humanizado, mientras que otro tercio considera que “Frecuentemente” lo hace y otro tercio respondió que “A veces” realiza este tipo de abordaje. (Fig. 22)

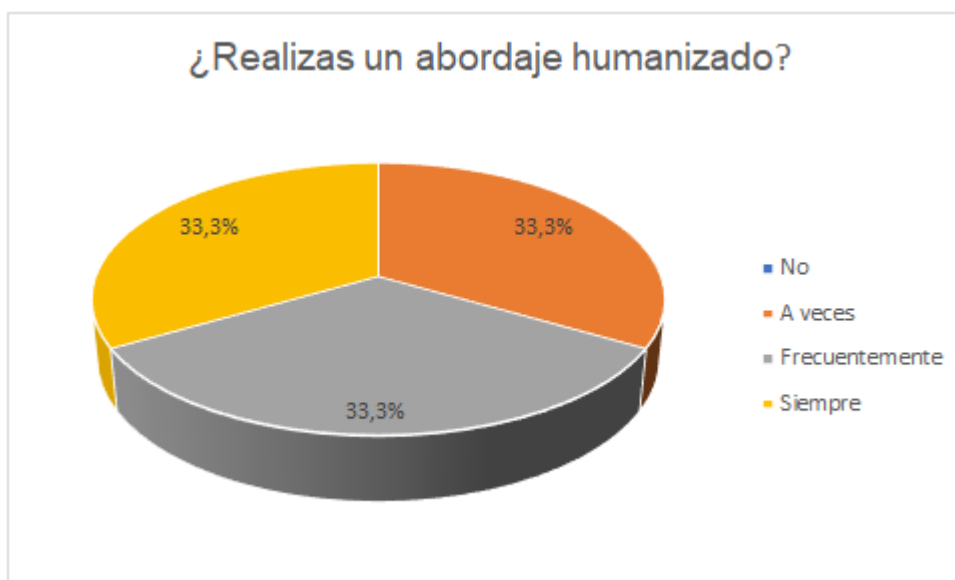


Fig. 22: Abordaje humanizado.

7- En cuanto al espacio físico, (infraestructura de la UCI) ¿Lo consideras acogedor? ¿Resulta cómodo para los pacientes y familiares?

Se observa aquí, que según la consideración de los encuestados la infraestructura de la HUCI no es humanizada, 5 de ellos respondieron negativamente y uno de ellos añadió, “Me parece poco amigable. El familiar no tiene dónde sentarse.”

K1	“Sí”
K2	“Sí”
K3	“Más o menos”
K4	“No”

K5	“Es una estructura antigua, no es agradable a la vista más allá de tener características propias de una uci”
K6	“Me parece poco amigable. El familiar no tiene dónde sentarse. Dejar sus cosas. No puede dejarle instrumentos personales”
K7	“Moderado”
K8	“No”
K9	“Acogedor no, es un lugar donde hay pacientes críticos, es por eso que más que el lugar es importante la humanización del profesional hacia el paciente”

8- ¿Considera que existe/n barrera/s que impidan la implementación de las estrategias que propone el Plan HUCI?

Se trató de una pregunta dicotómica y aquí, se observa que 8 de los 9 encuestados, coincide en que existe al menos una o más barreras que impidan la implementación de las estrategias que propone el Plan HUCI siendo el 88,9%. El 11,1%, es decir 1 kinesiólogo, respondió que no considera que exista alguna barrera.

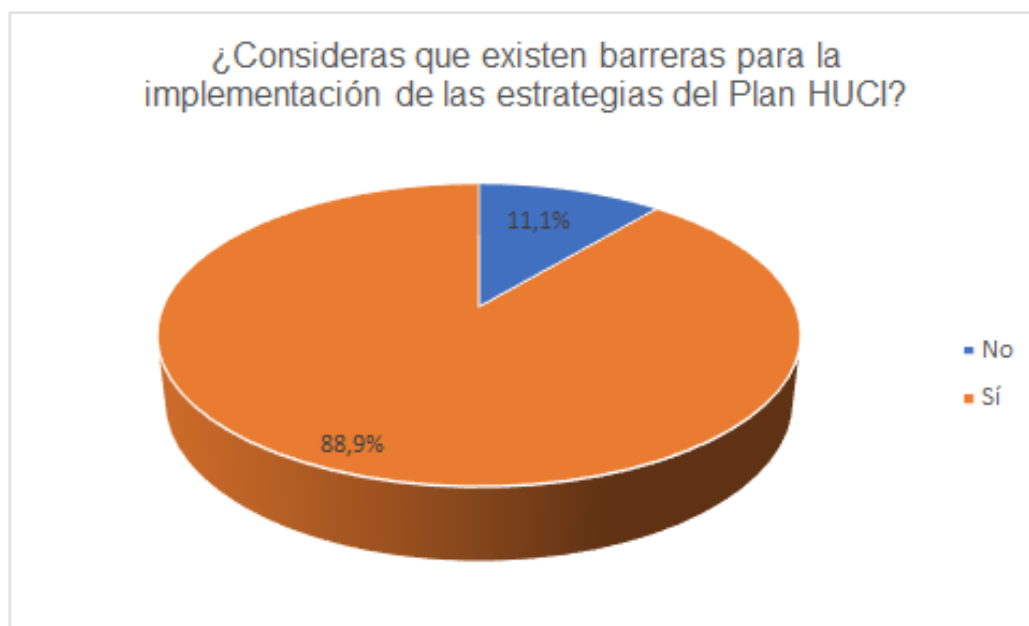


Fig. 23: Existencia de barreras para la implementación del Plan HUCI

9- En caso de existir una barrera o más, ¿Cuál sería? ¿Por qué es una barrera?

Se observan coincidencias entre los relatos de los kinesiólogos, como por ejemplo el caso de K1 que menciona las *“interrelaciones humanas”* y K9 que dice que una de las barreras es la *“falta de comunicación entre los profesionales”*.

Por otra parte, K3 postula que una barrera es la *“falta de recursos físicos y económicos”* lo cual coincide con lo que dice K8, *“La infraestructura. La mala paga mensual”*. La relación entre estas respuestas se puede traducir a que la falta de recursos e infraestructura no permiten un desempeño en buen ámbito laboral para los kinesiólogos, además del elevado nivel de responsabilidad que conlleva por estar sobrecargados, con pocos recursos y además una mala paga mensual.

Por su parte, K5, menciona *“cambiar parámetros establecidos de años de trabajo”*, un cambio que involucra a todo el equipo y de esa manera se relaciona con lo que decía K9. También en relación a cambios, K7, considera que las barreras son *“operativas”* y que hay que *“establecer normas de circulación, higiene y comportamiento”*. (Tabla 7)

K1	<i>“Las interrelaciones humanas, los estados de ánimos de los distintos momentos”</i>
K2	<i>“La no decisión desde la jefatura”</i>
K3	<i>“La falta de recursos físicos y económicos”</i>
K4	<i>“Nivel de educación de la mayoría de los familiares.”</i>
K5	<i>“Habría que cambiar parámetros establecidos de años de trabajo, es realmente un desafío de todo el equipo”</i>
K6	
K7	<i>“Operativa, habría que reestructurar los turnos de enfermería y establecer normas de circulación, higiene y comportamiento para los familiares”</i>
K8	<i>“La infraestructura. La mala paga mensual.”</i>
K9	<i>“La falta de comunicación entre profesionales.”</i>

Tabla 8: *¿Cuáles son las barreras?*

10- **¿Qué se puede hacer para sortear estos impedimentos?**

En esta pregunta hubo 7 respuestas y se observa una conexión entre los relatos de algunos de los encuestados sobre la comunicación y difusión de la problemática. Por ejemplo, K2 comenta *“Informar más acerca de la HUCI”*, K5 menciona la idea de *“abordarlo en charlas... mostrando evidencia”*. Muy en concordancia, K7 respondió *“reunirse con el equipo terapéutico y discutirlo”*; K9 en similitud a K5, dijo *“Charlas de educación”*.

Es importante para la aplicación o implementación de una idea nueva, un cambio de paradigma, que primero se dé a conocer. Lo que plantean los kinesiólogos, justamente tiene que ver con eso, darlo a conocer, sustentarlo con evidencia científica y de esa manera, comenzar el cambio hacia una UCI más Humanizada.

No se puede dejar de lado el contexto poco propicio para las acciones humanizadas, como menciona K4, *“los profesionales con un solo trabajo... infraestructura del establecimiento”*. K8 propone *“Mejores salarios y más profesionales”*. La sobrecarga que implica tener más de un trabajo, en malas condiciones de infraestructura, con pocos recursos y sobre todo eso, mal remunerado, conlleva un alto riesgo de que los profesionales sufran Síndrome de Burnout.

“Mejorar las gestiones políticas” como propone K3, es una forma de englobar lo expuesto anteriormente. Los profesionales de la salud son el motor del cambio, pues entonces deben trabajar en un contexto humanizado. Son quienes están día a día en la UCI, ellos primeros deben ser quienes reciban ayuda, mejores salarios, mejores recursos.

K2	<i>“Informar más acerca de la HUCI”</i>
K3	<i>“Mejorar las gestiones políticas”</i>
K4	<i>“Muchos factores: Los profesionales con un solo trabajo, exclusividad. Nivel de educación de la población que se atiende. Infraestructura del establecimiento. Etc.”</i>
K5	<i>“Abordándolo en charlas, cursos, mostrando evidencia como todo lo realizado”</i>
K7	<i>“Reunirse con el equipo terapéutico y discutirlo”</i>
K8	<i>“Mejores salarios y más profesionales”</i>
K9	<i>“Charlas de educación”</i>

Tabla 9: Estrategias para sortear los impedimentos de implantación del Plan HUCI.

VII. DISCUSION:

Considerando que actualmente existe un cambio de paradigma hacia una mirada más humana del paciente que se encuentra hospitalizado en UCI, se han desarrollado diversas investigaciones que contemplan la integralidad de la atención y el trabajo interdisciplinario con sus beneficios. Aquí, se destaca la implementación de las estrategias del Plan HUCI como una forma de reducir la mortalidad en el enfermo crítico.

En concordancia con lo que dice Dantas Da Silva en su estudio sobre la formación en humanización que reciben los fisioterapeutas, se puede observar que la mayoría de los encuestados no recibieron formación en humanización en Salud. Si bien esta presente el cambio de paradigma hacia una formación y educación para el trabajo en forma transversal e integral, aún existen limitaciones en la formación de los profesionales de la salud en este campo, lo cual implica un gran desafío para las instituciones formadoras.¹⁰

Siguiendo la línea de la autora mencionada en el párrafo anterior, que en su estudio hace referencia a las deficiencias estructurales en el camino a la humanización, se observa que, desde la percepción de los kinesiólogos de la UCI del Hospital José María Cullen, la misma no posee una infraestructura que favorezca esta nueva mirada. Se menciona que resulta poco amigable, no es acogedora. Esto no favorece el progreso hacia una humanización de la unidad.¹⁰

La “Infraestructura Humanizada” no es algo menor, sino que el Plan HUCI lo plantea como una de sus estrategias de abordaje. Rojas Verónica en su artículo “Humanización de los cuidados intensivos” menciona que deben pensarse mejoras en los espacios, teniendo en cuenta la relación costo-beneficio, por ejemplo, que el diseño de la unidad cuente con ventanas que permitan la entrada de luz natural y con medición de ruidos, regulación de la temperatura y luz, generando bienestar en el paciente de la mano de un ambiente más confortable.¹ Además, la autora plantea que se puede invertir en muebles y decoración para que las salas de estar sean más funcionales.

Respecto a la comunicación con los familiares y participación de los mismos en los cuidados, Heras De La Calle en su artículo “Buscando humanizar los cuidados intensivos” sugiere que fallas en la comunicación, conllevan conflictos que afectan directamente a los pacientes.¹¹ Sobre esto, se destaca que la comunicación entre los kinesiólogos y a su vez, entre el equipo de la UCI es muy buena.

Este autor, también menciona que se requieren habilidades comunicativas para informar de manera adecuada en estas situaciones de hospitalización en cuidados críticos, y que la mayoría de los profesionales de la salud no reciben esta formación. En el caso de los encuestados, en su gran mayoría, respondieron que no han sido formados sobre la comunicación. Mas allá de que la literatura disponible afirma que la información es una de las principales necesidades que expresan las familias y los pacientes en las terapias intensivas, se puede observar que no es frecuente que los kinesiólogos encuestados tengan esta tarea.

Esto se da por diferentes motivos, el 89% refiere que no se encuentran presentes los familiares durante la sesión. Otra razón, es que, debido a la gran cantidad de trabajo, los kinesiólogos se encuentran con muchos pacientes a su cargo y no cuentan con el tiempo necesario para realizar una buena comunicación. Cabe mencionar, que si bien, las UCI en general no se caracterizan por ser un área de libre acceso, debido a la situación actual por la pandemia que provocó el COVID-19, la misma sufrió modificaciones y el ingreso de los familiares o cualquier persona ajena al sector, se ve mucho más restringida.

Los kinesiólogos coinciden en un 78% en la ampliación del horario de visitas, porque consideran que la presencia de los familiares genera cambios en los pacientes y en su mayoría, estos son positivos. Esta medida, en caso de llevarse a cabo, tiene un respaldo por la evidencia científica y cumpliría así con la primera estrategia del Plan HUCI, que habla de una “UCI de puertas abiertas”. Además, repercute directamente sobre otra estrategia, que es el “Bienestar del Paciente”, brindando una hospitalización más confortable y reduciendo las complicaciones cardiovasculares.

En la sección 5 de la encuesta que se realizó para esta investigación, las respuestas indican que se considera relevante la problemática y la mayoría de los encuestados refieren que sería factible implementar una o más de las estrategias del Plan HUCI en el sector donde ellos se desempeñan.

A su vez, 8 del total de 9, consideran que existen barreras para esto, como ser la falta de recursos e infraestructura que no permiten un desempeño en un buen ámbito laboral, además del elevado nivel de responsabilidad que conlleva una sobrecarga para ellos y, asimismo, con bajos salarios. Otro impedimento que se visualiza, es la dificultad de cambiar parámetros establecidos hace muchos años y que deberían establecerse nuevas normas de trabajo.

Para sortear estos impedimentos surgen distintas ideas. Se observa una conexión entre los relatos de algunos de los encuestados sobre la comunicación y difusión de la problemática. Por ejemplo, K2 comenta *“Informar más acerca de la HUCI”*, K5 menciona la idea de *“abordarlo en charlas... mostrando evidencia”*. De acuerdo con esto, K7 respondió *“reunirse con el equipo terapéutico y discutirlo”*; K9 en similitud a K5, dijo *“Charlas de educación”*.

Es importante para la aplicación o implementación de una idea nueva, un cambio de paradigma, que primero se dé a conocer. Lo que plantean los kinesiólogos, justamente tiene que ver con eso, darlo a conocer, sustentarlo con evidencia científica y de esa manera, comenzar el cambio hacia una UCI más Humanizada.

En cuanto a los últimos objetivos específicos, sobre las barreras e impedimentos para la atención humanizada y las posibles estrategias para afrontarlas, se observa que son cuestiones que exceden la responsabilidad de los encuestados. Quizá más al alcance del rol del kinesiólogo en la UCI y como participante activo del equipo que allí se desempeña, está la posibilidad del cambio hacia una humanización desde adentro de la unidad, utilizando las fortalezas como la buena comunicación interdisciplinar y el interés por la problemática, apropiándose de las estrategias que plantea el Plan HUCI y mejorando los parámetros de trabajo ya establecidos.

Esta investigación, desde un principio fue pensada para una inserción en el campo y de esa manera, realizar encuestas y entrevistas personales, allí en la UCI, lo cual brindaría un mejor acercamiento, pero debido a la situación actual de pandemia, no pudo realizarse de esta manera.

Se considera que la situación actual, merece un respeto particular a los kinesiólogos, que al igual que todo el personal de salud, está haciendo un esfuerzo enorme por soportar las olas de contagio y poniendo en riesgo su salud por cuidar del resto de la población. Por eso, se optó por utilizar una encuesta virtual, que llevaría menos tiempo de realización y obviamente, evitaría el contacto.

Al tratarse de una investigación que tuvo un componente cualitativo, donde se abordan aspectos que tienen que ver con la subjetividad de los encuestados, se considera que podría haber resultado más rica la recolección de datos si se realizaba como se planificó al principio. No solo por parte del investigador, sino también por parte de ellos, para que puedan expresarse más abiertamente en cada pregunta.

Sin embargo, los datos recolectados fueron suficientes para responder a todos los objetivos de la investigación, tanto el general, como los específicos.

Se observa como una limitante de este estudio, no hacer preguntas sobre la situación previa de la UCI a la pandemia y como se encuentra actualmente, y si eso modificó en ciertos aspectos el abordaje por parte de los kinesiólogos. No obstante, se realizaron preguntas pertinentes al desempeño diario y los datos se recolectaron durante la pandemia, por lo que se considera que las respuestas fueron situadas en el contexto actual.

VIII. CONCLUSION

El análisis de los resultados obtenidos a través de las encuestas, permitió concluir que:

En relación al objetivo general de esta investigación que constó en analizar el abordaje de los kinesiólogos de la UCI del Hospital José María Cullen en relación a las estrategias del Plan Internacional de Humanización de los Cuidados Intensivos, se observa que los profesionales encuestados realizan un abordaje humanizado siguiendo intuitivamente las estrategias del Plan HUCI, pero sin conocerlas por completo.

Respondiendo al primer objetivo específico que se planteó, no había por parte de los kinesiólogos un elevado grado de conocimiento del Plan HUCI y sus estrategias, debido a que 4 de ellos respondieron que “No” conocían el plan, siendo el 44,4% y los restantes 5 encuestados, respondieron que “Sí, poco”, es decir el 55,6%. Aun así, se destaca que los conceptos que brindaron como definición de la Humanización en Salud corresponden a un nivel de conocimiento más alto, más allá de que solo algunos de ellos recibieron información sobre eso y los demás no recibieron.

En el segundo objetivo específico se planteaba ver las condiciones laborales de los kinesiólogos de la UCI del Hospital José María Cullen y en relación al objetivo general, se observa que no son las más propicias para realizar un abordaje humanizado y aplicar las estrategias del Plan HUCI.

Los encuestados respondieron que se encuentran con elevados niveles de responsabilidad y baja remuneración salarial, lo que genera agotamiento físico, mental y emocional. No obstante, se esfuerzan en encontrar las herramientas para brindar una mejor atención.

Además, se destaca que la carga horaria de los kinesiólogos se vio modificada debido a la situación actual de las UCI debido a la pandemia por Covid-19, debiendo hacer guardias de 24 horas, una vez por semana, lo cual altera todo el calendario semanal de los mismos.

Siguiendo con la línea del segundo objetivo específico, los kinesiólogos tienen a cargo muchas camas como para dedicar el tiempo necesario a estrategias humanizadoras como la comunicación hacia el paciente en caso de que este consciente y a los familiares. Además, es infrecuente la presencia de los mismos durante la sesión de kinesiología.

Por otra parte, también en relación a los datos laborales de los encuestados, pese a que 8 de ellos no recibieron formación académica sobre herramientas de comunicación, se destaca que la misma es muy buena entre los kinesiólogos, y también, por parte de ellos con el resto del equipo que se desempeña en la UCI.

En cuanto al tercer objetivo específico, sobre las barreras e impedimentos para la atención humanizada, se observó que, del total de la muestra correspondiente a los 9 kinesiólogos de la UCI, 8 de ellos detectaron una o más barreras. También se puso en evidencia que se trata de cuestiones de infraestructura y factores económicos que, por un lado, exceden a su responsabilidad sobre la infraestructura de la unidad y los recursos económicos para afrontar los cambios que se requieren. Y, por otro lado, lo ya mencionado acerca la baja remuneración salarial que reciben junto a la elevada responsabilidad, provocando síntomas de agotamiento a nivel físico, mental y emocional, aumentando el riesgo de padecer Síndrome de Burnout.

Como cierre, en relación al último objetivo específico propuesto, delinear potenciales estrategias de abordaje humanizado en la UCI acerca de la cual se realizó esta investigación, se observa una idea en común en los relatos de los encuestados sobre la comunicación y difusión de la problemática. Ya sea brindando más información, discutirlo en equipo y abordarlo en charlas.

Es importante para la aplicación o implementación de una idea nueva, un cambio de paradigma, que primero se dé a conocer. Lo que plantean los kinesiólogos, justamente tiene que ver con eso, informar y promover la problemática, sustentarlo con evidencia científica y de esa manera, comenzar el cambio hacia una UCI más Humanizada.

IX. REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS:

1. Rojas V. Humanización de los Cuidados Intensivos. Rev. méd. Clín. Las Condes. 2019; 30 (2): 120 – 125
2. Real Academia Española: Diccionario de la lengua española, 23.^a ed., [versión 23.3 en línea]. <<https://dle.rae.es>> [11/08/2020].
3. Bermejo, J. Humanizar la asistencia sanitaria. Bilbao: Desclée de Brouwer; 2014.
4. Fredes S, Tiribelli N, Setten M, Rodrigues La Moglie R, Plotnikow G, Busico M. et al. Definición del rol y las competencias del kinesiólogo en la Unidad de Cuidados Intensivos. Rev Arg de Ter Int. 2018; 35 (4): 27-38.
5. Soriano Pastor J, Dolz V. Estrés y Salud en Enfermos Hospitalizados. En: Guía Práctica de Psicología de la Salud en el Ámbito Hospitalario. Valencia: Col·legi Oficial de Psicòlegs de la Comunitat Valenciana; 2009. p. 21-32.
6. Monsalve Dolz V, Gomez-Carretero P. Intervención Psicológica en una Unidad de Cuidados Intensivos (UCI). En: Guía Práctica de Psicología de la Salud en el Ámbito Hospitalario. Valencia: Col·legi Oficial de Psicòlegs de la Comunitat Valenciana; 2009. p. 105-117.
7. Sánchez – Vallejo A, Fernández D, Pérez – Gutiérrez A, Fernández – Fernández M. Análisis de las necesidades de la familia del paciente crítico y la opinión de los profesionales de la unidad de cuidados intensivos. Med. Intensiva. 2016; 40 (9): 527 – 540.
8. De la fuente Martos C, Rojas M, Gomez-Espejo M, Lara-Aguayo P, Morán Fernandez E, Aguilar-Alonso E. Implantación de un proyecto de humanización en una Unidad de Cuidados Intensivos. Med. Intensiva. 2018; 42 (2): 99 – 109.
9. Guimarães Mongiovi V, De Cássia Cordeiro Bastos Leite dos Anjos R, Holanda Soares S, Lago-Falcão T. Reflexiones conceptuales sobre humanización de la salud: concepción del enfermo en Unidades de Terapia Intensiva. REBEn. 2014; 67 (2): 306 - 311.

10. Dantas da Silva I, Araújo Silveira M. Humanización y formación profesional en fisioterapia. *Revista Ciência & Saúde Coletiva*. 2011; 16: 1535 – 1546.
11. Heras La Calle G, Cruz Martin M, Nin N. Buscando Humanizar los Cuidados Intensivos. *Rev. Bras. Ter. Intensiva*. 2017; 29 (1): 9-13.
12. Perdomo Cruz G. Medicina Intensiva y las Unidades de Cuidados Intensivos. *Rev. Med. Hondur*. 1992; 60: 49-52.
13. Aguilar García C, Martínez Torres C. La realidad de la Unidad de Cuidados Intensivos. *Med. Crit. (Col. Mex. Med. Crít)*. 2017. 31 (3): 171-173.
14. Ríos F, Risso-Vásquez A, Díaz-Ballve L. Enfermedad por coronavirus 2019 (COVID-19). Aspectos de interés para cuidados críticos. Revisión narrativa. *Rev Arg de Ter Int*. 2020. Supl 1: 1-12.
15. Del Pilar Arias Lopez M, Boada N, Flores Tonfi L, Gilardino R, Galesio A, Cuchuy S, et al. Recomendaciones para la preparación de las Unidades de Cuidados Intensivos ante la pandemia de COVID-19. *Rev Arg de Ter Int*. 2020. Supl 1:12-20.

X. ANEXOS

X I. Documentación del proceso de consentimiento informado:

Título del Trabajo: Humanización del Abordaje Kinésico en la UCI.

Profesional responsable: Lic. Martin Larramendi.

Mi nombre es David Rohr, soy alumno de la carrera de Kinesiología y Fisiatría – UGR Sede Santa Fe, y me encuentro desarrollando mi tesina. Dirige esta investigación, el Lic. Martin Larramendi y la misma, tiene como objetivo analizar como es el abordaje de los kinesiólogos que trabajan en el área de la UCI del Hospital José María Cullen, en relación al Plan de Humanización de los Cuidados Intensivos.

Usted está siendo invitado a participar de esta investigación que puede ser beneficiosa para comprender mejor el rol del kinesiólogo en lo que refiere a la temática y su relación con la implementación de este abordaje para reforzar sus intervenciones.

Debido a que se conoce que ciertos factores de la hospitalización en UCI, pueden ser estresores para el paciente y empeorar el cuadro clínico del mismo, se plantea la implementación de las estrategias del Plan de Humanización de los Cuidados Intensivos, como una forma de reducir la morbimortalidad en el paciente crítico.

Los procedimientos para la recolección de datos que luego serán analizados, consisten en 2 instancias, donde usted recibirá una encuesta y luego realizaremos una entrevista semiestructurada e individual que será grabada. Para proteger su privacidad, se le asignará un número, y tal información no podrá ser utilizada para otro fin que no sean los de la investigación. Solo los investigadores sabrán cuál es dicho número y se mantendrá la información oculta.

La información que se recabe es estrictamente confidencial y se aplicará para dar respuesta a los objetivos del trabajo. En consecuencia, la información que se elabore como resultado de la presente investigación será enunciada en un sentido general.

Su participación es voluntaria; usted tiene el derecho de retirarse del estudio en cualquier momento si así lo decide. Si usted tiene dudas acerca del puede contactar al profesional responsable del estudio para aclarar sus dudas; los datos del profesional a cargo figuran en la Hoja de firmas.

Hoja de firmas:

He sido invitado a participar de manera voluntaria a una investigación sobre el abordaje kinésico de los pacientes hospitalizados en la UCI del Hospital José María Cullen y el Plan de Humanización de los Cuidados Intensivos.

Entiendo que se me harán preguntas relacionadas con mi desempeño y labor en dicha institución. Comprendo que toda la información recolectada por el investigador será confidencial, protegiendo mi derecho a la privacidad.

Entiendo que no tiene carácter de obligatorio y puedo tomar la decisión de no responder ciertas preguntas si me parecen inapropiadas. Puedo no ser parte de la investigación o también dejar de participar en cualquier momento, si así lo deseo.

He sido informado que bajo ningún punto de vista este estudio es una evaluación o calificación de mi desempeño laboral.

He leído la información proporcionada. He tenido la oportunidad de preguntar sobre ella y se me ha contestado satisfactoriamente las preguntas que he realizado.

Consiento voluntariamente participar en esta investigación como participante.

Firma del participante:

Aclaración:

Lugar y fecha:

DNI N°:

Para preguntas o información puede tomar contacto con:

Profesional responsable: Lic. Martin Larramendi.

Email: martinlarramendi@hotmail.com

X.II. Encuesta:
“Humanización del Abordaje Kinésico en la UCI”

Esta encuesta se realiza sin ánimo de calificar o criticar el desempeño de los profesionales encuestados.

Se trata de una investigación que, a nivel personal, tiene el objetivo de aumentar el nivel de asistencia desde el lugar del kinesiólogo, brindando mejor atención a los pacientes.

La finalidad de dicha encuesta, consiste en recolectar datos que serán utilizados para analizar el desarrollo laboral de los kinesiólogos de la UCI del Hospital José María Cullen en relación al Plan-HUCI, en el marco del desarrollo de mi Tesina Final. David Rohr.

Sección 1 – datos personales

1. Nombre y apellido:
2. Edad:
3. Género:
4. Formación académica: Título de grado y posgrado o especialización:

Sección 2 – datos laborales

1. ¿Meses/años de Antigüedad en la UCI?
2. ¿Cuántas veces por semana trabaja en la UCI?
3. ¿Cuántas horas diarias? *
 - Menos de 6
 - Entre 6 y 8
 - Más de 8
4. ¿Hace guardia en la UCI?
 - Si
 - No
5. ¿Cuántas horas dura dicha guardia? ¿Con qué frecuencia semanal?
6. ¿Cuántas camas permanecen a su cargo durante la jornada laboral?

7. ¿Sufrió o está sufriendo Síndrome de Burnout o experimentó/a alguno de sus síntomas?

- Agotamiento emocional
- Agotamiento mental
- Agotamiento físico
- Falta de energía y menor rendimiento
- Desmotivación
- Sufrió el Síndrome
- Otro/s
- Ninguno

8. En su trabajo, ¿está presente alguna de las principales causas del Síndrome de Burnout? *

- Elevado nivel de responsabilidad
- Ausencia de motivación
- Baja remuneración salarial
- Mal clima laboral
- Trabajos monótonos
- Otro

Sección 3 - Conceptualización.

1. ¿Podría definir brevemente y con sus palabras lo que significa Humanización en Salud?

2. Recibió durante su formación académica información sobre la Humanización en Salud

- No
- Sí, poco
- Si, bastante

3. Desde su lugar como kinesiólogo en la UCI, ¿Cómo definiría realizar un abordaje kinésico humanizado?

Sección 4 - Respecto a la comunicación y participación de los familiares.

1. ¿Cómo calificaría la comunicación profesional entre kinesiólogos?

No existe comunicación - 1 2 3 4 5
6 7 8 9 10 – Excelente

2. ¿Cómo calificaría su relación personal con los otros kinesiólogos?

Mala - 1 2 3 4 5 - Excelente

3. ¿Cómo es la comunicación entre los kinesiólogos y el resto del equipo en la UCI? (médicos, enfermeros)

No existe comunicación - 1 2 3 4 5
6 7 8 9 10 – Excelente

4. Durante la sesión, ¿Los familiares están presentes? ¿Coincide el horario de visitas con la sesión?

-No

-A veces

-Frecuentemente

-Siempre

5. ¿Considera positiva la presencia de los familiares acompañando al paciente?

- Si

- No

6. En caso de estar presentes, ¿Comunica a los mismos sobre la situación del paciente?

- No

- A veces

- Frecuentemente

- Siempre

7. La presencia de los familiares, ¿genera cambios en el cuadro del paciente?

8. La presencia de los familiares, ¿genera cambios en el abordaje kinésico?

9. Desde su punto de vista, ¿Ampliaría el tiempo de visitas que pueden recibir los pacientes?

-Si

-No

10. Durante su formación académica, ¿recibió enseñanzas sobre la comunicación?

11. ¿Considera que cuenta con las herramientas necesarias para lograr una buena comunicación con los familiares/pacientes/pares?

12. Para referirse a los pacientes, utiliza: *

- Nombre/apellido

- Número de cama/habitación

- Patología

- Característica Física

- Otra

- Otro: _____

Sección 5 - Sobre el Plan HUCI:

El proyecto HU-CI: Humanizando los Cuidados Intensivos, surge en España, donde las UCI están transitando una transformación y evolución con el objetivo de desarrollar acciones específicas que, además de brindar un servicio de cuidados intensivos excelentemente técnicos, también sea humanizado. Propone áreas de trabajo o estrategias (8 en total), relacionadas con los horarios de visita, la comunicación, el bienestar del paciente, la participación de las familias en los cuidados, el síndrome de desgaste del profesional, el síndrome post-UCI, la arquitectura e infraestructura humanizada y los cuidados al final de la vida. Todo esto, propuesto por el proyecto, plantea un cambio radical en las UCI y su dinámica de trabajo, posicionando como motor al profesional de la salud, ocupando el rol central que se merece

1. ¿Conocías el Plan HUCI?

-No

-Si, poco

- Si, bastante

2. ¿Despierta algún interés en usted conocer más sobre la problemática? ¿La considera relevante?

-Sí

- No

- Tal vez

3. ¿Considera factible implementar el Plan o al menos alguna de las estrategias en la UCI del Hospital José María Cullen?

-Sí

-No

- Tal vez

4. En caso de ser "Sí" la respuesta anterior, indicar cual/es:

-UCI de puertas abiertas

-Comunicación

- Participación de las familias en los cuidados

- Bienestar del paciente

-Cuidados al personal

- Prevención, seguimiento y manejo del Síndrome Post UCI

- Infraestructura humanizada

-Cuidados al final de la vida

5. ¿Qué acciones consideras que son humanizadas dentro de tu labor diaria?

6. Mas allá de conocer o no el Plan HUCI, ¿cree que desde su lugar como Kinesiólogo realiza un abordaje humanizado?

- No

- A veces

- Frecuentemente

-Siempre

7. En cuanto al espacio físico, (infraestructura de la UCI) ¿Lo consideras acogedor? ¿Resulta cómodo para los pacientes y familiares?

8. ¿Considera que existe/n barrera/s que impidan la implementación de las estrategias que propone el Plan HUCI?

9. En caso de existir una barrera o más, ¿Cuál sería? ¿Por qué es una barrera?

10. ¿Qué se puede hacer para sortear estos impedimentos?