



UNIVERSITAT DE
BARCELONA

Máster en Humanización de la Asistencia Sanitaria: Pacientes, Familias y Profesionales

Trabajo Final de Máster

IMPACTO DE UNA INTERVENCIÓN DE TERAPIA OCUPACIONAL COMO PREVENCIÓN DEL SÍNDROME POST CUIDADOS INTENSIVOS DURANTE LA HOSPITALIZACIÓN.

Sthefany Quezada Hernández

Tutor/a: M^a Antonia Martínez Momblan

Curso académico 2024-2025

ÍNDICE

1. INTRODUCCIÓN.....	4
2. OBJETIVOS Y HIPÓTESIS DEL ESTUDIO	7
2.1 <i>Objetivo General:</i>	7
2.2 <i>Objetivos Específicos:</i>	7
2.3 <i>Hipótesis:</i>	7
3. METODOLOGÍA	7
3.1 <i>Diseño de Estudio:</i>	7
3.2 <i>Ámbito de estudio:</i>	7
3.3 <i>Sujetos de estudio:</i>	8
3.1.1 <i>Tamaño y Técnica muestral</i>	9
3.1.2 <i>Reclutamiento</i>	9
4. VARIABLES DEL ESTUDIO.....	10
4.1 <i>Variables sociodemográficas</i>	10
4.2 <i>Variables clínicas</i>	10
4.3 <i>Variable Independiente</i>	10
4.4 <i>Variables dependientes</i>	12
5. INSTRUMENTOS DE MEDIDAS	13
5.1 <i>Escala de Medida de Independencia Funcional (FIM) (ANEXO 1):</i>	13
5.2 <i>Escala de Ansiedad y Depresión Hospitalaria (HADS) (ANEXO 2):</i>	13
5.3 <i>Montreal Cognitive Assessment (MoCa) (ANEXO 3):</i>	13
5.4 <i>Critical-Care Pain Observation Tool (CPOT) (ANEXO 4):</i>	14
6. PROCEDIMIENTO RECOGIDA DE DATOS	14
7. ANÁLISIS DE DATOS:.....	15
8. ASPECTOS ÉTICOS.....	15
9. LIMITACIONES Y DIFICULTADES	16
10. APLICABILIDAD Y UTILIDAD DEL ESTUDIO	16
11. CRONOCRAMA Y PLAN DE TRABAJO	17
12. PRESUPUESTO.....	17
13. BIBLIOGRAFÍA:.....	18
ANEXO 1: TÉCNICA DE RELAJACIÓN MUSCULAR PROGRESIVA.....	22
ANEXO 2: SUGERENCIAS DE TRABAJO MOTRICIDAD FINA	23
ANEXO 3: EJERCICIOS DE ESTIMULACIÓN COGNITIVA	24
ANEXO 4: ESCALA DE MEDIDA DE INDEPENDENCIA FUNCIONAL (FIM).....	25
ANEXO 5: ESCALA DE ANSIEDAD Y DEPRESIÓN HOSPITALARIA (HADS).....	26

ANEXO 6: MONTREAL COGNITIVE ASSESSMENT (MOCA)	27
ANEXO 7: CRITICAL-CARE PAIN OBSERVATION (CPOT)	28
ANEXO 8: CONSENTIMIENTO INFORMADO	29

RESUMEN

Durante los últimos años ha ido tomado cada vez mayor relevancia el concepto de humanización en el ámbito de la salud y una de las líneas estratégicas de humanización es la prevención, manejo y seguimiento del Síndrome post-cuidados intensivo. Esta es un área en donde las cifras han ido aumentando durante la hospitalización e impactando en la calidad de vida de las personas que han pasado por una hospitalización en una unidad crítica.

Este estudio busca evaluar la efectividad de una intervención humanizada de Terapia Ocupacional en pacientes hospitalizados en una unidad de cuidados intensivos a nivel de habilidades funcionales, estado emocional-psicológico, habilidades cognitivas y nivel de dolor, como medida de prevención del síndrome post-cuidados intensivos durante la hospitalización.

Se trata de un estudio cuantitativo cuasi experimental donde se analizarán datos descriptivos de las variables de estudio, cuantitativas (medida de la tendencia central y de dispersión) y las cualitativas (frecuencias y porcentajes).

Esta investigación busca poder contribuir a que la práctica de Terapia Ocupacional en unidades críticas puede ser clave en reducir complicaciones a largo plazo y mejorar la calidad de vida de los pacientes.

Palabras claves: Síndrome post-cuidados intensivos, humanización en salud, terapia ocupacional, unidad de paciente crítico, prevención.

ABSTRACT

During the last few years, the concept of humanization has been gaining more and more relevance in the health field, and one of the strategic lines of humanization is the prevention, management and follow-up of post-intensive care syndrome. This is an area where the figures have been increasing during hospitalization and impacting the quality of life of people who have been hospitalized in a critical unit.

This study seeks to evaluate the effectiveness of a humanized Occupational Therapy intervention in patients hospitalized in an intensive care unit at the level of functional skills, emotional-psychological state, cognitive skills and pain level, as a measure to prevent post-intensive care syndrome during hospitalization.

This is a quasi-experimental quantitative study in which descriptive data on the study variables, quantitative (central tendency and dispersion measures) and qualitative (frequencies and percentages), will be analyzed.

This research seeks to contribute that the practice of Occupational Therapy in critical care units can be key in reducing long-term complications and improving the quality of life of patients.

Key words: Post-intensive care síndrome, humanization in health, occupational therapy, critical patient unit, prevention.

1. INTRODUCCIÓN

El concepto de humanización en salud, según Bermejo (1), engloba “todo lo que se realiza para promover y proteger la salud, curar las enfermedades y garantizar un entorno que favorezca una vida sana y armoniosa en los niveles físico, emocional, social y espiritual.” Este enfoque destaca la dignidad intrínseca de todo ser humano y los derechos que se derivan de ella.

La hospitalización en una unidad de cuidados intensivos (UCI) tiene un impacto significativo tanto en los pacientes como en sus familiares. Por ello, es esencial que la atención ofrecida se fundamente en principios de humanización, atendiendo a cada paciente como un ser integral. Este enfoque va más allá de considerarlo simplemente como una cama ocupada o un diagnóstico médico, promoviendo una atención respetuosa y personalizada que abarque todas sus dimensiones (1).

Durante la estadía en una UCI la persona hospitalizada puede desarrollar diversas alteraciones a nivel psicológico (estrés, ansiedad, depresión), físico (debilidad adquirida, rigidez) y cognitivo (delirium, alteración de funciones ejecutivas). Al conjunto de estas complicaciones se le denominó Síndrome Post-Cuidados intensivos (2).

El Síndrome PICS, por sus siglas en inglés Post-Intensive Care Syndrome (Post-UCI), se refiere a un conjunto de alteraciones físicas, psicológicas y cognitivas que pueden manifestarse durante la estancia en la Unidad de Cuidados Intensivos (UCI) o después del alta, ya sea de la UCI o del hospital. Estas secuelas, que pueden persistir a lo largo del tiempo, tienen un impacto significativo en la calidad de vida de las personas afectadas (3).

El estudio realizado por He Song et al, consistió en una revisión clínica sobre el PICS, donde plantean que el riesgo de desarrollar este síndrome es multifactorial; existen factores de riesgos que pueden contribuir a que aparezca antes (fragilidad, deterioro funcional preexistente) durante (sedación, delirium, sepsis) y después (síntomas tempranos de ansiedad, depresión) de la estancia en UCI, asociado además a factores demográficos y sociológico (edad, género, ingresos, ocupación, educación) (4).

Según la revisión de la literatura, el síndrome post cuidados intensivos (PICS) puede impactar en tres áreas principales de la salud, manifestando distintos síntomas en cada una de ellas. En el área psicológica, puede provocar ansiedad, irritabilidad, síntomas depresivos, problemas de sueño y estrés postraumático. En el área cognitiva, se observan afectaciones como dificultades de memoria, falta de concentración, disminución de la velocidad del pensamiento, alteraciones en las funciones ejecutivas y delirium. Finalmente, en el área física, los síntomas incluyen debilidad muscular, rigidez articular, dolor, alteración de la sensibilidad, así como trastornos deglutorios y de la voz (4-5).

Un estudio revisado indica que el 50% de los sobrevivientes de una Unidad de Cuidados Intensivos (UCI) pueden presentar uno o más síntomas relacionados con el Síndrome Post-Cuidados Intensivos (PICS) (6). Además, se ha observado que, incluso un año después del alta hospitalaria, aproximadamente el 94,8% de estos pacientes continúa asistiendo a clínicas de medicina general (7). Entre ellos, el 25% requiere apoyo para realizar actividades de la vida diaria, mientras que el 50% no logra reincorporarse a sus antiguos empleos.

Según Marra et al., en su artículo ABCDEF Bundle in Critical Care, se destaca que la implementación del Bundle ABCDEF es la práctica con mejores resultados en la prevención e intervención del Síndrome Post-Cuidados Intensivos (PICS). Este conjunto de siete estrategias ha demostrado estar asociado con una mayor supervivencia, un incremento en los días libres de delirium, una reducción en la estancia hospitalaria en las unidades de cuidados intensivos y una mejora significativa en la calidad de vida de los pacientes (8).

Por todo lo expuesto, se puede afirmar que los Terapeutas Ocupacionales (T.O) son una de las profesiones clínicas que mejor aplican el concepto de Humanización en Salud. Estos profesionales del ámbito sanitario desarrollan su labor en múltiples niveles de atención, utilizando la Ocupación no solo como una herramienta esencial de intervención, sino como su objetivo principal (9).

El Terapeuta Ocupacional dispone de los recursos necesarios para evaluar e intervenir en los factores que afectan el desempeño ocupacional del individuo. Para optimizar este desempeño, es esencial intervenir en tres niveles: la persona, sus ocupaciones y el contexto en el que estas se desarrollan (10).

El estudio realizado por Santos et al. destaca que la Terapia Ocupacional (T.O.), en el ámbito hospitalario, se orienta hacia la promoción de la salud y la creación de alternativas para mejorar la calidad de vida de los pacientes. Este objetivo se logra a través de la re-significación de las actividades y rutinas diarias, interrumpidas debido a la enfermedad y la hospitalización (11). Este objetivo se logra a través de la re-significación de las actividades y rutinas diarias, interrumpidas debido a la enfermedad y la hospitalización.

El terapeuta desempeña un papel crucial en este proceso, seleccionando actividades de interés en función de la historia de vida del paciente, sus valores sociales y culturales, así como sus preferencias y capacidades, contribuyendo al bienestar emocional, físico y social de los pacientes (12).

En el contexto de UCI (13), las intervenciones van ligadas a prevención/manejo de delirium, estimulación cognitiva, posicionamiento terapéutico (proteger partes blandas y articulaciones), movilización precoz, entrenamiento de actividades de la vida diaria, adaptaciones y ayudas técnicas con el propósito de mejorar su calidad de vida.

Aunque aún no se ha estudiado de manera directa la relación entre la Terapia Ocupacional (T.O.) y la Humanización, se puede inferir que ambos conceptos tienen puntos de conexión en las intervenciones realizadas en el contexto hospitalario. Estos enfoques comparten el objetivo de tratar a la persona como un ser integral y autónomo, respetando sus valores y creencias, con el propósito de optimizar su calidad de vida (13).

Actualmente, no existe evidencia que respalde la intervención de Terapia Ocupacional (T.O.) en unidades de cuidados intensivos (UCI) como factor preventivo del síndrome post cuidados intensivos (PICS) durante la hospitalización. Sin embargo, considerando los síntomas asociados al PICS, su impacto en el corto, mediano y largo plazo, su influencia en la calidad de vida y las áreas de intervención propias de la T.O., surge la siguiente pregunta:

¿Qué impacto tiene la intervención de Terapia Ocupacional en la prevención del Síndrome Post-Cuidados Intensivos (PICS) en pacientes hospitalizados?

2. OBJETIVOS Y HIPÓTESIS DEL ESTUDIO

2.1 Objetivo General:

Evaluar la efectividad de una intervención de Terapia Ocupacional humanizada en pacientes hospitalizados en una unidad de cuidados intensivos a nivel de habilidades funcionales, estado emocional-psicológico, habilidades cognitivas y nivel de dolor durante el periodo comprendido de julio a octubre del 2025.

2.2 Objetivos Específicos:

- Evaluar las habilidades funcionales de los pacientes antes y después de la intervención de T.O.
- Evaluar el impacto en el estado emocional-psicológico de los pacientes al inicio y final de la intervención de T.O
- Evaluar habilidades cognitivas de los pacientes al inicio y final de la intervención de T.O.
- Evaluar nivel de dolor de los pacientes al inicio y final de la intervención de T.O

2.3 Hipótesis:

La intervención de Terapia Ocupacional en pacientes hospitalizados reduce la incidencia y la gravedad del síndrome post cuidados intensivos, al mejorar la funcionalidad, la calidad de vida y el bienestar emocional de los pacientes durante su recuperación.

3. METODOLOGÍA

3.1 Diseño de Estudio:

Tipo de estudio cuasi experimental.

3.2 Ámbito de estudio:

El estudio se llevará a cabo en el Instituto Nacional del Tórax; Institución en Chile de alta complejidad y autogestionado en red perteneciente al Servicio de Salud Metropolitano Oriente. Hoy es centro de referencia nacional, para cirugía de tórax y cardiológicas, siendo además centro de trasplante cardiopulmonar. Brinda atención a pacientes de escasos recursos, realizando alrededor del 65% de las cirugías de Tórax y un 52% de las cirugías cardíacas del sistema público. Se

estima que se reciben más de 1.000 ingresos al año en el Instituto, siendo aproximadamente 400 ingresos en las unidades de cuidados intensivos. La Unidad de cuidados intensivos (UCI) se encuentra dividida en 2 unidades, conformada por 30 camas en total, 15 camas de unidad cardiaca y 15 camas de unidad respiratoria.

3.3 Sujetos de estudio:

- Población diana: Personas adultas entre 45 y 75 años que se encuentren hospitalizadas en una unidad de cuidados intensivos del Instituto Nacional del Tórax (Chile) durante el período comprendido de julio a octubre del 2025
- Población de estudio: Personas hospitalizadas en unidad de cuidados intensivos, sin conexión a invasivos que limiten la comunicación verbal al momento de la atención y que cuenten con indicación médica de ser derivados a evaluación de Terapia Ocupacional.
- **Criterios de inclusión pacientes:**
 - ✓ Adulto entre 45 y 75 años.
 - ✓ Hospitalizaciones de más de 7 días en la unidad de cuidados críticos.
 - ✓ Personas que se encuentren con prueba de CAM ICU negativo (sin delirium) al menos 3 días consecutivos durante la hospitalización.
 - ✓ Personas que cuenten con indicación médica para evaluación/intervención de Terapia Ocupacional.
 - ✓ Aceptación y firma del consentimiento informado
- **Criterios de inclusión familia:**
 - ✓ Persona significativa mayor de edad (sobre 18 años).
 - ✓ Persona que tenga un familiar hospitalizado en una unidad de cuidados críticos por más de 7 días.
 - ✓ Aceptación y firma del consentimiento informado.
- **Criterios de exclusión pacientes:**
 - Personas con condición médica grave que impidan su participación.

- Personas con alteraciones psicológicas, psiquiátricas o neurológicas.
- **Criterios de exclusión familia:**
 - Personas con familiares que se hayan complicado clínicamente durante la hospitalización y se encuentren en condición de gravedad.
 - Familiares que se encuentren cursando con alguna alteración médica y que no estén en condiciones de participar.
- **Criterios de retirada pacientes:**
 - Decisión propia del paciente de abandonar la investigación.
 - Cambios en la condición de salud durante la hospitalización que impidan su participación.
- **Criterio de retirada de familiares:**
 - Decisión familiar sobre no seguir participando del estudio.
 - Fallecimiento del familiar que se encuentra hospitalizado.

3.1.1 Tamaño y Técnica muestral

Los cálculos de las proporciones se han realizado a partir del registro interno de la actividad asistencial del Instituto Nacional del Tórax. El calculo muestral realizado con la calculadora Granmo V.8.0 propone que para dar una respuesta a la hipótesis planteada el equipo investigador recogerá un tamaño muestral de 197 sujetos.

El tipo de muestreo será no probabilístico de tipo intencional o conveniencia.

3.1.2 Reclutamiento

A las personas hospitalizadas que cumplan con los criterios de inclusión, se les presentará y explicará primeramente el consentimiento informado para poder participar en la investigación (tanto al paciente como al familiar responsable), además, de en que consiste la investigación, sus objetivos y pautas de evaluación. (Anexo 5)

4. VARIABLES DEL ESTUDIO

4.1 Variables sociodemográficas

Edad (reflejada en años al momento del estudio), género, estado civil, nivel educativo, ocupación previa a la hospitalización, lugar de residencia, tipo de previsión de salud.

4.2 Variables clínicas

Diagnóstico médico de ingreso, comorbilidades, peso y altura, historia clínica (enfermedades previas, cirugías), medicación actual, síntomas presentes al momento de estudio, días de estancia hospitalaria, limitación de esfuerzo terapéutico, intervenido por Terapia Ocupacional previamente.

4.3 Variable Independiente

La intervención terapéutica plantea como objetivo general evaluar la efectividad de recibir intervención humanizada de parte de terapia ocupacional durante la hospitalización en una unidad de cuidados intensivos, con sesiones enfocadas en el área funcional, emocional-psicológica, cognitiva y dolor antes y después de la intervención de terapia ocupacional. Las sesiones serán 20 en total y las intervenciones se realizarán por 10 días (lunes a viernes).

Las intervenciones enfocadas en dolor serán 4 atenciones 2 veces a la semana en horario de la mañana durante media hora (10:00 am a 10:30 am), realizadas con técnicas de relajación guiada los primeros 5 minutos utilizando sonidos de la naturaleza de fondo y aplicando imaginación, con el objetivo de manejar el dolor y reducir la percepción de este. Además, elongación de articulaciones 5 minutos y el resto con movilización precoz activo-asistidas o pasivas (dependiendo del estado del paciente). Segunda sesión se realizará técnica de relajación muscular progresiva, la cual va trabajando sobre grupos musculares específicos por 10 minutos y 20 minutos de movilización de articulares con facilitación. En la tercera sesión se educará sobre ergonomía y posturas para disminución del dolor utilizando apoyo visual de imágenes con posiciones. La última sesión se enfocará netamente en movilización de extremidades e hitos motores altos con el objetivo de reducir dolor a la inmovilización (Anexo 1).

Las atenciones centradas en funcionalidad serán 6 atenciones distribuidas en 3 veces a la semana durante la mañana con media hora de atención cada una (10:00 am a 10:30 am) se realizarán definiendo en conjunto con el paciente que actividad básica de la vida diaria desea trabajar primero: alimentación, higiene menor o arreglo personal. Para esto se realizarán 2 sesiones de ejercicios de alcances con objetos livianos e ir graduando intensidad en plano frontal y sagital partiendo con objetos sin peso o menores a 1 kilo y luego ir aumentando peso. Luego 2 sesiones de fortalecimiento de extremidades superiores con banda elástica amarilla y luego ir aumentando resistencia con colores rojo-verde y terminar en la azul. Para terminar con 2 sesiones de fortalecimiento de función manual y motricidad fina con pinzas de ropa, masas terapéuticas, pelotas de prensión. Esto con el objetivo de lograr agarre de cubiertos, desodorantes, peinetas, cepillos de dientes, entre otros. En caso de ser necesario se pueden realizar adaptaciones a los objetos con el fin de ir brindando independencia en la ejecución de esas actividades durante la hospitalización (Anexo 2).

Las atenciones enfocadas en lo emocional-psicológico serán 4 atenciones 2 veces a la semana en horario de la tarde de media hora cada atención (15:00 pm a 15:30 pm) y se utilizará tecnologías como celular de la unidad o Tablet para potenciar la comunicación con familiares que por diversos motivos no logren asistir a las visitas presenciales y si ya tienen visitas se buscará a otras personas significativas que no puedan asistir presencial, además, de usar la tecnología como herramienta de ocio y tiempo libre para ver películas, juegos en línea, entre otros.

Y finalmente las atenciones centradas en el área cognitiva serán 6 atenciones centradas en lo cognitivo 3 veces a la semana en horario de la tarde con media hora cada atención (15:00 pm a 15:30 pm) se realizarán ejercicios cognitivos impresos y con uso de tecnologías que estén enfocados en funciones ejecutivas: atención, memoria, viso construcción y percepción visual con apoyo de material audiovisual, juegos lúdicos con instrucciones y que puedan ir aumentando o disminuyendo complejidad a medida que las condiciones del usuario lo permitan. Las primeras sesiones se enfocarán en actividades lúdicas con instrucciones simples y que a medida que se vaya trabajando se irá aumentando la

complejidad, además, se utilizará conexión a internet con el fin de estar comunicados con el mundo exterior (Anexo 3).

4.4 Variables dependientes

Nivel funcional

Definición conceptual; Capacidades que permiten a una persona realizar actividades cotidianas, son esenciales para el bienestar y la calidad de vida (15).

Definición operativa; Se medirá a través del Cuestionario de Medida de Independencia Funcional (FIM).

Nivel psicológico-emocional

Definición conceptual; Habilidades que permiten comprender y gestionar las emociones, pensamientos y valores. También incluye la capacidad de reconocer como estos afectan la conducta (16).

Definición operativa; Se medirá a través de Escala de Ansiedad y Depresión Hospitalaria (HADS).

Nivel cognitivo

Definición conceptual; Procesos mentales que nos permiten interactuar con el entorno, aprender, recordar, razonar, tomar decisiones, que le permite a la persona desenvolverse en el mundo (17).

Definición operativa; Se medirá a través de Montreal Cognitive Assessment (MoCa).

Nivel de dolor

Definición conceptual; Es una experiencia sensorial y emocional desagradable asociada o similar a una lesión tisular real o potencial (18).

Definición operativa; Se medirá a través de Critical-Care Pain Observation Tool (CPOT).

5. INSTRUMENTOS DE MEDIDAS

5.1 Escala de Medida de Independencia Funcional (FIM) (ANEXO 1):

El FIM es un indicador de discapacidad, la cual se mide en términos de la intensidad de la asistencia para realizar actividades de la vida diaria. Incluye 18 actividades que son medidas en una escala de 7 niveles. El nivel 1 indica una asistencia total en la actividad y el nivel 7 una independencia completa. El evaluador va otorgando puntaje acorde a lo que la persona realiza al momento de la evaluación tanto en el ámbito motor como cognitivo, son 126 puntos en total y evalúa 6 dominios específicos de las actividades de la vida diaria: autocuidado, control de esfínter, transferencias, marcha, comunicación y cognición social. Es una escala validada mundialmente con coeficientes alfa de Cronbach generalmente superiores a 0.90, lo que indica que los ítems de la escala miden de manera coherente el constructo de la independencia funcional. Además, presenta buena fiabilidad inter-evaluador, con coeficientes que suelen estar por encima de 0.85, asegurando que diferentes evaluadores obtienen resultados similares, esta escala en comparación a otras de funcionalidad se recomienda para detectar cambios en la funcionalidad de manera más concreta (19-20).

5.2 Escala de Ansiedad y Depresión Hospitalaria (HADS) (ANEXO 2):

Es un instrumento autoaplicable que evalúa la presencia de depresión y ansiedad en pacientes hospitalizados y/o de forma ambulatoria. Consta de 14 ítems con una subescala de depresión y otra de ansiedad que van intercalados. Se clasifica en una escala Likert de 4 puntos (0-3) con un puntaje total que varía de 0 a 21 en cada subescala, en donde un mayor puntaje es indicativo de mayor gravedad de los síntomas. Presenta valores psicométricos con coeficientes alfa de Cronbach típicamente superiores a 0.80 tanto para las subescalas de ansiedad como de depresión, lo que indica una alta fiabilidad interna. (21-22).

5.3 Montreal Cognitive Assessment (MoCa) (ANEXO 3):

Es una breve prueba para evaluar función cognitiva, explora 6 dominios: memoria, capacidad visoespacial, función ejecutiva, atención/concentración/memoria de trabajo, lenguaje y orientación. La puntuación va de 0 a 30 puntos, la puntuación más alta refleja una mejor función cognitiva. Se suma 1 punto más a los sujetos con escolaridad igual o mayores a

12 años. Una puntuación igual o superior a 26 puntos se considera normal. Existen varias versiones y adaptaciones como el MoCa para personas con discapacidad visual o auditiva, además, de versiones acorde a cada país donde se valida. Presenta valores psicométricos con coeficientes alfa de Cronbach que generalmente oscilan entre 0.80 y 0.90, indicando una buena fiabilidad y especificidad. (23-24).

5.4 Critical-Care Pain Observation Tool (CPOT) (ANEXO 4):

Es una herramienta para evaluar dolor en pacientes críticos que no pueden comunicarse. Se basa en la observación de indicadores conductuales y fisiológicos. Evalúa expresión facial, movimientos corporales, tensión muscular, cumplimientos de la ventilación en pacientes intubados o vocalización en pacientes extubados. Cada dominio tiene una puntuación de 0 a 2, la puntuación total puede variar de 0 a 8, donde 0 es la ausencia de dolor y 9 signos claros de dolor. Valores psicométricos de 86% de sensibilidad y 78% de especificidad (25-26).

6. PROCEDIMIENTO RECOGIDA DE DATOS

El equipo de terapia ocupacional aplicará las pautas de evaluación anteriormente descritas para evaluar cada área a intervenir: funcionalidad, emocional, cognitivo y dolor, durante los primeros 2 a 5 días de ingreso a la unidad de cuidados intensivos, con pautas impresas para mayor orden en la evaluación. Luego se ingresarán los valores a una matriz previamente fabricada con los nombres de las evaluaciones, fecha de aplicación de la pauta y los valores correspondientes.

Posteriormente se irán registrando con un ticket las intervenciones que se realizan a cada paciente del estudio, anotando observaciones relevantes de la sesión. Luego de cumplir con las sesiones propuestas, en la última sesión de intervención se volverá a aplicar las mismas pruebas que en la evaluación inicial y comparar los resultados. Los resultados cuantitativos obtenidos en las pautas se subirán a un Google forms para mantener los registros. Y al finalizar todos los datos se ingresarán a una base de datos para analizar los resultados obtenidos.

7. ANÁLISIS DE DATOS:

Se llevará a cabo un análisis descriptivo de todas las variables de estudio. Las variables descriptivas cuantitativas se expresarán a través de medidas de la tendencia central y de dispersión. Las variables descriptivas cualitativas se expresarán a través de frecuencias y porcentajes.

Así mismo, también se realizará estadística inferencial. Cuando las dos variables sean cualitativas se utilizará el análisis de Xi cuadrado. Y cuando las variables sean cuantitativas se aplicará el test de normalidad con la prueba de Kolmogorov-Smirnov.

Si al contrastar la hipótesis las muestras presentan una distribución normal realizaremos el análisis con T Student para la comparación de los datos apareados. Si la distribución no fuera normal utilizaremos un estadístico no paramétrico siendo la prueba U-Mann-Whitney.

Todos los cálculos se calcularán a término a través del programa estadístico IBM SPSSv.23.0., la significación estadística se fijó a un nivel de probabilidad $p < 0.05$.

8. ASPECTOS ÉTICOS

Inicialmente se presentará el proyecto de estudio al Comitè d'Ètica d'Investigació Clínica (CEIC) para que sea aprobado. Aceptado el trabajo, concertaríamos una entrevista con la dirección del Instituto Nacional del Tórax para informar de la realización del estudio y pediríamos permiso al Comité de Ética del Servicio de Salud Metropolitano Oriente de Santiago para proceder a la recogida de datos de los sujetos reclutados en dicho estudio.

Durante el desarrollo de todo el estudio se garantizará el anonimato y la confidencialidad de los datos de acuerdo con la Ley Orgánica 3/2018 de protección de datos personales y garantía de los derechos digitales.

El proyecto se realizará teniendo en cuenta los principios éticos para las investigaciones médicas en seres humanos de la declaración de Helsinki. A todos los pacientes susceptibles de ser incluidos en el estudio, se les informará de los objetivos del estudio por escrito y si voluntariamente quieren participar en este, se les proporcionará el consentimiento informado, manteniendo el anonimato y la confidencialidad de los datos recogidos (Anexo 5).

9. LIMITACIONES Y DIFICULTADES

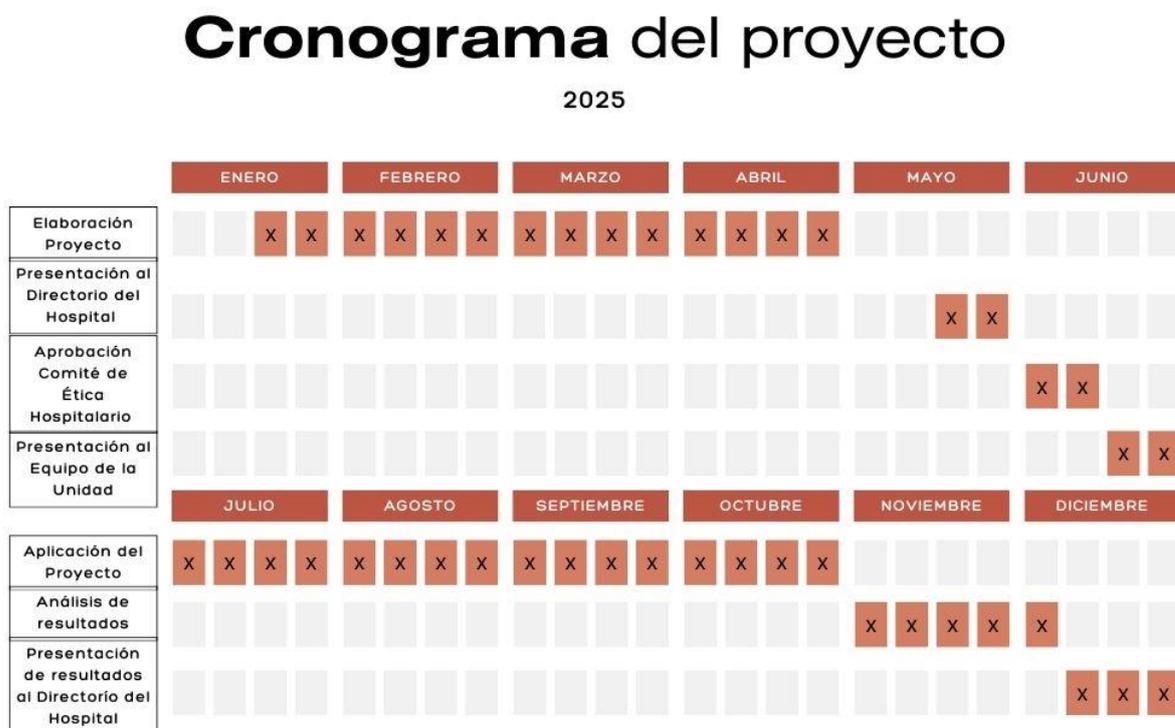
Aunque existen varios estudios publicados sobre el Síndrome Post-Cuidados Intensivos (PICS) y ha sido un tema ampliamente investigado, actualmente no hay investigaciones que relacionen directamente la intervención humanizada de Terapia Ocupacional como una medida de prevención de este síndrome. Debido a esto, la bibliografía disponible es limitada, y la mayoría de las referencias se encuentran en temas separados. Esto ha generado la pregunta de investigación y la necesidad de explorar más a fondo esta relación.

10. APLICABILIDAD Y UTILIDAD DEL ESTUDIO

El presente estudio puede ser de gran ayuda para el desarrollo de futuras investigaciones más amplias y exhaustivas en torno a los temas abordados.

Su realización permitirá un mayor conocimiento sobre las intervenciones de los Terapeutas Ocupacional en las unidades de cuidados intensivos y su rol humanizador en sus labores. Además, se espera contribuir en dar a conocer el impacto que genera su intervención y la necesidad de generar mayores puestos laborales en dichas unidades para abarcar a los pacientes de manera integral, rehabilitarlos en todas sus áreas y por ende mejorando la calidad de vida al momento del egreso hospitalario.

11. CRONOGRAMA Y PLAN DE TRABAJO



www.unsitiogenial.es

12. PRESUPUESTO

Categoría	Descripción	Cantidad	Monto
Software	Licencia por 2 meses	2	\$ 200.000
Formularios	Tablet con acceso a internet	2	\$ 0
RRHH	Estadístico	1	\$1.120.000
Internet	Wifi para internet	2	\$ 0
Impresiones	Pautas, consentimiento informado	100	\$150.000
Coffee Break	Alimentación	2	\$200.000
Total			\$1.670.000

13. BIBLIOGRAFÍA:

- (1) Bermejo JC, Villacieros Durban M. Humanización y acción. Rev Iberoam Bioet [Internet]. 22 de octubre de 2018; (8):01-16. Disponible en: <https://doi.org/10.14422/rib.i08.y2018.005>
- (2) Cedeño Vivar VM, Casas Rodríguez J, Moreno Sasig NG, Campuzano Franco MA. Consecuencias que generan a los pacientes ingresados en la unidad de terapia intensiva. RECIMUNDO [Internet]. 10 de diciembre de 2021;5(1):179-85. Disponible en: [https://doi.org/10.26820/recimundo/5.\(esp.1\).nov.2021.179-185](https://doi.org/10.26820/recimundo/5.(esp.1).nov.2021.179-185)
- (3) Kawakami D, Fujitani S, Morimoto T, Dote H, Takita M, Takaba A, Hino M, Nakamura M, Irie H, Adachi T, Shibata M, Kataoka J, Korenaga A, Yamashita T, Okazaki T, Okumura M, Tsunemitsu T. Prevalence of post-intensive care syndrome among Japanese intensive care unit patients: a prospective, multicenter, observational J-PICS study. Crit Care [Internet]. 6 de febrero de 2021;25(1). Disponible en: <https://doi.org/10.1186/s13054-021-03501-z>
- (4) He X, Song Y, Cao Y, Miao L, Zhu B. Post Intensive Care Syndrome: A Review of Clinical Symptoms, Evaluation, Intervention. Heliyon [Internet]. Mayo de 2024. Disponible en: <https://doi.org/10.1016/j.heliyon.2024.e31278>
- (5) Johanna Josepha op't Hoog SA, Eskes AM, Johanna van Mersbergen-de Bruin MP, Pelgrim T, van der Hoeven H, Vermeulen H, Maria Vloet LC. The effects of intensive care unit-initiated transitional care interventions on elements of post-intensive care syndrome: A systematic review and meta-analysis. Aust Crit Care [Internet]. Junio de 2021. Disponible en: <https://doi.org/10.1016/j.aucc.2021.04.010>
- (6) Rousseau AF, Prescott HC, Brett SJ, Weiss B, Azoulay E, Creteur J, Latronico N, Hough CL, Weber-Carstens S, Vincent JL, Preiser JC. Long-term outcomes after critical illness: recent insights. Crit Care [Internet]. 17 de marzo de 2021 [consultado el 23 de febrero de 2025];25(1). Disponible en: <https://doi.org/10.1186/s13054-021-03535-3>
- (7) Van Beusekom I, Bakhshi-Raiez F, de Keizer NF, van der Schaaf M, Termorshuizen F, Dongelmans DA. Dutch ICU survivors have more

- consultations with general practitioners before and after ICU admission compared to a matched control group from the general population. PLOS ONE [Internet]. 23 de mayo de 2019; 14(5):e0217225. Disponible en: <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0217225>
- (8) . Marra A, Ely EW, Pandharipande PP, Patel MB. The ABCDEF Bundle in Critical Care. Crit Care Clin [Internet]. Abril de 2017;33(2):225-43. Disponible en: <https://doi.org/10.1016/j.ccc.2016.12.005>
- (9) Rapolthy-Beck A, Fleming J, Turpin M. Occupational therapy service provision in adult intensive care units in Australia: A survey of workload practices, interventions and barriers. Aust Occup Ther J [Internet]. 2022;69(3):316–30. Disponible en: <http://dx.doi.org/10.1111/1440-1630.12794>
- (10) Santos LP, Pedro TN, Almeida MH, Toldrá RC. Terapia Ocupacional e a promoção da saúde no contexto hospitalar: cuidado e acolhimento / Occupational Therapy and health promotion in the hospital context: care and hospitality. Rev Interinstitucional Bras Ter Ocupacional REVISBRATO [Internet]. 31 de julio de 2018;2(3):607-20. Disponible en: <https://doi.org/10.47222/2526-3544.rbto16020>
- (11) Hernández Lanás O, Sepúlveda Carrasco C. Terapeutas ocupacionales novatos en unidades de cuidados críticos: ¿qué estrategias educativas de rehabilitación y cuidados se implementan en su formación? Cad Bras Ter Ocupacional [Internet]. 2024; 32. Disponible en: <https://doi.org/10.1590/2526-8910.ctoao284937043>
- (12) Ardila Villareal GM. Editorial UNIMAR [Internet]. Vista de Intervención de Terapia Ocupacional en habilidades de procesamiento, funciones mentales en usuarios adultos mayores hospitalizados; 2 de septiembre de 2024. Disponible en: <https://revistas.umariana.edu.co/index.php/BoletinInformativoCEI/article/view/4510/4562>
- (13) SANHUEZA PARRA M, CASTRO SALAS M, MERINO ESCOBAR JM. ADULTOS MAYORES FUNCIONALES: UN NUEVO CONCEPTO EN SALUD. Cienc Enfermería [Internet]. Diciembre de 2005 11(2). Disponible en: <https://doi.org/10.4067/s0717-95532005000200004>

- (14) Fuentetaja AM, Villaverde OI. Intervención psicológica en el ámbito hospitalario. Clin Contemp [Internet]. 29 de marzo de 2019;10(1). Disponible en: <https://doi.org/10.5093/cc2019a2>
- (15) Frías Guzmán M, Haro Águila Y, Artilles Olivera I. Las habilidades cognitivas en el profesional de la Información desde la perspectiva de proyectos y asociaciones internacionales. Investig Bibl Arch Bibl Informacion [Internet]. 22 de marzo de 2017;31(71):201. Disponible en: <https://doi.org/10.22201/iibi.0187358xp.2017.71.57816>
- (16) Vidal Fuentes J. Versión actualizada de la definición de dolor de la IASP: un paso adelante o un paso atrás. Rev Soc Espanola Del Dolor [Internet]. 2020. Disponible en: <https://doi.org/10.20986/resed.2020.3839/2020>
- (17) Cornejo-Ovalle M, Delgado-Becerra I, Molina X, Masferrer D. Instrumentos para medir la capacidad funcional intrínseca y la fragilidad de personas mayores en la Atención Primaria en Chile. Rev Medica Chile [Internet]. Julio de 2022;150(7):930-43. Disponible en: <https://doi.org/10.4067/s0034-98872022000700930>
- (18) Paolinelli G C, González H P, Doniez S ME, Donoso D T, Salinas R V. Instrumento de evaluación funcional de la discapacidad en rehabilitación.: Estudio de confiabilidad y experiencia clínica con el uso del Functional Independence Measure. Rev Medica Chile [Internet]. Enero de 2001 [consultado el 22 de abril de 2025];129(1). Disponible en: <https://doi.org/10.4067/s0034-98872001000100004>
- (19) Yamamoto-Furusho JK, Sarmiento-Aguilar A, García-Alanis M, Gómez-García LE, Toledo-Mauriño J, Olivares-Guzmán L, Fresán-Orellana A. Escala de Ansiedad y Depresión Hospitalaria (HADS): Validación en pacientes mexicanos con enfermedad inflamatoria intestinal. Gastroenterol Hepatol [Internet]. Octubre de 2018;41(8):477-82. Disponible en: <https://doi.org/10.1016/j.gastrohep.2018.05.009>
- (20) Cabrera V, Martín-Aragón M, Terol MD, Núñez R, Pastor MD. La Escala de Ansiedad y Depresión Hospitalaria (HAD) en fibromialgia: Análisis de sensibilidad y especificidad. Ter Psicol [Internet]. Diciembre de 2015 ;33(3):181-93. Disponible en: <https://doi.org/10.4067/s0718-48082015000300003>

- (21) Aguilar-Navarro SG, Mimenza-Alvarado AJ, Palacios-García AA, Samudio-Cruz A, Gutiérrez-Gutiérrez LA, Ávila-Funes JA. Validez y confiabilidad del MoCA (Montreal Cognitive Assessment) para el tamizaje del deterioro cognoscitivo en México. Rev Colomb Psiquiatr [Internet]. Octubre de 2018;47(4):237-43. Disponible en: <https://doi.org/10.1016/j.rcp.2017.05.003>
- (22) Rodríguez-Bores Ramírez L, Saracco-Álvarez R, Escamilla-Orozco R, Fresán Orellana A. Validez de la Escala de Evaluación Cognitiva de Montreal (MoCA) para determinar deterioro cognitivo en pacientes con esquizofrenia. Salud Ment [Internet]. 1 de enero de 2014; 37(6):517. Disponible en: <https://doi.org/10.17711/sm.0185-3325.2014.062>
- (23) Marques R, Araújo AF, Fernandes M, Freitas JS. Applicability of Scales/Indicators for Pain Monitoring in Critically Ill Patients Incapable of Verbalizing: a Systematic Review of the Literature. Rev Soc Espanola Del Dolor [Internet]. 2019;26. Disponible en: <https://doi.org/10.20986/resed.2019.3726/2019>
- (24) Gélinas C, Harel F, Fillion L, Puntillo KA, Johnston CC. Sensitivity and Specificity of the Critical-Care Pain Observation Tool for the Detection of Pain in Intubated Adults After Cardiac Surgery. J Pain Symptom Manag [Internet]. Enero de 2009; 37(1):58-67. Disponible en: <https://doi.org/10.1016/j.jpainsymman.2007.12.022>

ANEXO 1: Técnica de Relajación Muscular Progresiva

Primera fase: de tensión-relajación

Consiste en tensionar y relajar diferentes músculos, sosteniendo unos 10-15 segundos tanto la tensión como la relajación. En este ejemplo nos centraremos en cuatro grupos musculares:

1. Rostro

- Frente: fruncir el ceño fuertemente y, luego, relajarlo lentamente.
- Ojos: cerrarlos, apretándolos y notando la tensión en los párpados y, luego, aflojar.
- Labios y mandíbula: apretar labios y dientes para luego relajar, dejando la boca entreabierta, separando los dientes y dejando la lengua floja.

2. Cuello y hombros

- Cuello: bajar la cabeza hacia el pecho, notando la tensión en la parte posterior del cuello. Relajar volviendo la cabeza a la posición inicial, alineada con la columna.
- Hombros: inclinar ligeramente la espalda hacia adelante llevando los codos hacia atrás, notando la tensión en la espalda. Destensar retornando la espalda a su posición original y reposando los brazos en las piernas.
- Brazos y manos: con los brazos en reposo sobre las piernas, apretar los puños, notando la tensión en brazos, antebrazos y manos. Para destensar, abrir los puños y reposar los dedos en las piernas.

3. Abdomen

Tensar los músculos abdominales, “metiendo barriga” y luego, relajarlos.

Segunda fase: Repaso mental

Consiste en **repasar mentalmente todos los grupos musculares** y comprobar si realmente están relajados y, si es posible, relajarlos aún más.

Tercera fase: Relajación mental

Puede ser de ayuda visualizar una escena agradable que pueda evocar diferentes sensaciones. Un buen ejemplo es visualizarse tumbado en una playa y (evocar los colores, el sonido de las olas, el tacto de la arena, el olor a mar, el calor del sol, la brisa en la piel y así describiendo el lugar.

ANEXO 2: Sugerencias de trabajo Motricidad Fina

- Motivar a la persona a cooperar en parte de las actividades de la vida diaria como por ejemplo: abotonar y desabotonar su abrigo, subir y bajar cierres.



- Con baldes que contengan diversas texturas: como arroz, porotos, semillas, etc. Indicarle a la persona que separe las semillas unas de otras, para potenciar motricidad fina.
- Actividades que impliquen la manipulación manual, como, por ejemplo: pegar imágenes en una superficie con scotch o velcro y colocarlas en diversas alturas, luego darle indicaciones para que las saque con una o ambas manos dependiendo del desempeño. Ir aumentando la dificultad de forma gradual.
- Colocar “pinzas de ropa” en diversas partes del cuerpo enganchándolo en la ropa y que la persona vaya realizando pinza pulgar-índice logre sacarlos e ir dejándolos en un recipiente.



ANEXO 3: Ejercicios de Estimulación Cognitiva

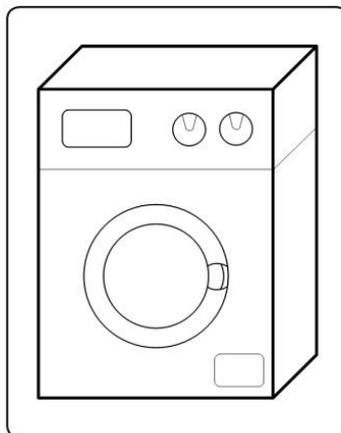
Rodea con círculos todos los plátanos que encuentres como este:



Señala cuál de las dos imágenes de abajo es igual de grande que la de arriba.



Dibuja a la derecha esta lavadora:



ANEXO 4: Escala de Medida de Independencia Funcional (FIM).

Escala de Medida de Independencia Funcional (FIM)

Nombre y Apellido:

Run :

FIM Total	Dominio	Categorías	Puntaje
126 puntos	Motor 91 puntos	Autocuidado	
		1. Alimentación	
		2. Arreglo personal	
		3. Baño	
		4. Vestido hemicuerpo superior	
		5. Vestido hemicuerpo inferior	
		6. Aseo perineal	
		Control de esfínteres	
		7. Control de vejiga	
		8. Control de intestino	
		Movilidad	
		9. Traslado de la cama a silla o silla de ruedas	
		10. Traslado al baño	
	11. Traslado en bañera o ducha		
	Ambulación		
	12. Caminar/desplazarse en silla de ruedas		
	13. Subir y bajar escaleras		
	Cognitivo 35 puntos	Comunicación	
14. Comprensión			
15. Expresión			
Conocimiento social			
16. Interacción social			
		17. Solución de problemas	
		18. Memoria	
Total			

Cada ítem será puntuado de 1 a 7 de la siguiente manera

Grado de dependencia	Nivel de funcionalidad
Sin ayuda	7. Independencia completa 6. Independencia modificada
Dependencia modificada	5. Supervisión 4. Asistencia mínima (mayor del 75% de independencia) 3. Asistencia moderada (mayor del 50% de independencia)
Dependencia completa	2. Asistencia máxima (mayor del 25% de independencia) 1. Asistencia total (menor del 25% de independencia)

Hemicuerpo: cada una de las dos partes en las que se divide el cuerpo; puede ser superior, inferior, derecha e izquierda.

Perineal: pelvis

ANEXO 5: Escala de Ansiedad y Depresión Hospitalaria (HADS)

HADS- Ansiedad (7 ítems)	HADS -Depresión (7 ítems)
1. Me siento tenso(a) o nervioso(a) - 0 — 1 — 2 — 3 +	1. Todavía disfruto con lo que antes me gustaba - 0 — 1 — 2 — 3 +
2. Tengo una sensación de miedo, como si algo horrible me fuera a suceder - 0 — 1 — 2 — 3 +	2. Puedo reírme y ver el lado divertido de las cosas - 0 — 1 — 2 — 3 +
3. Tengo mi mente llena de preocupaciones - 0 — 1 — 2 — 3 +	3. Me siento alegre - 0 — 1 — 2 — 3 +
4. Puedo estar sentado(a) tranquilamente y sentirme relajado(a) - 0 — 1 — 2 — 3 +	4. Me siento como si cada vez estuviera más lento - 0 — 1 — 2 — 3 +
5. Tengo una sensación extraña, como de "aleteo" en el estómago - 0 — 1 — 2 — 3 +	5. He perdido el interés en mi aspecto personal - 0 — 1 — 2 — 3 +
6. Me siento inquieto(a), como si no pudiera parar de moverme - 0 — 1 — 2 — 3 +	6. Me siento optimista respecto al futuro - 0 — 1 — 2 — 3 +
7. Me asaltan sentimientos repentinos de pánico - 0 — 1 — 2 — 3 +	7. Me divierto con un buen libro, la radio o un programa de televisión - 0 — 1 — 2 — 3 +

Puntuación

Puntuación HAD-A:

- 1) <7
- 2) 8-10
- 3) >11

Puntuación HAD-D:

- 1) <7
- 2) 8-10
- 3) >11

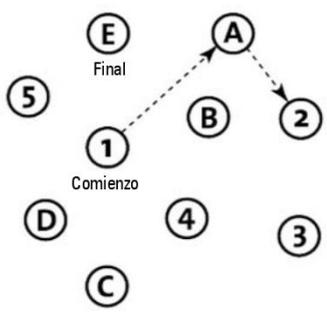
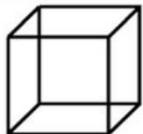
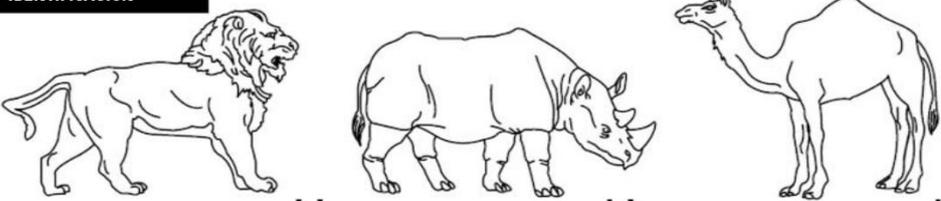
La puntuación de cada subescala puede variar entre 0 y 21
Cuanto mayor sea la puntuación obtenida, habrá mayor intensidad o gravedad de los síntomas.

ANEXO 6: Montreal Cognitive Assessment (MoCa)

MONTREAL COGNITIVE ASSESSMENT (MOCA) (EVALUACIÓN COGNITIVA MONTREAL)

NOMBRE:
Nivel de estudios:
Sexo:

Fecha de nacimiento:
FECHA:

VISUOESPACIAL / EJECUTIVA								Copiar el cubo Dibujar un reloj (Once y diez) (3 puntos)	Puntos	
		[]	[]	[]	[]	[]	[]	[]	[]	___/5
IDENTIFICACIÓN							[]	[]	[]	___/3
MEMORIA	Lea la lista de palabras, el paciente debe repetirlas. Haga dos intentos. Recuérdese las 5 minutos más tarde.		ROSTRO	SEDA	IGLESIA	CLAVEL	ROJO		Sin puntos	
		1er intento								
		2º intento								
ATENCIÓN	Lea la serie de números (1 número/seg.) El paciente debe repetirla. [] 2 1 8 5 4 El paciente debe repetirla a la inversa. [] 7 4 2								___/2	
	Lea la serie de letras. El paciente debe dar un golpecito con la mano cada vez que se diga la letra A. No se asignan puntos si ≥ 2 errores.								___/1	
	Restar de 7 en 7 empezando desde 100. [] 93 [] 86 [] 79 [] 72 [] 65 4 o 5 sustracciones correctas: 3 puntos, 2 o 3 correctas: 2 puntos, 1 correcta: 1 punto, 0 correctas: 0 puntos.								___/3	
LENGUAJE	Repetir: El gato se esconde bajo el sofá cuando los perros entran en la sala. [] Espero que él le entregue el mensaje una vez que ella se lo pida. []								___/2	
	Fluidez del lenguaje. Decir el mayor número posible de palabras que comiencen por la letra "P" en 1 min. [] ____ (N ≥ 11 palabras)								___/1	
ABSTRACCIÓN	Similitud entre p. ej. manzana-naranja = fruta [] tren-bicicleta [] reloj-regla								___/2	
RECUERDO DIFERIDO	Debe acordarse de las palabras SIN PISTAS	ROSTRO	SEDA	IGLESIA	CLAVEL	ROJO		Puntos por recuerdos SIN PISTAS únicamente	___/5	
	Optativo	Pista de categoría								
		Pista elección múltiple								
ORIENTACIÓN	[] Día del mes (fecha) [] Mes [] Año [] Día de la semana [] Lugar [] Localidad								___/6	
© Z. Nasreddine MD Versión 07 noviembre 2004 www.mocatest.org		Normal ≥ 26 / 30					TOTAL ___/30 Añadir 1 punto si tiene ≤ 12 años de estudios			

ANEXO 7: Critical-Care Pain Observation (CPOT)

Escala Critical- Care Pain Observation Tool- CPOT		
Expresión Facial	Relajado	0
	Tenso	1
	Muesca de dolor	2
Movimientos de los miembros	No realiza movimientos	0
	Protección	1
	Agitación	2
Tensión muscular	Relajado	0
	Tenso	1
	Muy tenso o rígido	2
Adaptación al ventilador	Bien adaptado	0
	Tose pero tolera la ventilación	1
	Lucha con el ventilador	2
Vocalización	Habla en normal tono / no habla	0
	Suspiros, gemidos	1
	Gritos, sollozos	2

*Versión en español no validada y solo a efectos de comprensión del presente trabajo. Extraída de Vázquez Calatayud y col. 2011. Punto de corte >2 puntos (S: 86%, E: 78%)

ANEXO 8: Consentimiento Informado

FORMULARIO DE CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA INVESTIGACION

RESUMEN

La investigación que se pretende realizar tiene el objetivo de evaluar la efectividad de una intervención de Terapia Ocupacional humanizada en pacientes hospitalizados en una unidad de cuidados intensivos a nivel de habilidades funcionales, estado emocional-psicológico, habilidades cognitivas y nivel de dolor durante el periodo comprendido de agosto a octubre del 2025.

Este formulario de consentimiento informado tiene la finalidad de ayudarlo a tomar la decisión de participar en este estudio de investigación.

Léalo minuciosamente, y discuta cualquier inquietud que tenga con el investigador responsable a cargo del estudio, o alguno de sus colaboradores. Igualmente, si lo considera necesario puede discutir su participación en la investigación con su familia o cercanos antes de tomar la decisión.

INVESTIGADOR RESPONSABLE

Sra. Sthefany Nicole Quezada Hernández, Terapeuta Ocupacional del Departamento de Rehabilitación Cardiopulmonar Integral del Instituto Nacional del Tórax.

SEÑOR PARTICIPANTE: ES NUESTRO DEBER INFORMAR A USTED:

- 1.- Que su participación en este estudio es voluntaria. Además, tiene la libertad para decidir si quiere retirarse en cualquier momento, solo comunicando su decisión al investigador responsable.
- 2.- Que la información obtenida será usada únicamente con el propósito de esta investigación, será confidencial. Tendrán acceso a ella solo el investigador responsable y sus colaboradores.
- 3.- Que, si en el futuro la información de usted obtenida fuera usada para otra investigación, se solicitará nuevamente su autorización por medio de otro consentimiento informado.
- 4.- Que usted no recibirá aportes económicos por su participación ni se le cobrarán los exámenes que se le realicen mientras sea participe de esta investigación.
- 5.- Esta investigación no involucra riesgos para los participantes.
- 6.- La duración de este estudio será durante su periodo de hospitalización en la unidad de paciente crítico del Instituto Nacional del Tórax.

EVALUACIONES

Se comenzará por realizar consultas respecto a sus datos personales y médicos.

Se aplicarán 4 pautas al inicio de la investigación divididas en áreas de funcionalidad, emocional, cognitiva y dolor y luego se reaplicarán al ir finalizando la estancia en la unidad. Las pautas son preguntas para responder de manera verbal, excepto la evaluación de dolor que es observacional.

7.- Los resultados de esta investigación pueden ser publicados, sin identificar a los participantes, en medios de difusión con objetivos académicos.

8.- Al firmar a continuación acepta que:

- Leyó este formulario de consentimiento.
- Se le ha explicado el propósito de esta investigación, los procedimientos, los riesgos, los beneficios y los derechos que le asisten y que se puede retirar de esta en el momento que lo desee.
- No renuncia a ningún derecho que le asista.
- Firma este documento, voluntariamente, sin ser forzada/o a hacerlo.
- Al momento de la firma, recibirá una copia firmada y fechada de este formulario de consentimiento.

FIRMA DEL INVESTIGADOR

O PROFESIONAL RESPONSABLE

Nombre: _____

RUT: _____

FIRMA DEL USUARIO

O REPRESENTANTE LEGAL

Nombre: _____

RUT: _____

Teléfono: _____

En (lugar) a __ (día) __ de ____ (mes) _____20_ (año) _