



PONTIFICIA UNIVERSIDAD CATÓLICA DEL ECUADOR

COORDINACIÓN NACIONAL MAESTRÍA EN GESTIÓN DEL CUIDADO

**CUIDADO HUMANIZADO EN SERVICIOS CRÍTICOS: DESAFIOS EN LA
IMPLEMENTACIÓN DE PUERTAS ABIERTAS**

**CARE HUMANIZED CARE IN CRITICAL SERVICES: CHALLENGES IN THE
IMPLEMENTATION OF OPEN DOORS**

Artículo profesional previo a la obtención del título de Magíster en Gestión del Cuidado con
mención en Unidades de Emergencia y Unidades de Cuidados Intensivos

Línea de Investigación: Salud integral, determinación social y desarrollo humano.

Autores:

**JOSSELYN MARIBEL MACÍAS GARCÍA
JIMMY GEOVANNY REYES PINCAY**

Director:

Mg. JORGE LEODAN CABRERA OLVERA

Santo Domingo– Ecuador

Febrero, 2025



PONTIFICIA UNIVERSIDAD CATÓLICA DEL ECUADOR

COORDINACIÓN NACIONAL MAESTRÍA EN GESTIÓN DEL CUIDADO

HOJA DE APROBACIÓN

**CUIDADO HUMANIZADO EN SERVICIOS CRÍTICOS: DESAFIOS EN LA
IMPLEMENTACIÓN DE PUERTAS ABIERTAS**

**CARE HUMANIZED CARE IN CRITICAL SERVICES: CHALLENGES IN THE
IMPLEMENTATION OF OPEN DOORS**

Línea de Investigación: Salud integral, determinación social y desarrollo humano.

Autores:

JOSSELYN MARIBEL MACÍAS GARCÍA

JIMMY GEOVANNY REYES PINCAY

Jorge Leodan Cabrera Olvera , Mg.

DIRECTOR DE TRABAJO DE TITULACIÓN

Fabián Dario Arias Rodríguez, Mg.

CALIFICADOR

Ana Lucia Moscoso Mateus, Mg.

COORDINADOR/A MAESTRÍA EN GESTIÓN DEL CUIDADO

Santo Domingo – Ecuador

Febrero, 2025

DECLARACIÓN DE AUTENTICIDAD Y RESPONSABILIDAD

Yo, JOSSELYN MARIBEL MACÍAS GARCÍA portador de la cédula de ciudadanía No. 131428139-3 declaro que los resultados obtenidos en la investigación que presento como informe final, previo la obtención del Título de Magíster en Gestión del Cuidado con mención en Unidades de Emergencia y Unidades de Cuidados Intensivos son absolutamente originales, auténticos y personales.

En tal virtud, declaro que el contenido, las conclusiones y los efectos legales y académicos que se desprenden del trabajo propuesto de investigación y luego de la redacción de este documento son y serán de mi sola y exclusiva responsabilidad legal y académica.

Igualmente declaramos que todo resultado académico que se desprenda de esta investigación y que se difunda, tendrá como filiación la Pontificia Universidad Católica del Ecuador, Sede Santo Domingo, reconociendo en las autorías al director del Trabajo de Titulación y demás profesores que amerita. Estas publicaciones presentarán el siguiente orden de aparición en cuanto a los autores y coautores: en primer lugar, a los estudiantes autores de la investigación; en segundo lugar, al director del trabajo de titulación y, por último, siempre que se justifique, otros colaboradores en la publicación y trabajo de titulación.

Además, declaro que el presente trabajo, producto de las actividades académicas y de investigación, forma parte del capital intelectual de la Pontificia Universidad Católica del Ecuador, Sede, Santo Domingo de acuerdo con lo establecido en el artículo 16, literal j), de la Ley Orgánica de Educación Superior.

En tal razón, autorizo a la Pontificia Universidad Católica del Ecuador, Sede Santo Domingo , para que pueda hacer uso, con fines netamente académicos, del Trabajo de Titulación, ya sea de forma impresa, digital y/o electrónica o por cualquier medio conocido o por conocerse, siendo el presente documento la constancia del consentimiento autorizado; y, para que sea ingresado al Sistema Nacional de Información de la Educación Superior del Ecuador para su conocimiento público, en cumplimiento del artículo 103 de la Ley Orgánica de Educación Superior.

Josselyn Maribel Macías García

CI.131428139-3

DECLARACIÓN DE AUTENTICIDAD Y RESPONSABILIDAD

Yo, JIMMY GEOVANNY REYES PINCAY portador de la cédula de ciudadanía No. 131706462-2 declaro que los resultados obtenidos en la investigación que presento como informe final, previo la obtención del Título de Magíster en Gestión del Cuidado con mención en Unidades de Emergencia y Unidades de Cuidados Intensivos son absolutamente originales, auténticos y personales.

En tal virtud, declaro que el contenido, las conclusiones y los efectos legales y académicos que se desprenden del trabajo propuesto de investigación y luego de la redacción de este documento son y serán de mi sola y exclusiva responsabilidad legal y académica.

Igualmente declaramos que todo resultado académico que se desprenda de esta investigación y que se difunda, tendrá como filiación la Pontificia Universidad Católica del Ecuador, Sede Santo Domingo, reconociendo en las autorías al director del Trabajo de Titulación y demás profesores que amerita. Estas publicaciones presentarán el siguiente orden de aparición en cuanto a los autores y coautores: en primer lugar, a los estudiantes autores de la investigación; en segundo lugar, al director del trabajo de titulación y, por último, siempre que se justifique, otros colaboradores en la publicación y trabajo de titulación.

Además, declaro que el presente trabajo, producto de las actividades académicas y de investigación, forma parte del capital intelectual de la Pontificia Universidad Católica del Ecuador, Sede, Santo Domingo de acuerdo con lo establecido en el artículo 16, literal j), de la Ley Orgánica de Educación Superior.

En tal razón, autorizo a la Pontificia Universidad Católica del Ecuador, Sede Santo Domingo , para que pueda hacer uso, con fines netamente académicos, del Trabajo de Titulación, ya sea de forma impresa, digital y/o electrónica o por cualquier medio conocido o por conocerse, siendo el presente documento la constancia del consentimiento autorizado; y, para que sea ingresado al Sistema Nacional de Información de la Educación Superior del Ecuador para su conocimiento público, en cumplimiento del artículo 103 de la Ley Orgánica de Educación Superior.

Jimmy Geovanny Reyes Pincay

CI.1317064622

INFORME DE TRABAJO DE TITULACIÓN ESCRITO DE POSTGRADO

Mg. Ana Lucia Moscoso Mateus.

Coordinación de Maestría en Gestión del Cuidado

Pontificia Universidad Católica del Ecuador Sede Santo Domingo

De mi consideración,

Por medio del presente informe en calidad del director/a del Trabajo de Titulación de Postgrado de MAESTRÍA EN GESTIÓN DEL CUIDADO CON MENCIÓN EN UNIDADES DE EMERGENCIA Y UNIDADES DE CUIDADOS INTENSIVOS, titulado “CUIDADO HUMANIZADO EN SERVICIOS CRÍTICOS: DESAFIOS EN LA IMPLEMENTACIÓN DE PUERTAS ABIERTAS” realizado por los maestrantes: Josselyn Maribel Macías García con cédula: No 131428139-3 y Jimmy Geovanny Reyes Pincay con cédula: 131706462-2, previo a la obtención del Título de Magíster en Gestión del Cuidado con mención en Unidades de Emergencia y Unidades de Cuidados Intensivos, informo que el presente trabajo de titulación escrito se encuentra finalizado conforme a la guía y el formato de la Sede vigente.

Además, certifico haber verificado la originalidad y autenticidad del trabajo de titulación por medio del programa anti plagio Turnitin, en respuesta a la normativa institucional vigente.

Santo Domingo, 15 de febrero 2025

Atentamente,

Jorge Leodan Cabrera Olvera, Mg.

DIRECTOR DE TRABAJO DE TITULACIÓN

Profesor Titular Auxiliar I

AGRADECIMIENTOS

Agradecemos sinceramente a todas las personas e instituciones que hicieron posible la realización de este trabajo.

A nuestros profesores, por su dedicación, paciencia y guía a lo largo de nuestra formación. Su apoyo ha sido clave en nuestro desarrollo académico.

A nuestra universidad y al programa de Maestría en Gestión del Cuidado con mención en Unidades de Emergencia y Unidades de Cuidados Intensivos, por brindarnos los conocimientos y recursos necesarios para nuestra formación profesional.

A nuestras familias, por su comprensión y su constante aliento. Su presencia nos ha dado la fortaleza para continuar con determinación.

Por último, extendemos nuestro agradecimiento a todas las personas que de alguna manera han contribuido a la culminación de este estudio. Esperamos que este trabajo sea un reflejo de nuestro compromiso con la enfermería y un incentivo para futuras generaciones.

DEDICATORIA

Este trabajo está dedicado a todas las personas que han sido parte de nuestro crecimiento académico y personal. A nuestras familias, cuyo amor y apoyo han sido fundamentales en nuestra formación. Gracias por su paciencia y confianza en nosotros, que nos han impulsado a alcanzar nuestras metas.

A nuestros docentes y mentores, por compartir con nosotros sus conocimientos y experiencias. Sus enseñanzas han sido esenciales para fortalecer nuestra vocación y compromiso con la enfermería.

Finalmente, dedicamos este logro a la enfermería, una profesión que exige responsabilidad, compromiso y vocación de servicio. Confiamos en que este trabajo aporte al conocimiento y a la mejora de la atención en salud.

RESUMEN

Introducción: El cuidado humanizado en las Unidades de Cuidados Intensivos es un desafío continuo para el personal de enfermería, especialmente en la implementación de políticas de puertas abiertas. Estas prácticas buscan integrar a los familiares en el cuidado del paciente, lo que requiere un balance entre atención clínica y apoyo emocional. **Objetivo:** Analizar los desafíos que enfrenta el personal de enfermería durante la implementación del cuidado humanizado en servicios críticos.

Material y método: Fue de enfoque cualitativo, con diseño fenomenológico de tipo descriptivo, con una muestra de 14 profesionales de enfermería de UCI adultos y pediátricos de hospitales del Ecuador, seleccionados mediante muestreo por conveniencia y saturación de la información, obtenidos mediante la aplicación de entrevistas semiestructuradas validada por prueba piloto, procesadas con el método de Colaizzi, así como el empleo de los criterios COREQ para garantizar la calidad del análisis.

Resultados: Se identificaron seis categorías: 1) Dificultades para la implementación del modelo de puertas abiertas en área críticas.; 2) Influencia del modelo de puertas abiertas en las UCI; 3) Calidad de atención en los servicios de cuidados críticos bajo el modelo de puertas abiertas; 4) Modelo de puertas abiertas una necesidad para el bienestar emocional de las personas; 5) Estrategias para humanizar el cuidado UCI; y 6) Desarrollo del modelo en UCI.

Conclusiones: La implementación del modelo de puertas abiertas mejora el bienestar emocional de pacientes y familiares, pero enfrenta barreras estructurales y organizativas. La formación continua y el diseño de protocolos claros son esenciales para optimizar la atención.

Palabras clave: cuidados críticos; humanización de la atención; percepción; personal de enfermería; estrés psicológico.

ABSTRACT

Introduction: Humanized care in Intensive Care Units (ICUs) is an ongoing challenge for nursing staff, especially in the implementation of open door policies. These practices seek to integrate family members into patient care, which requires a balance between clinical care and emotional support. **Objective:** To analyze the challenges faced by nursing staff during the implementation of humanized care in critical services.

Material and method: The study had a qualitative approach with descriptive phenomenological design. Fourteen adult and pediatric ICU nurses from hospitals in Ecuador, selected by convenience sampling, participated in the study. Semi-structured interviews were conducted, processed with Colaizzi's method. COREQ criteria were used to guarantee the quality of the analysis.

Results: Six categories were identified: 1) Difficulties for the implementation of the open door model in critical areas; 2) Influence of the open door model in ICUs; 3) Quality of care in critical care services under the open door model; 4) Open door model as a necessity for the emotional well-being of people; 5) Strategies to humanize ICU care; and 6) Development of the model in ICUs.

Conclusions: The implementation of the open door model improves the emotional well-being of patients and family members, but faces structural and organizational barriers. Continuous training and the design of clear protocols are essential to optimize care.

Keywords: Critical care; humanization of care; perception; nursing staff; psychological stress.

RESUMO

Introdução: O atendimento humanizado em Unidades de Terapia Intensiva (UTIs) é um desafio constante para a equipe de enfermagem, especialmente na implementação de políticas de portas abertas. Essas práticas buscam integrar os familiares no atendimento ao paciente, o que exige um equilíbrio entre o atendimento clínico e o apoio emocional. **Objetivo:** Analisar os desafios enfrentados pela equipe de enfermagem durante a implementação do atendimento humanizado em serviços críticos.

Método: O estudo teve uma abordagem qualitativa com um desenho fenomenológico descritivo. Quatorze enfermeiros de UTIs adultas e pediátricas de hospitais de Equador, selecionados por amostragem de conveniência, participaram do estudo. Foram realizadas entrevistas semiestruturadas, processadas pelo método de Colaizzi. Os critérios COREQ foram usados para garantir a qualidade da análise.

Resultados: Foram identificadas seis categorias: 1) Dificuldades para a implementação do modelo de portas abertas em áreas críticas; 2) Influência do modelo de portas abertas em UTIs; 3) Qualidade do atendimento em serviços de cuidados críticos sob o modelo de portas abertas; 4) Modelo de portas abertas uma necessidade para o bem-estar emocional das pessoas; 5) Estratégias para humanizar o atendimento em UTIs; e 6) Desenvolvimento do modelo em UTIs.

Conclusões: A implementação do modelo de portas abertas melhora o bem-estar emocional de pacientes e familiares, mas enfrenta barreiras estruturais e organizacionais. O treinamento contínuo e a elaboração de protocolos claros são essenciais para otimizar o atendimento.

Palavras-chave: Cuidados críticos; humanização do atendimento; percepção; equipe de enfermagem; estresse psicológico.

ÍNDICE DE CONTENIDOS

1. Introducción.....	1
2. Materiales y métodos.....	4
3. Resultados.....	6
4. Discusión.....	15
5. Conclusiones.....	18
6. Referencias bibliográficas.....	19

1. INTRODUCCIÓN

Las unidades de cuidados intensivos constituyen unas de las áreas críticas dentro de los hospitales, las cuales están diseñadas para proporcionar atención especializada a pacientes graves y potencialmente críticos; en estas unidades se admiten pacientes con el objetivo principal de estabilizar su condición médica, preservar la función orgánica y minimizar las secuelas derivadas de su enfermedad o estado de salud (1). Sin embargo, al ser un área compleja la presencia de familiares es restringida, lo cual representa un obstáculo significativo para promover un entorno más humano y accesible.

En este contexto, con la aparición de la pandemia COVID-19, se impusieron severas restricciones en las salas de cuidados intensivos para mitigar la propagación del virus (2). Estas medidas, aunque esenciales para la salud pública, tuvieron repercusiones relevantes en el ámbito emocional tanto para los pacientes como para sus familiares. La limitación en las visitas no solo redujo el crucial apoyo emocional, sino que también afectó la participación de los familiares en el cuidado de sus seres queridos, un aspecto vital para el bienestar durante situaciones críticas de salud. Sin embargo, antes de la pandemia las unidades críticas habían adoptado directrices más flexibles, reemplazando horarios restringidos con políticas de acceso más abierto, a pesar de los obstáculos que presentan, promoviendo un entorno hospitalario más compasivo y solidario (3).

Por otra parte, la implementación de políticas de visitas abiertas en las áreas de cuidados críticos enfrenta un reto considerable en un mundo marcado por la globalización y cambios profundos; es esencial identificar y abordar las necesidades tanto potenciales como reales de pacientes, familiares y personal médico, integrando a la familia en sus cuidados, ajustándose a las condiciones clínicas específicas, puede brindar un apoyo crucial para aquellos que están separados de su entorno habitual; esta cercanía del cuidador o familiar no

solo promueve la recuperación del paciente, sino también su reintegración exitosa en la sociedad (4).

Por su parte según, Jungstrand et al. (5), mencionan que restringir las horas de visita en la Unidad de Cuidados Críticos Intensivos aumentan el riesgo de malestar psicológico entre los familiares; por lo que, se han desarrollado diversas políticas y tecnologías nuevas de visita para facilitar la comunicación con estos familiares; por lo tanto, es necesario la realización de más estudios para determinar el entendimiento del impacto de estas políticas y tecnologías de visita, así como para identificar métodos óptimo que mejoren el bienestar de los familiares.

Además, la necesidad de humanizar los cuidados intensivos es evidente en múltiples ámbitos, afectando tanto a los profesionales de la salud como a los pacientes, dada la constante presencia de relaciones interpersonales; esta prioridad es esencial no solo en la atención intensiva, sino también en otras áreas de la salud. En el contexto hospitalario, en particular, se encuentran situaciones delicadas debido a la vulnerabilidad inherente y el sufrimiento que acompañan el proceso de enfermedad (6).

En igual forma, Maloh et al. (7), manifiestan que la implementación de políticas de visitas abiertas también ha generado desafíos para el equipo de salud, estos incluyen como el incremento del estrés físico, la interferencia en los cuidados de enfermería, la fatiga física y mental experimentadas en las familias; las visitas abiertas no impone restricciones en cuanto al tiempo o la duración de la visita, lo cual presenta ventajas como desventajas que varían según el paciente, la familia o los trabajadores de las salas de cuidados intensivos.

Por otro lado, Rojas (8), menciona que las políticas restrictivas en la unidad de terapia intensiva respecto al acceso de familiares se fundamentan en percepciones médicas que temen complicaciones para el paciente; esta práctica puede prolongar la estadía hospitalaria y

aumento del estrés del paciente, especialmente grave dada su condición médica crítica; subrayando la importancia de reconsiderar estas políticas para humanizar el entorno y proporcionar un mayor apoyo a los pacientes como a sus familiares.

Para abordar este desafío de las áreas críticas de puertas abiertas es primordial que el personal de salud se encuentre capacitado para integrar efectivamente a los acompañante en el cuidado del paciente crítico; el mismo que implica que el personal debe recibir formación integral en aspectos cognitivos, de actitudes y procedimientos permitiéndoles así proporcionar apoyo emocional, familiar y social necesario para que pueda satisfacer las diversas necesidades emocionales así como del paciente y de su entorno familiar (4). Según lo descrito, el presente trabajo tuvo como objetivo analizar los desafíos que enfrentan el personal de enfermería durante la implementación del cuidado humanizado en servicios crítico.

2. MATERIALES Y MÉTODOS

Este estudio adoptó una metodología cualitativa con un diseño fenomenológico de alcance descriptivo, para explorar las experiencias y percepciones de los profesionales de enfermería que laboran en áreas críticas sobre la implementación de un modelo de puertas abiertas (9, 10). Además, la investigación incorporó los Criterios Consolidados para la Elaboración de Informes de Investigación Cualitativa (COREQ), que facilitó consolidar aspectos claves sobre la metodología, la recolección de la información y la credibilidad del análisis (11).

Para ello, el estudio estuvo conformado por 14 profesionales de enfermería procedente las Unidades de Cuidados Intensivos de adultos y pediátricas en hospitales públicos del Ecuador. La selección de los participantes se realizó mediante un muestreo no probabilístico por conveniencia y saturación de la información (12). Esto enmarcado en criterios éticos como la autonomía y aceptación a través del consentimiento informado, previo a la explicación de la finalidad de la investigación (13).

Para la recolección de datos, se aplicó la técnica de entrevista semiestructurada, un método flexible que permite obtener respuestas abiertas y facilitan un análisis detallado de la información, como sugieren varios autores (14). La guía de entrevista fue elaborada siguiendo las pautas de Useche et al. (15), garantizando su alineación con los objetivos del estudio, una vez validado a través de una prueba piloto. Las entrevistas se llevaron a cabo en entornos adecuados y siguiendo las recomendaciones de Díaz et al. (16). Estas fueron realizadas presencialmente en la cafetería de la institución sanitaria, así como encuentros virtuales a través de la plataforma Zoom, que fueron grabadas con un promedio de una duración de 20 minutos.

Cabe señalar, que los entrevistados proporcionaron información sociodemográfica en relación al sexo, edad, nivel de formación y área de trabajo; estas se centraron en las preguntas norteadoras: ¿Cuáles son los desafíos que el personal de enfermería enfrenta en la implementación del cuidado humanizado en servicios críticos?; ¿Qué factores son percibidos por las enfermeras que dificultan el implementar el modelo de puertas abiertas en unidades de cuidados intensivos?; ¿Cuál es el impacto de las políticas de visita de puertas abierta en los familiares, pacientes y el equipo de enfermería?; ¿Cómo influye en la calidad de atención la implementación de políticas de puertas abiertas en la terapia intensiva en el estado de salud y bienestar emocional de las personas?; ¿Qué estrategia y recomendaciones percibe el personal de enfermería que se deben desarrollar para garantizar el cuidado humanizado?.

En este sentido, las entrevistas fueron realizada por dos Licenciados en Enfermería (1 hombre y 1 mujer), estos bajo la monitorización y supervisión de 1 Magister en Gestión del Cuidado (1 hombre). Su compromiso con la ciencia y el enfoque humanístico, centrado en el acto de cuidar a pacientes vulnerables hospitalizados en servicios de cuidados críticos.

Para el análisis de la información, estas fueron transcrita utilizando el programa Microsoft Word 2016; se realizó una codificación abierta posterior teniendo en cuenta el método de Colaizzi (17), que mediante una lectura critica reflexiva permitió examinar sus nexos, que a través de un proceso de convergencia y divergencia de las narrativas utilizando un lenguaje EMIC y ETIC (18), lo que permitió establecer códigos colorimétricos para su codificación, a las que se le dio un significado para su agrupación según su relación con los objetivos planteados, así como la semejanzas y diferencias encontradas; los cuales fueron comparados entre los investigadores para verificar, validar y evitar discrepancia, permitiendo la codificación de categoría y subcategoría (19).

3. RESULTADOS

La investigación contó con la participación de 14 profesionales de salud en donde la mayoría fueron de sexo femenino 11, mientras que los 3 restantes fueron masculinos, con un intervalo entre las edades de 26 y 47 años, los mismos que trabajan en las unidades de unidades intensivos de adultos UCIA (7) y pediátricas UCIP (7), con una formación de tercer nivel (10 licenciatura) y de cuarto nivel (4 maestría), como se evidencia en la tabla 1.

Tabla 1. Datos sociodemográficos de los participantes.

Participantes	Sexo	Edad	Nivel de formación	Área de trabajo
E1	F	29	CUARTO NIVEL	UCIA
E2	F	32	TERCER NIVEL	UCIA
E3	F	28	TERCER NIVEL	UCIP
E4	F	34	TERCER NIVEL	UCIP
E5	F	29	CUARTO NIVEL	UCIP
E6	F	40	TERCER NIVEL	UCIA
E7	F	47	TERCER NIVEL	UCIP
E8	M	28	CUARTO NIVEL	UCIP
E9	F	26	TERCER NIVEL	UCIA
E10	M	31	TERCER NIVEL	UCIA
E11	F	32	TERCER NIVEL	UCIP
E12	F	32	CUARTO NIVEL	UCIP
E13	M	38	TERCER NIVEL	UCIA
E14	F	30	TERCER NIVEL	UCIA

Fuente: Elaboración propia de los autores.

De mismo modo, se obtuvieron 2 unidades temáticas declaradas como categorías que agrupan las convergencias de los códigos o emergentes; por otro lado, se obtuvieron 4 categorías directas procedentes de las narrativas, como se evidencia en la tabla 2.

Tabla 2. Codificación en categorías y subcategorización.

Subcategoría	Categoría
	Dificultades para la implementación del modelo de puertas abiertas en área de cuidados intensivos.
Impacto de las políticas de visita de familiares bajo el marco de puertas abiertas.	Influencia del modelo de puertas abiertas en las unidades de cuidados intensivos.
Transcendencia del modelo de puertas abiertas en los pacientes.	
Implicaciones de las políticas de puertas abiertas en los profesionales de enfermería.	
	Calidad de atención en los servicios de cuidados críticos bajo el modelo de puertas abiertas.
	Modelo de puertas abiertas una necesidad para el bienestar emocional de las personas.
	Estrategias y recomendaciones para un cuidado humanizado en unidades de atención crítica.
Aspectos positivos que sobresalen en la implementación del modelo de puertas abiertas en áreas críticas.	Desarrollo del modelo de puertas abiertas en los servicios de cuidados críticos.
Aspectos negativos que sobresalen en la implementación del modelo de puertas abiertas en áreas críticas.	

Fuente: Elaboración propia de los autores.

Categoría 1. Dificultades para la implementación del modelo de puertas abiertas en área de cuidados intensivos.

Esta categoría destaca las principales dificultades y retos para implementar el modelo de puertas abiertas en las Unidades de Cuidados Intensivos, enfocándose en barreras relacionadas con la infraestructura, los recursos humanos y materiales, y aspectos educativos. Las áreas de cuidados críticos suelen presentar limitaciones espaciales que dificultan el flujo adecuado de personas y el control de acceso, junto con preocupaciones sobre la privacidad del paciente y la prevención de infecciones. Además, la carencia de personal especializado y

la falta de programas de capacitación continúa dirigidos a familiares o acompañantes representan desafíos importantes para la viabilidad de este modelo. Estas problemáticas reflejan la necesidad de realizar ajustes estructurales, organizativos y culturales en los servicios de salud, como se evidencian en las siguientes narrativas:

“Dentro de lo que es la unidad de cuidados intensivos, existen muchos factores, entre estos, el espacio limitado, a veces por ser unas áreas donde seguramente existe un estricto control de ingresos y salida tanto de usuarios como de familiares” **E1.**

“La falta de recursos, la preocupación por la privacidad del paciente, el control de infecciones, también la infraestructura de la unidad, la falta de personal suficiente” **E3.**

“Falta de personal suficiente para implementar programa de capacitación continuo para los familiares o acompañantes” **E6.**

Categoría 2. Influencia del modelo de puertas abiertas en las unidades de cuidados intensivos.

Esta analiza los efectos diferenciados que el modelo de puertas abiertas en las Unidades de Cuidados Intensivos genera en familiares, pacientes y personal de enfermería. Para los familiares, su participación en estas áreas puede tener un efecto emocional favorable, fortaleciendo la conexión con el paciente en momentos de alta vulnerabilidad. En cuanto a los pacientes, la proximidad de sus seres queridos suele relacionarse con una evolución clínica más positiva, gracias al apoyo emocional que reciben durante su recuperación. No obstante, para el personal de enfermería, este modelo supone un reto al incrementar su carga laboral, ya que implica una mayor atención y supervisión tanto hacia los pacientes como a sus familiares. Estos aspectos reflejan el impacto multifacético de este enfoque, como se observan en los siguientes testimonios:

(Familiar) “Pueden impactar en cierto factor en la manera emocional” **E1.**

(Pacientes) “La evolución puede verse en mejoría por la presencia de sus seres queridos” **E5.**

(Personal de Enfermería) “Se puede aumentar lo que es la carga de trabajo” **E4.**

Subcategoría 1. Impacto de las políticas de visita de familiares bajo el marco de puertas abiertas.

Esta examina los efectos del modelo de puertas abiertas en las Unidades de Cuidados Intensivos, centrándose en el impacto sobre los familiares, las cuales permiten estar más cerca de los pacientes, favoreciendo su bienestar emocional y reduciendo el estrés y la ansiedad tanto en los pacientes como en los visitantes. La presencia constante de los seres queridos crea un ambiente de apoyo, lo que puede acelerar la recuperación. Sin embargo, la visión de los pacientes conectados a dispositivos médicos invasivos puede generar angustia y ansiedad en los familiares, especialmente si la situación es grave. Aunque estas políticas promueven la conexión emocional, también pueden ser emocionalmente desafiantes para los visitantes debido a la intensidad de la experiencia clínica.

Estos aspectos evidencian las múltiples dimensiones del impacto de este modelo, como se muestra en las siguientes narrativas:

“Los familiares pueden sentirse más tranquilos y conectados con el paciente” **E3.**

“Puede disminuir la ansiedad y el estrés” **E5.**

“Observar a sus seres queridos conectados a dispositivos médicos invasivos puede ser impactante y generar ansiedad” **E6.**

Subcategoría 2. Transcendencia del modelo de puertas abiertas en los pacientes.

Esta subcategoría describe la importancia del modelo de puertas abiertas en los pacientes de las Unidades de Cuidados Intensivos, subrayando sus beneficios en el bienestar emocional y la recuperación. La presencia de familiares crea un entorno emocional más positivo, aliviando la ansiedad y el estrés, lo que favorece una recuperación más rápida y estable. Este acompañamiento refuerza el vínculo emocional entre los pacientes y sus seres queridos, brindándoles un apoyo crucial en momentos difíciles y mejorando su capacidad para afrontar la situación. Además, genera un clima de confianza y calma que contribuye a la estabilidad psicológica de los pacientes. Estos efectos positivos destacan el modelo de puertas abiertas como una herramienta esencial para optimizar la experiencia de los pacientes durante su proceso de recuperación en cuidados intensivos. A continuación, se presentan algunas afirmaciones que reflejan estos beneficios:

“La recuperación de los pacientes es más rápida, ejemplo de esto paciente que han estado bajo sedoanalgesia disminuye la probabilidad de delirium, ante la presencia de su familiar” **E6.**

“El impacto en los pacientes puede ser positivo en términos emocionales si las visitas se manejan adecuadamente, ya que la presencia de la familia puede proporcionarles un sentido de apoyo y tranquilidad” **E12.**

“Puede tener un efecto tranquilizador y mejorar su bienestar emocional” **E14.**

Subcategoría 3. Implicaciones de las políticas de puertas abiertas en los profesionales de enfermería.

Esta resalta los desafíos que enfrentan los profesionales de enfermería con el modelo de puertas abiertas en las Unidades de Cuidados Intensivos. La presencia constante de familiares puede generar una carga adicional, ya que deben gestionar tanto el cuidado del paciente como las necesidades emocionales y educativas de los familiares, afectando su concentración. Además, la mayor necesidad de supervisión y comunicación con los familiares interrumpe el flujo de trabajo habitual, lo que requiere una organización más eficiente. A pesar de estos retos, el modelo fomenta una mayor interacción entre profesionales y familiares, lo que beneficia la recuperación del paciente y apoya tanto a enfermeros como a pacientes a largo plazo. A continuación, se presentan algunas expresiones:

“Podrían enfrentarse distracciones y pues también podría haber una carga adicional de trabajo afectando la concentración en cuidado del paciente” **E3.**

“Mejorar la comunicación con los familiares del paciente y otros podrían sentir que interfiere en su trabajo y aumenta su carga laboral, emocional y profesional” **E5.**

“Los familiares no entienden la gravedad de la situación y pueden generar distracción o incluso tensiones” **E10.**

Categoría 3. Calidad de atención en los servicios de cuidados críticos bajo el modelo de puertas abiertas.

Esta abarca la calidad de atención en las unidades de cuidados críticos bajo el modelo de puertas abiertas se ve afectada por la interacción entre el personal de salud, los pacientes y sus familiares. Este modelo favorece una comunicación más fluida y crea un ambiente más

acogedor, lo que mejora la experiencia de los pacientes al sentirse acompañados. También promueve la colaboración en la atención, permitiendo que los familiares participen activamente en el cuidado del paciente. Sin embargo, puede generar desafíos, como un aumento en la carga de trabajo del personal de enfermería, que debe atender tanto a pacientes como a familiares. Para maximizar los beneficios de este modelo y minimizar los inconvenientes, es fundamental una implementación adecuada que equilibre la atención clínica y el apoyo emocional a las familias.

A continuación, se presentan algunos relatos:

“La implementación de las políticas de puertas abiertas en las unidades de cuidados intensivos, pues, influye muchísimo de manera significativa la calidad de atención” **E1**.

“El modelo de las puertas abiertas puede mejorar la calidad de la atención si se implementa correctamente, ya que esto permite un seguimiento de calidez y comunicación entre los profesionales de salud, los pacientes y en este caso ya con las familiares” **E4**.

“Participar en algunos cuidados como el aseo personal, administración de comida, la estimulación de ejercicios o fisioterapia, siempre bajo supervisión de enfermería” **E9**.

“Desde el punto de vista del equipo médico, podría generar frustración o agotamiento emocional” **E13**.

Categoría 4. Modelo de puertas abiertas una necesidad para el bienestar emocional de las personas.

El modelo de puertas abiertas en las unidades de cuidados críticos impacta de manera significativa el bienestar emocional de pacientes y familiares. La presencia constante de los seres queridos crea un ambiente de apoyo emocional, lo cual reduce la ansiedad y el estrés de los pacientes, favoreciendo su estabilidad emocional. A su vez, esta cercanía fortalece la capacidad emocional de los familiares, proporcionándoles consuelo y tranquilidad al saber que pueden estar cerca de sus seres queridos en momentos difíciles. El apoyo emocional de la familia también juega un papel crucial en la recuperación del paciente, ya que este vínculo puede acelerar su proceso de sanación. A continuación, se presentan testimonios que ilustran este impacto:

“Influye en la capacidad emocional del familiar tanto del paciente como del familiar” **E2**.

“Impacto positivo en el bienestar emocional de los pacientes, pues su familia puede estar cerca, lo que les brinda confort” **E10.**

“Las políticas de puertas abiertas pueden ser muy positivas para los pacientes, ya que contar con el apoyo emocional de sus seres queridos puede contribuir a su bienestar y acelerar su recuperación” **E12.**

Categoría 5. Estrategias y recomendaciones para un cuidado humanizado en unidades de atención crítica.

Esta aborda las estrategias y recomendaciones empleadas para garantizar un cuidado humanizado en las unidades de atención crítica. Es esencial establecer normas claras para las visitas, especialmente en cuanto a los horarios, asegurando que las puertas permanezcan abiertas dentro de un marco organizado que facilite la presencia de los familiares junto a los pacientes. Además, mantener una comunicación precisa y transparente sobre el estado del paciente y los procedimientos médicos es clave para reducir la ansiedad de los familiares. Asimismo, proporcionar apoyo psicológico a los familiares es crucial para ayudarlos a gestionar emocionalmente la situación y afrontar el estrés y la incertidumbre inherentes al entorno de cuidados intensivos. A continuación, se presentan testimonios que ilustran este impacto:

“Fomentar la educación, brindar capacitaciones al personal de salud, también que las visitas sean flexibles en la parte del personal de salud y también que existan espacios de apoyo emocional para familiares donde igual ambos puedan interactuar” **E5.**

“Establecer normas claras para las visitas, los horarios en estos debemos de mantener nuestras puertas abiertas que deben de ser claras y bien definidas” **E7.**

“Comunicar de una forma clara y precisa todo lo que puede ocurrir o el proceder que se puede dar para el paciente” **E8.**

Categoría 6. Desarrollo del modelo de puertas abiertas en los servicios de cuidados críticos.

La categoría se enfoca en el desarrollo del modelo de puertas abiertas en los servicios de cuidados críticos, teniendo en cuenta diversos aspectos clave para su implementación exitosa. Es esencial evaluar las condiciones específicas de cada unidad, como la capacidad del

personal, la disponibilidad de espacio y los protocolos de seguridad, con el fin de garantizar el buen funcionamiento del modelo. Además, la realización de reformas en la infraestructura y ajustes en el personal, incluyendo el aumento de enfermeros y la incorporación de psicólogos, resulta fundamental para crear un entorno que favorezca el bienestar tanto de los pacientes como de sus familiares. A continuación, se presentan algunos testimonios que reflejan este impacto:

“Evaluar las condiciones específicas de cada unidad, como la capacidad del personal para atender a los pacientes, el espacio disponible y los protocolos de seguridad” **E5.**

“Está realizando algunas reformas de infraestructura y ajustes de personal como más enfermos y personal de psicología” **E6.**

Subcategoría 1. Aspectos positivos que sobresalen en la implementación del modelo de puertas abiertas en áreas críticas.

Esta subcategoría resalta los beneficios de implementar el modelo de puertas abiertas en las áreas críticas, subrayando su potencial para mejorar la experiencia de los pacientes y sus familias. Es esencial adoptar medidas apropiadas que aseguren que la seguridad y el bienestar de los pacientes no se vean comprometidos. Este modelo permite que los familiares participen en determinados procedimientos y cuidados, lo que puede ser un apoyo significativo para su bienestar emocional. Sin embargo, es fundamental llevar a cabo una evaluación continua de su efectividad, garantizando que no se vea afectada la calidad de la atención. La implementación debe estar respaldada por protocolos claros que eviten que los beneficios emocionales se vean eclipsados por inconvenientes logísticos o la sobrecarga del personal de salud.

A continuación, se presentan algunas narrativas:

“Ofrecer la oportunidad a los familiares de tener la posibilidad de que participe en determinados procedimientos y cuidados al paciente” **E9.**

“Sería importante realizar una evaluación constante de su efectividad para asegurar que no afecte negativamente la calidad de la atención” **E11.**

“Debería hacerse bajo protocolos muy claros para que los beneficios emocionales no se vean opacados por problemas logísticos o de sobrecarga del equipo de salud” **E12.**

“Cuando se implementen medidas adecuadas para garantizar que no afecte la seguridad y el bienestar de los pacientes” **E14.**

Subcategoría 2. Aspectos negativos que sobresalen en la implementación del modelo de puertas abiertas en áreas críticas.

Esta destaca los desafíos asociados con la implementación del modelo de puertas abiertas en áreas críticas, con un énfasis particular en la falta de recursos y espacio adecuado. La escasez de insumos y personal representa un obstáculo significativo, ya que puede dificultar la puesta en marcha efectiva de este modelo, lo que genera presión adicional sobre el equipo de salud. Asimismo, la limitación del espacio físico se convierte en un reto, ya que muchas unidades no están preparadas para acomodar a los familiares de manera continua sin que esto afecte la calidad del cuidado brindado a los pacientes. Estos factores deben ser evaluados cuidadosamente para evitar que la implementación del modelo comprometa la atención y el bienestar de los pacientes. A continuación, se presentan algunas descripciones:

“No se cuenta con muchos insumos, tener el espacio y los insumos para poder brindar este tipo de áreas” **E4.**

“Analizarse ciertos aspectos como insumos, personal, espacio físico también, entonces se daría su tiempito” **E7.**

4. DISCUSIÓN

La implementación de visitas abiertas en las Unidades de Cuidados Intensivos enfrenta diversos desafíos; en este sentido se identificaron barreras culturales y operativas, como la resistencia del personal y la necesidad de políticas claras y capacitación (20). Del mismo modo, destacaron la importancia de la atención centrada en la familia, señalando beneficios emocionales para pacientes y familiares, pero también limitaciones debido a recursos y personal insuficientes (21).

Por otro lado, la adopción del modelo de puertas abiertas en las unidades de cuidados intensivos ha sido un paso importante hacia una atención más humanizada. Martínez (22) señala que este modelo mejora la satisfacción de pacientes y familias, al facilitar una comunicación más cercana con el personal sanitario. Sin embargo, otros autores analizaron las percepciones del personal de enfermería, evidenciando preocupaciones como la sobrecarga laboral y el estrés, recomendando estrategias como protocolos específicos y comunicación efectiva (23). Por su parte, destacan la importancia de capacitar al personal para abordar los retos operativos y emocionales (24). Estos estudios enfatizan la necesidad de protocolos claros que maximicen los beneficios y garanticen la seguridad en las UCI.

A su vez, las políticas de UCI abiertas como lo mencionan Martínez (22) y Alonso et al. (25), ofrecen tanto beneficios como desafíos para los profesionales de enfermería. Estas políticas fomentan una mayor participación de las familias, lo que mejora el bienestar emocional de los pacientes y favorece una comunicación más fluida. Sin embargo, también presentan riesgos, como las distracciones que pueden afectar al personal y la posible vulneración de la privacidad de otros pacientes. Además, la constante presencia de familiares puede dificultar el control de infecciones y generar una carga emocional para las enfermeras, lo que aumenta el estrés. Ambos estudios coinciden en que es esencial establecer protocolos claros y brindar formación al personal para maximizar los beneficios de las visitas abiertas sin comprometer la calidad de la atención.

Por otro lado, este modelo humaniza las UCI al involucrar a pacientes y familiares en el cuidado, flexibilizando visitas y decisiones de tratamiento, y destaca la formación en empatía y comunicación para atender tanto las necesidades físicas como emocionales de los pacientes (26). Además, la integración de prácticas como el apoyo emocional y el respeto por la dignidad del paciente es fundamental para su bienestar en situaciones críticas (27).

En este sentido, el cuidado humanizado en las Unidades de Cuidados Intensivos (UCI) es crucial para mejorar la experiencia tanto de pacientes como de sus familias. Los enfermeros juegan un papel clave en la implementación de estrategias humanizadas, promoviendo la comunicación, la empatía y la participación de las familias en el proceso de atención. Este enfoque no solo reduce la ansiedad, sino que también incrementa la satisfacción de los pacientes y sus allegados (28). Otro artículo subraya la importancia de la integración profesional y propone mejorar los espacios de trabajo, destacando la infraestructura y la tecnología como factores clave para una atención más eficiente y humana (29). No obstante, coinciden en que la formación continua del personal y la creación de un entorno de trabajo empático son esenciales para asegurar la efectividad de estas estrategias en las UCI.

Es por ello, que el desarrollo del modelo de puertas abiertas en los servicios de cuidados críticos ha cobrado relevancia debido a su impacto positivo en el bienestar emocional de los pacientes y sus familias. Según un artículo, la flexibilidad en los horarios de visitas y la participación activa de los familiares contribuyen a una experiencia más humanizada, reduciendo la ansiedad (30). Por el contrario, otro estudio señala que la presencia constante de los familiares puede generar distracciones, lo que afecta la concentración del personal y pone en riesgo la seguridad de los pacientes (25). La integración de estos enfoques optimiza la experiencia tanto de los pacientes como de las familias, además de mejorar la efectividad del equipo de salud en la UCI.

Es fundamental destacar que esta investigación evidenció que la implementación del modelo de puertas abiertas en unidades de cuidados intensivos supone un desafío considerable para la humanización del cuidado, debido a múltiples barreras estructurales, organizativas y emocionales. En este sentido, se identificó que la vulneración de los derechos humanos y la pérdida de la dignidad de los pacientes, junto con la sobrecarga laboral del personal de enfermería, afectan directamente la calidad de la atención. Por ello, resulta imprescindible reformular normativas y estrategias que aseguren un cuidado basado en la calidad y la calidez. Además, se resalta el compromiso del personal de enfermería en la promoción de la justicia y el respeto dentro de la prestación de servicios de salud en áreas críticas.

Asimismo, se evidenció que la presencia de familiares en unidades de cuidados intensivos contribuye positivamente al bienestar emocional y la recuperación de los pacientes. Sin embargo, también genera un aumento en la carga emocional y laboral del personal de salud.

Entre los principales desafíos se encuentran la escasez de personal, las limitaciones en la infraestructura hospitalaria y la falta de programas de capacitación dirigidos a los familiares, dificultando su integración efectiva en el proceso de atención. A pesar de los beneficios que este modelo puede ofrecer, su implementación continúa enfrentando resistencia y múltiples dificultades operativas.

En este contexto, la investigación aporta un análisis detallado sobre las políticas de puertas abiertas en cuidados críticos y su impacto en pacientes, familiares y profesionales de la salud. Se proponen estrategias enfocadas en mejorar la calidad de la atención, incluyendo la capacitación del personal en competencias emocionales y organizativas, con el fin de facilitar la participación de los familiares en el cuidado del paciente. Asimismo, se enfatiza la necesidad de garantizar el respeto a la dignidad humana y la optimización de los recursos hospitalarios, contribuyendo a la consolidación de una atención más humanizada en los servicios críticos de salud.

5. CONCLUSIONES

El estudio demostró que la implementación del modelo de puertas abiertas en unidades de cuidados intensivos contribuye significativamente a la humanización del cuidado, al facilitar la integración activa de los familiares en el proceso asistencial. Este enfoque no solo disminuye la ansiedad y el estrés en pacientes y familiares, sino que también favorece la recuperación clínica y emocional del paciente. Sin embargo, su implementación enfrenta retos importantes, como limitaciones en la infraestructura hospitalaria, sobrecarga laboral para el personal de enfermería y carencias en la capacitación de los familiares. Estos hallazgos resaltan la importancia de establecer protocolos bien definidos y estrategias de gestión efectivas que permitan maximizar los beneficios emocionales y clínicos de este modelo mientras se minimizan las dificultades operativas.

Pese a los avances logrados, persisten vacíos significativos en la investigación sobre este tema. La falta de estudios longitudinales limita la comprensión de sus efectos a largo plazo en la recuperación de los pacientes y en la sostenibilidad emocional de los profesionales de la salud. Además, no se han desarrollado guías estandarizadas que armonicen las necesidades culturales, sociales y emocionales de los pacientes y sus familias con las demandas operativas de las unidades críticas; así como el impacto de programas de capacitación diseñados específicamente para el personal de salud y los familiares, lo que constituye un obstáculo para garantizar la calidad integral del cuidado.

Cabe señalar, que las instituciones de salud deben priorizar investigaciones y políticas que impulsen la implementación efectiva del modelo de puertas abiertas. Las barreras estructurales, como la insuficiencia de recursos físicos, la sobrecarga emocional y operativa del personal sanitario, y la carencia de protocolos claros, comprometen la calidad y seguridad del cuidado crítico. Es imprescindible diseñar estrategias basadas en evidencia que permitan crear un entorno hospitalario más humanizado, donde la formación integral de profesionales y familiares se oriente hacia una atención centrada en la dignidad, el bienestar y la recuperación del paciente en entornos de alta complejidad.

6. REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Gorordo L, Garduño J, Castañón J. Unidad de Cuidados Intensivos de puertas abiertas: la familia dentro de cuidados intensivos. *Revista Hospital Juárez de México*. 2020;87(2): 106-108. DOI: <http://dx.doi.org/10.24875/RHJM.20000017>
2. Dragoi L, Munshi L, Herridge M. Visitation policies in the ICU and the importance of family presence at the bedside. *Intensive Care Medicine*. 2022; 48(2):1790-1792. DOI: <https://doi.org/10.1007/s00134-022-06848-1>
3. Mailer J, Ward K, Aspinall C. The impact of visiting restrictions in intensive care units for families during the COVID-19 pandemic: An integrative review. *Journal of Advanced Nursing*. 2024;80(4):1355-1369. Disponible en: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/37897120/>
4. Triviño J, Curi S, Jimenez M, Muñoz A, Herrera P. Acompañamiento al paciente en estado crítico percepción del familiar/cuidadores sobre puertas abiertas. *Revis Bionatura*. 2023;8(3):6. Disponible en: <https://revistabionatura.org/files/2023.08.03.16.pdf>
5. Jungstrand L, Holm E, Loise R, Wolf A, Ringdal M. Family member perspectives on intensive care unit in-person visiting restrictions during the COVID-19 pandemic: A qualitative study. *Intensive and Critical Care Nursing*. 2023; 75: 103347. DOI: <https://doi.org/10.1016/j.iccn.2022.103347>
6. Salas M, Maldonado T, Cedillo J. Humanización de los cuidados en las unidades de cuidados intensivos. *Dominio de las Ciencias*. 2023; 92(2):1862-1874. Disponible en <https://dominiodelasciencias.com/ojs/index.php/es/article/view/3381/7614>
7. Maloh H, Jarrah S, Al-Yateem N, Ahmed F, Abu M. Open visitation policy in intensive care units in Jordan: cross-sectional study of nurses' perceptions. *BMC nursing*. 2022; 22(1):336. DOI: <https://doi.org/https://doi.org/10.1186/s12912-022-01116-5>
8. Rojas V. Humanización de los cuidados intensivos. *Revista Médica Clínica Las Condes*. 2019; 30(2): 120-125. DOI: <https://doi.org/10.1016/j.rmclc.2019.03.005>
9. Luciani M, Jack S, Campbell K, Orr E, Durepos P, Li L, Strachan P, Di Mauro S. An introduction to qualitative health research. *Professioni Infermieristiche*. 2019; 72(1): 60-68. Disponible en: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/31162045/>

10. Prado M, Souza M, Carraro T. Investigación cualitativa en enfermería: contexto y bases conceptuales. OPS. 2008. Disponible en: <https://iris.paho.org/handle/10665.2/51581>
11. Tong A, Sainsbury P, Craig J. Consolidated criteria for reporting qualitative research (COREQ): a 32-item checklist for interviews and focus groups. *International Journal for Quality in Health Care*. 2007; 19(6):349–357. DOI: <https://doi.org/10.1093/intqhc/mzm042>
12. Otzen T, Monterola C. Técnicas de Muestreo sobre una Población a Estudio. *International journal of morpholog*. 2017; 35(1):227-232. DOI: <http://dx.doi.org/10.4067/S0717-95022017000100037>
13. Noreña A, Alcazar N, Rojas J, Rebolledo D. Aplicabilidad de los criterios de rigor y éticos en la investigación cualitativa. *Aquichan*. 2012; 12(3): 263-274. Disponible en: http://www.scielo.org.co/scielo.php?pid=S1657-59972012000300006&script=sci_arttext
14. Lopezosa C. (2020). Entrevistas semiestructuradas con NVivo: pasos para un análisis cualitativo eficaz. *Methodos Anuario de Métodos de Investigación en Comunicación Social*, 1: 88-97. Doi: 10.31009/methodos.2020.i01.08
15. Useche M, Artigas W, Queipo B, Perozo E. Técnicas e instrumentos de recolección de datos cuali-cuantitativos. Universidad de La Guajira Primera edición, Editorial Gente Nueva. 2019. Disponible en: <https://repositoryinst.uniguajira.edu.co/handle/uniguajira/467>
16. Díaz L, Torruco U, Martínez M, Varela M. La entrevista, recurso flexible y dinámico. *Investigación en educación médica*. 2013; 2(7):162-167. Disponible en: <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=349733228009>
17. Colaizzi P. Psychological research as the phenomenologist views it. In *Existential-phenomenological alternatives for psychology*. En R. S. Valle & M. King (Eds.) ed.: Oxford University Press; 1978. Disponible en: <https://philpapers.org/rec/COLPRA-5>
18. Corona J, Maldonado J. Investigación Cualitativa: Enfoque Emic-Etic. *Revista Cubana de Investigaciones Biomédicas*. 2018; 37(4). Disponible en: <http://scielo.sld.cu/pdf/ibi/v37n4/ibi22418.pdf>
19. Hernández R, Fernández C, Baptista M. *Metodología de la investigación*. McGRAW-HILL / INTERAMERICANA EDITORES, S.A. DE. 2014; 6(7):1-3. Disponible en:

- https://apiperiodico.jalisco.gob.mx/api/sites/periodicooficial.jalisco.gob.mx/files/metodologia_de_la_investigacion_-_roberto_hernandez_sampieri.pdf
20. Milner K, Marmo A, Goncalves S. (2021). Implementation and sustainment strategies for open visitation in the intensive care unit: A multicentre qualitative study. *Intensive and Critical Care Nursing*,62: 102927.DOI: <https://doi.org/10.1016/j.iccn.2020.102927>
 21. Azoulay, É., Kentish-Barnes, N., Boulanger, C., Mistraletti, G., van Mol, M., Heras-La Calle, G., Cecconi, M. (2024). Family centeredness of care: a cross-sectional study in intensive care units part of the European society of intensive care medicine. *Annals of Intensive Care*, 14(1): 77.DOI: <https://doi.org/10.1186/s13613-024-01307-0>
 22. Martínez R. (2021) Humanización en la Unidad de Cuidados Intensivos. *Medicina crítica (Colegio Mexicano de Medicina Crítica)*, 35(3): 144-147.DOI:10.35366/100003.
 23. Alonso A, Martínez S, Sánchez A, Gallego J, Fernández M. (2021). Perspectivas de los profesionales de enfermería de cuidados intensivos sobre las visitas abiertas en una UCI. *Enfermería Intensiva*, 32(2):62-72. DOI: <https://doi.org/10.1016/j.enfi.2020.02.005>
 24. Villacreses K, Bravo G, Zambrano E, Tigse L. (2023). Atención humanizada en UCI. *RECIMUNDO*, 7(4):261-271. DOI: [http://dx.doi.org/10.26820/recimundo/7.\(4\).oct.2023.261-271](http://dx.doi.org/10.26820/recimundo/7.(4).oct.2023.261-271)
 25. Solanas V, Salazar P, Chincolla A, Pardina S, Cillas M. La importancia de las UCIs abiertas y la percepción de las enfermeras. *Revista Sanitaria de Investigación*. (2024). Disponible en: <https://revistasanitariadeinvestigacion.com/la-importancia-de-las-ucis-abiertas-y-la-percepcion-de-las-enfermeras/>
 26. Baeza I, Quispe L. (2020). Proyecto" Humanizando los Cuidados Intensivos", nuevo paradigma de orientación de los Cuidados Intensivos. *Revista de Bioética y Derecho*, (48):11-126. Disponible en: https://scielo.isciii.es/scielo.php?pid=S1886-58872020000100008&script=sci_abstract&tlng=en
 27. Arango D, Jaimes M, Duran S. Cuidado humanizado a los pacientes en cuidados intensivos: una scooping review. 2020. Disponible en: <https://repository.ucc.edu.co/server/api/core/bitstreams/419f8be8-5f2a-4f83-9ec7-9809404a2808/content>

28. Ortega M, Morán R, Oviedo R, Apolinario E. Ejes del cuidado humanizado de enfermería en las Unidades de Cuidados Intensivos. Polo del Conocimiento. 2023;8(12):207-222. Disponible en: <https://www.polodelconocimiento.com/ojs/index.php/es/article/view/6274>
29. Jardes J, Prado K, Dos Santo M, De Moraes M, Fernandes A, Ferreira E, Campos D, De Morais C. (2023). Política nacional de humanização nas ações do acolhimento dos profissionais de saúde em unidade de terapia intensiva / National humanization policy in welcoming healthcare 35 professionals in intensive care units. Pesquisa Brasileira em Saúde, 23(1):45-59. Disponible en: <https://pesquisa.bvsalud.org/portal/resource/pt/biblio-1525878>
30. Garcia P, Albornoz E, González R, Donoso R. Protocolo para una unidad de cuidados intensivos de puertas abiertas. Rev Arbitrada Interdisciplinaria Ciencias Salud. 2023;7(1). Disponible en: <https://doi.org/10.35381/s.v.v7i1.3598>.