



PONTIFICIA UNIVERSIDAD CATÓLICA DEL ECUADOR SEDE SANTO DOMINGO

Dirección de Investigación y Postgrados

**ACTITUD DEL PERSONAL DE ENFERMERÍA ANTE LA PARTICIPACIÓN DE LA
FAMILIA EN CUIDADOS CRÍTICOS**

**NURSING STAFF'S ATTITUDE TOWARDS FAMILY INVOLVEMENT IN
CRITICAL CARE**

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.

Autoras:

**GISSELLA MARIANA MEZA CARREÑO
LUISA ALEJANDRA TENELEMA TOAPANTA**

Directora:

Dr. Sc. MARICELYS JIMENEZ BARRERA

Santo Domingo – Ecuador

Septiembre, 2024



PONTIFICIA UNIVERSIDAD CATÓLICA DEL ECUADOR SEDE SANTO DOMINGO

Dirección de Investigación y Postgrados

HOJA DE APROBACIÓN

**ACTITUD DEL PERSONAL DE ENFERMERÍA ANTE LA PARTICIPACIÓN DE LA
FAMILIA EN CUIDADOS CRÍTICOS**

**NURSING STAFF'S ATTITUDE TOWARDS FAMILY INVOLVEMENT IN CRITICAL
CARE**

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

Autoras:

GISELLA MARIANA MEZA CARREÑO

LUISA ALEJANDRA TENELEMA TOAPANTA

Maricelys Jiménez Barrera, Dra.Sc.

DIRECTORA DE TRABAJO DE TITULACIÓN

Jessica Marjorie García Salas, Mg.

CALIFICADORA

Alisson Patricia Muñoz Guangua, Mg.

CALIFICADORA

Yullio Cano De La Cruz, PhD.

DIRECTOR DE INVESTIGACIÓN Y POSTGRADOS

Santo Domingo – Ecuador

Septiembre, 2024

DECLARACIÓN DE AUTENTICIDAD Y RESPONSABILIDAD

Nosotras, Gissella Mariana Meza Carreño portadora de la cédula de ciudadanía No. 120588662-3 y Luisa Alejandra Tenelema Toapanta portadora de la cédula de ciudadanía No. 094214650-7 declaramos 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, declaramos 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, declaramos 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, autorizamos 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.

Gissella Mariana Meza Carreño

CI.120588662-3

Luisa Alejandra Tenelema Toapanta

CI. 094214650-7

INFORME DE TRABAJO DE TITULACIÓN ESCRITO DE POSTGRADO

Yullio Cano de la Cruz, PhD

Dirección de Investigación y Postgrados

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 ACTITUD DEL PERSONAL DE ENFERMERÍA ANTE LA PARTICIPACIÓN DE LA FAMILIA EN CUIDADOS CRÍTICOS realizado por las maestrantes: Gissella Mariana Meza Carreño portador de la cédula de ciudadanía No. 120588662-3 y Luisa Alejandra Tenelema Toapanta portador de la cédula de ciudadanía No. 094214650-7, 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, noviembre

Atentamente,



Firmado electrónicamente por:
MARICELYS JIMENEZ
BARRERA

Dr. Maricelys Jiménez Barrera

Profesor Titular Principal II

AGRADECIMIENTO

Antes que todo, agradezco a Dios por la salud y vida que nos brinda cada día, y permitirme cumplir con excelencia un nuevo logro en mi carrera profesional.

A mis padres por ser el motor y la fuerza que me impulsa a seguir cumpliendo mis metas, gracias por siempre apoyarme con amor incondicional. Este logro también es ustedes.

De manera especial, extiendo mi gratitud a mi querida tutora doctora Maricelys Jimenez, por compartir su vasto conocimiento y por guiarme con tanto esmero durante todo el proceso de investigación.

A mi compañera tesis, quien me acompañó y brindó su apoyo en todo momento en la realización de este proyecto.

Finalmente, quiero agradecer a todas las personas que estuvieron presentes a lo largo de este proceso, ofreciéndome su apoyo, enseñanza y palabras de ánimo cuando más lo necesitaba.

¡GRACIAS POR CREER EN MÍ Y POR ESTAR A MI LADO!

Luisa Alejandra Tenelema Toapanta

En primer lugar, agradezco a Dios por darme la capacidad y fortaleza de cumplir cada meta que me propongo, por guiar e iluminar mi camino y mantenerme de pie en los momentos difíciles.

Además, agradezco a mi madre, mis hijas, mi hermana y a mi esposo quienes son el pilar fundamental y mi inspiración para seguir adelante.

De igual manera, hago extensivo mi agradecimiento hacia la doctora. Maricelys Jimenez por caminar con nosotras a largo de este camino difícil pero no imposible, por sabernos guiar y brindarnos todo su conocimiento.

A mi colega de tesis, quien a pesar de todos los obstáculos que se han presentado hemos logrado culminar con éxito el propósito que nos planteamos.

Finalmente, termino con mi agradecimiento a las personas que se hicieron presente y me brindaron su apoyo en los momentos difíciles, mil gracias a todos por su paciencia y constante palabras de motivación.

;;;GRACIAS POR SENTIRSE ORGULLOSOS DE LA PERSONA QUE SOY!!!

Gissella Mariana Meza Carreño

DEDICATORIA

Dedicado a mis familiares, a todos quienes siempre me brindaron cariño y ánimos de superación durante mi vida; a mis padres por apoyarme en las decisiones que forjan mi carrera profesional, inculcando valores y enseñándome a no desfallecer ante las adversidades.

Gracias por su apoyo y sacrificio, la mayoría de mis logros se los debo a ustedes.

Luisa Alejandra Tenelema Toapanta

Me complace dedicar este logro a las personas que me han apoyado desde la iniciativa de mis proyectos; a mi madre, hermana e hijas por enseñarme el valor de proteger, luchar por mis sueños y no flaquear ante los obstáculos que se presenten en el camino.

**!!!EL MUNDO ES REDONDO Y LO QUE PUEDE PARECER EL FINAL,
TAMBIÉN PUEDE SER EL COMIENZO!!!**

Gissella Mariana Meza Carreño

RESUMEN

Introducción: El personal de enfermería colabora con la familia en el cuidado, asegurando la seguridad de la persona. Objetivo: Describir la perspectiva del enfermero sobre el papel de la familia en el cuidado de la persona en áreas críticas. Investigación cualitativa, tipo fenomenológica y descriptiva, la muestra fue 12 profesionales de enfermería, seleccionados por muestreo no probabilístico por conveniencia. Se utilizó la entrevista semiestructurada; para el análisis de datos se triangularon los métodos de Hernández y Mendoza, Do Prado et al., y Colaizzi. Se aplicaron los Criterios Consolidados para la Elaboración de Informes de Investigación Cualitativa (COREQ). Resultados: 7 categorías: 1) Limitaciones en el cuidado y atención a la persona en estado crítico ante la participación de la familia. 2) Integración familiar y seguridad - bioseguridad en la atención a la persona en unidad de cuidados críticos: estrategias prácticas del personal de enfermería. 3) Condicionantes temporales y económicos en la participación familiar en el cuidado de paciente crítico. 4) Conflictos en toma de decisiones entre el personal de la salud y la familia. 5) Humanización del cuidado en entornos críticos mediante la colaboración efectiva entre el personal de enfermería y las familias. 6) Diferencias culturales en la interacción entre el personal de salud, la persona enferma y la familia en entornos críticos. 7) Desafíos éticos y bioéticos en el cuidado de personas en entornos críticos. Conclusión: La cooperación entre enfermería y familiares en áreas críticas requiere comunicación clara y empática, aunque el tiempo y los recursos limitaron la participación familiar.

Palabras clave: colaboración; comunicación; enfermería; familia; UCI.

ABSTRACT

Introduction: Nurses collaborate with the family in care, ensuring the safety of the person. Objective: To describe the nurse's perspective on the role of the family in the care of the person in critical areas. Qualitative research, phenomenological and descriptive type, the sample was 12 nursing professionals, selected by non-probabilistic sampling by convenience. A semi-structured interview was used; for data analysis, the methods of Hernandez and Mendoza, Do Prado et al. and Colaizzi were triangulated. The Consolidated Criteria for the Elaboration of Qualitative Research Reports (COREQ) were applied. Results: 7 categories: 1) Limitations in the care and attention to the person in critical condition in the face of family participation. 2) Family integration and safety - biosafety in the care of the person in the critical care unit: practical strategies of the nursing staff. 3) Temporal and economic determinants in family participation in the care of the critically ill patient. 4) Conflicts in decision making between health personnel and the family. 5) Humanization of care in critical environments through effective collaboration between nursing staff and families. 6) Cultural differences in the interaction between health personnel, the ill person and the family in critical settings. 7) Ethical and bioethical challenges in the care of critically ill persons. Conclusion: Cooperation between nurses and family members in critical areas requires clear and empathic communication, although time and resources limited family participation.

Keywords: collaboration; communication; family; ICU; nursing.

ÍNDICE DE CONTENIDOS

1.	INTRODUCCIÓN.....	1
2.	REVISIÓN DE LA LITERATURA	6
2.1.	Fundamentos teóricos.....	6
2.2.	Antecedentes	6
2.2.1.	Antecedentes internacionales.	6
2.2.2.	Antecedentes nacionales.	8
2.3.	Marco contextual.....	9
2.3.1.	Participación de la familia en cuidados críticos.	9
2.3.1.1.	Alcance de la participación de la familia en el entorno de cuidados críticos.....	9
2.3.1.2.	Identificación de roles y responsabilidades de la familia en el proceso de atención. 9	
2.3.2.	Importancia de la participación familiar.	10
2.3.2.1.	Beneficios de la participación familiar en cuidados críticos.....	10
2.3.2.2.	Impacto en la toma de decisiones y en la experiencia de la persona enferma. ..	10
2.3.2.3.	Contribuciones de la participación familiar a la mejora de resultados clínicos.	10
2.3.3.	Factores que influyen en la actitud del personal de enfermería.	11
2.3.3.1.	Percepciones y creencias del personal de enfermería respecto a la participación familiar.	11
2.3.3.2.	Factores organizacionales que afectan la actitud del personal de enfermero.....	11
2.3.4.	Colaboración interprofesional.	12
2.3.4.1.	Rol de otros equipos de la salud en la participación familiar.....	12
2.3.4.2.	Importancia de la comunicación y la coordinación entre el personal de enfermería y otros colaboradores en el ámbito de la salud.	12
2.3.5.	Desafíos y barreras.....	13

2.3.5.1.	Identificación de obstáculos que pueden dificultar la participación de la familia.	13
2.3.5.2.	Barreras institucionales y culturales que afectan la actitud del personal de enfermería.	13
2.3.5.3.	Estrategias para superar desafíos y promover una actitud más favorable.....	14
2.3.6.	Desarrollo del profesional de enfermería.....	14
2.3.6.1.	La formación continua del profesional de enfermería para cambiar actitudes. .	14
3.	METODOLOGÍA DE LA INVESTIGACIÓN	15
3.1.	Enfoque, diseño y tipo de investigación	15
3.2.	Población y muestra	16
3.2.1.	Sujetos de estudios.....	17
3.2.1.1.	Criterios de inclusión.....	17
3.2.1.2.	Criterios de exclusión.....	17
3.2.2.	Escenario de estudio.....	17
3.3.	Técnicas e instrumentos de recogida de datos	17
3.4.	Técnica de análisis de datos	18
3.4.1.	Consideraciones éticas y de rigor científico.....	20
3.4.1.1.	Consentimiento informado ético.....	20
3.4.1.2.	Consideración bioética.....	20
3.4.1.3.	Rigor científico.....	21
4.	RESULTADOS.....	22
5.	DISCUSIÓN.....	23
6.	CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES	38
7.	REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS	39
8.	ANEXOS	48

1. INTRODUCCIÓN

La evolución de la atención médica contemporánea enfatiza la inclusión de los familiares en el cuidado de personas en estado crítico. Sin embargo, las diferentes actitudes de los profesionales de enfermería ante este cambio afectan la eficacia de la cooperación entre el equipo de salud y los familiares en momentos críticos. A pesar de los beneficios evidentes, es crucial comprender y abordar estas diferencias para mejorar la calidad del cuidado.

La Sociedad Norteamericana de Cuidados Intensivos promueven la participación familiar, especialmente en neonatos, reconocidos como clave en la recuperación. Sin embargo, en las personas adultas, la participación se ve limitada por barreras como la necesidad de privacidad, escasas de tiempo para capacitar a familiares. A pesar de su relevancia, escasamente es reportado a nivel internacional y nacional (Sepúlveda et al., 2021).

En cuidados intensivos, Rojas (2019) destaca la histórica implementación de políticas restrictivas de visitas, temiendo que la presencia familiar perjudique a las personas por su estado crítico. Desde 2001, el Instituto de Medicina en Estados Unidos promueve cuidado enfocado en la persona y su entorno familiar, desafiando estas creencias al evidenciar que la flexibilidad horaria y la inclusión de la familia favorecen el bienestar de los pacientes.

Según Gómez et al. (2021) en su investigación la humanización en Cuidados Intensivos en México, compararon diferentes estrategias, resaltando la colocación de fotos de profesionales de la salud en el tórax para la identificación de los pacientes. Por otro lado, en España, se designa a un profesional de enfermería para brindar cuidado a las personas en fase terminal, y la comunicación con los familiares se realiza por vía telefónica. Italia implementa sesiones de musicoterapia y permite a pacientes críticos el uso de dispositivos móviles. Por otro lado, en Argentina, se permite de manera excepcional que las mujeres en trabajo de parto, los menores y las personas con problemas mentales o discapacidades estén acompañados.

Por otra parte, Boada y Guáqueta (2019) destacan que, en las Unidades de Cuidados Intensivos (UCI), los enfermeros son fundamentales en la creación de relaciones terapéuticas en un entorno tecnológico. A pesar de los desafíos para mantener la humanización del cuidado, la interacción entre enfermera, paciente y familia sigue siendo crucial para la recuperación. La

literatura reconoce que la unidad crítica puede generar estrés debido a las restricciones de horarios de visita, carga laboral y poca preparación del profesional enfermero.

Estas realidades subrayan la importancia de la conexión personal en enfermería y la falta de propuestas concretas para preservarla, siendo crucial explorar enfoques más pragmáticos y novedosos que identifiquen problemas y propongan soluciones prácticas basadas en evidencia, como involucración de la familia en la atención al paciente, mejorando así la calidad del cuidado brindado por los profesionales enfermeros.

En la UCI, Díaz y Ballesteros (2021) subrayan la importancia de la comunicación, influenciada por la cultura, lo que puede complicar los encuentros físicos y emocionales. A pesar de ello, los familiares valoran la receptividad y amabilidad del personal de enfermería, lo que puede generar satisfacción y tranquilidad para enfrentar estos desafíos. La familia espera una comunicación fundamentada en el respeto, el apoyo y honestidad, resaltando la empatía y claridad en la información como aspectos clave.

En consecuencia, Duque et al. (2021) hablan sobre la discrepancia de opiniones entre los profesionales de la unidad crítica sobre la implicación familiar es un problema primordial. Algunas enfermeras ven la presencia y el respaldo emocional de la familia como beneficiosos, mientras que otras los perciben como una carga. Esta divergencia obstaculiza la comprensión de las necesidades familiares y dificulta la implementación de un cuidado holístico que las aborde integralmente.

Para garantizar un cuidado de enfermería efectivo y humanizado, es esencial mantener a los familiares cerca del paciente para permitir la proximidad física y la comunicación abierta con el personal médico. Este enfoque fortalece el apoyo emocional y contribuye a la recuperación del paciente, resaltando la importancia de la humanización en la atención enfermera.

De manera similar, Barrezueta y Zevallos (2021) señalan que, en Ecuador se resalta la importancia de mantener el enfoque humano en la práctica de los profesionales de enfermería. Su habilidad para forjar vínculos personales con los pacientes y sus familias desempeña un papel crucial. Esta conexión eleva la percepción del servicio de atención en salud, destacando los aspectos positivos y mitigando las deficiencias y limitaciones del sistema de salud. En este contexto, la comunicación se erige como la piedra angular del cuidado humanizado.

Desde la percepción Castelo et al. (2023) destacan que en Ecuador las familias de pacientes en la UCI necesitan atención para preservar su salud mental y física, buscando establecer una relación cercana con los profesionales de la salud para expresar sus necesidades, conflictos e inquietudes. En la UCI, las familias no son solo visitantes, sino parte integral del proceso de atención, experimentando los procedimientos junto con sus seres queridos.

Esta investigación se enfocó en examinar cómo el personal de enfermería percibe y se comunica con los familiares en la UCI. Lo anteriormente indicado motivaron a las autoras para plantear la siguiente pregunta de estudio: ¿Qué perspectivas tiene el personal de enfermería respecto a la participación de la familia en situaciones críticas?

A fin de nortear el estudio se plantearon las siguientes interrogantes:

- ¿Cuáles son las perspectivas del profesional de enfermería en el involucramiento de la familia en el cuidado del ser amado en áreas críticas?
- ¿Qué elementos facilitan la colaboración efectiva entre el personal de enfermería y las familias durante situaciones críticas?
- ¿De qué manera los sentimientos y necesidades expresadas por los familiares de personas en cuidados críticos influyen en la actitud del personal de enfermería hacia la participación activa de la familia en el proceso diario del cuidado?
- ¿Cuáles estrategias prácticas se pueden implementar para integrar de manera más efectiva a la familia en el cuidado diario del ser amado crítico, y para superar las barreras percibidas por el personal de enfermería?

Los objetivos establecidos para llevar a cabo esta investigación fueron:

Objetivo general

Describir la perspectiva del enfermero sobre el papel de la familia en el cuidado de la persona en unidades críticas.

Objetivos específicos

- Delinear los elementos que facilitan la colaboración efectiva entre el personal de enfermería y las familias durante situaciones críticas.

- Develar la influencia de los sentimientos y necesidades expresadas por los familiares de pacientes en cuidados críticos en la disposición del personal de enfermería hacia la implicancia activa de la familia en el proceso diario de atención.
- Proponer la implementación de estrategias prácticas por parte del profesional de enfermería, para una integración más efectiva de la familia en el cuidado diario del ser querido en estado crítico, y superar las barreras percibidas por dicho personal.

Es crucial para optimizar la calidad de la atención y experiencia del paciente, la actitud del personal de enfermería, siendo partícipe la familia en cuidados críticos. Una actitud positiva facilita la comunicación, fomenta procesos de decisiones y fortalece el vínculo entre la familia y el personal de enfermería, contribuyendo a un cuidado enfocado en el paciente durante situaciones críticas. Según lo manifestado por Ardila y Arredondo (2021) la participación familiar se promueve mediante cuidados básicos, comunicación directa y presencia en momentos importantes, priorizando el contacto físico cuando sea necesario.

Ante estas realidades, donde la familia desempeña un papel crucial en el proceso de atención, se hace evidente la importancia del fortalecimiento de las políticas de salud que promuevan su participación activa. La presente investigación estará alineada en un tema prioritario en el campo de la salud al contribuir al Plan de Creación de Oportunidades 2021 – 2025. Específicamente, al objetivo 6: Garantizar el derecho a la salud integral, gratuita y de calidad, el cual busca la modernización del sistema de salud para asegurar servicios de alta calidad de manera eficiente y transparente (Secretaría Nacional de Planificación, 2021).

Por otra parte, esta investigación tendrá un valor novedoso al abordar aspectos del conocimiento que actualmente presentan vacíos y al ofrecer soluciones para los obstáculos que surgen en la comunicación entre el personal de enfermería y los familiares de las personas enfermas en la UCI. En este sentido, el estudio realizado por Ponce y Thurman (2023) enriquecen la comprensión de la dinámica familiar en las unidades médicas, siendo cruciales las interacciones entre la familia, enfermeros y personas graves, resaltando la importancia de la habilidad y sensibilidad de estos profesionales en este entorno.

Finalmente, este estudio tendrá un impacto social significativo al beneficiar a estas personas en estado crítico, sus familias y al profesional enfermero en esta área; proporcionándoles

saberes para mejorar el nivel de cuidado al paciente, promoviendo una contribución más dinámica de los familiares y generando así una experiencia más satisfactoria en entornos críticos.

2. REVISIÓN DE LA LITERATURA

2.1. Fundamentos teóricos

En estrecha relación con la visión integradora de la teórica Peplau (1999) en su teoría la Relaciones Interpersonales, fortalece el vínculo e interacción entre el enfermero y la persona, proporcionando un marco para comprender y mejorar las prácticas de enfermería en diversos contextos de atención.

Desde esta perspectiva, Waldow (2008) afirma que el cuidado es más que una acción; es una forma de ser y relacionarse con uno mismo, con los demás y con el mundo. Se considera innato en los seres humanos y está impregnado de valores y sentimientos. Todas las personas son capaces de cuidar, y su expresión varía según el contexto y las relaciones con otros seres.

2.2. Antecedentes

2.2.1. Antecedentes internacionales.

Ayu et al. (2022) en su estudio Actitud y comunicación de los enfermeros acerca el reporte de incidencias sobre la cultura de seguridad del paciente en el Hospital General Regional Ende, realizado en Caracas Venezuela, tuvo como objetivo evaluar los factores que afectan el nivel de notificación de incidentes en el Hospital General Regional de Ende. Fue un estudio descriptivo-analítico con enfoque transversal, se utilizó un cuestionario de Cultura de Reporte de Incidentes y el cuestionario de actitud, comunicación y trabajo en equipo. Se obtuvo como resultado una reacción significativa entre la actitud de los enfermeros y la comunicación entre los mismos hacia el reporte de incidentes. Se concluyó que la comunicación y las actitudes de los enfermeros deben ser monitoreados más de cerca, creando en este personal una cultura de información sobre los incidentes en los medios hospitalarios.

Ramírez y Soto (2020) en su estudio realizado en Colombia, que tuvo como objetivo determinar las propiedades psicométricas del instrumento “Valoración de relaciones interpersonales enfermera-familia en UCI”. Este estudio fue tipo instrumental, la muestra involucró familiares de la persona enferma en dicha área crítica. Como resultado se obtuvo que el conocimiento en enfermería resalta la importancia de las relaciones interpersonales en ese entorno

y cómo influyen en la planificación de cuidados para la familia, el paciente y las enfermeras. Se concluyó que las características psicométricas del instrumento son apropiadas para evaluar las relaciones interpersonales entre enfermeras y familiares en la unidad de cuidados intensivos.

Díaz y Ballesteros (2021) en su estudio *Comunicación entre la enfermera y el familiar: una relación entre seres humanos honesta, directa y real*, realizado en Bucaramanga y Floridablanca (Colombia), tuvo como objetivo describir las características de la comunicación en un etnos determinado entre la enfermera y el familiar del paciente hospitalizado. Este estudio fue cualitativo con enfoque micro etnográfico basado en una entrevista semiestructurada con cinco preguntas sobre la comunicación con el profesional de enfermería. Como resultado el tema central fue la comunicación entendida como una relación honesta, directa y auténtica entre seres humanos. Como conclusión en la UCI, la comunicación es crucial y exige que las enfermeras sean amables, cordiales, empáticas y claras en su lenguaje. La retroalimentación y disposición constante son fundamentales para mantener este proceso vital en las relaciones humanas.

En un estudio realizado en España por Ventura y Arreciado (2021) cuyo objetivo fue conocer los sentimientos y las necesidades de los familiares de pacientes ingresados en la terapia del Hospital de Cataluña. Se utilizó un enfoque cualitativo de tipo fenomenológico, se aplicó la entrevista semiestructurada, analizadas temáticamente a familiares de los pacientes. Se obtuvo como resultado que los participantes expresaron diversas emociones, por lo que se sugirió aumentar las horas de presencia familiar en la UCI y recibir apoyo de una enfermera educadora del cuidado. Como conclusión se determinó priorizar a la familia, teniendo en cuenta las necesidades afectadas, para la aplicación de estrategias en el cuidado cotidiano de la persona en estado crítico.

Boada y Guáqueta (2019) en su estudio *Elementos para abordar la necesidad de información de las familias en una unidad de cuidados intensivos*, realizado en Santander, Colombia que tuvo como objetivo establecer los elementos para abordar la necesidad de información de las familias en la UCI mediante una revisión integrativa que permita una presentación crítica de la evidencia científica que la describe. En la cual se realizó una revisión integrativa. Como resultado se identificaron las características de la información, valoración de la necesidad de información, habilidades necesarias de la enfermera, participación familiar en el

cuidado, condiciones para abordar la necesidad de información y tipos de información. Como conclusión se obtuvo mejorar el bienestar de los familiares y elevar los estándares de calidad en la atención.

2.2.2. Antecedentes nacionales.

Castelo et al. (2023) en su estudio Satisfacción de familiares de pacientes ingresados a cuidados intensivos por Covid-19, realizado en Santo Domingo-Ecuador, tuvo como objetivo proporcionar recursos primordiales para ofrecer un cuidado íntegro a los pacientes en estado crítico con la finalidad de restaurar su estado de salud en lo posible y asegurar así una mejor calidad de vida. En la cual se realizó un estudio cualitativo. Se obtuvo como resultado poca comunicación entre los familiares y profesional enfermero relacionado con procedimientos efectuados en la UCI. Conclusión: insatisfacción de la familia por el cuidado ofrecido en el área crítica.

2.3. Marco contextual

2.3.1. Participación de la familia en cuidados críticos.

2.3.1.1. *Alcance de la participación de la familia en el entorno de cuidados críticos.*

Según Sepúlveda et al. (2022) la participación familiar centrada en la atención de la persona en situación crítica, articulando al personal sanitario y familia en este cuidado; esto fortalece el cuidado y toma de decisiones junto al equipo médico durante el tratamiento y la recuperación.

Este enfoque resalta la vitalidad de involucrar a la familia en la atención de personas críticamente enfermas, fortaleciendo así la colaboración entre profesionales de la salud y seres queridos, esta participación familiar facilita un proceso de decisión más informado y centrado en el paciente durante el tratamiento y la recuperación. Sin embargo, se deben abordar posibles obstáculos, como barreras culturales o logísticas, para garantizar su efectividad.

2.3.1.2. *Identificación de roles y responsabilidades de la familia en el proceso de atención.*

Las familias juegan múltiples roles en la vida diaria, siguiendo normas de comportamiento en distintos aspectos. Estos roles se adaptan con el tiempo y cambian conforme evolucionan las dinámicas sociales y los modelos de referencia. Además, en el proceso de atención, la familia tiene importantes responsabilidades, como brindar apoyo emocional, coordinar cuidados, participar en decisiones médicas, asegurar el seguimiento de las instrucciones médicas, crear un entorno seguro para la recuperación, educarse sobre la enfermedad del paciente, abogar por sus necesidades en el sistema de atención médica y manejar la información relevante para garantizar una atención efectiva y continua (Muñoz et al., 2020).

La persona que asume el papel de cuidador familiar enfrenta la necesidad de adaptarse y afrontar este nuevo rol, el éxito en esta adaptación depende de cómo valore la situación y de los recursos y habilidades que posea, que incluyen tanto esfuerzos cognitivos como conductuales y están en constante evolución para manejar las demandas del entorno; sin embargo, cuando las demandas superan los recursos disponibles, puede generar estrés y desafíos adicionales para el cuidador (Cuevas et al., 2019).

La información descrita resalta la esencial adaptación y afrontamiento de los cuidadores familiares, subrayando la significativa influencia de la evaluación de la situación y los recursos disponibles en el logro de esta adaptación; igualmente, se vislumbra la necesidad de apoyo y recursos adecuados para garantizar el bienestar de los cuidadores y su capacidad para enfrentar los desafíos.

2.3.2. Importancia de la participación familiar.

2.3.2.1. *Beneficios de la participación familiar en cuidados críticos.*

En su estudio sobre el cuidado en la UCI, Duque et al. (2021) indican que para mejorar la atención y la satisfacción general en ese entorno es crucial incrementar la participación de los miembros de la familia en el cuidado de sus seres queridos. La colaboración de los parientes en el cuidado conlleva beneficios significativos para los pacientes, como una atención más personalizada, mayor apoyo emocional y una sensación de humanización, además, los familiares experimentan ventajas al reducir la incertidumbre y la ansiedad asociadas con el estado de la persona.

Aunque los investigadores ofrecen una visión relevante sobre la colaboración de la familia en el cuidado del ser querido en la UCI, se hace necesario profundizar en aspectos como los posibles desafíos y limitaciones de este enfoque, igualmente en la evidencia empírica que respalda sus beneficios y una discusión más detallada sobre la relación entre el involucramiento familiar.

2.3.2.2. *Impacto en la toma de decisiones y en la experiencia de la persona enferma.*

Estar hospitalizado en una UCI es una experiencia difícil y dolorosa para la persona enferma, lo que puede provocar sentimientos negativos que impactan profundamente en su vida. No obstante, esta situación puede desencadenar aspectos positivos por un cuidado centrado en la persona ofrecida por el personal enfermero, transformando las oportunidades para vivir y comenzar de nuevo (Ruidíaz y Fernández, 2020).

2.3.2.3. *Contribuciones de la participación familiar a la mejora de resultados clínicos.*

Los familiares cuidadores contribuyen con afecto y ánimo para el regreso a casa de la persona recuperada, mantienen la conexión con el hogar y respetan sus creencias religiosas; para

ofrecer confort emocional y espiritual, lo que constituye una importante contribución al bienestar de estos durante su atención médica (Rodríguez et al., 2019).

Espinoza et al. (2021) destacan la falta de inclusión de la familia en el proceso hospitalario, lo cual es fundamental para la comunicación efectiva entre enfermeros y las personas enfermas; resaltando la importancia de comunicar de manera efectiva a los familiares sobre el cuidado de sus seres queridos, facilitando así la recuperación e interpretación de las necesidades de estas personas afectadas por la enfermedad.

Estas realidades evidencian la inclusión familiar en el contexto hospitalario, resaltando su papel crucial como puente entre enfermeros y el ser amado. Sería relevante una exploración más detallada de las implicaciones prácticas y las posibles soluciones para mejorar la participación familiar en este entorno.

2.3.3. Factores que influyen en la actitud del personal de enfermería.

2.3.3.1. *Percepciones y creencias del personal de enfermería respecto a la participación familiar.*

Es crucial entender cómo el enfermero concibe y percibe el cuidado, ya que estas percepciones reflejan sus opiniones, actitudes, información y creencias; esto proporciona una visión más clara de sus experiencias y valores, lo que ayuda a fortalecer su identidad profesional en el entorno hospitalario. Del mismo modo, entender cómo se conceptualiza el cuidado, permite discernir diversas ideas y enfoques, lo que a su vez contribuye a mejorar la calidad brindada del mismo (Melgarejo et al., 2022).

En enfermería, la gestión del cuidado varía según las experiencias; algunos creen que es responsabilidad de los administradores, mientras que los enfermeros asistenciales también la practican diariamente; esta diversidad dificulta entender y diferenciar entre el cuidado y la gestión del cuidado (Vigo, 2020).

2.3.3.2. *Factores organizacionales que afectan la actitud del personal de enfermero.*

Los factores que impactan la actitud de los profesionales de enfermería abarcan desde una carga laboral abrumadora, recursos insuficientes, un ambiente de trabajo estresante, falta de apoyo

por parte del equipo y la administración. La claridad en políticas y procedimientos, oportunidades de desarrollo profesional y una cultura organizacional positiva también influyen significativamente en la actitud del personal de enfermería (Pabón et al., 2021).

2.3.4. Colaboración interprofesional.

2.3.4.1. *Rol de otros equipos de la salud en la participación familiar.*

La participación familiar en actividades educativas sobre el cuidado del ser querido fortalece la comprensión de las necesidades específicas del paciente, fomenta un ambiente de apoyo y comunicación abierta, y capacita a los familiares para tomar decisiones más informadas (Guanche et al., 2019).

2.3.4.2. *Importancia de la comunicación y la coordinación entre el personal de enfermería y otros colaboradores en el ámbito de la salud.*

El equipo de enfermería concibe la comunicación interpersonal como un acto de humanidad fundamental. Consideran que establecer relaciones comunicativas efectivas en un ambiente de armonía y confianza contribuye significativamente al mejor cuidado, alivio del dolor, comprensión mutua y proceso de recuperación de los pacientes (Aguirre et al., 2020).

La capacidad de comunicación es una destreza fundamental para los profesionales de enfermería. No solo es vital para establecer relaciones de apoyo con los pacientes hospitalizados, sino que también contribuye a la seguridad y calidad de la atención proporcionada, y busca promover relaciones armoniosas con los colegas del equipo médico. Esta habilidad ha sido desafiada debido a las características de los nuevos servicios creados para abordar los problemas de salud a nivel mundial, a causa de la pandemia. El aislamiento social, la cuarentena obligatoria y las medidas extremas de protección personal han planteado desafíos significativos para la comunicación efectiva entre los profesionales de enfermería y otros miembros del equipo médico (Quiroga, 2021).

Hoy en día, la comunicación asertiva se reconoce como una responsabilidad tanto de los enfermeros como de otros profesionales del equipo de salud, siendo una herramienta fundamental para humanizar el cuidado. Proporcionar atención de calidad no solo implica tener un sólido

conocimiento científico, sino también desarrollar habilidades de comunicación que les permitan a los enfermeros abordar diversas situaciones en su práctica profesional. La comunicación asertiva se caracteriza por elementos psicológicos, emocionales y pragmáticos, como la duración del discurso, el tono, claridad, empatía, la confianza y el respeto mutuo. Estos aspectos son cruciales para establecer conexiones efectivas y significativas con los pacientes y otros miembros del equipo de atención médica (Yanchapanta y Analuisa, 2022).

Por lo antes mencionado, se evidencia que la coordinación y la interacción entre el personal de enfermería e integrantes del equipo de salud son vitales para proporcionar una atención integral y segura a los pacientes. Esta colaboración asegura que se aborden las necesidades médicas y emocionales de manera holística, previene errores, optimiza los recursos disponibles y promueve un ambiente de trabajo colaborativo. Optimizar los resultados y la satisfacción del paciente.

2.3.5. Desafíos y barreras.

2.3.5.1. *Identificación de obstáculos que pueden dificultar la participación de la familia.*

Se comprende que los familiares de pacientes en la UCI enfrentan una carga emocional y estrés al cuidar de sus seres queridos, y a menudo luchan por sobrellevar la situación. Sin embargo, muchos de ellos sienten que el personal de las unidades críticas no reconoce sus necesidades y preocupaciones, y en ocasiones, no perciben compasión por parte de los profesionales ni comprensión acerca de sus propios sentimientos y dificultades durante la estancia en esta área. Ante esta situación, se sugiere que los enfermeros desempeñen un papel más activo en el cuidado y apoyo a las familias de los pacientes enfermos en la UCI (Duque y Arias, 2021).

2.3.5.2. *Barreras institucionales y culturales que afectan la actitud del personal de enfermería.*

El personal de enfermería puede enfrentarse a diversas barreras institucionales y culturales que influyen en su actitud y desempeño. Escobar et al. (2023) dan a conocer que estas barreras incluyen la falta de recursos y apoyo institucional, una cultura organizacional que no valora adecuadamente al personal, jerarquías y estructuras de poder rígidas, la falta de reconocimiento y recompensa, normas culturales que pueden generar presión y resistencia al cambio, y la ausencia

de oportunidades de capacitación y desarrollo profesional. Superar estas barreras es esencial para crear un entorno laboral positivo que promueva la motivación.

2.3.5.3. *Estrategias para superar desafíos y promover una actitud más favorable.*

En este contexto Lima et al. (2020) recomiendan la implementación de estrategias específicas que aborden las áreas identificadas como más débiles. Los autores resaltan la formación continua, para perfeccionar experiencias en el entorno laboral. Establecer una cultura de seguridad implica adoptar actitudes proactivas por parte de todos los involucrados y reconocer las áreas de mejora holística.

2.3.6. Desarrollo del profesional de enfermería.

2.3.6.1. *La formación continua del profesional de enfermería para cambiar actitudes.*

La educación continua en enfermería es un proceso vital que busca mejorar el desempeño profesional mediante la adquisición y actualización de conocimientos y habilidades. Esta formación, respaldada por teorías pedagógicas, aspira a transformar actitudes y comportamientos para erradicar la rutina laboral y promover una atención de calidad. Investigaciones han demostrado que la educación continua contribuye a una mayor productividad, seguridad laboral y mejores resultados en el cuidado de pacientes. Igualmente, este personal, caracterizado por actitudes como empatía, respeto y compromiso con el aprendizaje, juega un papel esencial en la creación de un entorno laboral positivo y colaborativo (Ortiz et al., 2019).

3. METODOLOGÍA DE LA INVESTIGACIÓN

3.1. Enfoque, diseño y tipo de investigación

La presente investigación tuvo un enfoque cualitativo, con diseño fenomenológico de tipo descriptivo. Este método ofreció una visión exhaustiva y minuciosa del tema estudiado, aportando una perspectiva valiosa sobre las vivencias y los significados otorgados por los participantes.

En este orden de ideas, Hernández et al. (2014) mencionan que la investigación cualitativa tiene como enfoque ampliar la comprensión de los datos al ofrecer profundidad, variedad, interpretación rica, determinantes ambientales, detalles y vivencias singulares. En este contexto, presenta una perspectiva auténtica y completa de los fenómenos, junto con flexibilidad en su abordaje.

En el análisis cualitativo, comprender es una habilidad que implica empatía, se reconoce que los seres humanos poseen la facultad de alcanzarla; para lograr este entendimiento, es esencial considerar la singularidad de cada individuo, cuya subjetividad refleja una experiencia de vida única, según señala De Souza (2012). Al respecto, Do Prado et al. (2013) insisten en que el abordaje cualitativo en enfermería proporciona una conexión con aspectos antropológicos y psicosociales, promoviendo habilidades reflexivas y el uso de diversos marcos teórico-metodológicos. Por ende, siendo esencial la identificación de las necesidades individuales y la creación de métodos de atención efectivos por parte del profesional de enfermería, se requiere un conocimiento inductivo, situado y ético para manejar situaciones complejas, fortaleciendo así la relación entre teoría y práctica.

El diseño de estudio empleado en esta investigación se basó en la corriente filosófica de Husserl (1949) que busca describir y comprender la experiencia tal como se presenta, conocida como fenomenología descriptiva. Esta corriente se enfoca en la conciencia empírica, distinguiéndose por la experiencia en la actitud natural y la posterior transformación de esas experiencias en conocimiento científico mediante reglas específicas. Además, Do Prado et al. (2013) sostienen que la fenomenología sugiere que las experiencias humanas poseen una esencia que no se comprende plenamente a nivel consciente, pero que puede descubrirse a través del cuestionamiento, ya que se manifiesta a través del uso del lenguaje.

En esta perspectiva, Waldow (2015) reconoce la importancia de una presentación teórica sobre el cuidado y su análisis desde una perspectiva filosófica, que se apoye en la fenomenología y el holismo. Esto busca mejorar la comprensión de este fenómeno y promover una práctica enfermera más centrada en el ser humano.

El diseño fenomenológico en el actual estudio facilitó comprender la experiencia subjetiva del personal de enfermería relacionado con la participación familiar en UCI. Considerando las experiencias vividas, percepciones, emociones y significados atribuidos por los enfermeros a la presencia y participación de la familia en este entorno crítico, se promueve una comprensión más completa de este fenómeno en dicho contexto. Para asegurar la precisión metodológica, se utilizaron los 32 ítems de los Criterios Consolidados para la Elaboración de Informes de Investigación Cualitativa (COREQ) (Quemba et al., 2023).

3.2. Población y muestra

Este estudio tuvo como población y muestra 12 enfermeros que laboran en UCI de hospitales públicos en Ecuador. En concordancia con lo antes mencionado, la población se refiere al conjunto completo de individuos, grupos, organizaciones, eventos o elementos sobre los cuales se quiere obtener información o hacer inferencias en un estudio o investigación. Por otra parte, Robles, (2019) y López (2024) afirman que, un grupo representativo es considerado una muestra, para obtener resultados que se puedan generalizar al conjunto completo.

Para seleccionar a los participantes, se utilizó un muestreo no probabilístico por conveniencia. Asimismo, la saturación de categoría se consideró para determinar el tamaño de la muestra. Respaldo lo expresado, Hernández et al. (2014) indican que, en este tipo de muestreo, la selección de los elementos no se basa en la probabilidad, sino que se determina según las características específicas de la investigación o los objetivos del investigador, así como las decisiones tomadas por el indagador. Por otra parte, Ardila y Rueda (2013) señalan que para determinar este tipo de saturación es necesario la habilidad de interpretación conceptual de los datos obtenidos por el investigador.

3.2.1. Sujetos de estudios.

Los participantes del estudio fueron 10 personas de género femenino y 2 de género masculino, provenientes de unidades de atención crítica de diversos hospitales públicos.

3.2.1.1. Criterios de inclusión.

Profesionales de enfermería con experiencia de trabajo de 1 año en UCI.

3.2.1.2. Criterios de exclusión.

Enfermeros que se encontraron ausentes y de licencia por múltiples razones.

3.2.2. Escenario de estudio.

El presente estudio se llevó a cabo en unidades de cuidados intensivos de hospitales públicos del Ecuador.

3.3. Técnicas e instrumentos de recogida de datos

Se aplicó inicialmente la técnica de entrevista semiestructurada a modo de prueba piloto, permitiendo reorganizar aspectos metodológicos del instrumento para la validación del mismo, teniendo como base las preguntas norteadoras como se detalla a continuación: ¿Cuáles son las perspectivas del profesional de enfermería en el involucramiento de la familia en el cuidado del ser amado en áreas críticas?; ¿Qué elementos facilitan la colaboración efectiva entre el personal de enfermería y las familias durante situaciones críticas?; ¿De qué manera los sentimientos y necesidades expresadas por los familiares de personas en cuidados críticos influyen en la actitud del personal de enfermería hacia la participación activa de la familia en el proceso diario del cuidado?; ¿Cuáles estrategias prácticas se pueden implementar para integrar de manera más efectiva a la familia en el cuidado diario del ser amado crítico, y para superar las barreras percibidas por el personal de enfermería?.

A la luz de lo mencionado, se reveló que la guía de entrevista semiestructurada, utilizada en la investigación cualitativa con el diseño implementado en este estudio, facilitó que el interlocutor compartiera sus experiencias sobre la actitud del personal de enfermería y la

participación de la familia en el contexto del cuidado crítico. Según Hernández et al. (2014) este tipo de instrumento abordó dos aspectos esenciales: el empírico, que se centró en respuestas observables a través de cuestionarios y conductas registradas en entrevistas, y el teórico, que se enfocó en conceptos no observables representados por las respuestas. Cabe destacar que, esta herramienta de medición proporcionó datos que reflejaron los conceptos o variables que el investigador buscó estudiar.

Posteriormente a la aplicación y validación de la prueba piloto, se continuó con la técnica seleccionada para la recolección de información del estudio. En este sentido, De Souza (2010) afirma que la entrevista semiestructurada se destaca como una herramienta efectiva en la investigación cualitativa para recopilar datos significativos. De igual manera, Tejero (2021) señala que, es una técnica fundamental en la investigación sociológica y ha ganado relevancia, especialmente en áreas como las ciencias de la salud, al establecer una interacción empática entre el entrevistador y el entrevistado con el objetivo de obtener información.

En consecuencia, se resalta la importancia de la experiencia vivida, la cual refleja la interpretación personal del individuo sobre sus vivencias, ofreciendo una percepción auténtica de la persona entrevistada. A través de la entrevista, el investigador busca entender la perspectiva del sujeto estudiado, incluyendo sus interpretaciones, percepciones, sentimientos y la manera en que categoriza y explica sus acciones.

3.4. Técnica de análisis de datos

Para el análisis de datos del presente estudio, se procedió con la recolección de información mediante sesiones de video y audio a través de la plataforma Zoom. Cada sesión, con una duración promedio de 40 minutos, se programó en horarios previamente acordados con los interlocutores, quienes dieron su consentimiento informado para asegurar la confidencialidad y el anonimato. Se les informó que las grabaciones se utilizarían exclusivamente para el estudio. Posteriormente, las sesiones fueron transcritas manualmente utilizando Microsoft Word 2016 para garantizar una precisa y detallada transcripción de los datos.

A fin de lograr un análisis exhaustivo, se aplicó una triangulación de datos empleando los métodos propuestos por Hernández y Mendoza (2019); Do Prado et al. (2013) y Colaizzi (1978).

Esta estrategia facilitó la integración de diversos enfoques científicos, permitiendo una comprensión más profunda y detallada de los datos recolectados.

Se realizó un análisis minucioso y complejo de las interpretaciones de los testimonios de los participantes, mediante la lectura y relectura de los relatos, lo que permitió identificar significados detallados y promover transparencia y coherencia. Los resultados se presentan en una narrativa general que incluye las unidades de análisis, las categorías y sus relaciones, así como reflexiones, hipótesis y teorías pertinentes (Hernández y Mendoza, 2019). Este enfoque no solo facilitó la creación de códigos de forma inductiva, sino que también estuvo alineado con el objetivo principal del estudio.

Así mismo, Do Prado et al. (2013) en su enfoque afirman que, para la búsqueda de la comprensión se hace necesario clasificar lo convergente, divergente, comparar y dar significado a los datos obtenidos. En este sentido de ideas, en este estudio el análisis de las narraciones y descripción se realizó previo a la transcripción de los discursos identificando temas categorías y subcategorías con la finalidad de una interpretación temática y significado para una visión lo más profunda y holística posible del objeto de estudio, en una continua distinción de la comprensión del fenómeno investigado.

De igual manera, Colaizzi (1978) señala que, es importante realizar transcripción de los datos, extracción de los fragmentos más significativos, formulación de las declaraciones significativas por los sujetos, agrupación en temas comunes para la codificación y categorización descripciones ricas de las experiencias de los participantes, validación de hallazgos y la comprensión de las características del fenómeno de estudio. En este análisis los relatos fueron extraídos haciendo énfasis en datos claves, interpretando declaraciones para identificar temas comunes y agrupándolos en categorías significativas. Estos temas se integraron a un modelo, proporcionando una comprensión profunda de las características del fenómeno estudiado.

Finalmente, se implementó las perspectivas EMIC Y ETIC al estudio, ya que combina la visión interna de los participantes con la externa del indagador. Esto permite una comprensión profunda y matizada del fenómeno en investigación, enriqueciendo el análisis y ofreciendo una visión integral de la realidad estudiada (Corona y Maldonado, 2019).

3.4.1. Consideraciones éticas y de rigor científico.

Las consideraciones éticas, bioéticas y el rigor científico del estudio se basaron en investigaciones previas (Espinoza, 2020; Hernández et al., 2014; Do Prado et al., 2013; Calderón, 2009). La discusión ética debe ser inclusiva, involucrando tanto a académicos como a no académicos. Sin embargo, Viorato y Reyes (2019) señalan que, los estudios con fines lucrativos contradicen los valores fundamentales de la comunidad científica, basándose en criterios como:

3.4.1.1. *Consentimiento informado ético.*

- **Consentimiento informado:** se refiere al proceso mediante el cual los participantes de la investigación son debidamente informados sobre los propósitos, procedimientos, riesgos y beneficios de la investigación en la que están participando. En el estudio, se informó a los participantes sobre el objetivo de la investigación, y cada uno de ellos lo aprobó de manera voluntaria.
- **Confidencialidad:** implica proteger la identidad y la información de los participantes, asegurando que sus datos se manejen de manera segura y no se divulguen sin su consentimiento. En el presente estudio garantizó el anonimato y protegió la confidencialidad de los testimonios proporcionados por los participantes.
- **Honestidad:** significa actuar con integridad, transparencia y veracidad en todas las etapas de la investigación, evitando el fraude, el plagio y los conflictos de interés. En este análisis se garantizó que la información proporcionada fuera pertinente y ética, asegurando así la integridad de los datos.

3.4.1.2. *Consideración bioética.*

- **Autonomía:** se define como la capacidad para tomar decisiones de manera independiente sin estar influenciado por presiones externas indebidas. En este estudio se respetó la participación voluntaria, informando a los participantes que podían abandonar la investigación si así lo deseaba.

3.4.1.3. *Rigor científico.*

- **Credibilidad:** hace reseña a la confianza que se tiene en la calidad y la validez de los resultados obtenidos. Esto implica que los métodos utilizados son adecuados, los datos son precisos y confiables, y las conclusiones están respaldadas por evidencia sólida. Una investigación creíble es aquella que puede ser tomada en serio y confiada por otros investigadores y la comunidad académica. En el marco de esta investigación, se utilizó una guía de entrevista semiestructurada, grabando las sesiones en Zoom. Luego, se transcribieron los resultados, manteniendo el lenguaje original de los participantes para asegurar la veracidad y credibilidad en el análisis y las decisiones tomadas.
- **Transferibilidad:** proporciona información contextual sobre los hallazgos de estudios, igualmente, sobre los participantes describiendo detalladamente las características de estos. En este estudio, se hizo una descripción minuciosa que permitió obtener información tanto convergente como divergente, facilitando el análisis de las narrativas e identificando códigos para definir las unidades temáticas.
- **Consistencia:** hace referencia a la coherencia y estabilidad de los resultados, hallazgos y conclusiones a lo largo del estudio. Esto implica que los datos recopilados, los análisis realizados y las interpretaciones obtenidas se mantengan uniformes y congruentes a lo largo del proceso de investigación. Una investigación sólida demuestra que los resultados son confiables y las conclusiones son válidas, lo que refuerza la confianza en la calidad del estudio. Durante todo el estudio, la coherencia, estabilidad y claridad de los datos permitieron una mayor confianza y validez en los hallazgos.

4. RESULTADOS

Examinadas las declaraciones proporcionadas por los participantes del estudio que responden a las preguntas norteadoras planteadas, surgieron las siguientes categorías y subcategorías: categoría 1: limitaciones en el cuidado y atención a la persona en estado crítico ante la participación de la familia, se reconocieron cuatro subcategorías: desconocimiento familiar; resistencia familiar; escasa colaboración de la persona y de la familia en el proceso de cuidado en el área crítica; déficit en la comunicación al involucrar a la familia en el cuidado del ser querido. Categoría 2: integración familiar y seguridad - bioseguridad en la atención a la persona en unidad de cuidados críticos: estrategias prácticas del personal de enfermería. Categoría 3: condicionantes temporales y económicos en la participación familiar en el cuidado de paciente crítico, se originó una subcategoría: insuficiencia de insumos y deterioro de la gestión del cuidado durante la estancia hospitalaria. Categoría 4: conflictos en toma de decisiones entre el personal de la salud y la familia. Categoría 5: humanización del cuidado en entornos críticos mediante la colaboración efectiva entre el personal de enfermería y las familias, donde surgen dos subcategorías: comunicación abierta y empática; integración interdisciplinaria y participación familiar para el cuidado holístico en áreas críticas. Categoría 6: diferencias culturales en la interacción entre el personal de salud, la persona enferma y la familia en entornos críticos. Categoría 7: desafíos éticos y bioéticos en el cuidado de personas en entornos críticos.

5. DISCUSIÓN

Luego de una lectura reflexiva del material ordenado, se seccionaron los textos manteniendo su contenido en el lenguaje original de los participantes. Luego, se aplicó un resaltado por colores para facilitar la identificación de las categorías y subcategoría emergentes según el lenguaje del investigador. Finalmente, se ordenaron de manera emergente para su interpretación y transliteración a la luz del marco teórico antropológico y social descrito.

Categoría 1: Limitaciones en el cuidado y atención a la persona en estado crítico ante la participación de la familia.

Esta categoría emerge sobre las afirmaciones manifestadas por los participantes en relación a las perspectivas del profesional de enfermería en el involucramiento de la familia en el cuidado del ser amado en áreas críticas, entre los testimonios se destacan los siguientes:

“Existe un poco de resistencia por parte de algunos familiares debido a la situación en la que se encuentra la persona enferma, pues les es difícil ver a su familiar en este entorno” (ET2).

“También se presentan dificultades cuando la familia no comprende completamente la gravedad de la enfermedad o tiene expectativas poco realistas sobre la recuperación del paciente” (ET3).

“El obstáculo principal sería la necesidad de acompañar a su familiar durante la estancia en la UCI, pero, debido a la complejidad del área, no es permitido” (ET12).

La presente categoría está alineada con la primera pregunta norteadora: ¿cuáles son las perspectivas del profesional de enfermería en el involucramiento de la familia en el cuidado del ser amado en áreas críticas?; es importante señalar que, la falta de tiempo, recursos, barreras de comunicación, resistencia de la familia, la dinámica de la unidad, las consideraciones éticas y legales son las barreras más relevantes evidenciadas por el enfermero/a.

El cuidado efectivo se logra al mejorar las relaciones interpersonales, fomentando la salud y el desarrollo personal y familiar. Esto reconoce la importancia de abordar a la persona de manera integral, asegurando que el entorno de cuidado proporcionado por la enfermería sea crucial para la

recuperación. De la misma manera Fuentes et al., (2020); Waldow (2015) critican las limitaciones que separan a las familias del rol activo en el cuidado de la persona en estado delicado, proponiendo un modelo de atención centrado en la familia que integre su conocimiento y experiencia para mejorar el apoyo emocional, la comunicación y los resultados del paciente.

Relacionado a la subcategoría **2.1. Desconocimiento familiar** en sus testimonios tres participantes, mencionaron:

“Desconocimiento que tienen los familiares sobre los cuidados que amerita el paciente hospitalizado en la unidad de cuidados intensivos” (ET1).

“La familia no comprende completamente la gravedad de la enfermedad o tiene expectativas poco realistas sobre la recuperación del paciente” (ET3).

“Los familiares pueden tener dificultades para comprender la complejidad de las condiciones médicas y los procedimientos en la UCI” (ET7).

El desconocimiento de la familia sobre la condición de su ser querido en la UCI es común y estresante. La complejidad del entorno médico y las barreras en la comunicación pueden dificultar su comprensión de la situación del paciente. Es crucial que los equipos médicos mejoren la comunicación, proporcionando información clara y apoyo emocional para ayudar a las familias a navegar mejor esta experiencia difícil y mejorar los resultados del paciente en la UCI.

El personal de enfermería evidencia el desconocimiento que tienen los familiares sobre la estadía de su familiar en la UCI como se detalla en los siguientes testimonios:

“Pues les es difícil ver a su familiar en este entorno, dentro de esto entra como obstáculo la falta de conocimiento” (ET2).

“El familiar al estar presente durante la hospitalización presencia los procedimientos que se le realizan y al preguntar no obtienen la respuesta esperada, esta genera un vacío profundo de desconocimiento sobre la enfermedad” (ET8).

Para Hernández et al. (2020); Sánchez (2021) los familiares experimentan un dolor y sufrimiento intensificado cuando alguien fallece en un entorno hospitalario como la UCI, lejos del

hogar. Esto se agrava por su desconocimiento de los procedimientos y del equipo médico. En el primer ingreso, los familiares esperan sin saber cuánto tiempo estarán allí, lo que aumenta su malestar innecesariamente.

Subcategoría 2.2: Resistencia familiar

“Existe un poco de resistencia por parte de algunos familiares debido a la situación en la que se encuentra la persona enferma” (ET2).

La resistencia de los familiares en la UCI puede deberse a la falta de comprensión de los procedimientos médicos, el deseo de mantener cierto control sobre la situación. Para mitigar esta resistencia, es crucial que se involucre a los familiares en el proceso de cuidado del paciente.

Subcategoría 2.3: Escasa colaboración de la persona y de la familia en el proceso de cuidado en el área crítica.

[...] incluyen la escasa colaboración de pacientes y familiares ante cambios en los estilos de vida propuestos, las dificultades para implementar cambios debido a la falta de colaboración y reticencias de otras disciplinas, como los profesionales médicos” (ET4).

Según Gil et al. (2020) mencionan que, la escasa colaboración de la persona y la familia en el proceso de cuidado en el área crítica puede deberse al desconocimiento y falta de información sobre la situación médica, comunicación deficiente entre el personal médico y la familia, restricciones hospitalarias, sentimientos de impotencia, estrés emocional y una confianza excesiva en los profesionales médicos. Abordar estos factores mediante una comunicación clara, educación sobre el estado del paciente y procedimientos, y políticas que fomenten la participación de la familia puede mejorar significativamente la colaboración en el cuidado del paciente.

Subcategoría 2.4: Déficit en la comunicación al involucrar a la familia en el cuidado del ser querido.

El déficit en la comunicación con la familia en el cuidado del ser querido se debe a información técnica o incompleta, falta de claridad, tiempo insuficiente, acceso limitado a la información, comunicación unidireccional y falta de empatía. Mejorar esto requiere un enfoque

inclusivo y empático del personal de salud, proporcionando información clara, dedicando más tiempo a la comunicación y permitiendo la participación activa de las familias.

[...] uno de los desafíos más comunes es la limitación en la comunicación debido a la carga de trabajo y la falta de tiempo” (ET3).

“Hay ocasiones en que los familiares tienen actitudes negativas que hacen que haya una mala comunicación entre el familiar y el enfermero, esto hace que sea incómodo realizar las actividades con el paciente mientras está su familiar de acompañante” (ET5).

Los factores más estresantes en una UCI son la escasez de personal y el exceso de trabajo. En el Servicio de Urgencias, las situaciones desafiantes e imprevistas en el cuidado también contribuyen al agotamiento y la fatiga de los enfermeros. El estrés de la atención de emergencia incrementa tanto la carga emocional como la de trabajo de los enfermeros (Flores et al., 2022).

“La comunicación debe de existir entre enfermera y familiar de esta manera se logrará el bien común para el paciente, con las indicaciones correspondientes y la interacción entre ambas partes se podrá obtener como conclusión que el familiar colabore en los cuidados que requiera el usuario” (ET1).

“La falta de comunicación efectiva y de información clara y concisa puede generar en la familia sentimientos de ansiedad, preocupación, soledad, desánimo, tristeza y miedo” (ET4).

La familia espera que los profesionales de enfermería se comuniquen con respeto, apoyándose en su red cercana, siendo amables, cálidos, claros, honestos y realistas en su comunicación. También buscan recibir información de manera segura, sin mentiras, de forma directa y usando un lenguaje comprensible, como cuando se dirigen al paciente por su nombre. En este sentido Díaz et al. (2021); King (1977) señalan que, la enfermería es un proceso colaborativo donde la comunicación y el establecimiento conjunto de metas son fundamentales, así mismo, el sujeto es considerado como un sistema abierto en constante interacción con su entorno.

Categoría 2: Integración familiar y seguridad - bioseguridad en la atención a la persona en unidad de cuidados críticos: estrategias prácticas del personal de enfermería.

La siguiente categoría aborda la importancia de incorporar a la familia en el proceso de cuidado del paciente en entornos críticos, garantizando el cumplimiento de las normas de seguridad y bioseguridad. Además, se identifican las estrategias que el personal de enfermería utiliza para equilibrar la participación familiar con la necesidad de mantener un ambiente seguro para el paciente, el personal y los propios familiares, esto como se evidencia en los siguientes relatos:

[...] incurren en el error, en ocasiones no realizan las técnicas asépticas antes de ingresar al área o no acatan las sugerencias que se les indica” (ET1).

[...] indicaciones del cuidado a tener para/con el paciente al momento de visitarlo” (ET6).

“La completa obediencia o buena escucha en cuanto al uso correcto de prendas de protección y aseo de familiares en horas de visitas” (ET6).

Las indicaciones o señales que reciben los familiares al ingresar al hospital, hasta llegar a la sala de espera o a la UCI suelen ser confusas, si es que hay alguna. El impacto emocional de las noticias recibidas puede hacer que los familiares malinterpreten las indicaciones o se confundan, lo que podría llevarlos a usar incorrectamente el equipo de protección personal (EPP) (Sánchez, 2021).

[...] miedo de las familias a cometer errores en el cuidado del paciente (ET10).

Las familias suelen preguntar sobre las máquinas, alarmas y la evolución del paciente, queriendo asegurar que mejora, aunque deben entender que la recuperación es lenta y puede no haber cambios diarios. Aunque los pacientes intubados o inconscientes no disfruten plenamente de las visitas y los familiares sientan que hacen poco, las visitas y la participación en los cuidados son esenciales. Las familias deben superar el miedo a visitar, ya que son fundamentales para la recuperación del paciente (Sánchez, 2021).

“Como estrategia pienso que se debería de dar charlas educativas antes de que el familiar ingrese al área, aprovechar el tiempo de visita para interactuar con el familiar y darles ciertas pautas que requiere el paciente entre estas se puede incluir los cuidados que tendría que recibir

cuando obtenga su alta médica puesto que algunos pacientes van a requerir cuidados en el hogar” (ET1).

“Una de las principales estrategias sería que el familiar se encuentre capacitado sobre la patología de su paciente para así poder brindar el correcto cuidado, y buena comunicación con el personal de enfermería” (ET5).

[...] implementar estrategias prácticas como proporcionar educación y orientación, establecer una comunicación abierta y regular, incluir a las familias. en el plan de cuidados del paciente, brindar apoyo emocional” (ET10).

“Implementar estrategias de educación como charlas en correctos cuidados dirigidas a los familiares de los pacientes junto con el equipo integral de la unidad de cuidados intensivo con el fin de darle una visión más integral sobre el correcto cuidado” (ET11).

Las soluciones parciales incluyen estrategias de comunicación, organización del espacio, distribución de la información y señalización. El equipo de enfermería suele evaluar las circunstancias de cada familiar para brindar un trato más personalizado. A veces, las familias no comprenden bien las explicaciones, y algunos médicos utilizan videos o imágenes para clarificar la situación (Sánchez, 2021).

[...] capacitar al personal en habilidades de comunicación y trabajo en equipo interdisciplinario” (ET10).

Se han establecido lineamientos internacionales que promueven la inclusión de programas de seguridad del paciente. Estos programas destacan la importancia de la comunicación efectiva entre los equipos de atención y la capacitación continua, además de implementar estrategias técnicas para reducir eventos adversos. Lograr esto requiere buenas relaciones interpersonales, apoyo mutuo entre los miembros del equipo, liderazgo efectivo y empatía, lo que permite abordar al paciente de manera integral y comprenderlo como un ser humano complejo (Rangel, 2019).

Categoría 3: Condicionantes temporales y económicos en la participación familiar en el cuidado de paciente crítico.

Los participantes señalan factores predisponentes que dificultan que los familiares colaboraran en el cuidado diario, de tal manera los testimonios señalan lo siguiente:

[...] la falta de tiempo y en algunas ocasiones la falta de recursos económicos” (ET2).

Según lo manifestado por Ochoa et al. (2023) dan a conocer que los miembros de la familia pasan por muchas dificultades mientras su ser querido está en la UCI. Físicamente, pueden sentirse agotados, cansados, sin energía, con falta de tiempo y con problemas nutricionales. Emocionalmente, pueden desarrollar ansiedad y depresión, además de experimentar miedo, tristeza, incertidumbre e impotencia. Además, su economía se ve afectada debido a la dificultad para trabajar, los gastos de transporte al hospital, los costos hospitalarios y la alimentación durante su estancia en la clínica.

[...] como la distancia y los horarios de visita restringidos, también pueden limitar la participación de la familia en el cuidado” (ET3).

La distancia y los horarios de visita restringidos también pueden limitar significativamente la participación de la familia en el cuidado del paciente. Estas restricciones dificultan que los familiares estén presentes para apoyar emocionalmente al paciente, participar en decisiones médicas y colaborar en el cuidado diario. La falta de presencia física puede aumentar el estrés y la ansiedad tanto del paciente como de los familiares, impidiendo una comunicación fluida y efectiva con el equipo médico. Esto puede afectar negativamente la calidad del cuidado y el bienestar general del paciente (Valencia et al., 2020).

Subcategoría 3.1: Insuficiencia de insumos y deterioro de la gestión del cuidado durante la estancia hospitalaria.

[...] compromiso del familiar ante la necesidad de insumos o medicamentos indispensables para la mejora del paciente (ET6).

Un hospital debe prestar atención especial como lugar de ingreso para usuarios que buscan resolver malestares repentinos que afectan su salud. Sin embargo, muchos hospitales básicos

enfrentan desafíos como la alta demanda de pacientes, falta de personal de salud y escasez de insumos. Estas limitaciones pueden llevar a la insatisfacción de los usuarios y generar conflictos internos dentro de la institución. El compromiso del familiar en proporcionar insumos o medicamentos esenciales para la mejora del paciente es crucial. Involucrándose activamente en su adquisición y provisión, los familiares apoyan el tratamiento y recuperación del paciente, aliviando parte de la carga del personal médico y garantizando el acceso continuo a los recursos necesarios (Bravo et al., 2021).

[...] evaluar y abordar las barreras percibidas por el personal de enfermería, como la falta de tiempo o la preocupación por la seguridad del paciente (ET3).

La situación actual ha demostrado una limitada comunicación entre los pacientes que necesitan aislamiento y aquellos en hospitalización regular con sus familias. Ante esto, los enfermeros han tenido que encontrar formas intuitivas de mantener y fortalecer el vínculo familiar durante su trabajo, utilizando videollamadas como una estrategia clave para reducir la distancia (Valencia et al., 2020).

Categoría 4: Conflictos en toma de decisiones entre el personal de la salud y la familia.

Esta categoría subraya las tensiones que pueden surgir en la interacción entre los profesionales de la salud y los familiares del paciente en situaciones críticas donde las decisiones médicas son complejas y delicadas. Estas discrepancias dificultan la toma de decisiones, que debe basarse en la situación actual y la evolución clínica del paciente. De esta manera, se percibe los siguientes relatos:

“En situaciones críticas, pueden surgir conflictos entre el personal médico y la familia en cuanto a decisiones de tratamiento y cuidado” (ET7).

[...] dificulta la toma de decisiones en función del desarrollo del paciente real y en base del estado de salud y evolución clínica del paciente” (ET11).

En momentos críticos, pueden surgir desacuerdos entre el personal médico y los familiares respecto a las decisiones de tratamiento y cuidado del paciente. Estas discrepancias dificultan la toma de decisiones, que debe basarse en la situación actual y la evolución clínica del paciente. Es

crucial proporcionar información honesta y precisa a las familias de pacientes críticos para que puedan participar activamente en las decisiones y sentir un mayor control, aunque a veces el personal no logra comunicarse efectivamente en este sentido. La colaboración interdisciplinaria en la toma de decisiones puede beneficiar tanto a las familias como a los profesionales de la UCI (Regaira y García, 2021).

[...] si las necesidades expresadas son percibidas como poco realistas o excesivas, el personal de enfermería podría mostrar una actitud más cautelosa o restrictiva hacia la participación de la familia” (ET3).

Cuando el personal de enfermería considera que las necesidades expresadas por la familia son poco realistas o excesivas, puede mostrar una actitud más cautelosa o restrictiva hacia su participación en el cuidado del paciente. Esto puede deberse a preocupaciones sobre el uso adecuado de recursos limitados, la seguridad del paciente y la adherencia a protocolos médicos. Es crucial mantener una comunicación abierta y empática para encontrar soluciones que equilibren las necesidades del paciente con las capacidades y recursos disponibles (Sánchez, 2021).

Categoría 5: Humanización del cuidado en entornos críticos mediante la colaboración efectiva entre el personal de enfermería y las familias.

Esta categoría destaca cómo la colaboración estrecha y efectiva entre el personal de enfermería y las familias contribuye a humanizar el cuidado, haciéndolo más compasivo y personalizado; esto evidencia el siguiente relato:

“Los hospitales están llenos de familiares junto al personal de salud, la familia es quién más conocimiento tiene sobre el enfermo, la familia se convierte en cuidadora informal en el hospital” (ET8).

En los hospitales, la presencia activa de familiares junto al personal de salud es común y crucial. Los familiares, que a menudo conocen mejor al paciente, desempeñan un papel vital como cuidadores informales durante la hospitalización. Según Bravo et al. (2021) no solo se complementa el cuidado médico profesional, sino que también mejora la comunicación entre el personal médico y la familia. Además, brindan un apoyo emocional invaluable al paciente, promoviendo su bienestar durante el tratamiento y la recuperación en el hospital.

[...] es fundamental respetar la privacidad y la dignidad de la familia y del paciente en todo momento, asegurando un ambiente de cuidado respetuoso y sensible” (ET3).

Es crucial mantener el respeto hacia la privacidad y la dignidad tanto de la familia como del paciente en todo momento dentro del entorno de cuidado. Boada y Guáqueta (2019) dan a conocer que crear un ambiente donde se valore y se proteja la intimidad de cada individuo, asegura que las interacciones y los procedimientos médicos se realicen de manera respetuosa y sensible. Este enfoque no solo fortalece la confianza entre familiares, paciente y personal sanitario, sino que también promueve un cuidado más efectivo y centrado en las necesidades emocionales y físicas de cada persona involucrada.

[...] preocupaciones de la familia y ofrecer apoyo emocional puede ayudar a construir una relación de confianza” (ET7).

La relación entre enfermeras y familias en la UCI se ve afectada por limitaciones humanas, estructurales y administrativas que complican la interacción y comunicación. Mejorar esta relación es crucial para humanizar estas áreas críticas para adultos, asegurando la colaboración de manera más efectiva y comprensiva en el cuidado del paciente (Duque y Arias, 2020).

Subcategoría 5.1: Comunicación abierta y empática.

“Para facilitar la colaboración efectiva entre el personal de enfermería y las familias durante situaciones críticas, es fundamental establecer una comunicación clara y compasiva. Esto implica proporcionar información precisa y comprensible sobre la condición del paciente y el plan de cuidados, así como estar disponible para responder preguntas y brindar apoyo emocional” (ET3).

“La colaboración efectiva entre el personal de enfermería y las familias durante situaciones críticas en las Unidades de Cuidados Intensivos se facilita a través de una comunicación abierta y empática, brindando información clara y oportuna sobre el estado del paciente” (ET4).

“La colaboración efectiva entre el personal de enfermería y las familias durante situaciones críticas se facilita mediante varios elementos clave. Estos incluyen una comunicación

abierta y transparente, donde se brinda información clara sobre el estado del paciente y se escuchan las preocupaciones y necesidades de la familia” (ET10).

Las familias, por su parte, aportan un conocimiento profundo sobre el paciente, que puede ser crucial para su cuidado. Para Castelo et al. (2023) las familias al sentirse escuchadas y valoradas, pueden colaborar más activamente en la toma de decisiones y en el apoyo emocional del paciente. Además, la integración de la familia en el proceso de cuidado puede reducir la ansiedad y la incertidumbre, tanto para ellos como para el paciente, y contribuir a una atmósfera de confianza y seguridad.

La colaboración efectiva también implica que el profesional de enfermería esté formado para manejar situaciones de estrés y conflicto, manteniendo siempre una actitud profesional y empática. Esta relación colaborativa no solo beneficia al paciente, sino que también puede mejorar la satisfacción laboral del equipo de enfermería y fortalecer la relación de confianza con la familia, lo que es fundamental en el contexto crítico de una UCI.

“La comunicación es el elemento fundamental para que el familiar pueda realizar una colaboración efectiva, ya que comunicándole el correcto cuidado y manejo de su paciente en estado crítico van a realizar las cosas de manera correcta” (ET5).

“La comunicación entre familiares y el personal de salud debe ser bilateral, demostrar constante interés por el paciente, brindar información sobre todo lo que el paciente o el familiar deseen saber informar sobre cualquier examen o procedimiento que se realizará para evitar estrés, preocupación sobre el estado del paciente” (ET8).

[...] adecuada comunicación con los familiares de todos los procedimientos realizados al paciente con el fin de evitar malos entendidos en situaciones difíciles que puedan dar a lugar a problemáticas legales ejemplo (dar falsas esperanzas a un diagnóstico terminal)” (ET11).

“Comunicar claramente las expectativas para la participación de la familia en el cuidado del paciente” (ET7).

La comunicación es una herramienta clave para humanizar los cuidados en el ámbito de la enfermería. Una comunicación efectiva debe ser parte integral del trabajo del personal de

enfermería, ya que desarrollar habilidades comunicativas es crucial para asegurar la eficiencia en los servicios de salud. Para Díaz et al. (2020), King (1977) debe ser un enfoque central en la práctica profesional, ya que permite establecer relaciones interpersonales efectivas, fomentando confianza mutua, la expresión de sentimientos y el bienestar general. Por lo tanto, el acto de cuidar se manifiesta a través de un proceso comunicativo e interactivo, estableciendo una relación que trasciende la atención física y mejora el proceso de recuperación mediante acciones humanizadas.

Las unidades de cuidados intensivos de puertas abiertas han demostrado mejorar la satisfacción de los familiares. Los pacientes en áreas críticas se recuperan mejor en un ambiente menos estresante, lo que proporciona tranquilidad y confianza. Además, facilita una mayor comunicación y colaboración entre los pacientes, sus familiares y el personal médico (Castelo et al., 2023).

[...] es recomendable proporcionar información clara y concisa en terminología adecuada a las necesidades de la familia, evitando generar falsas expectativas” (ET4).

Pacheco y Saavedra (2021), King (1977) afirman que, las enfermeras a menudo enfrentan dificultades para comunicarse eficazmente con los pacientes debido al uso de términos complejos, lo que afecta negativamente la atención. Dado que las enfermeras pasan mucho tiempo con los pacientes, es crucial que mantengan una comunicación clara y sencilla, adaptada a cada situación. Una comunicación deficiente puede llevar a una atención de baja calidad, por lo que es esencial para proporcionar una atención centrada en el paciente.

Subcategoría 5.2: Integración interdisciplinaria y participación familiar para el cuidado holístico en áreas críticas.

“La colaboración interdisciplinaria con otros profesionales de la salud también es esencial para garantizar una atención integral y coordinada” (ET3).

[...] facilitar su comunicación con otros profesionales de la salud involucrados en el cuidado del paciente” (ET3).

La colaboración interdisciplinaria es un pilar esencial en la prestación de atención de salud de alta calidad. Al facilitar una comunicación fluida y efectiva entre los profesionales de la salud,

se asegura que los pacientes reciban un cuidado integral y coordinado. Esto no solo mejora los resultados de salud, sino que también fortalece la confianza y satisfacción del paciente en el sistema de salud (Ponce et al., 2024). En el entorno dinámico y a menudo impredecible de las emergencias, los enfermeros desempeñan múltiples roles: son cuidadores, toman decisiones cruciales, educan y defienden a los pacientes.

[...] el personal de enfermería puede fomentar una colaboración más significativa y beneficiosa durante situaciones críticas” (ET3).

“Estas acciones pueden fortalecer la colaboración, mejorar la atención centrada en el paciente y promover un ambiente de apoyo mutuo entre el personal de enfermería y las familias en situaciones críticas” (ET4).

“La inclusión de la familia en la toma de decisiones sobre el cuidado del paciente y la promoción de un ambiente de colaboración y respeto mutuo también son fundamentales para una colaboración efectiva” (ET10).

El personal de enfermería puede fomentar una colaboración más significativa y beneficiosa durante situaciones críticas. Estas acciones, como la inclusión de la familia en la toma de decisiones sobre el cuidado del paciente y la promoción de un ambiente de colaboración y respeto mutuo, pueden fortalecer la colaboración, mejorar la atención centrada en el paciente y promover un ambiente de apoyo mutuo entre el personal de enfermería y las familias. La colaboración efectiva se logra al integrar a la familia en el proceso de cuidado y asegurarse de que sus opiniones y necesidades sean consideradas y respetadas, creando así una atmósfera de confianza y apoyo en momentos críticos (Pacheco y Saavedra, 2021).

[...] implementar estrategias prácticas como fomentar una comunicación abierta y transparente entre el personal de enfermería y la familia, involucrar activamente a los familiares en las tareas de cuidado diario del paciente, proporcionar educación específica sobre las necesidades del paciente y los procedimientos médicos” (ET4).

La comunicación es un atributo esencial del cuidado, permitiendo que las personas se acerquen realmente. Es una herramienta constante para guiar el proceso y alcanzar los objetivos, beneficiando tanto al paciente como al cuidador. La comunicación, ya sea verbal o no verbal, es

fundamental para la interacción humana, utilizando lenguaje hablado, signos, gestos o movimientos corporales para intercambiar ideas, emociones, sentimientos y pensamientos, y es una necesidad diaria para los seres humanos (Ganán y Chasillacta, 2023).

Categoría 6: Diferencias culturales en la interacción entre el personal de salud, la persona enferma y la familia en entornos críticos.

Esta categoría da a conocer sobre los desafíos que surgen cuando las diferencias culturales influyen en la comunicación y toma de decisiones entre el equipo de salud, el paciente y su familia en entornos críticos conforme se detalla a continuación:

[...] diferencias culturales”.

En entornos críticos, las diferencias culturales afectan cómo se percibe la enfermedad, las expectativas de tratamiento y las decisiones médicas. Es crucial que el personal de salud sea sensible a estas diferencias y adapte su atención para asegurar que sea respetuosa y efectiva, tomando en cuenta las creencias y valores culturales de todas las partes involucradas (Salas, 2019).

Categoría 7: Desafíos éticos y bioéticos en el cuidado en personas de entornos críticos.

Esta aborda los dilemas y decisiones complejas que surgen cuando se brinda atención en unidades de cuidados intensivos o situaciones de emergencia, esto acorde a las narrativas siguientes:

[...] que imposibilita la toma de decisiones es la justicia, maleficencia, no maleficencia”
(ET11).

Conocer el entorno de la limitación del esfuerzo terapéutico (LET) plantea desafíos éticos y prácticos para los enfermeros en cuidados intensivos. Ellos implementan indicaciones de cuidados paliativos y cuidados intensivos, como la sedación, analgesia, y medidas de confort. Esto requiere habilidades de comunicación, cualificación técnica y una visión holística en un entorno tecnológico. Los enfermeros defienden los deseos del paciente, buscan equilibrar sus necesidades con las decisiones familiares y el régimen terapéutico, asegurando un proceso de fin de vida sin sufrimiento y preservando la dignidad humana (Ordóñez et al., 2021).

De la misma manera Bravo et al. (2021) mencionan que, humanizar es una cuestión ética relacionada con los valores y el bienestar de la persona atendida. Todas las personas necesitan atención y respeto, para asegurar que se sientan valorados y comprendidos en su entorno, lo que contribuye a su bienestar emocional y mental.

[...] es importante involucrar a la familia en la toma de decisiones relacionadas con el cuidado del paciente, respetando sus valores y preferencias. La educación y orientación adecuadas también son clave, ya que ayudan a la familia a comprender mejor la situación y a participar de manera más activa en el cuidado” (ET3).

El desafío actual es combinar el tratamiento curativo con un enfoque paliativo cuando sea necesario, ya que, en muchas situaciones de ingreso a UCI, existe incertidumbre sobre la efectividad del tratamiento. Integrar los cuidados paliativos de forma temprana mejora la atención y compasión hacia más pacientes, especialmente los críticamente enfermos. Esto permite un mejor manejo de los síntomas, el sufrimiento y el dolor, reduce la angustia y el sentimiento de fracaso de los profesionales, fomenta la participación del paciente y la familia en la toma de decisiones, y facilita el apoyo integral durante el duelo familiar (Velasco et al., 2019).

“Los pensamientos y actitudes de los familiares influyen de gran manera ya que pueden crear situaciones que den lugar a una mala decisión dando lugar a que el personal de enfermería no tome en cuenta su criterio profesional lo cual puede dar lugar a una mala praxis” (ET11).

La mala praxis de un enfermero debido a los comentarios de los familiares puede ocurrir cuando estas opiniones afectan negativamente las decisiones y acciones del profesional, llevando a errores, administración incorrecta de tratamientos o incumplimiento de normas de seguridad. Es fundamental que los enfermeros mantengan su profesionalismo y sigan las directrices médicas, sin ceder a presiones externas. La comunicación efectiva y el manejo adecuado de las expectativas familiares son esenciales para evitar la mala praxis en el ámbito de salud y la atención brindada (García, 2021).

6. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES

La investigación destacó que la colaboración entre el personal de enfermería y los familiares en áreas críticas está fuertemente influenciada por la comunicación efectiva y el entendimiento mutuo. Se identificaron elementos clave que facilitaron esta colaboración, tales como la empatía, la claridad en la comunicación y la definición de roles para los miembros de la red familiar.

No obstante, se encontraron barreras significativas como la falta de tiempo y recursos, que impactaron negativamente en la participación activa de los familiares en el cuidado diario de la persona en condición crítica. Los sentimientos y necesidades expresadas tuvieron un impacto notable en la actitud del personal de enfermería, evidenciando una necesidad urgente de adaptación y flexibilidad en el enfoque del cuidado. A medida que el personal de enfermería abordó adecuadamente las preocupaciones emocionales de los allegados, se observó una actitud más receptiva y colaborativa, lo que subrayó la importancia de integrar de manera más efectiva a los parientes en el proceso de atención crítica.

Lo mencionado anteriormente destacó la necesidad de implementar estrategias prácticas y desarrollar protocolos específicos para mejorar la integración de los seres queridos, y superar las barreras existentes, optimizando así el cuidado de la persona en condición crítica y fortaleciendo la colaboración entre el personal de enfermería y los familiares.

Con el fin de mejorar esta colaboración en la zona de atención especializada, es imperativo desarrollar directrices claras que establezcan cómo deben comunicarse y colaborar, incluyendo acciones para mantener a los parientes informados y comprometidos. Asimismo, se sugiere implementar estrategias prácticas que incluyan herramientas y recursos específicos para facilitar la participación activa de los familiares en el cuidado crítico. Para futuras investigaciones, se recomienda explorar cómo la integración de herramientas tecnológicas avanzadas para mejorar la interacción entre el equipo de enfermería y los familiares, fomentando así, una mayor humanización del cuidado en entornos críticos.

7. REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- Aguirre-Raya, D., Elers-Mastrapa, Y., Oria-Saavedra, M. y Pascual-Cuesta, Y. (2020). Comunicación de Enfermería con el adulto mayor o su cuidador en una comunidad del Municipio. *Revista Habanera de Ciencias Médicas*, 19(4).
http://scielo.sld.cu/scielo.php?pid=S1729-519X2020000500015&script=sci_arttext
- Ardila-Suárez, E. y Arredondo-Holguín, E. (2021). Actividades de enfermería para la satisfacción de necesidades familiares en cuidado intensivo adulto: una revisión integrativa. *Revista Cuidarte*, 12(1).
<http://dx.doi.org/10.15649/cuidarte.1229>
- Ardila-Suárez, E. y Rueda-Arenas, J. (2013). La saturación teórica en la teoría fundamentada: su delimitación en el análisis de trayectorias de vida de víctimas del desplazamiento forzado en Colombia. *Revista Colombiana de Sociología*, 36(2), 93–114.
<https://revistas.unal.edu.co/index.php/recs/article/view/41641/43310>
- Ayu-Patmawati, T., Woge, Y., Doondori, A., Leny-Cahyani, S. y Amir, H. (2022). Actitud y comunicación de los enfermeros acerca el reporte de incidencias sobre la cultura de seguridad del paciente en el Hospital Regional Ende. *Gaceta Médica de Caracas*, 130(4), 753-758
<https://doi.org/10.47307/GMC.2022.130.4.10>
- Barrezueta-Álvarez, N. y Zevallos-Barcia, R. (2021). Cuidado humanizado y los desafíos de enfermería en el siglo XXI Revisión Bibliográfica. *Actas Médicas (Ecuador)*, 31(1), 16-20.
<https://actasmedicas.ec/index.php/am/article/view/103>
- Bravo-Bonoso, D., Delgado-Bernal, D., Álava-Bravo, E. y Álava-Castro, W. (2021). Humanización del cuidado en las intervenciones de enfermería a pacientes COVID-19 en el servicio de emergencia Hospital Básico San Andrés. *Revista Científica Higía De La Salud*, 5(2).
<https://doi.org/10.37117/higia.v1i5.572>
- Boada-Quijano, L. y Guáqueta-Parada, S. (2019). Elementos para abordar la necesidad de información de las familias en una unidad de cuidados intensivos. *Investigación en Enfermería: Imagen y Desarrollo*, 21(2).

- <https://doi.org/10.11144/Javeriana.ie21-2.eani>
- Calderón-Gómez, C. (2009). Assessing the Quality of Qualitative Health Research: Criteria, Process and Writing. *Forum: Qualitative Social Research*, 10(2).
- <https://www.qualitative-research.net/index.php/fqs/article/view/1294/2807>
- Castelo-Rivas, W., Lange-García, K. y Triviño-Carreño, A. (2023). Satisfacción de familiares de pacientes ingresados a cuidados intensivos por Covid-19. *Revista Científico-Académica Multidisciplinaria*, 8(4), 525-544.
- <https://polodelconocimiento.com/ojs/index.php/es/article/view/5442>
- Colaizzi, P. (1978) Psychological research as the phenomenologist sees it. En R. S. Valle y M. King (Eds.), *Existential-phenomenological alternatives for psychology* (pp. 48– 1). New York: Oxford University Press.
- Corona-Lisboa, J. y Maldonado-Julio, J. (2019). Investigación Cualitativa: Enfoque Emic-Etic. *Revista Cubana de Investigación Biomédicas*, 37(4).
- <http://scielo.sld.cu/pdf/ibi/v37n4/ibi22418.pdf>
- Cuevas-Cansino, J., Moreno-Pérez, N., Jiménez-González, M., Padilla-Raygoza, N., Pérez-Zamora, I. y Flores-Padilla, L. (2019). Efecto de la psicoeducación en el afrontamiento y adaptación al rol de cuidador familiar del adulto mayor. *Enfermería Universitaria* 16(4), 390-401.
- <https://doi.org/10.22201/eneo.23958421e.2019.4.585>
- De Souza-Minayo, M. (2010). Los conceptos estructurantes de la investigación cualitativa. *Salud colectiva*, 6(3), 251-261.
- <http://www.scielo.org.ar/pdf/sc/v6n3/v6n3a02.pdf>
- De Souza-Minayo, M. (2012). Análisis cualitativo: teoría, pasos y confiabilidad. *Ciência & Saúde Coletiva*, 17(3), 621–626.
- <https://doi.org/10.1590/S1413-81232012000300007>
- Díaz-Heredia, L. y Ballesteros-Pinzón, G. (2021). Comunicación entre la enfermera y el familiar: una relación entre seres humanos honesta, directa y real. *Investigación en Enfermería: Imagen y Desarrollo*, 23.
- <https://doi.org/10.11144/Javeriana.ie23.cefr>

- Díaz-Rodríguez, M., Alcántara-Rubio, L., Aguilar-García, D., Puertas-Cristóbal, E. y Cano-Valera, M. (2020). Orientaciones formativas para un cuidado humanizado en enfermería: una revisión integrativa de la literatura. *Enfermería Global* 19(58).
<https://dx.doi.org/eglobal.392321>
- Do Prado, M., De Souza, M., Monticelli, M., Cometto, M. y Gómez, P. (2013). *Investigación cualitativa en enfermera. Metodología y didáctica*. (10ma Eds.). Organización Panamericana de la Salud, 2013.
https://iris.paho.org/bitstream/handle/10665.2/51587/9789275318171_spa.pdf?sequence=3&isAllowed=y
- Duque-Delgado, L., Rincón-Elvira, E. y León-Gómez, V. (2021). Apoyo emocional de las familias a los pacientes en Unidades de Cuidados Intensivos: revisión bibliográfica. *Revista Ene de Enfermería*, 14(3).
https://scielo.isciii.es/scielo.php?pid=S1988-348X2020000300008&script=sci_arttext
- Duque-Ortiz, C. y Arias-Valencia, M. (2020). Relación enfermera-familia. Más allá de la apertura de puertas y horarios. *Enfermería Intensiva*, 31(4), 192-202.
<https://doi.org/10.1016/j.enfi.2019.09.003>
- Duque-Ortiz, C. y Arias-Valencia, M. (2021). La familia en la unidad de cuidados intensivos frente a una crisis situacional. *Enfermería Intensiva*, 4(19).
<https://doi.org/10.1016/j.enfi.2021.02.003>
- Escobar-Escobar, V., Herrera-Sánchez, E., Yáñez-Palma, K., Barrueto-Carvajal, A., Vidal-Cejas, S. y Herrera-Medina, N. (2023). Barrera y facilitadores en la Investigación en Enfermería: una Revisión de la Literatura. *J. health med. sci*, 9(2), 5-13. <chrome-extension://efaidnbmnnnibpcajpcglclefindmkaj/https://revistas.uta.cl/pdf/2981/02-barreras%20y%20facilitadores%20rev.9.264aee67deef1.pdf>
- Espinoza-Caifil, M., Baeza-Daza, P., Rivera-Rojas, F. y Ceballos-Vásquez, P. (2021). Comunicación entre paciente adulto críticamente enfermo y el profesional de enfermería: una revisión integrativa. *Enfermería: Cuidados Humanizados*, 10(1), 30-43.
<https://doi.org/10.22235/ech.v10i1.2412>
- Espinoza-Freire, E. (2020). La investigación cualitativa, una herramienta ética en el ámbito pedagógico. *Conrado*, 16(75), 103-110.
http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1990-86442020000400103

- Flores, D., Imperadeiro, I., Correia, P., Madureira, M., Sousa, P. y Veludo, F. (2022). Dificultades y estrategias en la integración al cuidado de la persona en situación crítica: una scoping review. *Revista electrónica trimestral de enfermería*, 66.
<https://dx.doi.org/10.6018/eglobal.478501>
- Fuentes-Fernández, E., Huichin-Pool, M., Cante-Hernández, D. y Pérez-San Román, M. (2020). Unidad crítica adultos de puertas abiertas: vivencias de enfermería en hospital público de Quintana Roo. *Salud Quintana Roo*, 11(38), 17-21.
<https://www.medigraphic.com/cgi-bin/new/resumen.cgi?IDARTICULO=92496>
- García-Martínez, M. (2021). La praxis en enfermería- sentido de vocación enfermero: Evaluación en la práctica de enfermería. *Ciencia Y Filosofía ISSN*, 5(5), 18–31.
<https://doi.org/10.38128/cienciayfilosofa.v5i5.30>
- Ganán, K. y Chasillacta, F. (2023). La comunicación en el cuidado humanizado brindado por el profesional de enfermería. *Salud, Ciencia y Tecnología*, 3.
<https://doi.org/10.56294/saludcyt2023505>
- Gil-Juliá, B., Ballester-Arnal, R., Bernat-Adell, M., Giménez-García, C. y Castro-Calvo, J. (2020). Valoración de la estancia en UCI desde el punto de vista de pacientes y familiares. *Rev. Esp. Salud Publica*, 92.
<https://www.scielosp.org/article/resp/2018.v92/e201805011/es/>
- Gómez-González, J., Cortés-López, V., Basante-Muñoz, L., Gaviria-Zuluaga, K., Blanco-Betancur, M. y Sánchez-Duque, J. (2021). Humanización de los Cuidados Intensivos: Un llamado a la acción durante y después del COVID-19. *Archivos de medicina familiar y general*, 18(1).
https://www.researchgate.net/publication/350373907_Humanizacion_de_los_Cuidados_Intensivos_Un_llamado_a_la_accion_durante_y_despues_del_COVID-19_Humanization_of_Critical_Medicine_and_Intensive_Care_A_call_for_action_amid_and_beyond_COVID-19
- Gonce-Morten, P. y Thurman, P. (2023). Enfermería de cuidados críticos: un enfoque holístico. En A. Dewey y L. Bastable. (12ma Eds.). *Educación del paciente y su familia en cuidados críticos*. Sello Editorial Wolters Kluwer.
<https://books.google.es/books?id=EXSnEAAQBAJ&printsec=frontcover&hl=es#v=onepage&q&f=false>

- Guanche-Garcell, H., Pérez-Díaz, C., González-Valdés, A. y Pisonero-Socías, J. (2019). Participación de los pacientes en la prevención de las infecciones del sitio quirúrgico. *Revista Cubana de Cirugía*, 58(2).
http://scielo.sld.cu/scielo.php?pid=S0034-74932019000200008&script=sci_arttext
- Hernández-Sampieri, R., Fernández-Collado, C. y Baptista-Lucio, P. (2014). *Metodología de la Investigación*. (6ta Eds.) Editorial Mexicana.
<https://www.uncuyo.edu.ar/ices/upload/metodologia-de-la-investigacion.pdf>
- Hernández-Sampieri, R. y Mendoza-Torres, C. (2019). *Metodología de la investigación. Las rutas cuantitativa, cualitativa y mixta*. Editorial Mc Graw Hill Education, 714.
https://virtual.cuautitlan.unam.mx/rudics/wp-content/uploads/2019/02/RUDICSv9n18p92_95.pdf
- Hernández-Zambrano, S., Carrillo-Algarra, A., Estupiñán-Avellaneda, Y., González-Rodríguez, Á., Martínez-Herrera, E., Enciso-Olivera, C. y Gómez-Duque, M. (2020). Privilegiar la dignidad durante la muerte en unidades de cuidados intensivos. Perspectivas del personal de salud. *Revista Repertorio de Medicina Y Cirugía*, 29(2), 111–121.
<https://doi.org/10.31260/RepertMedCir.01217273.934>
- Husserl, E. (1949). Ideas relativas a una fenomenología pura y una filosofía fenomenológica. *Halle, Alemania*.
<https://profesorvargasguillen.files.wordpress.com/2012/11/husserl-edmund-ideas-relativas-a-una-fenomenologia-pura-y-una-filosofia-fenomenologica-ocr.pdf>
- King, I. (1977). Conceptual system and theory of goal attainment. En A. Fronczek y P. Messmer. (10ma Eds.). *“Theory is an abstraction that implies prediction based in research. Theory without research and research without some theoretical basis will not build scientific knowledge for a discipline.”*
<https://books.google.es/books?hl=es&lr=&id=usg5EAAAQBAJ&oi=fnd&pg=PA213&dq=imogene+king+theory&ots=a-QQlmdAA-&sig=Yax5cbQtIjXciCWnHkXpuV6Kpfg#v=onepage&q=imogene%20king%20theory&f=false>
- Lima-Da Silva, P., Oliveira-Gouveia, M., Brito-Magalhães, R., Sousa-Borges, B., Cardoso-Rocha, R. y Melo-Guimarães, T. (2020). Cultura de seguridad del paciente en la perspectiva del equipo de enfermería en una maternidad pública. *Enfermería Global*, 19(4), 428-435.

- <https://doi.org/10.6018/eglobal.386951>
- López, P. (2024). Población, muestra y muestreo. *Punto Cero*, 9(8). 69-74.
http://www.scielo.org.bo/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1815-02762004000100012
- Melgarejo-Solis, G., Rivas-Díaz, L. y Loli-Ponce, R. (2022). Conceptualización y percepción de enfermería sobre el cuidado del niño. *Revista Cubana de Enfermería*, 38(2).
http://scielo.sld.cu/scielo.php?pid=s0864-03192022000200017&script=sci_arttext
- Muñoz-De Dios, M., Serrano-Lorenzo, Y. y Rodríguez-González, D. (2020). Las familias en un contexto envejecido poblacionalmente, roles y funciones. Políticas sociales de apoyo. *Novedades en Población*, Número Especial, 39-51.
<https://revistas.uh.cu/novpob/article/view/490/423>
- Ochoa-Lozano, M., Torres-Ballesteros, J., Hernández-Zambrano, S., Corredor-Parra, L., González, D., Tautiva-Ochoa, K., Zambrano-González, L., Andrade-Fonseca, D., y Montenegro, J. (2023). Validación de intervención psicoeducativa para mejorar el afrontamiento y adaptación de familiares en la UCI. *Investigación en Enfermería: Imagen y Desarrollo*, 25.
[https://revistas.javeriana.edu.co/files-articulos/IE/25\(2023\)/6582525006/index.html](https://revistas.javeriana.edu.co/files-articulos/IE/25(2023)/6582525006/index.html)
- Ordóñez-Villota, J., Serrato-Perilla, C., Gutiérrez-Ruano, G. y Rengifo-Arias, D. (2021). Dilemas éticos de enfermería en la limitación del esfuerzo terapéutico del paciente críticamente enfermo. *Revista Colombiana de Bioética*, 16(2).
<https://doi.org/10.18270/rcb.v16i2.3405>
- Ortiz-Aguí, M., Palacios-Flores, E. y Garay-Cabrera, G. (2019). La estrategia de educación continua en la calidad del desempeño de los enfermeros del Perú. *Revista Perú Ciencias y Salud*, 1(1), 36-44. <chrome-extension://efaidnbmnnnibpcajpcglclefindmkaj/file:///C:/Users/USUARIO/Downloads/5-Texto%20del%20art%C3%ADculo-32-3-10-20200302.pdf>
- Pabón-Ortíz, E., Mora-Cruz, J., Buitrago-Buitrago, C. y Castiblanco-Montañez, R. (2021). Estrategias para fortalecer la humanización de los servicios en salud en urgencias. *Revista Ciencia y Cuidado*, 18(1), 94-104.
<https://doi.org/10.22463/17949831.2320>

- Pacheco-Sánchez, P. y Saavedra-Covarrubia, M. (2021). La comunicación del profesional de enfermería con pacientes hospitalizados por COVID-19 en un hospital público de Chiclayo. *Acc Cietna: para el cuidado de la salud*, 9(1), 93-197.
<https://doi.org/10.35383/cietna.v9i1.730>
- Peplau, E. (1999). Hildergard E. Peplau académica, educadora y líder de la Enfermería. *Investigación y Educación en Enfermería*.
- Ponce-Rivera, O., Díaz-Vásquez, S., Roman-Huera, C. y Vinuesa-Martínez, C. (2024). El rol de la enfermería en el manejo de emergencias: desde el triage hasta la atención integral. *Journal of Economic and Social Science Research*, 4(1).
<https://doi.org/10.55813/gaea/jessr/v4/n1/86>
- Quemba-Mesa, M., Bernal-García, M., Silva-Ortiz, S. y Bravo-Sánchez, A. (2023). Traducción y adaptación transcultural en español de criterios consolidados para reportar investigaciones cualitativas. *Revista Cubana de Enfermería*, 39(1).
<https://revenfermeria.sld.cu/index.php/enf/article/view/5744>
- Quiroga, M. (2021). Estrategias de comunicación construidas por el profesional de enfermería en un servicio de salud hospitalario durante el cuidado de enfermería en tiempos de COVID-19. *Revista Yachay*, 1, 5-13. <chrome-extension://efaidnbmnnnibpcajpcglclefindmkaj/https://fhu.unse.edu.ar/yachay/n1/articuloQuiroga.pdf>
- Ramírez-Niño, J. y Soto-Lesmes, V. (2020). Validación de la escala “Valoración de relaciones interpersonales enfermera-familia en UCI-VRIEF-UCI”. *Av Enferm.* 39(1), 40-51.
<http://doi.org/10.15446/av.enferm.v39n1.85692>
- Rangel-Álvarez, B. (2019). EL TRABAJO EN EQUIPO COMO FUNDAMENTO EN LA SEGURIDAD DEL PACIENTE.
<https://core.ac.uk/reader/286064010>
- Regaira-Martínez, E. y García-Vivar, C. (2021). El proceso de información a los familiares en las unidades de cuidados intensivos: una revisión narrativa. *Enfermería Intensiva*, 32(1), 18-36.
<https://doi.org/10.1016/j.enfi.2019.11.004>
- Robles-Pastor, B. (2019). Población y muestra. *PUEBLO CONTINENTE*, 30(1), 245-247.
<https://journal.upao.edu.pe/index.php/PuebloContinente/article/view/1269/1099>

- Rodríguez-Medina, S., Díaz-Manchay, R., Cervera-Vallejos, M., Banda-Pérez, A., Rodríguez-Cruz, L. y Tejada-Muñoz, S. (2019). Participación de familiares cuidadores para el confort de personas mayores hospitalizadas. *Gerokomos*, 31(2), 71-75.
<https://scielo.isciii.es/pdf/geroko/v31n2/1134-928X-geroko-31-02-71.pdf>
- Rojas, V. (2019). Humanización de los cuidados intensivos. *Revista Médica Clínica Las Condes*, 30(2), 120-125.
<https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S0716864019300240>
- Ruidiaz-Gómez, K. y Fernández-Aragón, S. Temor y Angustia: experiencia del paciente en la unidad de cuidados intensivos. (2020). *Revista Ciencia y Cuidado*, 17(3), 7-19.
<https://doi.org/10.22463/17949831.1695>
- Salas-Iglesia, P. (2019). Enfermería mandálica, un modelo cultural de intervención en Atención Primaria. (1era Eds). Editorial ACCI.
https://books.google.es/books?id=Ll6LDwAAQBAJ&printsec=frontcover&hl=es&source=gbs_ge_summary_r&cad=0#v=onepage&q&f=false
- Sánchez-Esteban, M. (2021). Rediseño y humanización de la sala de espera y acceso para familias a la UCI. *Villanova Proyecto de humanización*.
<https://zaguán.unizar.es/record/108108/files/TAZ-TFG-2021-3363.pdf>
- Secretaría Nacional de Planificación. (2021). Plan de creación de oportunidades 2021-2025. *Secretaría Nacional de Planificación*, 76. [chrome-extension://efaidnbmnnnibpcajpcgclefindmkaj/https://observatorioplanificacion.cepal.org/sites/default/files/plan/files/Plan-de-Creaci%C3%B3n-de-Oportunidades-2021-2025-Aprobado_compressed.pdf](https://observatorioplanificacion.cepal.org/sites/default/files/plan/files/Plan-de-Creaci%C3%B3n-de-Oportunidades-2021-2025-Aprobado_compressed.pdf)
- Sepúlveda-Hermosilla, D., Irrázabal-Vargas, L. y Rojas-Silva, N. (2021). Participación de la familia en el cuidado del paciente crítico: un estudio exploratorio. *Enfermería Intensiva* 33(4), 173-184.
<https://doi.org/10.1016/j.enfi.2021.07.004>
- Tejero-González, J. (2021). Técnicas de investigación cualitativa en los ámbitos sanitario y sociosanitario. *Ediciones de la Universidad de Castilla-La Mancha*, 171.
http://doi.org/10.18239/estudios_2021.171.00

- Valencia-Barón, Y., Acosta-Barón, J., Cristancho-Zambrano, L., Hernández-Vargas, J. y Rojas, L. (2020). Comunicación e interacción familiar por videollamadas: reflexión ante la pandemia COVID-19. *Salud UIS*, 54.
<https://doi.org/10.18273/saluduis.54.e:22054>
- Velasco-Sanz, T., Estella-García, Á., Barrio-Linares, M., Velasco-Bueno, J., Saralegui-Reta, I., Rubio-Sanchiz, O. y Raurell-Torredá, M. (2019). Importancia del abordaje paliativo interprofesional en el paciente crítico. *Sociedad Española de Enfermería Intensiva y Unidades Coronarias (SEEIUC)*, 30(1).
<https://doi.org/10.1016/j.enfi.2018.11.001>
- Ventura-Expósito, L. y Arceado-Marañón, A. (2021). Necesidades y estrategias de participación propuestas por la familia en los cuidados diarios del paciente crítico. *Enfermería clínica* 31(5), 294-302.
<https://doi.org/10.1016/j.enfcli.2020.10.029>
- Vigo-Ayasta, E. (2020). La gestión del cuidado enfermero en unidades hospitalarias. *Revista Educate con Ciencia*, 26(27), 122-146.
<https://doi.org/10.58299/edu.v26i27.264>
- Viorato-Romero, N. y Reyes-García, V. (2019). La Ética en la Investigación Cualitativa. *Revista CuidArte*, 8(16), 35-43.
<https://doi.org/10.22201/fesi.23958979e.2019.8.16.70389>
- Yanchapanta-Analuisa, E. y Analuisa-Jiménez, E. (2022). Comunicación asertiva y su relación enfermero-paciente por el uso constante de la mascarilla. *Ciencia Latina Revista Científica Multidisciplinar*, 6(1), 2054-2067.
https://doi.org/10.37811/cl_rcm.v6i1.1633
- Waldow, R. (2008). *Cuidar: expresión humanizadora*. Editorial nueva palabra; 1era ed.
<https://es.scribd.com/document/358449812/Vera-Regina-Waldow>
- Waldow, R. (2015). Enfermería: la práctica del cuidado desde un punto de vista filosófico. *Investigación En Enfermería: Imagen Y Desarrollo*, 17(1), 13-25.
<https://doi.org/10.11144/Javeriana.IE17-1.epdc>

8. ANEXOS

Anexo 1. Perfil sociodemográfico y académico de los participantes del estudio

Tabla 5.

Perfil sociodemográfico y académico de los participantes del estudio

Seudónimo	Edad en años	Género	Religión / congregación	Nivel de educación	Lugar de labor actual	Área de labor	Años de servicio
ET1	32	Femenino	Cristiana / católica	Licenciada en enfermería	Hospital De Especialidades Portoviejo	UCI	4
ET2	28	Femenino	Cristiana / católica	Licenciada en enfermería	Hospital De Especialidades Portoviejo	UCI	2
ET3	29	Femenino	Cristiana / católica	Licenciada en enfermería	Hospital Guasmo Sur	UCI	3
ET4	36	Masculino	Cristiana / católico	Licenciado en enfermería	Hospital Guasmo Sur	UCI	3
ET5	31	Femenino	Cristiana / católica	Licenciada en enfermería	Hospital De Especialidades Portoviejo	UCI	4

ET6	28	Masculino	Cristiana / católico	Licenciado en enfermería	Hospital General Monte Sinaí	UCI	1
ET7	25	Femenino	Cristiana / católica	Licenciada en enfermería	Hospital General IESS Quevedo	UCI	1
ET8	29	Femenino	Cristiana / católica	Licenciada en enfermería	Hospital General IESS Quevedo	UCI	1
ET9	30	Femenino	Cristiana / católica	Licenciada en enfermería	Hospital General Monte Sinaí	UCI	2
ET10	29	Femenino	Cristiana / católica	Licenciada en enfermería	Hospital General IESS Quevedo	UCI	4
ET11	30	Femenino	Cristiana / católica	Licenciada en enfermería	Hospital General IESS Quevedo	UCI	4
ET12	45	Femenino	Cristiana / católica	Licenciada en enfermería	Hospital General IESS Quevedo	UCI	18

Elaborado por: Gissella Meza y Luisa Tenelema

Anexo 2. Guía de entrevista semiestructurada

Instrumento de recolección de datos

Actitud del personal de enfermería ante la participación de la familia en cuidados críticos

I. Introducción

Un cordial saludo, gracias por la voluntad de estar presente en esta sesión, la misma tiene como finalidad recolectar información acerca de la actitud del personal de enfermería ante la participación de la familia en cuidados críticos. Los datos proporcionados por usted serán mantenidos en reserva mediante el anonimato. Agradeciéndoles de antemano su gentil colaboración.

II. Datos generales

Nombres completos _____

Edad _____ años cumplidos.

Sexo: F () M ()

Estado Civil: Soltera/o () Casada () Unión libre ()

Religión creyente: Cristianismo () Judaísmo () Islam () Otros ()

Congregación religiosa: Católico () Evangélico () Testigo de Jehová ()

Otros: _____

Formación académica: Licenciado () Magister () Doctor () Especialista () Institución
y área en la que labora: _____

Cargo: _____ Años de labor: _____

III. Datos específicos: Pregunta generadora del instrumento

- ¿Cuáles son las perspectivas del profesional de enfermería en el involucramiento de la familia en el cuidado del ser amado en Áreas Críticas?
- ¿Qué elementos facilitan la colaboración efectiva entre el personal de enfermería y las familias durante situaciones críticas?
- ¿De qué manera los sentimientos y necesidades expresadas por los familiares de personas en Cuidados Críticos influyen en la actitud del personal de enfermería hacia la participación activa de la familia en el proceso diario del cuidado?
- ¿Cuáles estrategias prácticas se pueden implementar para integrar de manera más efectiva a la familia en el cuidado diario del ser amado crítico, y para superar las barreras percibidas por el personal de enfermería?

IV. Cierre de la sesión

Se le agradece el tiempo brindado en este encuentro, recordándole que la información
brindada es confidencial.

Muchas gracias.

Anexo 3. Consentimiento informado para la recolección de datos**Actitud del personal de enfermería ante la participación de la familia en cuidados****críticos**

Ciudad: _____

Fecha: _____

Yo _____ con CI _____ en calidad de (Profesión) _____, declaro que he sido informado e invitado a participar libre y voluntariamente del proceso de recolección de datos para el trabajo en mención por las investigadoras Lic. Gissella Mariana Meza Carreño y Lic. Luisa Alejandra Tenelema Toapanta.

Acepto participar y me comprometo a responder las preguntas que se me realicen en honor a la verdad. Autorizo que durante la entrevista me sea grabada/o por video o audio teniendo en cuenta que los datos obtenidos serán única y exclusivamente manejados por el investigador del proceso con carácter confidencial sin reproducción a terceros, como también la utilización de los mismos para fines pertinentes.

Firma: _____

C.I: _____

Anexo 4. Matriz de codificación

Tabla 3.

Primera matriz de análisis: codificación a posterior y significado

CÓDIGO DE COLORES	COLOR	SIGNIFICADO
C1	VERDE CLARO	Agotamiento menta- emocional.
C2	LILA	El personal de enfermería implementa acciones concretas para involucrar a la familia garantizando su seguridad durante la atención brindada.
C3	CELESTE	Repercusión negativa en la salud del personal de enfermería.
C4	NARANJA	Emociones y bienestar familiar.
C5	AMARILLO	Limitaciones de tiempos, recursos económicos que afecta la participación familiar en el cuidado en la persona crítica.
C6	AZUL	Demanda de políticas de Uci puertas abiertas para familiar visitas y participación familiar en el cuidado de la persona.
C7	ROJO	Tensiones y dilemas en el proceso de tratamiento.
C8	GRIS	Promover un cuidado compasivo centrado en la persona en situaciones críticas.
C9	CAFÉ OSCURO	Interacción entre el personal de salud, la familia y persona enferma, es influenciada por las prácticas culturales y diversidad de creencias.
C10	VERDE OSCURO	Análisis de situaciones en entornos críticos donde se comprometen los principios éticos, afectando la dignidad y calidad de vida de la persona.

Elaborado por: Gissella Meza y Luisa Tenelema.

Anexo 5. Matriz de categorías y subcategorías

Tabla 4.

Segunda matriz de análisis: Categorías y subcategorías definidas a posteriori

CATEGORÍA	SUBCATEGORÍA
1. Limitaciones en el cuidado y atención a la persona en estado crítico ante la participación de la familia.	A. Desconocimiento familiar B. Resistencia familiar C. Escasa colaboración de la persona y de la familia en el proceso de cuidado en el área crítica. D. Déficit en la comunicación al involucrar a la familia en el cuidado del ser querido.
2. Integración familiar y seguridad - bioseguridad en la atención a la persona en unidad de cuidados críticos: estrategias prácticas del personal de enfermería.	
3. Condicionantes temporales y económicos en la participación familiar en el cuidado de paciente crítico.	A. Insuficiencia de insumos y deterioro de la gestión del cuidado durante la estancia hospitalaria.
4. Conflictos en toma de decisiones entre el personal de la salud y la familia.	
5. Humanización del cuidado en entornos críticos mediante la colaboración efectiva entre el personal de enfermería y las familias.	A. Comunicación abierta y empática. B. Integración interdisciplinaria y participación familiar para el cuidado holístico en áreas críticas.
6. Diferencias culturales en la interacción entre el personal de salud, la persona enferma y la familia en entornos críticos.	
7. Desafíos éticos y bioéticos en el cuidado de personas en entornos críticos.	

Elaborado por: Gissella Meza y Luisa Tenelema.