

ORIGINAL

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



Gissella Mariana Meza-Carreño, Luisa Alejandra Tenelema-Toapanta, Maricelys Jimenez-Barrera* y Jorge Leodan Cabrera-Olvera

Escuela de Enfermería y Maestría en Gestión del Cuidado, Sede Santo Domingo, Pontificia Universidad Católica del Ecuador, Santo Domingo, Ecuador

Recibido el 17 de enero de 2025; aceptado el 4 de agosto de 2025

Disponible en Internet el 10 de septiembre de 2025

PALABRAS CLAVE

Colaboración;
Comunicación;
Enfermería;
Familia;
UCI

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.

Materiales y métodos: Investigación cualitativa, de tipo fenomenológico y descriptivo. La muestra la conformaron 12 profesionales de enfermería por saturación de la información. Se aplicó la entrevista semiestructurada; para el análisis, se triangularon los métodos con el propósito de enriquecer la interpretación desde distintas perspectivas fenomenológicas, integrando profundidad estructural, sensibilidad contextual y rigor interpretativo, lo que permitió una comprensión más completa del fenómeno de estudio y amplió la riqueza de los hallazgos sin perder fidelidad en la vivencia de los participantes. Se aplicaron los Criterios Consolidados para la Elaboración de Informes de Investigación Cualitativa (COREQ).

Resultados: Surgieron 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 la 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.

* Autor para correspondencia.

Correo electrónico: maricelysjimenez45@gmail.com (M. Jimenez-Barrera).

<https://doi.org/10.1016/j.acci.2025.08.001>

0122-7262/© 2025 Asociación Colombiana de Medicina Crítica y Cuidado Intensivo. Publicado por Elsevier España, S.L.U. Se reservan todos los derechos, incluidos los de minería de texto y datos, entrenamiento de IA y tecnologías similares.

Conclusiones: La colaboración entre enfermería y familiares en áreas críticas requiere comunicación empática y estrategias que fortalezcan el vínculo y la atención humanizada.

© 2025 Asociación Colombiana de Medicina Crítica y Cuidado Intensivo. Publicado por Elsevier España, S.L.U. Se reservan todos los derechos, incluidos los de minería de texto y datos, entrenamiento de IA y tecnologías similares.

KEYWORDS

Collaboration;
Communication;
Family;
ICU;
Nursing

Nursing staff's attitude towards family involvement in critical care

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.

Materials and methods: Qualitative, phenomenological and descriptive research. The sample consisted of 12 nursing professionals due to information saturation. The semi-structured interview was applied; for the analysis, the methods were triangulated with the purpose of enriching the interpretation from different phenomenological perspectives, integrating structural depth, contextual sensitivity and interpretative rigor, which allowed a more complete understanding of the study phenomenon and broadened the richness of the findings without losing fidelity to the experience of the participants. The Consolidated Criteria for the Elaboration of Qualitative Research Reports (COREQ) were applied.

Results: A total of 7 categories emerged: 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: Collaboration between nurses and family members in critical areas requires empathic communication and strategies that strengthen the bond and humanized care.

© 2025 Asociación Colombiana de Medicina Crítica y Cuidado Intensivo. Published by Elsevier España, S.L.U. All rights are reserved, including those for text and data mining, AI training, and similar technologies.

Introducción

La evolución de la atención médica contemporánea subraya la importancia de integrar a los familiares en el cuidado de personas en estado crítico. No obstante, las diversas actitudes de los profesionales de enfermería frente a esta inclusión pueden afectar la cooperación entre el equipo de salud y la familia, especialmente en momentos críticos.

La Sociedad Norteamericana de Cuidados Intensivos promueve la participación familiar como clave en la recuperación; sin embargo, esta práctica enfrenta limitaciones por la necesidad de privacidad y la falta de tiempo para capacitar a los familiares, lo que se reporta de manera limitada a nivel internacional y nacional¹. En las unidades de cuidados intensivos, las políticas restrictivas de visitas son constantes, por el temor de que la presencia familiar afecte negativamente a los pacientes. Desde 2001, el Instituto de Medicina de Estados Unidos ha promovido el cuidado centrado en el paciente y su entorno familiar, y ha evidenciado

que la flexibilidad en los horarios de visitas beneficia el bienestar del paciente².

A la luz de lo mencionado, en México se han evaluado estrategias de humanización en cuidados intensivos, como el uso de fotografías en el uniforme, mientras que en España un profesional de enfermería se encarga de la comunicación con familiares de pacientes en fase terminal. Italia implementa la musicoterapia y permite dispositivos móviles para pacientes críticos y Argentina autoriza la presencia familiar en situaciones especiales³. Igualmente, el personal de enfermería es fundamental para crear relaciones terapéuticas en un entorno tecnológico, donde la interacción entre el personal de enfermería, el paciente y la familia sigue siendo esencial para la recuperación, a pesar de los desafíos⁴.

En consecuencia, la comunicación en cuidados críticos es fundamental y está influida por factores culturales de cada país. Los familiares valoran la amabilidad del personal de enfermería, lo que reduce la ansiedad y fortalece la confianza⁵. Sin embargo, las discrepancias entre profesionales sobre la implicación familiar representan un desafío

y dificultan un cuidado holístico⁶. La cercanía y la comunicación abierta son esenciales para la recuperación, lo que subraya la importancia de la humanización en el cuidado, especialmente en Ecuador, donde la habilidad del personal mejora la percepción de la atención⁷.

Estas realidades de desafíos y logros hacen que las familias de personas en estado crítico en cuidados intensivos requieran apoyo para preservar su bienestar físico y mental. La relación cercana del profesional de la salud con los seres queridos es esencial: esto favorece que expresen sus preocupaciones, al ser parte integral del proceso de cuidado⁸. La participación familiar en cuidados críticos enfrenta barreras en su implementación, dado que puede robustecer el bienestar de la persona enferma, dependiendo de la disposición del personal de enfermería. En este contexto, el objetivo del estudio es describir la perspectiva enfermera sobre el papel de la familia en el cuidado de la persona en áreas críticas.

Materiales y métodos

La presente investigación fue de enfoque cualitativo para ofrecer una comprensión profunda y rica de los datos, incluyendo determinantes ambientales y vivencias singulares. Se aplicó un diseño fenomenológico de tipo descriptivo para comprender las experiencias de los sujetos de estudio, tal como se evidenció en los testimonios⁹⁻¹¹. De igual manera, para asegurar la precisión metodológica, se utilizaron los 32 ítems de los Criterios Consolidados para la Elaboración de Informes de Investigación Cualitativa (COREQ)¹².

Este estudio tuvo como muestra a 12 enfermeros que laboran en unidades de cuidados intensivos de hospitales públicos en Ecuador a través de la saturación de la información, que garantizó una interpretación integral de los datos pertinentes a la investigación, así como los objetivos del investigador⁹.

Inicialmente, se llevó a cabo una prueba piloto utilizando la técnica de entrevista semiestructurada, que permitió evaluar la efectividad del instrumento en la recolección de datos. Teniendo en cuenta las preguntas orientadoras diseñadas para guiar la investigación, este proceso facilitó la identificación de áreas de mejora en el enfoque metodológico. Como resultado, se reorganizaron aspectos clave del instrumento, lo que garantizó la validación. Después se procedió a su aplicación efectiva.

En este contexto, se presentan las interrogantes utilizadas para la recolección de información: ¿cuál es la perspectiva del profesional de enfermería sobre el involucramiento familiar en el cuidado en áreas críticas?; ¿qué elementos facilitan la colaboración entre el personal de enfermería y las familias en situaciones críticas?; ¿cómo influyen los sentimientos de los familiares en la actitud del personal de enfermería hacia su participación en el cuidado?; ¿qué estrategias pueden mejorar la integración familiar en el cuidado diario y superar las barreras del personal de enfermería?

Cabe señalar que la recolección de información fue mediante sesiones de video y audio, a través de la plataforma Zoom y que cada sesión tuvo una duración promedio de 40 min. Las entrevistas fueron programadas en horarios previamente acordados con los participantes, quienes otor-

garon su consentimiento informado. Para cumplir con los principios éticos del estudio y proteger su privacidad, se garantizó la confidencialidad y el anonimato mediante el uso de códigos de identificación, así como con la aprobación del Comité de Ética Institucional¹¹.

Posteriormente, se transcribieron los relatos utilizando Microsoft Word. La transcripciones fueron llevadas a cabo por 3 magíster en Gestión del Cuidado con mención en Unidades de Emergencia y Unidades de Cuidados Intensivos (2 mujeres, y un varón), supervisadas por una doctora en Ciencias de la Enfermería.

La dedicación del equipo se evidenció a través de un enfoque riguroso y una notable sensibilidad hacia la inclusión de las familias en el cuidado de las personas en entornos críticos, promoviendo así un enfoque holístico en la atención brindada. Esta meticulosidad facilitó la revisión de las transcripciones por los participantes, asegurando su consentimiento para el uso de la información.

Para el análisis de la información, se empleó una triangulación de métodos propuestos por Do Prado *et al.*¹¹, Hernández y Mendoza¹³ y Colaizzi¹⁴. Esta estrategia facilitó la integración de diversos enfoques científicos y el enriquecimiento en la interpretación de los datos. Se realizó un examen minucioso de los testimonios de los participantes mediante lecturas reiteradas, buscando identificar significados y garantizar la coherencia en los hallazgos. Los resultados se organizaron en narrativas que comprenden unidades de análisis, categorías y sus interrelaciones, alineadas con el propósito del estudio¹³. Se diferenciaron temas convergentes y divergentes para lograr una comprensión más profunda del fenómeno¹¹. Posteriormente, se seleccionaron fragmentos relevantes, los cuales fueron agrupados en temas comunes. La codificación abierta, obtenida de forma inductiva o *a posteriori*, permitió definir las categorías clave relacionadas con los objetivos del estudio¹⁴. Asimismo, se integraron los enfoques EMIC y ETIC para unir la perspectiva interna de los participantes con la externa del investigador¹⁵.

Resultados

Los interlocutores involucrados se desempeñaban en unidades de cuidados intensivos del sistema público de salud, 10 fueron de género femenino y 2 corresponden al género masculino. Respecto al grupo etario: 9 de las participantes, cuentan con edades entre los 25 y 32 años y otra tenía 45 años. En cuanto a los varones, tenían 28 y 36 años. El nivel de formación fue homogéneo, considerando que todos contaban con título de licenciatura en Enfermería.

De manera similar, tras el análisis emergieron 7 categorías derivadas de las convergencias en los testimonios, como se muestra en la [tabla 1](#).

Sin embargo, no todas las categorías generaron subcategorías, debido a que los testimonios de los participantes fueron consistentes, claros, respecto al tema central que trata la categoría, lo cual no ameritó una subdivisión adicional. Asimismo, reflejaron contenidos suficientemente delimitados, que no presentaron variaciones significativas dentro del mismo eje de sentido. En cambio, aquellas categorías que sí dieron lugar a subcategorías emergieron de discursos más complejos y diversos, en los que se identifica-

Tabla 1 Codificación en categorización y subcategorización

Categoría	Subcategoría
1. Limitaciones en el cuidado y atención a la persona en estado crítico ante la participación de la familia	• 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
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	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	• Comunicación abierta y empática • 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	

Fuente: elaboración propia.

ron distintos matices en la experiencia del cuidado crítico en relación con la familia.

Antes estas realidades de conquistas y retos, es importante señalar que las siguientes respuestas formuladas por los participantes se presentan como unidades de significado que ilustran sus experiencias y perspectivas:

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

Esta categoría surge de las afirmaciones de los participantes sobre la perspectiva del personal de enfermería respecto al involucramiento familiar en el cuidado de pacientes críticos. A continuación, se destacan algunos testimonios relevantes.

«Algunos familiares experimentan una profunda resistencia al involucrarse, ya que resulta desgarrador ver a su ser querido en una condición tan crítica. La angustia emocional que enfrentan en este entorno hospitalario les dificulta no solo comprender la situación, sino también participar activamente en el cuidado, lo que genera una barrera en el apoyo que pueden ofrecer». (ET2)

«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, lo que hace imposible su presencia, generando un gran desafío para la familia». (ET12)

Subunidad 1. Desconocimiento familiar

El personal de enfermería constata que los familiares no tienen la información necesaria sobre la situación de su ser querido en la UCI, como evidencian los siguientes relatos:

«La familia no comprende completamente la gravedad de la enfermedad, o tiene expectativas poco realistas sobre la recuperación del paciente, por la falta de comprensión». (ET3)

«Durante la hospitalización, el familiar es testigo de los procedimientos realizados, pero, al hacer preguntas, no recibe las respuestas esperadas, lo que crea un profundo vacío de desconocimiento sobre la enfermedad». (ET8)

Subunidad 2. Resistencia familiar

Esta categoría refleja las respuestas emocionales de los familiares ante la incertidumbre o la gravedad de la condición de un ser querido, tal como lo indican los entrevistados:

«Algunos familiares muestran una notable resistencia a aceptar la situación de su ser querido, lo que se debe a la angustia provocada por la gravedad del estado del paciente» (ET2).

«El miedo a lo desconocido genera una barrera emocional en los familiares, que a menudo se resisten a aceptar la realidad de la enfermedad, deseando aferrarse a esperanzas irreales». (ET6)

Subunidad 3. Escasa colaboración de la persona enferma y de la familia en el proceso de cuidado en el área crítica

Este desafío resalta la dificultad en el ámbito de la atención crítica, donde la participación activa de la familia en el cuidado del paciente se vuelve esencial. Este aspecto se evidencia en las siguientes narraciones:

«Se observa una limitada colaboración tanto de los pacientes como de sus familias en la adopción de los cambios necesarios en los estilos de vida propuestos. Esta situación se complica aún más por las dificultades que surgen debido a la falta de apoyo y la resistencia de otras disciplinas, como los profesionales médicos». (ET4)

«El apoyo de la familia es fundamental; sin embargo, la falta de interés en participar en el proceso de cuidado dificulta el avance en la recuperación del paciente». (ET10)

Subunidad 4. Déficit en la comunicación al involucrar a la familia en el cuidado del ser querido

Esta subunidad refleja los desafíos enfrentados en la comunicación con los familiares, en los que la falta de claridad y la insuficiencia de información provocaron malentendidos significativos durante el proceso de atención, lo que afecta la participación de la familia en el cuidado del paciente. A continuación, se presentan los testimonios que ilustran esta problemática:

«La comunicación se limita a menudo por la carga de trabajo y la falta de tiempo, dificultando el intercambio efectivo de información». (ET3)

«Las actitudes negativas de algunos familiares dificultan la comunicación con el enfermero, generando incomodidad en la atención del paciente». (ET5)

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

Esta unidad resalta la importancia de incluir a la familia en el cuidado del paciente en entornos críticos, garantizando la seguridad y bioseguridad. Se presentan las estrategias que el personal de enfermería utiliza para equilibrar la participación familiar con la creación de un ambiente seguro para la persona bajo cuidado y el equipo de salud:

«Es indispensable llevar a cabo sesiones de capacitación sobre el uso correcto de las técnicas asépticas antes de que los familiares ingresen al área; esto garantiza que estén adecuadamente preparados para contribuir al cuidado del paciente sin poner en riesgo su salud». (ET1)

«La implementación de talleres interactivos sobre cuidados para los familiares, esto no solo les brinda información práctica, también les da responsabilidad y pueden colaborar en la atención, sintiéndose todos seguros desde nosotros, la familia y el paciente». (ET11)

«Se puede asignar un familiar de un paciente recuperado como guía de otros familiares, compartiéndoles sus experiencias, para que puedan aceptar y adaptarse a ese ambiente crítico». (E7)

Unidad 3: Condicionantes temporales y económicos en la participación familiar en el cuidado de la persona en estado crítico

En esta unidad los participantes identifican diversos factores predisponentes que obstaculizan la colaboración de los familiares en el cuidado diario de la persona.

«La falta de tiempo, sumada a la escasez de recursos económicos, limita la capacidad de los familiares para involucrarse plenamente en el cuidado del paciente». (ET2)

«La distancia y los horarios de visita restringidos también restringen la participación de la familia, impidiendo que estén presentes cuando más se necesita su apoyo». (ET3)

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

Esta unidad aborda 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 fundamentarse en la situación actual y la evolución clínica del paciente:

«En situaciones críticas, los conflictos entre el personal médico y la familia respecto a las decisiones sobre tratamiento y cuidado pueden ser inevitables, afectando no solo la atención al paciente, sino también la dinámica familiar en momentos de gran estrés». (ET7)

«Las decisiones complicadas generan tensiones entre el personal de salud y la familia, dejando a los familiares en una angustia entre la esperanza y la incertidumbre». (ET9)

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

Esta unidad destaca cómo la colaboración entre el personal de enfermería y las familias humaniza el cuidado, haciéndolo más compasivo y personalizado, por lo que emergen 2 subunidades:

Subunidad 1. Comunicación abierta y empática

Esta interacción fortalece la colaboración en el cuidado, facilitando decisiones compartidas, y una experiencia más humanizada para todos:

«Para lograr una atención verdaderamente humanizada en situaciones críticas, es vital que el personal de enfermería brinde información clara y empática, lo que empodera a la familia y fortalece su rol en el cuidado del paciente». (ET3)

«La comunicación abierta entre enfermeros y familiares no solo facilita el cuidado del paciente, sino que también humaniza el proceso, permitiendo que la familia se sienta valorada y parte integral del equipo de salud». (ET5)

Subunidad 2. Integración interdisciplinaria y participación familiar para el cuidado holístico en áreas críticas

Esta subunidad destaca la importancia de un enfoque colaborativo entre los distintos profesionales de la salud y la participación activa de la familia, que son fundamentales para proporcionar una atención integral al paciente en situaciones críticas:

«Estas acciones fortalecen la colaboración y mejoran la atención centrada en el paciente, promoviendo un ambiente de apoyo entre el personal de enfermería y las familias en situaciones críticas». (ET4)

«Una atención efectiva solo se logra cuando el equipo de salud y la familia trabajan en conjunto, transformando la experiencia del paciente». (ET10)

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

Esta unidad explora cómo las diferencias culturales pueden dificultar la toma de decisiones entre el equipo de salud, la persona asistida, y su familia en situaciones críticas. Se hace necesario reconocer estas diferencias para brindar una atención integral y sensible:

«La cultura puede ser un puente o una barrera en la atención médica; reconocer cuándo no estamos preparados es importante, para poder solicitar ayuda y [que] ese paciente no se vea afectado, la familia también, y siempre nos olvidamos que [a] nosotros nos afecta y mucho, pudiendo llevar esto hasta nuestras casas». (ET1)

«Cuando las creencias culturales se ignoran se corre el riesgo de aumentar el dolor de esa familia y el paciente en momentos críticos». (ET10)

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

Esta unidad examina los dilemas éticos que surgen en la atención de personas en unidades de cuidados intensivos y situaciones de urgencia:

«Cada decisión se siente como un peso; una elección errónea por desconocimiento puede marcar la diferencia entre la vida y la muerte, ya he pasado por eso y no lo olvidare nunca». (ET4)

«Los pacientes que se encuentran en áreas críticas necesitan de un personal que sepa de estos principios, pues a veces confundimos qué es justicia, la no maleficencia y, a menudo, nos enfrentamos ante estos desafíos, complicando la toma de decisiones, y más si estamos con un profesional médico que no nos tiene en cuenta, y mucho menos a la familia». (ET11)

Discusión

El cuidado efectivo se logra al fortalecer las relaciones interpersonales y al abordar a la persona de manera integral, lo que resulta esencial para su recuperación. En este contexto, diversos autores destacan las limitaciones que impiden que las familias asuman un rol activo en el cuidado del paciente crítico. Por ello, proponen un modelo de atención centrado en la familia que aproveche su conocimiento y experiencia, mejorando así el apoyo emocional, la comunicación y los resultados en salud^{16,17}. A la luz de lo mencionado, se reveló que la falta de tiempo y de recursos, las dificultades de comunicación, la resistencia familiar y la dinámica de la unidad son las barreras más relevantes identificadas por el personal de enfermería.

El desconocimiento de la familia sobre la condición de su ser querido en la UCI es común debido a la complejidad del entorno médico y las barreras en la comunicación. Este vacío informativo intensifica el dolor y sufrimiento de los familiares, especialmente en casos de fallecimiento, agravado por su falta de comprensión de los procedimientos y del equipo

médico^{18,19}. De la misma manera, la escasa colaboración de la persona y la familia en el cuidado en el área crítica puede atribuirse al desconocimiento sobre la situación médica, a la comunicación deficiente con el personal médico, a restricciones hospitalarias y a sentimientos de impotencia y estrés emocional, así como a una confianza excesiva en los profesionales de la salud²⁰.

Los factores más estresantes en una UCI incluyen la escasez de personal y el exceso de trabajo, lo que incrementa la carga emocional y laboral de los enfermeros²¹. A pesar de esto, las familias esperan que los profesionales de enfermería se comuniquen con respeto y les proporcionen información clara, honesta y comprensible.

No obstante, las indicaciones para los familiares al ingresar a la UCI suelen ser confusas, lo que puede llevar a malentendidos y al uso incorrecto del equipo de protección personal. El impacto emocional de las noticias dificulta la comprensión de las instrucciones. Para abordar esto, el personal utiliza estrategias de comunicación y señalización adaptadas a cada situación familiar²². En otro contexto, los familiares enfrentan diversas dificultades físicas, emocionales y económicas mientras su ser querido está en la UCI²³. Además, la distancia y los horarios de visita restringidos limitan su participación en el cuidado, lo que incrementa el estrés y la ansiedad y dificulta la comunicación con el equipo médico²⁴.

Del mismo modo, los hospitales básicos enfrentan desafíos, como la alta demanda de pacientes, la escasez de personal y la insuficiencia de insumos, lo que puede causar insatisfacción entre los usuarios y generar conflictos internos²⁵. La implicación de la familia en la adquisición de insumos o medicamentos es crucial para apoyar el tratamiento y la recuperación de la persona.

En situaciones críticas, pueden surgir desacuerdos entre el personal médico y los familiares en la toma de decisiones sobre el tratamiento del paciente. Por ello, es fundamental ofrecer información honesta y precisa a las familias, permitiéndoles participar activamente y sentir un mayor control, aunque el personal a menudo no logre comunicarse de forma eficaz²⁶. Asimismo, la relación entre el personal de enfermería y las familias en la UCI se ve afectada por limitaciones que complican la interacción. Mejorar esta relación es crucial para humanizar las áreas críticas y asegurar una colaboración más efectiva en el cuidado del paciente²⁷.

Por ende, la comunicación efectiva es fundamental en el trabajo del personal de enfermería, ya que permite establecer relaciones que fomentan la confianza y el bienestar general. Asimismo, la colaboración interdisciplinaria asegura una atención de salud integral y coordinada, que mejora los resultados y la satisfacción del paciente²⁸. Sin embargo, las diferencias culturales pueden afectar la interacción entre el personal de salud, el paciente y su familia, impactando en la percepción de la enfermedad y las decisiones médicas. Por lo tanto, es crucial que el personal adapte su atención para ser respetuoso y efectivo, considerando las creencias y valores de todos los involucrados²⁹.

Comprender la limitación del esfuerzo terapéutico plantea desafíos éticos para los enfermeros en cuidados intensivos, quienes deben implementar cuidados paliativos y medidas de bienestar, como sedación y analgesia. Este proceso exige habilidades de comunicación y una visión holística

que equilibren las necesidades del paciente con las decisiones familiares para garantizar un fin de vida digno y sin sufrimiento; humanizar la atención es esencial para que cada persona se sienta valorada, lo que contribuye a su bienestar emocional y mental³⁰.

Conclusión

Los participantes entrevistados revelaron que la colaboración entre el personal de enfermería y los familiares en entornos críticos es fundamental para proporcionar un cuidado efectivo y humano. La comunicación clara y el entendimiento mutuo son esenciales y cabe destacar la importancia de la empatía y la definición de roles familiares en la atención del paciente. Sin embargo, barreras como la falta de tiempo y de recursos a menudo impiden que los familiares participen activamente en el cuidado de sus seres queridos, lo que puede generar insatisfacción y estrés. Las emociones y necesidades expresadas por las familias tienen un impacto significativo en el personal de enfermería, que subraya la urgencia de abordar estas preocupaciones para fomentar una relación más colaborativa y comprensiva.

Para mejorar esta colaboración, es vital implementar estrategias que faciliten la integración de los familiares en el proceso de atención, asegurando que se sientan informados y valorados. También se debe considerar el desarrollo de herramientas y recursos que permitan su participación activa en el cuidado crítico. Las investigaciones futuras podrían enfocarse en cómo la tecnología puede fortalecer la interacción entre el equipo de enfermería y las familias y contribuir a una atención más humanizada en situaciones críticas.

Conflicto de intereses

Los autores declaran no tener ningún conflicto de intereses.

Bibliografía

1. Sepúlveda D, Irrazábal L, Rojas N. Participación de la familia en el cuidado del paciente crítico: un estudio exploratorio. *Enferm Intensiva*. 2022;33:173–84. <http://dx.doi.org/10.1016/j.enfi.2021.07.004>.
2. Rojas V. Humanización de los cuidados intensivos. *Rev médica Clín Las Condes*. 2019;30:120–5. Disponible en: <https://linkinghub.elsevier.com/retrieve/pii/S0716864019300240>
3. Gómez J, Cortés V, Basante L, Gaviria K, Blanco M, Sánchez J. Humanización de los Cuidados Intensivos: Un llamado a la acción durante y después del covid-19. *Arch Med Fam Gen*. 2021;18. Disponible en: <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>
4. Boada L, Guáqueta S. Elementos para abordar la necesidad de información de las familias en una unidad de cuidados intensivos. *Invest Enferm Imagen Desarr*. 2019;21. <http://dx.doi.org/10.11144/javeriana.ie21-2.eani>.
5. Díaz L, Ballesteros G. Comunicación entre la enfermera y el familiar: una relación entre seres humanos honestos, directa y real. *Invest Enferm Imagen Desarr*. 2021;23. <http://dx.doi.org/10.11144/javeriana.ie23.cefr>.
6. Duque L, Rincón E, León V. Apoyo emocional de las familias a los pacientes en Unidades de Cuidados Intensivos: revisión bibliográfica. *Ene*. 2021;14. Disponible en: <https://scielo.isciii.es/scielo.php?pid=S1988-348X202000030008&script=sci.arttext>
7. Barrezueta N, Zevallos R. Cuidado humanizado y los desafíos de enfermería en el siglo XXI. Revisión bibliográfica. *Actas Médicas (Ecuador)*. 2021;31:16–20. Disponible en: <https://actasmedicas.ec/index.php/am/article/view/103>
8. Castelo W, Lange K, Triviño A. Satisfacción de familiares de pacientes ingresados a cuidados intensivos por covid-19. *Pol Con [Internet]*. 2023;8:525–44. Disponible en: <https://polodelconocimiento.com/ojs/index.php/es/article/view/5442>
9. Hernández R, Fernández C, Baptista P. Metodología de la Investigación. 6.ª ed. México: McGraw-Hill; 2014. Disponible en: <https://www.esup.edu.pe/wp-content/uploads/2020/12/2.%20Hernandez,%20Fernandez%20y%20Baptista-Metodolog%C3%ADa%20Investigacion%20cientifica%206ta%20ed.pdf>
10. Husserl E. Ideas relativas a una fenomenología pura y una filosofía fenomenológica. Halle, Alemania; 1949. Disponible en: <https://profesorvargasguillen.files.wordpress.com/2012/11/husserl-edmund-ideas-relativas-a-una-fenomenologia-pura-y-una-filosofia-fenomenologica-ocr.pdf>
11. Do Prado M, De Souza M, Monticelli M, Cometto M, Gómez P. Investigación cualitativa en enfermería. Metodología y didáctica. Organización Panamericana de la Salud.; 2013. Disponible en: https://iris.paho.org/bitstream/handle/10665.2/51587/9789275318171_spa.pdf?sequence=3&isAllowed=y
12. Quemba M, Bernal M, Silva S, Bravo A. Traducción y adaptación transcultural en español de criterios consolidados para reportar investigaciones cualitativas. *Rev Cubana Enferm*. 2023;39. Disponible en: <https://revenfermeria.sld.cu/index.php/enf/article/view/5744>
13. Hernández R, Mendoza C. Metodología de la investigación. Las rutas cuantitativa, cualitativa y mixta. 1.ª ed México: Educación McGraw-Hill; 2019. Disponible en: <https://virtual.cuautitlan.unam.mx/rudics/wp-content/uploads/2019/02/RUDICsv9n18p92.95.pdf>
14. Colaizzi P. La investigación psicológica desde la perspectiva del fenomenólogo. En: Valle RS, King M, editores. *Alternativas existencial-fenomenológicas para la psicología*. Nueva York: Oxford University Press; 1978. p. 48–71.
15. Corona J, Maldonado J. Investigación cualitativa: Enfoque Emic-Etic. *Rev Cubana Invest Biomed*. 2019;37. Disponible en: <http://scielo.sld.cu/pdf/ibi/v37n4/ibi22418.pdf>
16. Fuentes E, Huichin M, Cante D, Pérez M. Unidad crítica adultos de puertas abiertas: vivencias de enfermería en hospital público de Quintana Roo. *Salud Quintana Roo*. 2020;11:17–21. Disponible en: <https://www.medigraphic.com/cgi-bin/new/resumen.cgi?IDARTICULO=92496>
17. Waldow R. Enfermería: la práctica del cuidado desde un punto de vista filosófico. *Invest Enferm Imagen Desarr*. 2015;17:13–25. <http://dx.doi.org/10.11144/Javeriana.IE17-1.epdc>.
18. Hernández S, Carrillo A, Estupiñán Y, González Á, Martínez E, Enciso C, et al. Privilegiar la dignidad durante la muerte en unidades de cuidados intensivos. Perspectivas del personal de salud. *Rev Report Med Cir*. 2020;29:111–21. <http://dx.doi.org/10.31260/ReportMedCir.01217273.934>.
19. Sánchez Esteban M. Rediseño y humanización de la sala de espera y acceso para familias a la UCI del Hospital Royo Villanova [trabajo fin de grado]. Zaragoza: Universidad de Zaragoza.; 2021. Disponible en: <https://zaguan.unizar.es/record/108108/files/TAZ-TFG-2021-3363.pdf>
20. Gil B, Ballester R, Bernat M, Giménez C, Castro J. Valoración de la estancia en UCI desde el punto de vista de pacientes y familiares. *Rev Esp Salud Pública*. 2020;92. Disponible en:

- <https://www.scielo.org/article/resp/2018.v92/e201805011/es/>
21. Flores D, Imperadeiro I, Correia P, Madureira M, Sousa P, Veludo F. Dificultades y estrategias en la integración al cuidado de la persona en situación crítica: una revisión del alcance. *Rev Electr Trimes Enferm*. 2022;66, <http://dx.doi.org/10.6018/eglobal.478501>.
 22. Ochoa M, Torres J, Hernández S, Corredor L, González D, Tautiva K, et al. Validación de intervención psicoeducativa para mejorar el afrontamiento y adaptación de familiares en la UCI. *Invest Enferm Imagen Desarr*. 2023;25. Disponible en: [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)
 23. Valencia Y, Acosta J, Cristancho L, Hernández J, Rojas L. Comunicación e interacción familiar por videollamadas: reflexión ante la pandemia covid-19. *Salud UIS*. 2020;54, <http://dx.doi.org/10.18273/saluduis.54.e:22054>.
 24. Bravo D, Delgado D, Álava E, Álava W. Humanización del cuidado en las intervenciones de enfermería a pacientes covid-19 en el servicio de emergencia Hospital Básico San Andrés. *Rev Cient Higía Salud*. 2021;5, <http://dx.doi.org/10.37117/higia.v1i5.572>.
 25. Regaira E, García C. El proceso de información a los familiares en las unidades de cuidados intensivos: una revisión narrativa. *Enferm Intensiva*. 2021;32:18–36, <http://dx.doi.org/10.1016/j.enfi.2019.11.004>.
 26. Duque C, Arias M. Relación enfermera-familia. Más allá de la apertura de puertas y horarios. *Enferm Intensiva*. 2020;31:192–202, <http://dx.doi.org/10.1016/j.enfi.2019.09.003>.
 27. Ponce O, Díaz S, Roman C, Vinuesa C. El rol de la enfermería en el manejo de emergencias: desde el triaje hasta la atención integral. *J Econ Soc Sci Res*. 2024;4, <http://dx.doi.org/10.55813/gaea/jessr/v4/n1/86>.
 28. Salas P. Enfermería mandálica, un modelo cultural de intervención en Atención Primaria. 1.ª ed. Madrid: Editorial ACCI; 2019. Disponible en: https://books.google.es/books?id=LL6LDwAAQBAJ&printsec=frontcover&hl=es&source=gbs_ge_summary_r&cad=0#v=onepage&q&f=false
 29. Ordóñez J, Serrato C, Gutiérrez G, Rengifo D. Dilemas éticos de enfermería en la limitación del esfuerzo terapéutico del paciente críticamente enfermo. *Rev Colomb Bioética*. 2021;16, <http://dx.doi.org/10.18270/rcb.v16i2.3405>.
 30. Bravo D, Delgado D, Álava E, Álava W. Humanización del cuidado en las intervenciones de enfermería a pacientes covid-19 en el servicio de emergencia Hospital Básico San Andrés. *Rev Cient Higía Salud*. 2021;5, <http://dx.doi.org/10.37117/higia.v1i5.572>.