



PONTIFICIA UNIVERSIDAD CATÓLICA DEL ECUADOR SEDE SANTO DOMINGO

Dirección de Investigación y Postgrados

**VISIBILIDAD DE LA FAMILIA EN EL PROCESO DE CUIDADO EN LA UNIDAD
DE CUIDADOS INTENSIVOS**

UNDERSTANDING FAMILY VISIBILITY IN THE INTENSIVE CARE UNIT

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 y grupos vulnerables.

Autores:

**MARIA ELIZABETH PARDO SANTORUN
PATRICIA ELIZABETH ROSALES GAONA**

Directora:

Mg. JESSICA MARJORIE GARCIA SALAS

Santo Domingo – Ecuador

Octubre, 2024



PONTIFICIA UNIVERSIDAD CATÓLICA DEL ECUADOR SEDE SANTO DOMINGO

Dirección de Investigación y Postgrados

HOJA DE APROBACIÓN

**VISIBILIDAD DE LA FAMILIA EN EL PROCESO DE CUIDADO EN LA UNIDAD
DE CUIDADOS INTENSIVOS**

UNDERSTANDING FAMILY VISIBILITY IN THE INTENSIVE CARE UNIT

Línea de Investigación: Salud y grupos vulnerables.

Autores:

MARIA ELIZABETH PARDO SANTORUN

PATRICIA ELIZABETH ROSALES GAONA

Jessica Marjorie García Salas, Mg.

DIRECTORA DE TRABAJO DE TITULACIÓN

Jorge Leodán Cabrera Olvera, Mg.

CALIFICADOR

Ana Lucia Moscoso Mateus, Mg.

CALIFICADORA

Yullio Cano de la Cruz, PhD.

DIRECTOR DE INVESTIGACIÓN Y POSTGRADOS

Santo Domingo – Ecuador

Octubre, 2024

DECLARACIÓN DE AUTENTICIDAD Y RESPONSABILIDAD

Nosotras, MARIA ELIZABETH PARDO portadora de la cédula de ciudadanía No. 230068986-2 y PATRICIA ELIZABETH ROSALES GAONA portadora de la cédula de ciudadanía No. 110468833-6 declaramos que los resultados obtenidos en la investigación que presentamos 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.

María Elizabeth Pardo Santorun
CI. 2300689862

Patricia Elizabeth Rosales Gaona
CI. 110468833-6

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 VISIBILIDAD DE LA FAMILIA EN EL PROCESO DE CUIDADO EN LA UNIDAD DE CUIDADOS INTENSIVOS realizado por las maestrantes: María Elizabeth Pardo Santorun con cédula: No 2300689862 y Patricia Elizabeth Rosales Gaona con cédula: No 1104688336, 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, 21 de octubre 2024

Atentamente,

Mg. Jessica Marjorie García Salas

Profesor Titular Auxiliar I

AGRADECIMIENTOS

Expresamos nuestra más profunda gratitud a Dios por su guía y fortaleza a lo largo de este camino, y a nuestras familias por su inagotable apoyo y comprensión. Su constante ánimo y paciencia han sido esenciales para superar los retos y alcanzar este logro académico.

Asimismo, extendemos nuestro agradecimiento a la Pontificia Universidad Católica del Ecuador Sede Santo Domingo, por darnos la oportunidad de cursar nuestro título de cuarto nivel. Igualmente, agradecemos al departamento de Posgrado por su continua orientación y a sus docentes, en especial a la Mg. Jessica Marjorie García Salas, por las enseñanzas impartidas, el acompañamiento, y por demostrarnos que la paciencia realmente es una virtud, especialmente cuando se trata de la enseñanza. También agradecemos a aquellos colegas Andrés y José que, con su amabilidad y dedicación, transformaron el aprendizaje en una experiencia enriquecedora y llena de entusiasmo, durante la culminación del trabajo de titulación.

María Elizabeth Pardo Santorun

Patricia Elizabeth Rosales Gaona

DEDICATORIA

A Dios, por ser la fuente de mi inspiración y fuerza, por guiar mis pasos con sabiduría y por nunca dejarme caer en los momentos de duda. A mi familia, quienes con su amor incondicional y apoyo constante han sido el pilar de mi vida. En especial a mi madre por demostrarme que todo es posible y a mi hermanito, por ser una fuente de alegría y motivación, recordándome siempre la importancia de seguir adelante con una sonrisa.

A mis amigos y las personas maravillosas que he tenido la suerte de conocer en mi trabajo durante este último año y llamarlos colegas, quienes con su amabilidad, apoyo y enseñanzas han enriquecido mi vida profesional.

María Elizabeth Pardo Santorun

Gracias infinitas a mis padres por su amor incondicional y su apoyo constante, que han sido el pilar de este logro. También expreso mi gratitud a mis hijos, mi esposo y mis hermanos, quienes supieron brindarme su tiempo para escucharme y apoyarme en mis momentos de debilidad. Sin ustedes, todo esto no habría sido posible; su amor y sacrificio han sido la luz que guió mi camino a través de este viaje académico. Además, agradezco a mi compañera de investigación por su tiempo y dedicación al desarrollo de nuestra investigación, y a nuestra tutora de tesis de investigación, Mg. Jessica García, por su guía constante durante el trayecto de nuestra investigación, ayudándonos con sus conocimientos durante el proceso académico.

Patricia Elizabeth Rosales Gaona

RESUMEN

La visibilidad de la familia en el proceso de cuidado en la Unidad de Cuidados Intensivos (UCI) es un aspecto crucial que afecta tanto la calidad de la atención como la evolución de las personas en estado crítico. Esta investigación tiene como objetivo analizar los factores condicionantes de la visibilidad de la familia en las UCI, la influencia de dicha visibilidad en la calidad del cuidado, y las políticas implementadas en diferentes países para promover o restringir la participación familiar. El estudio se desarrolló mediante una revisión bibliográfica con enfoque cualitativo y diseño narrativo, con un tiempo de elaboración desde julio de 2023 hasta septiembre de 2024. Se revisaron 113 artículos de bases de datos como PUBMED, SCIELO, SCIENCEDIRECT, ELSEVIER y DIALNET, utilizando criterios de inclusión y exclusión que resultaron en una muestra de 66 artículos. Los resultados revelaron que la visibilidad familiar en las UCI está influenciada por factores como la estructura organizativa, la capacitación del personal de salud y las normativas institucionales. Se evidenció que las barreras como políticas restrictivas, creencias del personal, y preocupaciones por infecciones que condicionan la participación familiar en las UCI. Sin embargo, la presencia familiar mejora el cuidado, la comunicación, y la recuperación del paciente. Globalmente, las políticas de visitas varían: mientras Oceanía, Australia y Nueva Zelanda ofrecen acceso continuo, Asia y partes de Europa y América Latina mantienen restricciones.

Palabras clave: cuidados intensivos; enfermería; familia; uci; visibilidad.

ABSTRACT

The visibility of family members in the Intensive Care Unit (ICU) is a crucial aspect that affects both the quality of care and the outcomes for critically ill patients. This research aims to analyze the factors influencing family visibility in ICUs, the impact of this visibility on care quality, and the policies implemented in different countries to either promote or restrict family participation. The study was conducted through a qualitative bibliographic review with a narrative design, spanning from July 2023 to September 2024. A total of 113 articles were reviewed from databases such as PUBMED, SCIELO, SCIENCEDIRECT, ELSEVIER, and DIALNET, using inclusion and exclusion criteria, which resulted in a sample of 66 articles. The findings revealed that family visibility in ICUs is influenced by factors such as organizational structure, staff training, and institutional regulations. Barriers such as restrictive policies, staff beliefs, and concerns about infections affect family participation in ICUs. However, family presence improves care, communication, and patient recovery. Globally, visitation policies vary: while Oceania, Australia, and New Zealand offer continuous access, Asia and parts of Europe and Latin America maintain restrictions.

Keywords: intensive care; nursing; family; icu; visibility.

ÍNDICE DE CONTENIDOS

1.	Introducción	1
2.	Revisión de la literatura	7
3.	Materiales y métodos	15
4.	Resultados.....	17
5.	Conclusiones	23
6.	Referencias Bibliográficas.....	24

1. INTRODUCCIÓN

La Unidad de Cuidados Intensivos (UCI) representa un área de alta especialización y complejidad, enfocada en la recuperación de la persona en estado crítico o en riesgo de complicaciones severas (Barragán y Moreno, 2013). En este contexto, los cuidados que se brindan en dicha área van desde monitorización continua, vigilancia, soporte respiratorio y tratamientos específicos, a menudo para la persona en estado crítico con afectaciones en múltiples órganos o sistemas (Correa y Chavarro, 2021).

El origen de estas unidades se remonta a la epidemia de poliomielitis en Copenhague en 1952, durante esta crisis, muchas personas en estado crítico sufrían de parálisis bulbar y problemas respiratorios, una condición con una alta tasa de mortalidad en ese entonces (Regaira y García, 2021). Por lo tanto, la UCI representa uno de los entornos más desafiantes dentro del espectro de la atención médica, no sólo para las personas en estado crítico y el personal médico sino también para las familias de las personas en estado crítico (Rubio y Ventura, 2020).

La UCI se ha visto como un entorno donde el enfoque principal se ha centrado en la tecnología y las competencias técnicas del personal médico, relegando importancia y dando poca consideración a los aspectos emocionales y de apoyo relacionados con la persona en estado crítico y familias (Regaira y García, 2021). Sin embargo, la perspectiva contemporánea sobre la atención en la UCI ha comenzado a cambiar, reconociendo que las familias desempeñan un papel vital no solo como cuidadores sino también como elementos claves en la toma de decisiones médicas (Correa y Chavarro, 2021).

Evidentemente, para los familiares de las personas en estado crítico, la estancia en la UCI puede ser una experiencia extremadamente desafiante, marcada por la separación física y la interrupción de sus rutinas diarias, provocando angustia, depresión y desestabilización emocional, puesto que, la familia representa un papel crucial en la recuperación de la persona en estado crítico, debido a su involucramiento emocional y la vulnerabilidad que se intensifica ante la incertidumbre del pronóstico del mismo. (Alonso, Martínez, Sánchez, Gallego y Fernández, 2021)

Por ello, según Rubio y Ventura (2020) la visibilidad de la familia en el proceso de cuidado de la persona en estado crítico en la UCI se ha convertido en un aspecto crucial que necesita mayor atención y reconocimiento. Además, González, Alcolea, Pérez y Luna (2019)

mencionan que la medicina intensiva ha progresado en la organización y manejo de las unidades críticas, con la creación de nuevos protocolos centrados en la calidad de la atención. Estos avances no solo incluyen el cuidado directo a la persona en estado crítico, sino también la experiencia vivida por la familia durante el proceso de recuperación (Regaira y García, 2021). Puesto que, no solo se mejora la calidad del cuidado de la persona en estado crítico, sino que también se reconoce el valor humano fundamental de la compasión, el apoyo y la colaboración en uno de los entornos más desafiantes del cuidado (Rojas, 2019).

1.1. Antecedentes

La importancia del contacto de las personas en estado crítico en UCI con sus familiares para favorecer su recuperación se ha convertido en un tema que ha ganado atención significativa en la práctica médica moderna (Barragán y Moreno, 2013). Por lo tanto, esta interacción no es solo una cuestión de confort emocional, sino que también tiene implicaciones clínicas profundas que pueden influir positivamente en el proceso de recuperación de la persona en estado crítico (Niño y Ramírez, 2022).

Así pues, Canchero, Matzumura y Gutiérrez (2019) realizaron un estudio en Perú de tipo, descriptivo, no experimental y transversal, para determinar la satisfacción del familiar de la persona en estado crítico en la UCI, a través de la aplicación de 127 entrevistas a familiares. Entre sus resultados se obtuvo puntuaciones desfavorables en la atención personalizada y la restricción de visitas fuera de horario.

El estudio de Fosberg, Isaksson, Schelin, Lyngå y Schandl (2024) desarrollado a través de 14 entrevistas en Suecia identificó que los familiares de las personas en estado crítico internadas por síntomas de COVID percibieron que las rutinas de restricción de visitas vigentes durante la pandemia influyeron negativamente en la capacidad para afrontar la situación y alcanzar expectativas realistas de las necesidades de las personas en estado crítico cuando regresaron a casa.

Dentro de este mismo contexto, el estudio de Kentish, Degos, Viau, Pochard y Azoulay (2021) determinó que los familiares afligidos de las personas en estado crítico que fallecieron debido a la COVID-19 sintieron que se les había privado de la oportunidad de visibilizar a su familiar y encontrar un cierre emocional antes de su muerte, y que las restricciones impuestas a las visitas crearon barreras significativas en su proceso de duelo, impidiéndoles afrontar de manera efectiva la pérdida del ser querido.

Por otra parte, el estudio de Klop et al. (2021) llevado a cabo a través de 21 entrevistas en los Países Bajos, determinó que los familiares de las personas en estado crítico hospitalizados perciben de manera favorable la visibilidad y accesibilidad a sus seres queridos durante su internación. Esta posibilidad de estar presentes y cuidar de sus allegados hospitalizados les permite satisfacer sus necesidades de información, lo que a su vez genera un mayor grado de confianza en el sistema hospitalario. Además, esta interacción directa contribuye significativamente a aliviar la carga emocional de los familiares, ya que les brinda un sentido de control y participación activa en el proceso de cuidado y recuperación de la persona en estado crítico.

Así mismo, Duque y Arias (2021) desarrollaron un estudio en Colombia de enfoque cualitativo, donde aplicaron la observación y entrevistaron a 26 familiares de personas hospitalizadas en UCI, Para analizar la dinámica entre los profesionales de enfermería de la Unidad de Cuidados Intensivos para adultos y los familiares de las personas en estado crítico, se debe considerar la perspectiva de los últimos. Esto permite desarrollar un marco teórico que detalle cómo se construye esta relación. Se ha determinado que la interacción entre enfermeras y familiares se basa en una comprensión empática y se sostiene sobre tres pilares fundamentales.

Según, Días y Ballesteros (2021) en su estudio cualitativo, aplicaron 21 entrevistas semiestructuradas a familiares de las personas en estado crítico hospitalizados en dos casas de salud de Colombia, en esta investigación se determinó que la comunicación enfermera-familiar, genera confianza, tranquilidad y bienestar en este último, influyendo en la posibilidad de mantener relaciones terapéuticas y de cuidado de las personas en estado crítico.

Por otra parte, Alonso et al. (2021) en su investigación realizada en España de tipo descriptivo transversal, con muestreo discrecional no probabilístico, en la que se aplicó una encuesta a 101 profesionales de enfermería, evidenciando que la mayoría de ellos se oponen a la UCI abierta, aunque son conscientes de que un horario sin restricciones puede favorecer a la persona en estado crítico y la familia.

El estudio de Ventura y Arceciado (2021) desarrollado en España tuvo como objetivo identificar el tipo de sentimientos y las necesidades que se presentan en los familiares de las personas en estado crítico que han sido internados en UCI de un hospital de tercer nivel de Cataluña, y a través de un estudio cualitativo de tipo fenomenológico desarrollado con 15

entrevistas a familiares de las personas en estado crítico, determinó que es indispensable que se integre más a la familia en el cuidado diario de la persona en estado crítico de UCI, puesto que los familiares ayudan a priorizar las necesidades de las persona en estado crítico.

Así mismo, Herrera, Llorente, Suarez y Oyola (2021) realizaron un estudio cuantitativo, descriptivo y transversal en una institución de nivel V en Montería – Colombia cuyo objetivo fue analizar las necesidades de los familiares de las persona en estado crítico y a través de una encuesta aplicada a 340 familiares que cuidan a personas en estado crítico, concluyeron que la necesidad más preponderante es recibir información sincera sobre el estado y progreso de la persona en estado crítico, incluyendo explicaciones sobre los equipos utilizados. Corroborando de esta manera que, la comunicación es una de las mayores necesidades que consideran los familiares en los procesos de atención.

Por otra parte, el estudio de Niño y Ramírez (2022) con la finalidad de describir las necesidades que tienen los profesionales de enfermería para entablar adecuadas relaciones con los familiares de las personas en estado crítico de UCI en Colombia, desarrolló un estudio cualitativo de alcance descriptivo mediante el empleo de técnicas de análisis de contenido realizó 21 entrevistas a enfermeros y determinó que para este grupo de profesionales, la confianza con los familiares, la entrega de información suficiente, y la participación constante de la familia en el cuidado, favorece en los tiempos de recuperación de las personas en estado crítico internados en UCI.

1.2. Delimitación del problema

- **Delimitación espacial:** se revisará estudios originales realizados a nivel mundial en el área de cuidados intensivos, para obtener una perspectiva global sobre la temática de estudio.
- **Delimitación temporal:** se considerarán estudios publicados en los últimos 5 años para garantizar la relevancia y actualidad de la información recopilada. Esto permitirá analizar las tendencias actuales y posibles cambios en las prácticas de cuidado en la UCI.
- **Delimitación del universo:** se incluirán estudios originales que aborden la visibilidad de la familia en el proceso de cuidado en la UCI, independientemente de la edad, género o condición médica de las personas en estado crítico. La atención se centrará en la dinámica entre el personal de salud y las familias en entornos de cuidados intensivos.

- **Delimitación del contenido:** la revisión se concentrará en estudios originales, que exploren aspectos específicos el tema de estudio. Esto incluirá investigaciones que aborden la comunicación, la participación de la familia, las barreras percibidas y las intervenciones destinadas a mejorar la relación entre el personal de salud y las familias.

1.3. Formulación y sistematización del problema

1.3.1. Formulación del problema.

- ¿Hay visibilidad de la familia en el proceso de cuidado dentro de las Unidades de Cuidados Intensivos?

1.3.2. Sistematización del problema. Preguntas específicas.

- ¿Qué factores condicionan la visibilidad de la familia en las unidades de cuidados intensivos?
- ¿Cómo influye la visibilidad de la familia en la calidad del cuidado y la evolución de la persona es estado crítico?
- ¿Cuáles son las políticas institucionales de las unidades de cuidados intensivos respecto al ingreso de familiares de personas en estado crítico?

1.4. Justificación de la investigación

Según los estudios revisados, la presencia y participación de la familia en el cuidado influyen en la percepción de la atención médica y pueden tener un impacto positivo en la recuperación de la persona en estado crítico. Comprender y fomentar la visibilidad de la familia puede contribuir a la creación de entornos más colaborativos y comprensivos en la UCI, así como también, puede influir notablemente en la calidad de la atención sanitaria, la mejora de las prácticas y resultados clínicos en entornos críticos.

De igual forma, la toma de decisiones a menudo implica a la familia, por lo que, esta investigación puede proporcionar información valiosa sobre cómo mejorar la comunicación y la colaboración en el proceso de en este proceso, asegurando que las decisiones médicas sean informadas y alineadas con los valores y deseos de las personas en estado crítico y sus seres queridos, aportando de manera esencial a humanizar la atención médica. Reconocer a la familia

como parte integral del proceso de cuidado, no solo mejora la relación médico- persona en estado crítico-familia, sino que también contribuye a un entorno más compasivo y centrado en las necesidades individuales y expectativas en general, mejorando la calidad de la atención. Por tanto, comprender estos aspectos contribuirá a diseñar intervenciones que mitiguen el impacto emocional y mejoren la calidad de la experiencia de los involucrados.

Los principios de atención médica centrada en la persona en estado crítico y la familia son aplicables en diferentes contextos culturales y sistemas de salud. Los resultados de este estudio podrían tener implicaciones para la mejora de la atención en diversas partes del mundo, una atención más humanizada y centrada en las necesidades de las personas en estado crítico como un ser singular y a sus familias en áreas críticas. Además, servirá de base para el desarrollo de intervenciones específicas que puedan mejorar la visibilidad de la familia. Por lo tanto, estas intervenciones pueden incluir programas de comunicación, recursos educativos y estrategias para involucrar a la familia de manera efectiva en el cuidado de la persona en estado crítico. En este contexto, la presente investigación tiene el siguiente objetivo.

1.5. Objetivos de la investigación

1.5.1. Objetivo general.

- Identificar la visibilidad de la familia en el proceso del cuidado dentro de las Unidades de Cuidados Intensivos.

1.5.2. Objetivos específicos.

- Describir los factores que condicionan la visibilidad de la familia en las unidades de cuidados intensivos.
- Describir la influencia de la visibilidad de la familia en la calidad del cuidado y la evolución de la persona crítico.
- Identificar las políticas institucionales de las unidades de cuidados intensivos respecto al ingreso de familiares de la persona en estado crítico.

2. REVISIÓN DE LA LITERATURA

2.1. Fundamentos teóricos

2.1.1. Teoría de Hildegard Peplau.

Hildegard E. Peplau, nacida en 1909 en Reading, Pensilvania, Estados Unidos, es reconocida como una figura influyente en el campo de la enfermería psiquiátrica y la teoría de enfermería. Se graduó en 1931 en el Pottstown Hospital School of Nursing y posteriormente obtuvo una licenciatura en enfermería en 1943 por la Bennington College, Vermont, y una maestría en psiquiatría en la Universidad de Columbia en 1947. Además, recibió un doctorado honorario en ciencias humanas por la Universidad de Chicago en 1978 (Fernández, Torres y Ruiz, 2020).

Peplau es conocida por su Teoría de las Relaciones Interpersonales en enfermería, publicada por primera vez en 1952 y ampliamente reconocida como un hito en la profesión (Machado et al., 2021). Esta teoría enfatiza la importancia de la relación enfermera- persona en estado crítico como elemento central en el proceso de atención y curación. En ella se describen, cuatro fases en la relación terapéutica: orientación, identificación, explotación y resolución, cada una con su propio conjunto de características y objetivos (Florez, Castellanos, Quemba y Rodriguez, 2023).

En el contexto de la UCI, las persona en estado crítico a menudo están gravemente enfermos y pueden no ser capaces de comunicarse de manera efectiva, por lo tanto, los familiares desempeñan un papel vital en el proceso de atención (Florez et al. 2023). La aplicación de la teoría de Peplau en este entorno implica que los enfermeros y otros profesionales de la salud reconozcan y valoren la importancia de establecer relaciones terapéuticas no solo con las personas en estado crítico sino también con sus familiares (Machado, Tierra, Robalino, Chuquicondor y Espín, 2021).

Al adoptar un enfoque centrado en la relación, los profesionales de la salud pueden mejorar la comunicación con los familiares, proporcionarles apoyo emocional y asegurar que se sientan incluidos en el proceso de toma de decisiones (Correa y Chavarro, 2021). Por tanto, es muy importante que en la UCI las decisiones se tomen según los familiares de las personas en estado crítico. Así mismo, al aplicar los principios de la teoría de las relaciones interpersonales, los enfermeros pueden desempeñar un papel clave en la orientación de los

familiares a través de la experiencia de la UCI, ayudándoles a comprender la situación, a manejar su ansiedad y a participar de manera significativa en el cuidado de sus seres queridos (Elers y Gilbert, 2016).

2.1.2. La familia

La familia es definida como la base de la sociedad, que preceden de valores y responsabilidades, brindando apoyo emocional, social y económico a sus miembros a lo largo de la vida (Herrera et al., 2021). Considerando lo manifestado, desempeña un rol fundamental en la salud y el bienestar de las personas en estado crítico en UCI (Guerra y González, 2021).

Por otra parte, la familia actúa como un componente esencial del equipo de atención, ya que puede proporcionar información crucial sobre la historia médica de la persona en estado crítico y sus deseos personales en cuanto a la atención médica (Baeza y Quispe, 2020). Además, la presencia de familiares cercanos puede ser reconfortante y tranquilizadora para la persona en estado crítico, contribuyendo positivamente a su estado emocional y reduciendo el estrés asociado con la hospitalización en UCI (Herrera et al., 2021).

Además de brindar apoyo emocional, la familia también participa en las decisiones sobre la vida de la persona en estado crítico. Según Regaira y García (2021) los médicos y el personal de enfermería suelen mantener una comunicación abierta con la familia, explicando el diagnóstico, el pronóstico y las opciones de tratamiento disponibles. Esto permite que, la familia esté informada y participe en las decisiones médicas, lo que puede ser crucial en situaciones en las que se requieren decisiones difíciles (Guerra y González, 2021).

2.1.3. El cuidado

El cuidado de la salud se entiende como un enfoque holístico que incluye la prevención, diagnóstico y tratamiento de enfermedades, así como la promoción de hábitos de vida saludables. Este enfoque busca preservar y mejorar el bienestar físico, mental y social de los individuos. (Muñoz, Olarte y Salamanca, 2021). Bajo este razonamiento, la importancia del cuidado de las personas en estado crítico en situaciones delicadas radica en la necesidad de proporcionar cuidados específicos y altamente especializados a aquellos individuos que enfrentan condiciones médicas graves o potencialmente mortales (Correa y Chavarro, 2021). Conllevando a que, el tiempo en la atención y la respuesta inmediata y precisa de parte del personal médico especializado, que marca la diferencia entre decisiones inocuas o acertadas

(González, Herrera y Martínez, 2019). Por eso, las UCI y otros entornos de atención médica crítica tienen tecnología de vanguardia y personal altamente capacitado que puede dar monitoreo constante y una intervención médica de alta precisión (Canchero et al. 2021).

Además, la atención médica especializada en situaciones críticas implica el eje sobre las decisiones clínicas complejas y la administración de terapias avanzadas (Muñoz et al. 2021). Por lo tanto, el uso de equipos de soporte vital, como ventiladores mecánicos y dispositivos de monitorización avanzada, así como la administración de medicamentos específicos y terapias intensivas, es vital para la adecuada atención y mejora de las personas en estado crítico (Herrera et al. 2021). Por lo tanto, la atención especializada no solo se enfoca en la estabilización de la persona en estado crítico, sino también en la identificación de la causa subyacente de la condición crítica y en la implementación de estrategias terapéuticas personalizadas para optimizar las posibilidades de recuperación (Geylgel, Hudson, Maslen y Chereli, 2021). Por lo que, la atención médica especializada en situaciones críticas es esencial para garantizar el mejor resultado posible para las personas en estado crítico en momentos de extrema vulnerabilidad y complejidad médica (Herrera et al. 2021).

2.1.4. El rol de la familia en el cuidado de la persona en estado crítico

La importancia de eje céntrico familiar como asistentes para mejorar la salud de sus familiares que se encuentran hospitalizados, es un tema de gran relevancia en el ámbito de la atención médica. Según Duque y Arias (2021) la participación de los familiares recurrentes en la atención de las personas en estado crítico es fundamental en su recuperación. Ante lo cual, la familia actúa como un apoyo emocional invaluable, proporcionando consuelo y aliento a la persona en estado crítico (Guerra y González, 2021).

Además, los miembros de la familia pueden servir como intermediarios efectivos entre la persona en estado crítico y el personal médico, ayudando a comunicar las necesidades y preferencias del hospitalizado de manera más eficiente (Ochoa et al. 2023), lo que puede resultar en una atención más personalizada y efectiva, ya que la familia conoce mejor los antecedentes médicos y las peculiaridades de las personas en estado crítico (Regaira y García, 2021). Por consiguiente, la interacción con sus seres queridos puede proporcionar una distracción emocional y psicológica que reduce la sensación de aislamiento y depresión que a menudo experimentan las persona en estado crítico (Correa y Chavarro, 2021). Además, la familia puede ayudar en la movilización temprana de la persona en estado crítico, estimulando

la recuperación física y disminuyendo el riesgo de complicaciones relacionadas con la inmovilidad (Rubio y Ventura, 2020).

Dentro de los contextos de las UCI, la participación de los familiares en la atención de las personas en estado crítico contribuye en gran medida hacia el mejoramiento general de la atención, en última instancia, al pronóstico de la persona en estado crítico (López, 2021). La estancia en una UCI se caracteriza por ser una experiencia profundamente estresante y angustiada tanto para la persona en estado crítico como para sus seres queridos. La presencia de los familiares puede ofrecer consuelo y apoyo emocional, contribuyendo a disminuir la ansiedad y la depresión, además de mejorar el estado de ánimo general de la persona en estado crítico (Herrera et al. 2021). Conllevando a que, esta mejora en el bienestar emocional influya positivamente en la respuesta de la persona en estado crítico al tratamiento y en su capacidad para afrontar la enfermedad (Guerra y González, 2021).

Además del apoyo emocional, la familia desempeña un papel activo en la comunicación y la toma de decisiones médicas. Debido a que, los familiares son una fuente valiosa de información sobre la historia médica, las preferencias y los valores de la persona en estado crítico, lo que permite a los profesionales de la salud tomar decisiones mejor fundamentadas y personalizadas en cuanto a la atención y el tratamiento de la persona en estado crítico en UCI (Martínez y Moreno, 2021). A su vez, para Herrera et al. (2021) los familiares actúan como defensores de los derechos de la persona en estado crítico, garantizando que se respeten sus deseos y preferencias en la medida de lo posible.

2.1.5. Relación enfermera- persona en estado crítico

La relación del personal de enfermería con las personas en estado crítico en UCI es muy importante en la atención médica (Pabón, Rodríguez y Henao, 2022). En primer lugar, esta relación es crucial para el establecimiento de un entorno de confianza en el que las personas en estado crítico puedan sentirse seguros y comprendidos (Muñoz et al. 2021). En este sentido, las personas en estado crítico en la UCI suelen enfrentar situaciones médicas críticas y momentos de vulnerabilidad, por lo que, la empatía y el apoyo emocional por parte del personal de salud y enfermería son esenciales para su bienestar psicológico (Moreno y Vida, 2022).

La relación del personal de enfermería también puede influir en la satisfacción de la persona en estado crítico y su adherencia al tratamiento. En este sentido, cuando las personas en estado crítico sienten que están siendo atendidos por un equipo de profesionales que los

valora y respeta, es más probable que sigan las recomendaciones médicas y participen activamente en su recuperación (Ochoa et al., 2023). Es decir, esta relación puede brindar apoyo emocional a las personas en estado crítico y sus familias, lo que puede mejorar su experiencia en la UCI y reducir el estrés asociado con la hospitalización (Rojas, 2019).

Considerando lo expuesto, es crucial la interacción entre el personal de salud y de enfermería con las personas en estado crítico en las unidades de cuidados intensivos para asegurar una atención médica de alta calidad. Según Suarez, Guamán y Torres (2023), esta relación impacta directamente en la seguridad y calidad del cuidado, además de influir en la satisfacción de la persona en estado crítico y su capacidad para manejar situaciones médicas adversas. La empatía y colaboración entre los profesionales sanitarios y de enfermería son vitales para ofrecer un cuidado integral y mejorar los resultados clínicos en estos entornos (Ochoa et al., 2023).

2.1.6. Relación enfermera-familiar

La conexión entre enfermeras y familiares dentro de la UCI resulta fundamental para el proceso de recuperación y mejoría de las personas en estado crítico. Según Suárez et al. (2023), las interacciones positivas entre las familias de las personas en estado crítico y el personal médico aportan una perspectiva única y valiosa sobre la persona en estado crítico, al proveer información crucial para su historial médico, antecedentes personales y preferencias.

La relación enfermera-familia también se extiende a la participación en los cuidados diarios de la persona en estado crítico en UCI (Ochoa et al., 2023). Permitiendo que, los familiares asistan en tareas como la movilización temprana, la higiene personal y la alimentación, bajo la supervisión del personal de enfermería y médico (González et al., 2019). Por lo tanto, esta colaboración puede acelerar la rehabilitación de la persona en estado crítico y reducir el riesgo de complicaciones relacionadas con la inmovilidad (Ochoa et al., 2023).

La interacción entre el personal de enfermería y los familiares de las personas en estado crítico puede verse afectada por diversas barreras que limitan la visibilidad y participación de la familia en la atención de sus seres queridos. En primer lugar, las restricciones de horarios y las políticas de visita de las UCI pueden dificultar el acceso de la familia a la unidad, lo que limita su presencia y participación en la atención de la persona en estado crítico (Regaira y García, 2021). Por lo que, estas restricciones, a menudo implementadas debido a consideraciones de control de infecciones o necesidades médicas, pueden causar angustia y

frustración en los familiares que desean estar cerca de sus seres queridos durante momentos críticos (Suárez et al., 2023).

Por otra parte, la falta de comunicación efectiva entre el personal médico y la familia puede ser una barrera significativa. En ocasiones, los detalles sobre el estado de la persona en estado crítico y los planes de tratamiento y las actualizaciones médicas no se comunican de manera clara y comprensible a los familiares, lo que puede generar confusión y ansiedad (Pabón et al., 2022). Por consiguiente, esto puede obstaculizar la capacidad de la familia para tomar decisiones informadas y participar activamente en la atención de la persona en estado crítico (Geylge et al., 2020). Es fundamental que los equipos médicos trabajen juntamente con los familiares, dándoles información precisa y apoyo emocional para superar estas barreras y fomentar una mejor relación entre las personas en estado crítico de UCI y sus seres queridos (Duque y Arias, 2021).

El intercambio de información entre el personal sanitario y los familiares de las personas en estado crítico en la Unidad de Cuidados Intensivos (UCI) resulta fundamental para disminuir el estrés y la ansiedad de estos últimos. En un ambiente tan crítico como la UCI, donde las emociones están a flor de piel, la eficacia en la comunicación y el apoyo proporcionado por médicos y enfermeras son vitales. Los profesionales de salud juegan un rol importante al ofrecer información clara y comprensible acerca del estado de la persona en estado crítico, el plan de tratamiento y las expectativas de recuperación. Una comunicación abierta y transparente permite que los familiares entiendan mejor la condición de su ser querido, lo que ayuda a disminuir la incertidumbre que frecuentemente es causa de estrés y ansiedad (Muñoz et al., 2021).

Asimismo, el personal de salud tiene la capacidad de proporcionar apoyo emocional a los familiares, brindándoles un espacio para expresar sus preocupaciones, miedos y emociones. Según López (2021), la empatía y la comprensión por parte del equipo médico y de enfermería pueden ser reconfortantes para los familiares, quienes a menudo se sienten impotentes frente a la enfermedad de su ser querido. Además, este apoyo emocional puede ayudar a reducir el estrés y la ansiedad, promoviendo un ambiente más tranquilo y propicio para la toma de decisiones informadas y la participación de la familia en el cuidado de la persona en estado crítico en UCI (Rojas, 2019).

2.1.7. La Unidad de cuidados intensivos.

2.1.7.1. Definición

Para Abad y Chías (2021) estas unidades están diseñadas para brindar cuidados especializados a personas que se encuentran en estado crítico o en situaciones médicas extremadamente delicadas. Su principal función es proporcionar un nivel elevado de monitorización, tratamiento, apoyo, una atención constante y personalizada (Moreno y Vida, 2022). Además, estas unidades deben contar con un equipo interdisciplinario de profesionales de la salud altamente capacitados, incluyendo médicos intensivistas, enfermeras especializadas, tecnólogos médicos y otros expertos, que trabajan en conjunto para estabilizar a personas en estado crítico y maximizar sus posibilidades de recuperación. (Munarriz et al., 2023)

2.1.7.2. Características

Estas unidades utilizan tecnologías avanzadas, como ventiladores mecánicos, monitores cardíacos y equipos de soporte vital, para mantener la estabilidad de la persona en estado crítico (Muñoz et al. 2021). Así mismo, las UCI son lugares donde se administran terapias médicas y medicamentos críticos, como también procedimientos invasivos y se brinda apoyo nutricional y emocional tanto a la persona en estado crítico como a sus familiares (Rubio y Ventura, 2020). En consideración de lo expuesto, las UCI desempeñan un papel fundamental en la atención de personas en estado crítico en situaciones críticas, proporcionando una atención médica altamente especializada y un ambiente de cuidado intensivo esencial para su recuperación (Suárez, Guamán y Torres, 2023).

2.1.7.3. Rol de la enfermera en la UCI

En el área de UCI las enfermeras/os desarrollan funciones clave en el monitoreo continuo de las personas en estado crítico, la administración de tratamientos y medicamentos, y la evaluación constante de las respuestas a las intervenciones terapéuticas (Moreno y Vida, 2022). Por lo tanto, su formación especializada les permite identificar rápidamente cambios en el estado clínico de la persona en estado crítico y actuar de manera eficiente para prevenir complicaciones (Muñoz et al. 2021).

En concordancia con lo anteriormente manifestado, las enfermeras de la UCI cumplen un papel vital en el soporte emocional y psicológico tanto de las personas en estado crítico como de sus familias. Una comunicación efectiva y empática es fundamental para ofrecer información clara sobre la condición de la persona en estado crítico, los procedimientos aplicados y las expectativas de recuperación (Regaira y García, 2021).

Por lo tanto, los enfermeros de la UCI también juegan un rol importante en la coordinación del equipo multidisciplinario de atención médica. Estos profesionales colaboran estrechamente con médicos, terapeutas respiratorios, farmacéuticos y otros especialistas en salud para crear e implementar planes de cuidado integral, diseñado para atender las necesidades específicas de cada persona en estado crítico (Verd, Maquera y Miro, 2021). Por lo que, su capacidad para gestionar y priorizar múltiples demandas de atención, garantiza que las personas en estado crítico reciban la atención más efectiva y oportuna posible (González et al., 2021). Según lo manifestado, el profesional de la UCI es clave en el complejo entramado de la atención crítica, cuyo papel va más allá de la clínica, abarcando aspectos emocionales, comunicativos y de coordinación esenciales para la recuperación de la persona en estado crítico

2.2. Predicción científica

La visibilidad de la familia en el proceso de cuidado en la UCI mejora significativamente la calidad del cuidado y la evolución de las personas en estado crítico, como se evidencia en la literatura académica.

3. MATERIALES Y MÉTODOS

3.1. Enfoque, diseño y tipo de investigación

3.1.1. Enfoque de investigación

El presente estudio se desarrolló bajo un enfoque cualitativo, basado en Hernández, Fernández y Baptista (2014) quienes mencionan que, la investigación cualitativa es un enfoque metodológico que busca comprender y explicar a profundidad la complejidad de los fenómenos humanos y sociales, priorizando la identificación, interpretación y la comprensión de patrones emergentes que permiten comprender el comportamiento de un fenómeno de estudio.

3.1.2. Diseño de la investigación

Se utilizó un diseño narrativo, ya que permitió destacar temas y patrones recurrentes del tema a estudiar. Según Hernández et al. (2014) el diseño narrativo enriquece un estudio de revisión de literatura al proporcionar una estructura organizada, que tenga la capacidad de integrar diversas perspectivas teórica y destaque temas relevantes, permitiendo de esta manera una comprensión más rica y matizada de los fenómenos estudiados.

3.1.3. Tipo de investigación

Es una revisión bibliográfica, porque se analizó artículos originales extraídos de diferentes bases de datos. Así pues, Hernández et al. (2014) refieren que una revisión bibliográfica pretende identificar y evaluar la evidencia científica que, con los hallazgos reportados, respondan a una pregunta de investigación.

3.2. Población y muestra

La población perteneciente a esta investigación incluyó a 113 artículos y a través de la aplicación de los criterios de inclusión y exclusión la muestra quedó conformada por 66 estudios.

Para Hernández et al. (2014) la muestra de estudio es un grupo de elementos extraídos de una población, los cuales comparten características comunes.

- **Criterios de inclusión**

- Artículos científicos que se hayan publicado en los últimos cinco años.

- Artículos científicos que estén publicados en revistas indexadas.
- Artículos científicos publicados en idioma español e inglés.
- **Criterios de exclusión**
 - Tesis.
 - Revisiones Bibliográficas.

Según Hernández et al. (2014), los criterios de inclusión y exclusión determinan quiénes pueden participar en un estudio de investigación, especificando las características necesarias para ser elegibles (inclusión) y las condiciones que descalifican a los individuos (exclusión). Estos criterios son esenciales para asegurar la homogeneidad de la muestra, mejorar la validez del estudio y minimizar los riesgos para los participantes, lo que permite obtener resultados más precisos y aplicables.

3.3. Técnicas e instrumentos de recogida de datos

La recolección de datos se realizó a través de una revisión bibliográfica de artículos originales en bases de datos tales como Scopus, Redined, Dialnet, Scielo, Web of Science, con la ayuda de las palabras clave como: familia, UCI, visibilidad, cuidados intensivos, enfermería y los operadores booleanos AND, OR y NOT.

La técnica de recogida de datos se trata de un proceso de recolección de datos y consultas ágiles, basadas en un proceso que segmenta las características específicas de la información que se pretende revisar (Hernández et al., 2014).

3.4. Técnicas de análisis de datos

La información obtenida de los artículos se analizó mediante el método inductivo, ya que el estudio se basó en un proceso de razonamiento que va de lo particular a lo general, construyendo conocimiento a partir de la observación directa y el análisis de los datos empíricos, lo que permitió identificar patrones y formular conclusiones. Para Hernández et al. (2014), esta técnica utiliza observaciones detalladas para formular conclusiones amplias o leyes, permitiendo recopilar datos o evidencia específica y a partir de allí, formular similitudes de resultados y patrones de comportamiento de un fenómeno analizado.

4. RESULTADOS

1.1. Factores condicionantes de la visibilidad de la familia en las Unidades de Cuidados Intensivos

Cancho et al. (2019) revelaron importantes deficiencias en la atención personalizada dentro de las UCI en Perú, mostrando que las estrictas restricciones de visitas fuera del horario establecido influyen negativamente en la satisfacción de los familiares. No obstante, en Ecuador, Jaramillo, Zambrano y Balda (2021), indican una tendencia hacia una mayor aceptación de la presencia familiar en el área mencionada, siendo el ingreso más flexible, se propone ampliar el tiempo permitido para la visita, manteniendo las pautas y normas bajo responsabilidad del profesional sanitario para la atención individualizada de cada persona en estado crítico.

A este respecto, Alonso et al. (2021) manifiestan que existe una resistencia significativa en los profesionales de enfermería en relación a la implementación de la UCI abierta, ya que la presencia familiar implica que se altere su ritmo de trabajo, haya sobrecarga emocional y física en el personal, agotamiento en el familiar, no obstante, admiten que un horario sin restricciones puede beneficiar al paciente y la familia. Así también, en un estudio realizado en Escocia se evidenció que, la conciencia situacional de la familia; la percepción de sí misma en la colaboración para la atención; la relación y la confianza; y las características personales y familiares fueron los principales factores que afectaron la participación de la familia en la atención, a esto también se suma el contexto laboral de la unidad, la condición la persona en condición crítica y el criterio personal. (Kydonaki, Kean y Tocher, 2020; Sepúlveda, Irrázabal y Rojas, 2022)

Así mismo, Sánchez, Carmona, Silva, Garzón y Medina (2022) en su estudio demuestran que la UCI es un área donde las personas se encuentran con el sistema inmunitario debilitado y conectados a diversos dispositivos médicos, lo que genera un alto riesgo de adquisición de infecciones debido a agentes externos que pueden ingresar a través del familiar, coincidiendo con Ventura y Arrecciado (2021) en su estudio realizado en España, quienes mencionan que la restricción en el acceso de familiares a las UCI se debe a la preocupación del personal sanitario por la seguridad y control del entorno del área. De igual manera en un estudio desarrollado en Suecia, refieren que en tiempos de pandemia no se permitió las visitas de familiares para protegerlos a sí mismos, a los enfermos y al personal, ya que la mayor

preocupación era que las visitas en persona pudieran provocar una infección por COVID-19 (Jungestrand, Holm, Rose, Wolf y Ringdal, 2023).

Triviño, Curi, Jimenez, Muñoz y Herrera (2023) manifiestan que los principales obstáculos para el ingreso a la UCI sobre puertas abiertas se ven influenciado por el riesgo de contagio y la falta de recursos hospitalarios. Así también, de forma similar Valls et al. (2020) describen en su investigación que el ingreso a las UCI se restringía a menores de 6 años, debido a que tienen mayor riesgo de infección, además, se piensa que el entorno puede intimidar a los menores, pudiendo impresionarlos el enfermo, no obstante, algunos profesionales mencionan que permitirían la entrada de menores de 6 años, si el paciente se estuviera muriendo, despierto o ser parentesco cercano (padre/madre). Además, Asadi y Salmani (2024) narran que las restricciones a las visitas se dieron debido al deterioro del estado la persona, dando lugar a sentimientos de desesperación y separación con el familiar.

La interacción con las familias se caracterizó por fluctuaciones constantes en las prácticas de las enfermeras, que oscilaban de un día para otro, de un turno a otro y de una enfermera a otra, estas variaciones se vieron influenciadas por las actitudes, creencias, temores y percepciones de cada enfermera, la condición inestable o cambiante del paciente generó sentimientos inquietantes para la enfermera y obstáculos para involucrar a la familia, así como también, las estructuras y los recursos de la UCI. (Naef et al., 2021) Del mismo modo, Price et al., (2023) expresan que factores como la actitud de las enfermeras, gravedad del enfermo, la falta de comunicación y la dificultad de la familia para comprender la situación, son factores influyen en la participación familiar.

Mirlashari et al. (2020) manifiestan que, en Irán existen desafíos que limitan la atención centrada en la familia en las UCI neonatales, tales como, los factores personales, culturales, organizacionales y de gestión, determinados por el personal sanitario. De igual manera, el régimen de visitas en las unidades de cuidados intensivos de los países de habla alemana es muy heterogéneo y viene determinado por la actitud del personal, y no sólo desde la pandemia de enfermedad por coronavirus. (Brauchle et al., 2023)

En la India, el personal de salud está de acuerdo con las políticas de visitas restringidas, ellos consideran que la presencia continua de un familiar interfiere con su trabajo, por tanto, se mostraban reacias a cambiar a la política alternativa. (Mahajan, Gupta, Singh, Mahajan y Gautam, 2021)

4.1. Influencia de la visibilidad de la familia en la calidad del cuidado y la evolución la persona en estado crítico

Kentish et al. (2021), en su estudio realizado en los Países Bajos, refieren que la presencia y accesibilidad de los familiares durante la hospitalización mejora la confianza en el sistema sanitario. Durante la hospitalización de la persona en estado crítico, la familia actúa como la voz del mismo, ya que, conoce sus morbilidades y necesidades (Anduquia et al., 2021).

Gil, Ferrándiz, Giménez, Castro y Ballester (2020), mencionan que, al no estar con los familiares cercanos aumenta el estrés del enfermo y afecta su estado emocional. La participación familiar es crucial para su bienestar emocional y psicosocial, ayudando a controlar los niveles de estrés y ansiedad (Wonh et al., 2020).

De igual manera, Flores et al. (2023) indican que, cuando los familiares están presentes, se establece un puente de diálogo más abierto y transparente entre el equipo médico y el paciente. Este ambiente facilita la explicación de procedimientos complejos y decisiones terapéuticas de manera que sea comprensible para la familia, asegurando que todos los involucrados tengan una clara comprensión de la situación y las expectativas de recuperación.

Heyliger Marrero (2019) destaca que el personal de enfermería en unidades especializadas percibe positivamente los horarios de visita flexibles, reconociendo que la mayor presencia de los familiares contribuye a una mejor recuperación del paciente. Esta cercanía permite a los familiares detectar cambios sutiles en el estado del paciente, los cuales pueden ser comunicados rápidamente al personal de salud. Además, la participación activa de la familia no solo fomenta un ambiente de apoyo y tranquilidad, sino que también fortalece la colaboración entre el equipo de salud y los familiares, mejorando los resultados en la UCI.

Así mismo, Martin-Caballero, Arrogante, Martín-Casas, y Ortiz-Gutiérrez (2024) la formación recibida por los padres sobre el cuidado de sus hijos, especialmente en el contexto de los Cuidados Centrados en la Familia (CCDF), resultó crucial para que pudieran enfrentar las restricciones impuestas y participar de manera activa en el cuidado. Este enfoque no solo promovió la autonomía de los padres en el cuidado de sus bebés, sino que también fortaleció las relaciones interpersonales entre las familias y el personal de salud. Sin embargo, la pandemia generó una dualidad en estas relaciones: mientras algunos padres encontraron apoyo

emocional en las enfermeras, otros sintieron un distanciamiento emocional debido a la lejanía física necesaria.

En este sentido, Flores et al (2023), sostienen que la mejora en la adherencia al tratamiento es una faceta crucial en la atención de la persona en estado crítico, donde la implicación de la familia puede desempeñar un rol determinante. Al estar presentes, los familiares pueden recibir instrucciones detalladas y clarificaciones directamente del equipo médico sobre los medicamentos y procedimientos necesarios. Este acceso directo a la información ayuda a los familiares a entender mejor el propósito y la importancia de cada aspecto del tratamiento, lo que a su vez aumenta su capacidad para apoyar al paciente en seguir las recomendaciones médicas de manera precisa.

Asimismo, Suarez et al. (2023) aluden que, los familiares a menudo actúan como mediadores y recordatorios para la persona en estado crítico, asegurándose de que se administren los medicamentos a tiempo y se sigan las dietas o restricciones prescritas. Esta vigilancia constante es especialmente beneficiosa para la persona grave o desorientada, ya que, no puede manejar su propio régimen de tratamiento. La colaboración estrecha entre el equipo de cuidados y la familia también permite ajustes oportunos en el tratamiento. Los familiares que comprenden el tratamiento pueden comunicar efectivamente los efectos secundarios o problemas que puedan presentarse, facilitando ajustes rápidos por parte de los profesionales de la salud. Todo esto teniendo en cuenta que dicha comunicación bidireccional asegura que el tratamiento no solo sea continuo, sino también personalizado según la evolución del paciente, maximizando su efectividad. (Vásquez, 2023)

De igual manera, Castelo Rivas, Lange García y Triviño Carreño (2023) subrayan que la UCI es un entorno hospitalario particularmente complejo, donde los pacientes enfrentan condiciones críticas que amenazan su vida. Tradicionalmente, estas áreas han restringido el acceso familiar, lo que ha sido cuestionado por diversos estudios que abogan por la implementación de estrategias que flexibilicen los horarios de visita y promuevan la inclusión de la familia en el cuidado del paciente. Esta participación no solo mejora los resultados clínicos del paciente, sino que también aumenta la satisfacción familiar, destacando la importancia de una UCI con puertas abiertas y un enfoque en la humanización del entorno hospitalario.

De acuerdo al estudio realizado por Carrera y Cedeño (2021) en tiempos de pandemia por COVID-19, las personas aisladas de sus familias durante la estancia hospitalaria sufrieron un impacto emocional negativo, dificultando la recuperación de los mismos, afectó su salud psicológica. Sin embargo, Jaramillo et al. (2021) destacan posturas contradictorias entre enfermeros relacionadas a la inclusión de la familia en el cuidado de la persona en estado crítico, unos piensan que la presencia familiar los tranquiliza, otros refieren que la familia dificulta el descanso.

4.2. Políticas institucionales de las unidades de cuidados intensivos respecto al ingreso de familiares de la persona en estado crítico

Tabah et al. (2021) en su investigación realizada en Australia y Nueva Zelanda mencionan que la mayoría de las UCI tienen políticas de visitas voluntarias y estaban abiertas las 24 horas, estas políticas con horarios de visita flexibles son componentes esenciales de la atención centrada en la familia, benefician a la persona en estado crítico y familiares, puesto que, contribuye a reducir el estrés. Por el contrario, en China, todavía se mantienen políticas restrictivas para las visitas familiares, lo que genera controversia, se mantienen horarios de visita limitados y se prohíbe el ingreso de los familiares (Li et al., 2023). El sistema de gestión cerrado que se utiliza actualmente en China limita el contacto entre los pacientes críticos y sus familiares, lo que aumenta su malestar físico y emocional (Yahui et al., 2022). Además, también creen que el sistema de visitas abiertas de la UCI puede prevenir eficazmente los riesgos de infección de los enfermos (Chen Fang et al., 2020).

Estudios realizados en España, revelan que durante la pandemia de COVID-19, un gran número de unidades de cuidados intensivos implementaron una política de cero visitas. las familias de las personas internadas enfrentaron restricciones severas para la accesibilidad del visitante, sustituidas por métodos de comunicación virtual. Durante la primera etapa, los tiempos de acceso fueron reducidos al mínimo, aunque con el tiempo, y a medida que avanzaba la pandemia, hubo una recuperación gradual que nunca alcanzó los niveles previos a la crisis sanitaria que enfrentaba el mundo. (Wendlandt et al., 2022) y Fernández, Gonzáles, Arrollo y Garnacho, 2024)

De igual forma, Casabella, Pálizas, Solano, Guantay y Garay (2020) en su estudio realizado en Buenos Aires en época de pandemia, describen que hubo políticas restrictivas de visitas, las cuales tenían el objetivo de limitar la transmisión del virus, no obstante, asumen que

estas políticas pudieron tener efectos negativos que no han sido adecuadamente considerados, por lo que, recomiendan a las instituciones reevaluar las políticas de visitas, con el objetivo de poder alcanzar un equilibrio que permita respetar las normas de bioseguridad y a su vez facilitar la presencia familiar, especialmente en los últimos días de vida. Así mismo, las políticas de visitas de las UCI italianas se modificaron notablemente durante la primera ola de COVID-19, adoptando la comunicación remota como sustituto de las reuniones familiares. (Langer et al., 2022)

En Colombia, las visitas en UCI de puertas abiertas son mínimas, tienen horarios de visita menor a 3 horas y se recomienda seguir trabajando en políticas de humanización de las UCI, en conjunto con los directivos institucionales, para mejorar las tasas de visita de familiares extendida e incluso de 24 horas. (Garzón et al., 2023)

En Croacia, la mayoría de enfermeras mencionó que disponen de políticas de visitas escritas en las unidades de cuidados intensivos, las cuales tienen restricciones como las visitas de niños, también creen que las visitas contribuyen a la propagación de infecciones. (Dobrinić y Režić, 2020). Lo antes descrito se contrapone con el estudio de Guerrero, Antolínez, López y Martínez (2019), quienes evidencian la implementación de estas políticas, con flexibilidad de los horarios, mostrando un efecto positivo en los indicadores hospitalarios relacionados con la calidad de la atención. La implementación de políticas de visitas abiertas varía significativamente entre países y hospitales, ya que, dependen de factores culturales, disponibilidad de recursos y la disposición del personal para aceptar cambios, algunos profesionales de la salud pueden sentirse incómodos al trabajar con familiares presentes. (Fuentes, Quintana y Monistrol, 2021)

Actualmente, el sistema de visitas en las UCI continúa causando polémica, sin embargo, cada vez más se está aplicando en el sistema sanitario. En esta modalidad de visita, las familias pueden acudir a ver a su familiar frecuentemente y con horarios ampliados, dándoles la opción de modificar la hora de visita en casos especiales y ayuda a los familiares a sentirse partícipes en el cuidado. (Sanz et al., 2023)

5. CONCLUSIONES

Los factores que condicionan la participación de la familia en las UCI incluyen, políticas institucionales restrictivas, creencias y temores del personal de salud, sobrecarga de trabajo, y preocupaciones por el control de infecciones, especialmente durante situaciones de alta vulnerabilidad como la pandemia de COVID-19, la gravedad del paciente, la infraestructura hospitalaria, las diferencias culturales y organizacionales reflejan la complejidad en la implementación de políticas de UCI abierta.

No obstante, la presencia familiar en las UCI aporta beneficios significativos, mejorando la calidad del cuidado y la evolución del paciente crítico. Esta participación fortalece la confianza en el sistema de salud, facilita la comunicación, y reduce el estrés y la ansiedad del paciente, lo que acelera su recuperación y personaliza la atención ya que mejora la toma de decisiones terapéuticas.

Las políticas de visitas en las UCI varían de forma considerable a nivel mundial. Oceanía, Australia y Nueva Zelanda mantienen políticas flexibles, centradas en la familia, con UCI abiertas 24 horas. Por el contrario, en Asia, particularmente China, continúan con restricciones, limitando el contacto entre pacientes y familiares. En Europa en países como España e Italia, las restricciones continúan, pero con menor severidad, sin embargo, aún no vuelven a abrirse las UCI completamente como era antes de la pandemia, de forma similar sucede en América Latina en países como Argentina y Colombia en los cuales se están reevaluando estas políticas.

6. REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- Abad Balboa, T. y Chías Navarro, P. (2021). Habitar los hospitales: el bienestar más allá del confort: nuevas tendencias en arquitectura sanitaria. *Habitar los hospitales*, 12(2) 1-33. <http://hdl.handle.net/10481/65477>
- Alonso Rodríguez, A., Martínez Villamea, S., Sánchez Vallejo, A., Gallego Lorenzo, J. y Fernández Menéndez, M. (2021). Perspectivas de los profesionales de enfermería de cuidados intensivos sobre las visitas abiertas en una UCI. *Enfermería Intensiva*, 32(2), 62-72. <https://doi.org/10.1016/j.enfi.2020.02.005>
- Asadi, N., Salmani, F. (2024). Las experiencias de las familias de pacientes ingresados en la unidad de cuidados intensivos. *BMC Nurs* 23 , 430. <https://doi.org/10.1186/s12912-024-02103-8>
- Baeza, I. y Quispe, L. (2020). Proyecto “Humanizando los Cuidados Intensivos”, nuevo paradigma de orientación de los Cuidados Intensivos. *Revista de Bioética y Derecho*, 48(1), 111-126. https://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1886-58872020000100008
- Brauchle, M., Deffner, T., Brinkmann, A. *et al.* (2023). Besuche von minderjährigen Angehörigen in der Intensiv- und Notfallmedizin. *Med Klin Intensivmed Notfmed* 118, 351–357. <https://doi.org/10.1007/s00063-023-01004-z>
- Canchero Ramirez, A., Matzumura Kasano, J. y GutiérrezCrespo, H. (2019). Satisfacción del familiar del paciente en la Unidad de Cuidados Intensivos del Hospital Nacional Dos de Mayo, 2018. *Anales de la Facultad de Medicina*, 80(2), 177-182. <https://doi.org/10.1016/j.acci.2019.12.002>
- Carrera, J. y Cedeño, M. (2021). Impacto Emocional en Pacientes Aislados de sus Familias. *Polo del Conocimiento: Revista científico - profesional*, ISSN-e 2550-682X, Vol. 6, N°. 11, 2021, págs. 1126-1147. DOI: 10.23857/pc.v6i11.3318
- Casabella García, C., Pálizas, F., Solano Rueda, C., Guantay, M., y Garay, C. (2020). Cambios en las visitas a cuidados intensivos durante la pandemia COVID-19. *Medicina (Buenos Aires)*, 80(Supl. 6), 119-120. <https://n9.cl/3kej7>.

- Chen Fang, Ren Qi, Liu Caixia, et al. (2020). Encuesta sobre las actitudes de las enfermeras de la UCI hacia las visitas abiertas y el análisis de los factores que influyen. DOI: [10.3760/cma.j.cn121430-20200408-00460](https://doi.org/10.3760/cma.j.cn121430-20200408-00460)
- Correa Pérez, L. y Chavarro, G. (2021). Integralidad en la atención del paciente crítico: buscando un camino para humanizar la UCI. *Acta Colombiana de Cuidado Intensivo*, 21(1), 77-82. <https://doi.org/10.1016/j.acci.2020.04.004>
- Días, L. y Ballesteros, 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(1), 1-10. <https://doi.org/10.11144/Javeriana.ie23.cefr>
- Dobrinić, I., y Režić, S. (2020). ICU nurses' perception of visits to patients. *Croatian Nursing Journal*, 4(1), 91-101. <https://doi.org/10.24141/2/4/1/8>
- Duque, C. y Arias, M. (2021). Relación enfermera-familia en la unidad de cuidados intensivos. Hacia una comprensión empática. *Revista Ciencias de la Salud*, 19(1), 124-143. <https://doi.org/10.12804/revistas.urosario.edu.co/revsalud/a.10059>
- Elers, Y. y Gibert, M. (2016). Relación enfermera-paciente: una perspectiva desde las teorías de las relaciones interpersonales. *Revista cubana de enfermería*, 32(4), 1-12. <https://www.medigraphic.com/cgi-bin/new/resumen.cgi?IDARTICULO=76513>
- Fernández, C., Torres, M. y Ruiz, E. (2020). *Teoría y práctica de los fundamentos de enfermería. Bases teóricas y metodológicas*. Editorial de la Universidad Almería. <https://n9.cl/1869s>
- Fernández, R., González, M., Arroyo, F., y Garnacho, J. (2024). Encuesta nacional sobre cambios en las políticas de comunicación, visitas y cuidados al final de la vida en las unidades de cuidados intensivos durante las diferentes olas de la pandemia de COVID-19 (estudio COVIFAUCI). *Enfermería Intensiva*, 35(1), 2024, 35-44. <https://doi.org/10.1016/j.enfi.2023.04.004>.
- Florez Escobar, I., Castellanos Fuentes, Y., Quemba Mesa, M. y Rodríguez, L. (2023). Comunicación terapéutica y terapia narrativa: aplicaciones en el cuidado de enfermería. *Revista Ciencia y Cuidado*, 20(3), 74-87. <https://revistas.ufps.edu.co/index.php/cienciaycuidado/article/view/3854>

- Forsberg, T., Isaksson, M., Schelin, C., Lyngå, P., y Schandl, A. (2024). Family members' experiences of COVID-19 visiting restrictions in the intensive care unit—A qualitative study. *Journal of Clinical Nursing*, 33(1), 215-223. <https://onlinelibrary.wiley.com/doi/epdf/10.1002/nop2.2117>
- Fuente, S., Quintana, O. y Monistrol, O. (2021). Impacto de las restricciones de visitas de familiares de pacientes por la pandemia de COVID-19 sobre la utilización de la contención mecánica en un hospital de agudos: estudio observacional. *Journal of Healthcare Quality Research*, 36(5), 263-268. <https://doi.org/10.1016/j.jhqr.2021.04.005>.
- Garzón, N., Correa, L., Carrizosa, J., Becerra, S., Carvajal, D., Olaya, S., Gómez, C., Rendón, C., Hernández, H. (2023). Sedación ligera diurna, tipo de uci, horario de visitas en ucis colombianas como estrategia de humanización. Asociación Colombiana de Medicina Crítica y Cuidado Intensivo. <https://lc.cx/0Ci3kQ>
- Geylgel, Y., Hudson Megret, T., Maslen Bonnane, M. y Chereli Lescaille, C. (2020). Factores asociados al afrontamiento familiar en la atención del paciente grave. *Revista Información Científica*, 99(6), 528-537. http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1028-99332020000600528
- Gil, B., Ferrándiz, A., Giménez, C., Castro, J., & Ballester, R. (2020). Psychological distress in critically ill patients: Risk and protective factors. *Revista de Psicopatología y Psicología Clínica*, 25(2), 81-90. <https://doi.org/10.5944/rppc.26224>
- González Gil, M. Alcolea Cosín, M., Pérez García, S., Luna Castaño, P., Torrent Vela, S., Piqueras Rodríguez, P., ... y Espinosa Bayal, M. (2021). La visita infantil a la unidad de cuidados intensivos pediátricos desde la experiencia de las enfermeras. *Enfermería Intensiva*, 32(3), 133-144. <https://doi.org/10.1016/j.enfi.2020.06.003>
- González Rincón, M., De Herrera Marchal, P. y Martínez-Martín, M. (2019). Rol de la enfermera en el cuidado al final de la vida del paciente crítico. *Enfermería Intensiva*, 30(2), 78-91. <https://n9.cl/mqo1x4>

- Guerra, M. y González, P. (2021). Satisfacción de pacientes y cuidadores familiares en unidades de cuidados intensivos de adultos: revisión de la literatura. *Enfermería Intensiva*, 32(4), 207-219. <https://doi.org/10.1016/j.enfi.2020.07.002>
- Guerrero, M., Antolinez, M., López, G y Martínez del Valle, A. (2019). Impacto sobre resultados hospitalarios de una política de flexibilización de horarios de visitas a la Unidad de Cuidados Intensivos. *Acta Colombiana de Cuidado Intensivo*, 19(4), 177-182. <https://doi.org/10.1016/j.acci.2019.09.001>
- Herrera, J., Llorente, Y., Suarez, S. y Oyola E. (2021). Necesidades en familiares de pacientes críticos de una institución de IV nivel en Montería, Colombia. *Enfermería global*, 20(61), 285-304. <https://doi.org/10.6018/eglobal.423121>
- Hernández Sampieri, R., Fernández Collado, C., & Baptista Lucio, P. (2014). *Metodología de la investigación* (6ta ed.). McGraw-Hill. <https://acortar.link/Asw2WI>
- Heyliger Marrero, B. D. (2019). Percepción del profesional de enfermería sobre los horarios de visitas de los familiares de pacientes admitidos en una unidad especializada y su beneficio a la recuperación. *Vestigium UAA*, 5(1), 72-94. <https://acortar.link/Asw2WI>
- Jaramillo, I., Zambrano, G., y Balda, H. (2021). Perspectiva de los profesionales de salud ante una unidad de cuidados intensivos de puertas abiertas en la UCI del Hospital de Especialidades Portoviejo. *Revista RECIMUC*, 5(2), 404-410. [https://doi.org/10.26820/reciamuc/5.\(2\).abril.2021.404-410](https://doi.org/10.26820/reciamuc/5.(2).abril.2021.404-410)
- Jungestrand, L., Holm, E., Rose, L., Wolf, A., y Ringdal, M. (2023). Family member perspectives on intensive care unit in-person visiting restrictions during the COVID-19 pandemic: A qualitative study. *Intensive & critical care nursing*, 75, 103347. <https://doi.org/10.1016/j.iccn.2022.103347>
- Kentish-Barnes, N., Degos, P., Viau, C., Pochard, F., & Azoulay, E. (2021). “It was a nightmare until I saw my wife”: the importance of family presence for patients with COVID-19 hospitalized in the ICU. *Intensive care medicine*, 47(7), 792-794. <https://doi.org/10.1007/s00134-021-06411-4>

- Klop, H. T., Nasori, M., Klinge, T. W., Hoopman, R., de Vos, M. A., du Perron, C., van Zuylen, L., Steegers, M., Ten Tusscher, B. L., FCH, A., Onwuteaka-Philipsen, B. D., & Pasman, H. R. W. (2021). Family support on intensive care units during the COVID-19 pandemic: A qualitative evaluation study into experiences of relatives. *BMC Health Services Research*, 21(1), 1-19. <https://doi.org/10.1186/s12913-021-07095-8>
- Kydonaki, K., Kean, S., Tocher, J. (2020). Participación familiar en cuidados intensivos: una exploración cualitativa de pacientes con enfermedades graves, sus familias y enfermeras de cuidados intensivos (estudio INpuT). *J Clin Nurs*. 2020 ; 29 : 1115 – 1128. <https://doi.org/10.1111/jocn.15175>
- Langer, T., Depalo, FC, Forlini, C. *et al.* (2022). Políticas de comunicación y visitas en las unidades de cuidados intensivos italianas durante la primera ola de la pandemia de COVID-19 y el confinamiento: una encuesta a nivel nacional. *BMC Anesthesiol* 22 , 187. <https://doi.org/10.1186/s12871-022-01726-1>
- Li, J., Cai, S., Mei, J., Wang, X., Zhang, Y., y Chen, Z. (2023). Creencias y actitudes de las enfermeras de la unidad de cuidados intensivos y las familias de los pacientes con respecto a una política de visitas abiertas en China. *Nursing Critical Care*, 28(5), 800-807. <https://doi.org/10.1111/nicc.12870>
- López, B. (2021). Humanizando en la Unidad de Cuidados Intensivos con pacientes Covid-19. *Index de Enfermería*, 30(1), 1-2. https://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1132-12962021000100001
- Machado Herrera, P., Tierra Tierra, V., Robalino Rivadeneira, M., Chuquicondor Rochina, S. I. y Espín Chalán, M. (2021). Esquema de cuidados de enfermería ante posibles afecciones psicológicas en pacientes con enfermedad renal crónica. *Revista Eugenio Espejo*, 15(2), 76-87. <https://doi.org/10.37135/ee.04.11.11>
- Mahajan, R., Gupta, S., Singh, G., Mahajan, R. y Gautam, P. (2021). Continuous family access to the intensive care unit: A mixed methods exploratory study. *Indian J Crit Care Med*;25(5):540–550. DOI: 10.5005/jp-journals-10071-23805

- Martin-Caballero, M. B., Arrogante, O., Martín-Casas, P., & Ortiz-Gutiérrez, R. (2024). Modificaciones de los cuidados centrados en el desarrollo y la familia en cuidados intensivos neonatales durante la pandemia por COVID-19 en un hospital de España: Un estudio cualitativo. *Enfermería Intensiva*, 35(2), 97-106. <https://doi.org/10.1016/j.enfi.2023.05.001>
- Martínez, S. y Moreno, C. (2021). Soporte psicológico a familiares de pacientes en UCI-covid-19 a través de atención telefónica. *Proyecto Lumbre: Revista Multidisciplinar de Insuficiencia Cutánea Aguda*, 22(1), 64-65. <https://n9.cl/rzna4>
- Mirlashari, J., Brown, H., Khoshnavay, F., De Salaberry, J., Khanmohamad, T., Khoshkhou, T. (2020). The Challenges of Implementing Family-Centered Care in NICU from the Perspectives of Physicians and Nurses. *Journal of Pediatric Nursing*. Volume 50. Pages e91-e98. ISSN 0882-5963. <https://doi.org/10.1016/j.pedn.2019.06.013>.
- Moreno, I. y Vida, M. (2022). La e-salud. Hacia la medicina 5P: medicina personalizada, precisa, preventiva, predictiva y participativa. *Revista de Derecho de la Seguridad Social, Laborum*, 4(1), 15-443. <https://n9.cl/ieeai>
- Munarriz Ticona, A., Pareja Maldonado, F., Castro Acuña, K., Vences, M., Gutierrez Garcia, C., Heredia Orbegozo, G. y Munayco Escate, C. (2023). Oxigenoterapia de alto flujo y ventilación no invasiva en pacientes extubados por COVID-19 y riesgo de reintubación. *Revista del Cuerpo Médico Hospital Nacional Almanzor Aguinaga Asenjo*, 16(2).1-14. <https://doi.org/10.35434/rcmhnaaa.2023.162.1772>
- Muñoz Acuña, D., Olarte Castro, M. T. y Salamanca Ramos, E. (2021). Grado de adherencia terapéutica en pacientes en Unidades de Cuidados Intensivos. *Enfermería Global*, 20(61), 1-22. <https://dx.doi.org/10.6018/eglobal.412831>
- Naef, R., Brysiewicz, P., Mc Andrew, N., Beierwaltes, P., Chiang, V., Clisbee, D., De Beer, J., Honda, J., Kakazu, s. Nagl-Cupal, M., Price, A., Richardson, S., Richardson, A., Tehan, T., Towell-Barnard, A., Eggenberger, S. (2021). Intensive care nurse-family engagement from a global perspective: A qualitative multi-site exploration. *Intensive and Critical Care Nursing*. Volume 66. 103081. ISSN 0964-3397. <https://doi.org/10.1016/j.iccn.2021.103081>

- Niño, J., y Ramírez, O. (2022). Necesidades de enfermería para establecer relaciones interpersonales armónicas con la familia del paciente en UCI. *Boletín Semillero de Investigación en Familia*, 4(1), 1-13. <https://revistas.unillanos.edu.co/index.php/bsif/article/view/839>
- 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://doi.org/10.11144/Javeriana.ie25.vipm>
- Pabón Martínez, B., Rodríguez Pulido, L. y Henao Castaño, A. (2022). La familia en la prevención del delirium en la unidad de cuidados intensivos: scoping review. *Enfermería Intensiva*, 33(1), 33-43. DOI: [10.1016/j.enfi.2021.01.003](https://doi.org/10.1016/j.enfi.2021.01.003)
- Price, A., McAndrew, N., Thaqi, Q., Kirk, M., Brysiewicz, P., Eggenberger, S., Naef, R. (2023). Factors influencing critical care nurses' family engagement practices: An international perspective. *Nurs Crit Care*; 28(6): 1031-1044. doi:[10.1111/nicc.12824](https://doi.org/10.1111/nicc.12824)
- Regaira, E. y Garcia, 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://www.elsevier.es/es-revista-enfermeria-intensiva-142-articulo-el-proceso-informacion-familiares-unidades-S113023992030064X>
- Rodriguez, J., Quero, M., Sepulveda, E., Espartero, M, Ortiz, F., Soto, V., y Hernandez, A. (2019). Experience of care through patients, family members and health professionals in an intensive care unit: A qualitative descriptive study. *Surgery*, 33(4), 912-920. <https://doi.org/10.1111/scs.12689>.
- Rojas, V. (2019). Humanización de los cuidados intensivos. *Revista Médica Clínica Las Condes*, 30(2), 120-125. <https://www.elsevier.es/es-revista-revista-medica-clinica-las-condes-202-articulo-humanizacion-de-los-cuidados-intensivos-S0716864019300240>
- Rubio, O. y Ventura, L. (2020). Limitación de soporte vital. Cuidados paliativos y final de vida en UCI. *Revista de bioética y derecho*, 48(1), 81-93. https://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1886-58872020000100006

- Sánchez, L. A., Carmona, Y., Silva, Y. V., Garzón, L. F., y Medina, M. A. (2022). Significados de la humanización en cuidado crítico. Vivencias y acciones de profesionales sanitarios en Unidades de Cuidado Intensivo en Bogotá y Cartagena (Colombia). *Revista de Bioética y Derecho*, 56, 185-207. <https://bit.ly/3ZHgRu0>
- Sanz, A., Valderas, D., Cuenca, L., Rubio, P., Ortiz, M. y Real, L. (2023). Resultados de una intervención para la mejora de la información a familiares de pacientes críticos. *Conocimiento Enfermero* 20 (2023): 47-59. <https://www.conocimientoenfermero.es/index.php/ce/article/view/229>
- Sepúlveda-Hermosilla, D., Irrarázabal-Vargas, L., y Rojas Silva, N. (2022). Participación de la familia en el cuidado del paciente crítico: Un estudio exploratorio. *Enfermería Intensiva*, 33 (<https://doi.org/10.1016/j>
- Suárez, M., Guamán, T. y Torres, J. (2023). Humanización de los cuidados en las unidades de cuidados intensivos. *Domino de las Ciencias*, 9(3), 1862-1874. <https://dominiodelasciencias.com/ojs/index.php/es/article/view/3381>
- Tabah, A., Ramanan, M., Bailey, R. L., Chavan, S., Baker, S., Huckson, S., Pilcher, D., y Litton, E. (2022). Family visitation policies, facilities, and support in Australia and New Zealand intensive care units: A multicentre, registry-linked survey. *Australian critical care : official journal of the Confederation of Australian Critical Care Nurses*, 35(4), 375–382. <https://doi.org/10.1016/j.aucc.2021.06.009>
- Triviño, J., Curi, S., Jimenez, M., Muñoz, A., y Herrera, P. (2023). Acompañamiento al paciente en estado crítico: Percepción del familiar/cuidador sobre puertas abiertas. *Revista de Bioética*, 8(3), 16. <https://doi.org/10.21931/RB/2023.08.03.16>
- Valls-Matarín, J., Peradejordi-Torres, R., Calvet-González, E., Jorge-Castillo, A., Calvo-Alonso, S., y Sandalinas-Mulero, I. (2020). Visita de los menores de edad en una unidad de cuidados intensivos. ¿Qué opina el personal sanitario? *Enfermería Intensiva*. Volume 31, Issue 2, Pages 52-59, ISSN 1130-2399. <https://doi.org/10.1016/j.enfi.2019.01.003>
- Ventura, L. y Arreciado, 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://medes.com/publication/163313>

- Verd, X., Maqueda, M. y Miró, M. (2021). Colaboración interprofesional en las sesiones clínicas conjuntas en una Unidad de Cuidados Intensivos: percepciones de enfermeras y médicos. *Enfermería Intensiva*, 32(1), 3-10. <https://doi.org/10.1016/j.enfi.2020.02.004>
- Wendlandt, B., Kime, M., y Carson, S. (2022). El impacto de las restricciones de visitantes familiares en los trabajadores de la salud en la UCI durante la pandemia de COVID-19. *Enfermería de Cuidados Intensivos y Críticos*, 68, 2-9. <https://bit.ly/3Y4pLQN>
- Wong, P., Redley, B., Digby, R., Correya, A., y Bucknall, T. (2020). Families' perspectives of participation in patient care in an adult intensive care unit: A qualitative study. *Australian critical care: official journal of the Confederation of Australian Critical Care Nurses*, 33(4), 317–325. <https://doi.org/10.1016/j.aucc.2019.06.002>
- Yahui Y, Juan W, Huifen X, et al. (2022). Experiencias y necesidades de pacientes y familiares durante la hospitalización en una unidad de cuidados intensivos en China: un estudio cualitativo. *Journal of Transcultural Nursing*; 33(2):141-149. doi: [10.1177/10436596211043277](https://doi.org/10.1177/10436596211043277)