

ORIGINAL

Nursing care in critical care units: perception of family members

Cuidado de enfermería en unidades de atención críticas: percepción de los familiares

Lisset Alexandra Manzano Gallegos¹  , Deicy Dolores Quizhpi Pallchizaca²  , Shirley Karina Encalada Pilamunga³  , Ana Gissela Calderón Bailón³  , Jorge Leodan Cabrera Olvera³  , Jessica Mariuxi Figueroa Andrade³  

¹Universidad Estatal De Milagro, Escuela de Enfermería. Milagro, Ecuador.

²Universidad Estatal Península de Santa Elena, Escuela de Enfermería. Santa Elena, Ecuador.

³Pontificia Universidad Católica del Ecuador Sede Santo Domingo, Escuela de Enfermería. Santo Domingo, Ecuador.

Citar como: Manzano Gallegos LA, Quizhpi Pallchizaca DD, Encalada Pilamunga SK, Calderón Bailón AG, Cabrera Olvera JL, Figueroa Andrade JM. Nursing care in critical care units: perception of family members. Salud, Ciencia y Tecnología. 2025; 5:2299. <https://doi.org/10.56294/saludcyt20252299>

Enviado: 21-05-2025

Revisado: 16-07-2025

Aceptado: 08-10-2025

Publicado: 09-10-2025

Editor: Prof. Dr. William Castillo-González 

Autor para la correspondencia: Lisset Alexandra Manzano Gallegos 

ABSTRACT

Introduction: the family experience is conditioned by the quality of care, humane treatment, and communication, factors that directly affect their satisfaction and trust in the healthcare system.

Method: a qualitative approach with a phenomenological hermeneutic design was used, guided by COREQ criteria. The sample consisted of 12 family members (spouses, parents, and adult children), selected through convenience and saturation sampling. Semi-structured interviews were conducted virtually, lasting an average of 40 minutes, and were analyzed using the Colaizzi method with an EMIC-ETIC approach to identify categories and subcategories.

Results: the results revealed four main categories: 1) attitudes and care provided by nursing staff, highlighting both negative behaviors such as lack of empathy, impersonal treatment, and poor communication, and positive behaviors such as respect and emotional support; 2) therapeutic limitations in critical services, associated with shortages of medical supplies, a lack of human resources, and excessive workloads; 3) comprehensive care and nursing professionalism, where dignified treatment, patience, and empathy towards patients and families were recognized; and 4) interpersonal relationships and communication, with divergent perceptions between a lack of information and the willingness of some professionals to provide cordial and continuous support.

Conclusions: nursing care in the ICU has strengths and weaknesses. Lack of resources, work overload, and poor communication limit the quality of care; however, empathy, commitment, and willingness on the part of staff are key to humanized care that includes the family as an essential part of the process.

Keywords: Care; Nursing; Family; Intensive Care Unit.

RESUMEN

Introducción: la experiencia familiar está condicionada por la calidad de la atención, el trato humanizado y la comunicación, factores que inciden directamente en su satisfacción y confianza hacia el sistema de salud.

Método: se utilizó un enfoque cualitativo con diseño fenomenológico hermenéutico, guiado por los criterios COREQ. La muestra estuvo compuesta por 12 familiares (cónyuges, padres e hijos mayores de edad), seleccionados mediante muestreo por conveniencia y saturación. Las entrevistas semiestructuradas se realizaron de forma virtual, con un promedio de 40 minutos, y fueron analizadas mediante el método de

Colaizzi con enfoque EMIC-ETIC para identificar categorías y subcategorías.

Resultados: los resultados evidenciaron cuatro categorías principales: 1) actitudes y cuidados del personal de enfermería, destacando tanto conductas negativas como falta de empatía, trato despersonalizado y comunicación deficiente, como positivas, relacionadas con respeto y apoyo emocional; 2) limitaciones terapéuticas en servicios críticos, asociadas a escasez de insumos médicos, déficit de talento humano y sobrecarga laboral; 3) cuidado integral y profesionalismo de enfermería, donde se reconoció trato digno, paciencia y empatía hacia pacientes y familiares; y 4) relación interpersonal y comunicación, con percepciones divergentes entre ausencia de información y disposición de algunos profesionales para brindar apoyo cordial y continuo.

Conclusiones: la atención de enfermería en UCI presenta fortalezas y debilidades. La falta de recursos, la sobrecarga laboral y la comunicación deficiente limitan la calidad del cuidado; sin embargo, la empatía, el compromiso y la disposición del personal son claves para un cuidado humanizado que incluya a la familia como parte esencial del proceso.

Palabras clave: Cuidado; Enfermería; Familia; Unidad de Cuidados Intensivos.

INTRODUCCIÓN

La experiencia del familiar que acompaña a un paciente en cuidados críticos sobre los servicios de enfermería se ve influenciada por expectativas que pueden cambiar con la información obtenida durante el proceso salud-enfermedad, lo que afecta su nivel de satisfacción. A nivel global, los servicios de salud, incluidos los de enfermería, son muy solicitados debido a su enfoque humanitario en la atención de la salud de las personas, familias y comunidades.⁽¹⁾

Cabe señalar que, el cuidado humano que se espera del enfermero abarca aspectos como el trato respetuoso, la capacidad de empatizar, la disposición para escuchar de manera activa y brindar apoyo emocional, así como mostrar consideración y atención hacia las costumbres, ideas y creencias del paciente, estas acciones deben ser llevadas a cabo con calidez y comprensión, centrado en la seguridad y calidad de los cuidados desde una visión integral.⁽²⁾

Por otro lado, la Organización Mundial de la Salud (OMS) señala que cada año fallecen 56 millones de personas en todo el mundo, la mayoría de estas muertes ocurren en entornos hospitalarios; en este sentido, las unidades de cuidados intensivos (UCI) está encargada de reducir este porcentaje de mortalidad y ofrecer atención especializada a estos usuarios, brindándoles una posibilidad de recuperación y supervivencia.⁽³⁾ Cabe destacar que, la provisión de una atención adecuada desempeña un papel fundamental en la reducción de desigualdades en el acceso, la mortalidad, morbilidad y costos. Por tanto, el cuidado humanizado se ha convertido en uno de los indicadores más significativos de la calidad de la atención proporcionada por los profesionales de la salud, lo cual plantea un desafío potencial para las diversas instituciones de salud en términos de servicios brindados.⁽⁴⁾

Además, el desarrollo del acto de cuidado de enfermería genera respuestas del paciente y familiares ante los efectos de la enfermedad, lo que hace necesario incorporar en su valoración y ejecución un plan de cuidado personalizado para cada paciente, teniendo en cuenta las limitaciones y complejidad que presenta estos servicios.⁽⁵⁾

Por lo tanto, es relevante que los sistemas de salud incorporen la atención a la familia como una pieza importante en el cuidado que desarrolla enfermería; de tal manera que garantice una atención de calidad, la presencia de personal altamente capacitado, y una dotación de recursos humanos de acuerdo con la cantidad de pacientes que se manejan dentro de las unidades críticas.^(6,7)

No obstante, el no cumplimiento de estos aspectos puede provocar sobrecarga de trabajo y predisponer a fallas en la prestación de cuidados de salud; así como conlleva a que los profesionales prioricen la atención directa a los pacientes, descuidando los cuidados que se deben brindar a sus familias, lo que puede generar insatisfacción e incomodidad en los usuarios externos, quienes no ven satisfechas todas sus necesidades frente a la atención integral de un ser querido.⁽⁸⁾ Es por ello, que se propuso el objetivo de describir la atención proveída por el personal de enfermería según la percepción de familiares de pacientes internados en unidades de cuidados intensivos.

MÉTODO

El estudio fue de enfoque cualitativo, diseño fenomenológico hermenéutico, basado en la comprensión de las percepciones sobre la atención brindada en los servicios de cuidados críticos, centrado en la interpretación de las experiencias de los familiares.⁽⁹⁾ Además, la investigación incorporó los Criterios Consolidados para la Elaboración de Informes de Investigación Cualitativa (COREQ).⁽¹⁰⁾

Los participantes del estudio fueron familiares de pacientes ingresados en unidades de cuidados críticos en instituciones de salud públicas de las Ciudades de Santo Domingo y Portoviejo; Ecuador; es así, que la muestra se conformó por 12 familiares uno de cada paciente ingresado a estas unidades, obtenidos a través de un muestreo por conveniencia y saturación de la información, eligiendo los sujetos cercanos como padres, cónyuges e hijos mayores de edad; Cabe señalar que, se les expuso la finalidad y método de investigación, en forma escrita y verbalmente, obteniendo su consentimiento informado; por lo que, se les designó códigos para garantizar la privacidad y confidencialidad.

Se realizaron sesiones virtuales a través de la plataforma tecnológica ZOOM y videollamadas telefónicas, estas fueron grabadas con un promedio de 40 minutos, quienes proporcionaron información sociodemográfica. Las entrevistas se realizaron de forma semiestructuradas con las siguientes preguntas de investigación, validadas a mediante una prueba piloto previa dos familiares que permitió refinar y mejorar las interrogantes: ¿Cuál es su percepción en relación con la atención recibida por el personal de enfermería?; ¿Qué factores percibe usted que afecta al cuidado brindado por enfermería?; y ¿Qué aspectos sobresalen de la relación interpersonal que existe entre el enfermero, paciente y familiar?

Estas fueron realizadas por dos Licenciadas en Enfermería, bajo la supervisión dos Máster; y validado por otros dos Doctorantes, con la finalidad de comprender cómo es la percepción del familiar sobre la atención integral que brinda el personal de enfermería en las unidades de cuidados críticos.

Las grabaciones fueron transcritas a texto mediante el empleo de Microsoft Word, para el análisis de la información, se utilizó una codificación abierta, empleando el método de Colaizzi, que permitió resumir, organizar y detallar las experiencias de los participantes de manera estructurada, así como explorar las relaciones y vínculos entre los datos mediante el enfoque EMIC-ETIC.^(11,12) Esto facilitó la comprensión de las experiencias de los familiares, centrado en las divergencias y convergencias entre los nexos de las narrativas, dando origen a categorías y subcategorías.

Cabe destacar que, el estudio aseguró la credibilidad a través de la revisión de los resultados por cada investigador, así como la retroalimentación de resultados preliminares a participantes, esto con el objetivo de validar la consistencia entre las narrativas, transcripción y lo interpretado.⁽¹³⁾

RESULTADOS Y DISCUSIÓN

Los participantes fueron 12 familiares con un rango de edad entre los 19 y 53 años, clasificados en: cónyuges (6), padres (3) e hijos (3); predominó el género femenino (8) y masculino (4); con familiares ingresados a las unidades de cuidados intensivos con un intervalo de estancia entre 5-16 días; como se evidencia en la tabla 1.

Participantes	Sexo	Edad	Relación familiar	Área de hospitalización	Sector de atención
P1	F	19	Hija	UCI	Público
P2	F	53	Madre	UCI	Público
P3	F	29	Cónyuge	UCI	Público
P4	M	42	Madre	UCI	Público
P5	F	41	Cónyuge	UCI	Público
P6	F	35	Cónyuge	UCI	Público
P7	F	37	Cónyuge	UCI	Público
P8	M	47	Madre	UCI	Público
P9	F	31	Cónyuge	UCI	Público
P10	M	39	Cónyuge	UCI	Público
P11	M	26	Hijo	UCI	Público
P12	F	30	Hija	UCI	Público

A partir de la culminación del análisis de los testimonios, emergen las siguientes unidades de análisis, que reflejan las percepciones expresadas por los participantes del estudio, teniendo las siguientes:

1. Categoría: actitudes y cuidados brindados por parte del personal de enfermería

Las actitudes del personal de enfermería y los cuidados brindados a los familiares de pacientes ingresados en Unidades de Cuidados Intensivos (UCI) influyen directamente en la calidad de la atención. Estas actitudes pueden ser positivas o negativas, destacándose entre estas últimas la falta de empatía, el desinterés y la ausencia de comunicación asertiva. Dichos comportamientos se organizan en tres subcategorías:

Primera subcategoría: Actitud negativa en la atención al paciente crítico

La actitud del profesional de enfermería resulta crucial en el cuidado de pacientes críticos. Factores como el estrés, la sobrecarga de trabajo, la limitación de tiempo, el desinterés en comunicarse y las habilidades comunicativas deficientes dificultan la interacción efectiva, afectando tanto al paciente como a su familia.

Los participantes describieron esta situación:

- “Con mal humor o estaban, así como con mala actitud la verdad” (P2).
- “Están con esa mala actitud que le dije con los pacientes” (P3).
- “El estrés que ellos manejan pierde por completo su horizonte que es atender al paciente” (P7).
- “Hubo personal muy déspota” (P11).
- “Se las veía bravas todo el tiempo... si preguntábamos algo nos respondían, pero igual no entendíamos” (P12).

Cabe señalar que, una actitud negativa puede derivar en atención descuidada, comunicación deficiente y disminución de la calidad del cuidado, así como afectar la confianza del paciente y su familia en el equipo de salud, lo que repercute en la satisfacción.⁽¹⁴⁾

Además, la falta de empatía y un trato despersonalizado hacen que las personas se sientan como números, lo que incrementa su malestar emocional y empeora la percepción sobre la atención recibida.⁽¹⁵⁾

Segunda subcategoría: carencia en el cuidado y trato digno en servicios críticos

La deshumanización refleja la pérdida de valores en el ámbito sanitario, dando lugar a un trato impersonal, carente de empatía y con un enfoque excesivamente técnico. Resolver esta problemática exige reflexión individual y colectiva que encamine los cuidados hacia el bienestar humano.

Los testimonios lo ilustran:

- “Tenían falta de empatía hacia los pacientes” (P3).
- “Que sean más humanistas porque no lo eran, atienden personas no máquinas” (P8).
- “Se necesita tener mucha empatía y mucha tolerancia, la cual no tenían” (P9).
- “También les falta ponerse en el lugar de uno, de ser más humanos” (P10).

En este contexto, la deshumanización se manifiesta en una atención impersonal, deficiente comunicación y en la primacía de lo técnico sobre lo humano. Esto afecta negativamente la experiencia de pacientes y familiares, además de generar desgaste emocional en los profesionales.⁽¹⁶⁾

De igual modo, esto incrementa el miedo, la inseguridad y la ansiedad de los pacientes, mientras que en el personal ocasiona insatisfacción laboral, agotamiento y pérdida de propósito.⁽¹⁷⁾

Tercera subcategoría: falencias en la comunicación asertiva del profesional de salud

La comunicación asertiva, entendida como la expresión clara y respetuosa de ideas y necesidades, es fundamental en la atención hospitalaria, ya que contribuye a reducir la ansiedad y a crear un entorno cálido y colaborativo.

Los participantes señalaron la falta de esta práctica:

- “Falta de comunicación... no dicen nada de cómo está evolucionando el paciente” (P1).
- “El personal de salud, tanto enfermería como medicina, no da la comunicación de la mejor manera” (P4).
- “Otras que ni comunicación daban... tenía que preguntarle al camillero, que me daba más información que las enfermeras” (P6).
- “Les falta más comunicación con los familiares, uno pregunta porque está ansioso” (P7).

Cabe destacar que, escuchar activamente, involucrar a la familia y mantener un diálogo claro son prácticas esenciales para la atención integral. Además, una comunicación deficiente genera malentendidos, desconfianza e insatisfacción, lo cual puede afectar el cumplimiento del tratamiento.⁽¹⁸⁾

2. Categoría: limitación terapéutica en los servicios críticos

Las limitaciones terapéuticas en UCI constituyen un desafío sensible, donde los profesionales intentan brindar la mejor atención posible a pesar de la escasez de recursos. Estas carencias abarcan desde la falta de insumos médicos hasta el déficit de personal y la sobrecarga laboral, organizándose en tres subcategorías:

Primera subcategoría: escasez de dispositivos e insumos médicos

La falta de medicamentos, equipos especializados y suministros compromete la seguridad del paciente y la dignidad en el cuidado. Algunos testimonios:

- “La falta de insumo, fármacos todo uno tenía que comprar, pensar que es una entidad pública”

(P2).

- “El medicamento... no contamos con el medicamento, entonces eso afecta a la atención” (P4).
- “La falta de insumo, falta de que no hay tal cosa... vaya cómprela” (P 12).

En este sentido, la escasez de recursos compromete la capacidad de diagnóstico, monitoreo y tratamiento, reduciendo la efectividad de los cuidados y afectando el pronóstico del paciente. Asimismo, esta situación genera frustración y sobrecarga emocional en el personal, lo que repercute en la calidad de atención.⁽¹⁹⁾

Segunda subcategoría: Carencia de talento humano en cuidados intensivos

La falta de planificación en la distribución de recursos humanos genera desigualdad y sobrecarga en los servicios críticos. Las narrativas fueron:

- “Poco personal en la sala, se necesita más personal” (P1).
- “Hay muchos pacientes para poco personal de salud” (P3).
- “Pienso que debería haber más enfermeras... es muy complicado estar 1 solo personal para bastantes pacientes” (P 9).
- “Poco personal atendiendo a los pacientes” (P 11).

Este déficit con el envejecimiento poblacional, el aumento de enfermedades crónicas y la demanda de atención intensiva, así como la escasez de personal incrementa los riesgos de eventos adversos y limita la atención individualizada.⁽²⁰⁾

Tercera subcategoría: Sobrecarga laboral del personal enfermero en áreas críticas

El exceso de horas, las tareas administrativas y la falta de personal generan fatiga, estrés y comunicación deficiente, comprometiendo la atención, evidenciado en las siguientes expresiones:

- “Podría ser la sobrecarga de pacientes para el personal” (P1).
- “La falta de sueño porque tal vez están haciendo turno de 12 horas y la mente se agota” (P 5).
- “Las horas que trabajan son muy pesadas para el personal” (P7).
- “Todo se sentía cansada, agobiadas con la sobrecarga de trabajo” (P 9).

La sobrecarga laboral en UCI favorece el agotamiento y los errores clínicos. De igual manera, este fenómeno conduce al burnout, afecta la salud mental del personal y repercute en la calidad de la atención.⁽²¹⁾

3. Categoría: cuidado integral centrado en el profesionalismo de enfermería

El trato digno y humanizado constituye un eje central de la enfermería, pues se fundamenta en la empatía, el respeto y la atención integral centrada en el paciente como ser humano. Este principio se relaciona directamente con la ética, la bioética y la defensa de la dignidad humana, de acuerdo con los siguientes testimonios:

- “Hay enfermero que puede haber tenido un mal día, pero siempre atienden de mejor manera a todos” (P 1).
- “Siempre nos brindaron paciencia y empatía a todos los familiares” (P 6).
- “El personal de enfermería nos brindó un trato sincero, solidario en cada momento” (P 8).
- “Ellas trataron de dar lo mejor de lo mejor a cada paciente” (P 9).
- “Hubo personal que sí atendió bien a mi madre y de la mejor manera siempre” (P 11).
- “Fueron muy amables en todo momento” (P 12).

La atención centrada en el paciente reconoce sus necesidades, valores y preferencias, garantizando un cuidado más respetuoso. Además, la importancia de empoderar al paciente en la toma de decisiones, siguiendo los postulados de Paulo Freire y la teoría de la participación activa.⁽²²⁾

4. Categoría: disposición en la relación interpersonal entre familiares y personal de salud

La disposición para establecer una comunicación abierta y empática entre familiares y personal sanitario resulta esencial en contextos críticos, pues fortalece la confianza, la colaboración y el bienestar del paciente. Testimonios de familiares:

- “La atención y la información que daban... estuvieron todos atentos a contestar cada duda” (P1).
- “Dispuestos siempre atentos a contestarme todo lo que preguntaba” (P3).
- “Las respectivas comunicaciones de cómo estaba mi familiar” (P8).
- “Adecuado, ya que brindaban información de mi paciente en todo momento” (P9).
- “Fueron muy cordiales más que todo en la información” (P12).

El personal debe mostrar interés genuino por las preocupaciones de las familias, fomentando un ambiente de confianza y comunicación clara.⁽²³⁾ De igual modo, esto debe articularse desde el enfoque de la Comunicación Centrada en el Paciente (CCP), donde resaltan la importancia de la escucha activa y la empatía, reconociendo a los familiares como colaboradores esenciales en el proceso de atención.⁽²⁴⁾

CONCLUSIONES

El estudio permitió identificar fortalezas y áreas de mejora en la atención de enfermería en unidades críticas. Se evidenció el compromiso del personal en el cuidado de los pacientes y la satisfacción de los familiares con la atención recibida, reflejando profesionalismo y dedicación. Sin embargo, también se observaron deficiencias, como la deshumanización en los cuidados y la comunicación poco efectiva, factores que afectan la relación con los familiares y la experiencia del paciente.

Cabe señalar que, la calidad de la atención se ve influida por la disponibilidad de recursos, la infraestructura y la carga laboral. La falta de insumos y personal limita la capacidad de brindar cuidados óptimos, evidenciando la necesidad de estrategias institucionales que fortalezcan estos aspectos. De manera complementaria, el respeto por la dignidad y los derechos del paciente es fundamental para ofrecer un cuidado humanizado y centrado en las necesidades del individuo y su familia.

Asimismo, las relaciones interpersonales entre enfermería y familiares resultan determinantes; por lo tanto, una comunicación clara y un trato respetuoso fortalecen la confianza y el vínculo familiar, favoreciendo un cuidado integral.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Berstain I, Álvarez A, Huerta-Baltazar MI, Casique-Casique L. Teoría de los cuidados de Kristen Swanson: revisión de literatura. SANUS. 2022;7. doi: <https://doi.org/10.36789/revsanus.vi1.212>
2. Duque C, Arias M. Nurse-family relationship: Beyond the opening of doors and schedules. *Enferm Intensiva*. 2020;31(4):192-202. doi: <https://doi.org/10.1016/j.enfie.2019.09.003>
3. Fletcher L. Peplau's theory of interpersonal relations and its applications in aesthetic nursing. *J Aesthet Nurs*. 2023;12(3):145. doi: <https://doi.org/10.12968/joan.2023.12.3.145>
4. Momeni P, Ewertzon M, Årestedt K, Winnberg E. Family members' experiences with the healthcare professionals in nursing homes - a survey study. *Nurs Res Rev*. 2022;12. doi: <https://doi.org/10.2147/nrr.s345452>
5. Oguro N, Suzuki R, Yajima N, Sakurai K, Wakita T, Hall MA, et al. The impact that family members' health care experiences have on patients' trust in physicians. *BMC Health Serv Res*. 2021;21(1). doi: <https://doi.org/10.1186/s12913-021-07172-y>
6. Quille D, Chipantiza Barrera M. Percepción de los familiares de pacientes en unidades de cuidados intensivos sobre la atención recibida. *LATAM Rev Lat Cienc Soc Humanid*. 2023;4(1):13-23. doi: <https://doi.org/10.56712/latam.v4i1.220>
7. Babaei S, Abolhasani S. Family's supportive behaviors in the care of the patient admitted to the cardiac care unit: a qualitative study. *J Caring Sci*. 2020;9(2):80-6. doi: <https://doi.org/10.34172/jcs.2020.012>
8. Moayed M, Khalili R, Ebadi A, Parandeh A. Factors determining the quality of health services provided to COVID-19 patients from the perspective of healthcare providers: Based on the Donabedian model. *Front Public Health*. 2022;10. doi: <https://doi.org/10.3389/fpubh.2022.967431>
9. Conejero J. Una aproximación a la investigación cualitativa. *Neumol Pediatr*. 2020;15(1). doi: <https://doi.org/10.51451/np.v15i1.57>
10. Tong A, Sainsbury P, Craig J. Consolidated criteria for reporting qualitative research (COREQ): a 32-item checklist for interviews and focus groups. *Int J Qual Health Care*. 2007;19(6):349-57. doi: <https://doi.org/10.1093/intqhc/mzm042>
11. Corona J, Maldonado J. Investigación cualitativa: enfoque emic-etic. *Rev Cuba Invest Bioméd*. 2018;37(4):1-4. Available from: <http://scielo.sld.cu/pdf/ibi/v37n4/ibi22418.pdf>
12. Colazzi P. Psychological research as the phenomenologist's view it. En: Vale R, King M, editores.

Existential-phenomenological alternatives for psychology. Oxford: Oxford University Press; 1978. Available from: <https://philpapers.org/rec/COLPRA-5>

13. Noreña A, Alcázar N, Rojas J, Rebolledo D. Aplicabilidad de los criterios de rigor y éticos en la investigación cualitativa. *Aquichan*. 2012;12(3):263-74. Available from: http://www.scielo.org.co/scielo.php?pid=S1657-59972012000300006&script=sci_arttext

14. Melita R, Jara C, Moreno P. Percepción de pacientes hospitalizados en unidades médico-quirúrgicas sobre el cuidado humanizado de enfermería. *Enferm Cuid Humaniz*. 2021;10(1):89-105. Available from: http://www.scielo.edu.uy/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S2393-66062021000100089&nrm=iso

15. Olsson H, Hammerud B, Schröder A. Family satisfaction in the intensive care unit: a cross-sectional study from Norway. *BMC Emerg Med*. 2021;21(1):126. doi: <https://doi.org/10.1186/s12873-021-00412-8>

16. Reyes J, Macias J, Cabrera J. Desafíos que enfrenta el personal de enfermería durante la implementación del cuidado humanizado en servicios críticos. *Cienc Enferm*. 2025;31. Available from: <https://revistas.udec.cl/index.php/cienciayenfermeria/article/view/20469>

17. Pinargote H, Anchundia A, Cabrera J. Desgaste laboral en cuidados intensivos: percepción de enfermería sobre pérdida de compromiso profesional. *Rev Cient Multidiscip Arbitrada Yachasun*. 2025;9(16). Available from: <https://www.editorialibkn.com/index.php/Yachasun/article/view/658>

18. Barragán G, Cabrera J. Ethical conflicts in nursing care: dilemmas, professional burnout and coping strategies. *South Health Policy*. 2025;4(338). Available from: <https://shp.ageditor.ar/index.php/shp/article/view/338>

19. Jimenez M, Muñoz C, Zambrano S. Cuidado humanizado a la persona en estado crítico y familia: percepción de enfermería. *Rev Cient Arbitr Multidiscip PENTACIENCIAS*. 2024;7(1):99-108. doi: <https://doi.org/10.59169/pentaciencias.v7i1.1364>

20. Chen C, Wittenberg E, Sullivan S, Lorenz R, Chang Y. The experiences of family members. *Am J Hosp Palliat Care*. 2021;38(7):869-76. doi: <https://doi.org/10.1177/10499091211006914>

21. Villacreses K, Bravo G, Zambrano E, Tigse L. Atención humanizada en UCI. *RECIMUNDO*. 2023;7(4):261-71. Available from: [http://dx.doi.org/10.26820/recimundo/7.\(4\).oct.2023.261-271](http://dx.doi.org/10.26820/recimundo/7.(4).oct.2023.261-271)

22. Solanas V, Salazar P, Chincolla A, Pardina S, Cillas M. La importancia de las UCIs abiertas y la percepción de las enfermeras. *Rev Sanit Investig*. 2024;4. Available from: <https://revistasanitariadeinvestigacion.com/la-importancia-de-las-ucis-abiertas-y-la-percepcion-de-las-enfermeras>

23. Gorordo L, Garduño J, Castañón J. Unidad de cuidados intensivos de puertas abiertas: la familia dentro de cuidados intensivos. *Rev Hosp Jua Mex*. 2020;87(2). doi: <http://dx.doi.org/10.24875/RHJM.200000172>

24. Dragoi L, Munshi L, Herridge M. Visitation policies in the ICU and the importance of family presence at the bedside. *Intensive Care Med*. 2022;48(12). doi: <https://doi.org/10.1007/s00134-022-06848-13>

FINANCIACIÓN

Los autores no recibieron financiación para el desarrollo de la presente investigación.

CONFLICTO DE INTERESES

Los autores declaran que no existe conflicto de intereses.

CONTRIBUCIÓN DE AUTORÍA

Conceptualización: Jorge Cabrera.

Curación de datos: Shirley Encalada, Ana Calderón.

Análisis formal: Jorge Cabrera.

Investigación: Lisset Manzano, Deicy Quizhpi.

Metodología: Jorge Cabrera, Lisset Manzano, Deicy Quizhpi.

Administración del proyecto: Jorge Cabrera.

Recursos: Jessica Figueroa.

Software: Jorge Cabrera.

Supervisión: Jorge Cabrera.

Validación: Jorge Cabrera, Jessica Figueroa.

Visualización: Lisset Manzano, Deicy Quizhpi.

Redacción - borrador original: Shirley Encalada, Ana Calderón.

Redacción - revisión y edición: Jorge Cabrera, Jessica Figueroa.