

Ciencia Latina Revista Científica Multidisciplinar, Ciudad de México, México.  
ISSN 2707-2207 / ISSN 2707-2215 (en línea), marzo-abril 2025,  
Volumen 9, Número 2.

[https://doi.org/10.37811/cl\\_rcm.v9i2](https://doi.org/10.37811/cl_rcm.v9i2)

# **RELACIÓN ENFERMERA-PACIENTE EN LA UNIDAD DE CUIDADOS INTENSIVOS: UNA REVISIÓN SISTEMÁTICA DE LA LITERATURA**

**NURSE-PATIENT RELATIONSHIP IN THE INTENSIVE CARE  
UNIT: A SYSTEMATIC REVIEW OF THE LITERATURE**

**María Fernanda Defaz Defaz**

Licenciada en Enfermería

**María Fernanda Paucar Bombón**

Licenciado en Enfermería

**Narcisa de Jesús Jiménez Juela**

Licenciada en Enfermería Magister en Enfermería Quirúrgica

**María del Cisne Díaz Guerrero**

Pontificia Universidad Católica del Ecuador

**Ximena del Pilar Andino Guamanzara**

Pontificia Universidad Católica del Ecuador

## Relación enfermera-paciente en la unidad de cuidados intensivos: una revisión sistemática de la literatura

**María Fernanda Defaz Defaz<sup>1</sup>**

[mfdefaz@puce.edu.ec](mailto:mfdefaz@puce.edu.ec)

<https://orcid.org/0009-0004-7577-8105>

Licenciada en Enfermería

**María Fernanda Paucar Bombón**

[mfpaucar@puce.edu.ec](mailto:mfpaucar@puce.edu.ec)

<https://orcid.org/0000-0002-6892-6198>

Licenciada en Enfermería

**Narcisa de Jesús Jiménez Juela**

[njimenez275@puce.edu.ec](mailto:njimenez275@puce.edu.ec)

<https://orcid.org/0000-0003-0025-5938>

Licenciada en Enfermería Magister en  
Enfermería Quirúrgica  
Ecuador

**María del Cisne Díaz Guerrero**

[mdiaz825@puce.edu.ec](mailto:mdiaz825@puce.edu.ec)

<https://orcid.org/0000-0002-2400-5821>

Pontificia Universidad Católica del Ecuador  
Ecuador

**Ximena del Pilar Andino Guamanzara**

[xandino287@puce.edu.ec](mailto:xandino287@puce.edu.ec)

<https://orcid.org/0000-0001-9169-3524>

Pontificia Universidad Católica del Ecuador  
Ecuador

### RESUMEN

**Introducción:** la relación entre la enfermera y el paciente en unidades de cuidados intensivos (UCI) es esencial para proporcionar una atención integral y de alta calidad. La UCI es un entorno altamente especializado donde las condiciones críticas de los pacientes requieren atención constante y el estudio de múltiples factores que pueden influir en esta relación terapéutica para mejorar los resultados clínicos y el bienestar del paciente. **Objetivo:** evaluar las publicaciones existentes sobre la relación enfermera-paciente en la unidad de cuidados intensivos, y los factores clave que influyen en la calidad de esta relación y los resultados de salud del paciente. **Materiales y métodos:** revisión bibliográfica de la literatura siguiendo las directrices PRISMA y utilizando herramientas de evaluación del modelo Johns Hopkins. Se incluyeron 15 estudios seleccionados de bases de datos como PubMed, Scopus y SciELO con un enfoque SPIDER para establecer la pregunta clínica y un proceso de selección mediante software Rayyan garantizando la transparencia y el rigor en la revisión. **Resultados:** los estudios seleccionados destacan que la comunicación estructurada y personalizada, mejora la confianza, reduce la ansiedad y favorece la recuperación. Estrategias como los diarios escritos por enfermeras y el tacto cariñoso optimizan la relación enfermera-paciente. Además, la empatía y el soporte emocional influyen positivamente en la adherencia al tratamiento y en la estabilidad emocional del paciente. Sin embargo, la sobrecarga laboral y la falta de recursos limitan la capacidad del personal para proporcionar cuidados de calidad. **Conclusión:** fortalecer la relación enfermera-paciente mediante estrategias de comunicación efectiva, empatía y apoyo emocional es clave para optimizar los resultados clínicos y la experiencia hospitalaria. Se recomienda implementar políticas que reduzcan la carga laboral y promuevan la capacitación del personal en comunicación clínica e inteligencia emocional para mejorar la calidad asistencial en la UCI.

**Palabras claves:** proceso de enfermería, atención centrada en la persona, enfermería de cuidados críticos, comunicación no verbal, humanización de la atención

---

<sup>1</sup> Autor principal

Correspondencia: [mfdefaz@puce.edu.ec](mailto:mfdefaz@puce.edu.ec)

# Nurse-patient relationship in the intensive care unit: a systematic review of the literature

## ABSTRACT

*Introduction:* The relationship between the nurse and the patient in intensive care units (ICU) is essential to provide comprehensive and high-quality care. The ICU is a highly specialized environment where critical patient conditions require constant attention and the study of multiple factors that may influence this therapeutic relationship to improve clinical outcomes and patient well-being. *Objective:* to evaluate the existing literature on the nurse-patient relationship in the intensive care unit, and the key factors that influence the quality of this relationship and patient health outcomes. *Materials and Methods:* A literature review following PRISMA guidelines and using the Johns Hopkins model assessment tools. Fifteen studies were selected from databases such as PubMed, Scopus, and SciELO using the SPIDER approach to formulate the clinical question. The selection process was conducted using Rayyan software to ensure transparency and rigor in the review. *Results:* the selected studies highlight that structured and personalized communication improves trust, reduces anxiety, and promotes recovery. Strategies such as nurse-written diaries and caring touch optimize the nurse-patient relationship. Additionally, empathy and emotional support positively influence treatment adherence and the patient's emotional stability. However, work overload and lack of resources limit the staff's ability to provide high-quality care. *Conclusion:* strengthening the nurse-patient relationship through effective communication, empathy, and emotional support is key to optimizing clinical outcomes and the hospital experience. It is recommended to implement policies that reduce workload and promote staff training in clinical communication and emotional intelligence to enhance the quality of care in the ICU.

**Key words:** nursing process, person-centered care, critical care nursing, nonverbal communication

*Artículo recibido 13 febrero 2025*  
*Aceptado para publicación: 19 marzo 2025*



## INTRODUCCIÓN

La Unidad de Cuidados Intensivos (UCI) es un entorno altamente especializado que demanda atención constante y personalizada debido a la gravedad y complejidad de las condiciones que afectan a los pacientes (1). En este dinámico y exigente escenario, garantizar una atención de alta calidad resulta esencial para alcanzar resultados clínicos favorables. En el núcleo de este compromiso se destaca la relación entre la enfermera y el paciente, así como la excelencia en los cuidados de enfermería brindados en unidades de pacientes críticos (2).

La relación terapéutica entre la enfermera y el paciente es un aspecto central en la atención de calidad y ha sido ampliamente estudiada en la teoría de las relaciones interpersonales de Hildegard Peplau. Según esta teórica, el vínculo entre la enfermera y el paciente se desarrolla en tres fases: orientación, trabajo y resolución. En la fase de orientación, el paciente y la enfermera se conocen, estableciendo un entorno terapéutico y definiendo el problema. Durante la fase de trabajo, se identifican los problemas del paciente y se implementan soluciones, evaluando su efectividad. Finalmente, en la fase de resolución, la relación concluye una vez que se han cumplido los objetivos de atención y el paciente es dado de alta o transferido a otra unidad (3).

No obstante, en la UCI, esta dinámica relacional se encuentra influenciada por múltiples factores, la severidad de la condición del paciente, la carga laboral del personal (4) y la dificultad en la comunicación debido a intervenciones médicas como la sedación y la intubación orotraqueal (5). Estas limitaciones pueden afectar la fase de orientación, dificultando la creación de un ambiente terapéutico, y la fase de trabajo, reduciendo la capacidad del paciente para participar en su tratamiento. Sin embargo, la implementación de estrategias centradas en la comunicación efectiva y la empatía en el personal de enfermería puede optimizar este proceso, fortaleciendo la confianza y mejorando la experiencia del paciente en la UCI.

Dado que la comunicación y la empatía es esencial en esta relación terapéutica, es imprescindible considerar otros elementos que influyen en su dinámica. Características demográficas y psicográficas como la edad, el estado emocional y la condición socioeconómica del paciente pueden determinar la forma que percibe la atención y su nivel de confianza en el equipo asistencial. En particular, los adultos mayores y los pacientes con enfermedades crónicas requieren una comunicación más adaptada a sus



necesidades, lo que enfatiza la importancia de un enfoque personalizado en el cuidado (6). En este sentido, estrategias enfocadas a la sensibilidad cultural y la capacidad del personal de salud para ajustarse a las particularidades de cada individuo han demostrado ser claves en la atención centrada en la persona (7).

Asimismo, la confianza es la base de la relación entre enfermera y paciente, sobre la que se forjan la compasión, la toma de decisiones compartida y la comunicación eficaz (8). Una comunicación deficiente y la falta de empatía pueden generar barreras en la toma de decisiones compartida, afectando la adherencia al tratamiento y los resultados clínicos (9). Por el contrario, cuando la relación se basa en la confianza y en una comunicación efectiva, se ha observado una reducción en las tasas de reingreso hospitalario y una mayor satisfacción (10). Además, modelos de atención centrados en el paciente, que incluyen estrategias de comunicación clara y apoyo emocional, han demostrado contribuir a la reducción de la estancia hospitalaria y a una mejor recuperación (1).

A su vez, la elevada demanda asistencial y la intensidad laboral en la UCI pueden comprometer la capacidad del personal de enfermería para establecer relaciones empáticas con el paciente. Una carga de trabajo excesiva y niveles elevados de estrés impactan negativamente en la calidad del cuidado y en la seguridad del paciente, aumentando el riesgo de errores clínicos y reduciendo la satisfacción (1). Se ha demostrado que niveles elevados de estrés en el personal de enfermería están asociados con una mayor incidencia de errores en la administración de medicación, lo que resalta la necesidad de estrategias que mitiguen estos factores y promuevan un entorno laboral más saludable (4).

En este sentido, la implementación de intervenciones que promuevan la comunicación efectiva y la empatía en el personal de enfermería se vuelve una prioridad. Se ha documentado que programas de formación en comunicación clínica y estrategias para mejorar la inteligencia emocional en los profesionales de salud generan un impacto positivo tanto en la recuperación del paciente como en la satisfacción del personal (11). A su vez, la promoción de una cultura organizacional que valore la humanización del cuidado y el bienestar del personal se traduce en beneficios tanto para los usuarios como para los profesionales de la salud (12).

Dado que la satisfacción del usuario está estrechamente vinculada con la calidad de la interacción con el personal de enfermería, garantizar un entorno que facilite la comunicación es esencial. Se ha



observado que los pacientes que perciben que sus preocupaciones son atendidas y que reciben información clara sobre su condición experimentan mayores niveles de satisfacción (13). De manera similar, cuando el personal de enfermería logra establecer relaciones positivas con los pacientes, experimenta menores niveles de estrés y agotamiento, lo que a su vez repercute en una mejora en la calidad asistencial (14).

Desde una perspectiva organizacional, la implementación de políticas centradas en la evidencia puede desempeñar un papel clave en la optimización de la relación entre enfermera y paciente en la UCI (15). Políticas que favorecen condiciones laborales óptimas, reducen la carga de trabajo y promueven el bienestar del personal no solo influyen positivamente en la salud de los profesionales (16), también permiten dedicar más tiempo a la interacción con los enfermos (17), favoreciendo así la calidad del cuidado.

A lo largo de los años, la comunidad científica ha destacado la importancia de la relación enfermera-paciente en el ámbito de la atención crítica. Farah y colaboradores en 2023 enfatizaron que este vínculo ha sido objeto de múltiples estudios, dada su influencia en la calidad asistencial y en los resultados clínicos (2). Considerando que las enfermeras desempeñan un rol esencial en la vigilancia de la condición clínica, la administración de tratamientos y el soporte emocional, resulta imperativo adoptar estrategias basadas en la evidencia para fortalecer esta relación y mejorar la experiencia del paciente en la UCI.

En este contexto y dado el constante avance de los sistemas de atención en salud, comprender la relación entre enfermera y paciente se vuelve cada vez más relevante, especialmente frente a los desafíos del envejecimiento poblacional y la creciente complejidad de las patologías atendidas en la UCI. Profundizar en este vínculo no solo favorece la optimización del cuidado crítico, también contribuye al desarrollo de prácticas asistenciales basadas en la evidencia y centradas en el paciente.

Desde esta perspectiva, la teoría de Hildegard Peplau proporciona un marco fundamental para comprender la relación enfermera-paciente en el contexto de los cuidados intensivos permitiendo identificar oportunidades para mejorar la calidad del cuidado y la interacción terapéutica. En línea con esta premisa, la presente investigación tiene como objetivo evaluar las publicaciones existentes sobre la relación enfermera-paciente en la unidad de cuidados intensivos, identificando los factores clave que



influyen en la calidad de esta relación y los resultados de salud del paciente.

## **OBJETIVOS**

**General:** Evaluar las publicaciones existentes sobre la relación enfermera-paciente en la unidad de cuidados intensivos, y los factores clave que influyen en la calidad de esta relación y los resultados de salud del paciente.

### **Específicos:**

- Analizar la conexión entre la calidad de la relación enfermera paciente y los resultados clínicos en los pacientes de la unidad de cuidados intensivos.
- Identificar las diferentes intervenciones diseñadas para mejorar la calidad en la comunicación con el paciente crítico en la unidad de cuidados intensivos.

## **Marco teórico**

### **Relación enfermera y paciente**

La relación enfermera-paciente es una interacción terapéutica basada en la comunicación, la empatía, la presencia, el contacto, la autenticidad, la confianza y la reciprocidad que se establece con el paciente y/o su familia. También se considera una intervención en sí misma, que requiere un proceso de formación específico como cualquier otra habilidad de enfermería (18).

### **Teoría de las relaciones interpersonales de Hildegard Peplau**

La teoría de las relaciones interpersonales, propuesta por Hildegard Peplau en 1952, establece que las relaciones terapéuticas son procesos interpersonales en los que las enfermeras trabajan junto con los pacientes para satisfacer sus necesidades de salud (19). Esta teoría es ampliamente reconocida como una de las bases fundamentales de la enfermería moderna, especialmente en el cuidado de pacientes críticos; su enfoque se centra en la relación terapéutica entre la enfermera y el paciente, abordando la comunicación como una herramienta esencial para el tratamiento y la recuperación (20).

### **Roles de enfermería en la relación con el paciente**

La enfermera asume diversos roles durante la relación con el paciente, los cuales incluyen el de extraño, persona de recursos, maestro, líder, sustituto y consejero (21). Estos roles permiten una atención integral y personalizada, fomentando la autonomía del paciente y la eficacia del tratamiento (20).



## **Fases de la relación enfermera-paciente**

Peplau define cuatro fases dinámicas en la relación enfermera-paciente:

*Orientación:* el usuario busca ayuda y la enfermera establece un vínculo terapéutico basado en la confianza y la comprensión (22). En la fase de orientación, la enfermera es una persona de recursos, consejera y sustituta. El objetivo final es ayudar al paciente a orientarse respecto de su problema y comprender las fuentes de ansiedad. Para que esto sea eficaz, la enfermera debe escuchar activamente y centrarse en las necesidades del paciente (23).

*Identificación:* el usuario reconoce su problema y colabora activamente con la enfermera en la planificación del tratamiento (22). En esta fase el paciente comienza a comprender su situación e identificar fuentes de ayuda, y la enfermera actúa como líder para promover el aprendizaje constructivo al brindar oportunidades para que el paciente desarrolle habilidades que le permitan responder independientemente de la enfermera (23).

*Explotación:* el usuario hace uso de los recursos proporcionados por la enfermera para abordar su situación (22). La explotación se logra cuando el paciente puede aprovechar al máximo los servicios que se le ofrecen y comienza a anticipar y establecer metas más allá del problema inmediato, por ejemplo, planificar actividades posteriores al alta (23).

*Resolución:* la relación terapéutica culmina cuando el paciente ha alcanzado un nivel de independencia y bienestar satisfactorio (22). La resolución ocurre cuando el paciente ya no necesita a la enfermera para alcanzar sus metas y la relación puede terminar (23)

## **Enfermería psicodinámica**

Peplau también incorporó conceptos psicodinámicos en su teoría. Esto implica comprender la conducta propia y ayudar a los demás a identificar sus dificultades emocionales y psicológicas. La enfermera debe estar atenta a las dinámicas subyacentes en la relación para brindar un cuidado más efectivo en la UCI (20).

## **Materiales y métodos**

Esta revisión sistemática de la literatura fue aprobado por el comité de ética de la investigación en seres humanos (código EXE-094-2024, V1) y se llevó a cabo de acuerdo con las pautas propuestas en la guía PRISMA (Preferred Reporting Items for Systematic Reviews and Meta-Analyses) que garantiza la



transparencia y el rigor en la identificación, selección y evaluación de estudios (24). Para evaluación de la calidad y síntesis de la evidencia disponible sobre la relación enfermera-paciente en UCI, con un enfoque en la comunicación y la empatía se utilizaron herramientas del modelo Johns Hopkins (25). Se utilizó el enfoque SPIDER (Sample, Phenomenon of Interest, Design, Evaluation and Research type) (26) para establecer la pregunta clínica que guió la revisión.

### **Pregunta SPIDER**

En pacientes adultos hospitalizados en unidades de cuidados intensivos: ¿Cómo afectan las intervenciones diseñadas para mejorar la relación enfermera-paciente, con un enfoque en la comunicación y la empatía, en los resultados clínicos y el bienestar del paciente? En la Tabla 1 se describe la estrategia SPIDER.

**Tabla 1.** Estrategia SPIDER

<b>Acróni o</b>	<b>Componente</b>	<b>Respuesta</b>
<b>S</b>	Participantes	Personal de enfermería, pacientes y familiares en UCI
<b>PI</b>	Fenómeno de Interés	Intervenciones diseñadas para mejorar la relación enfermera-paciente
<b>D</b>	Diseño	Revisión sistemática de la literatura
<b>E</b>	Evaluación	Resultados clínicos, satisfacción y bienestar del paciente
<b>R</b>	Tipo de investigación	Síntesis narrativa de hallazgos, evaluación de calidad y nivel de evidencia

Elaborado por: Defaz F, Paucar F/2025.

### **Estrategia de búsqueda**

Se utilizaron términos libres y controlados en función de los estándares MeSH (Medical Subject Headings) y DeCS (Descritores em Ciências da Saúde) (ver Tabla 2). Los descriptores “relación enfermera-paciente”, “unidad de cuidados intensivos” “comunicación no verbal” y “empatía” se combinaron con los operadores booleanos AND y OR en las bases de datos PubMed, Scopus y SciELO para asegurar una búsqueda amplia y exhaustiva de estudios relevantes, también se revisaron las listas de referencias de los artículos seleccionados.



**Tabla 2.** Estrategia de búsqueda

Motores de búsqueda	de Descriptores	Estrategia
		((nurse-patient relations) AND (intensive care unit) AND (communication) AND (empathy))
PubMed Scopus	MeSH	((nurse-patient relationship) AND (intensive care unit) OR (nonverbal communication) OR (empathy))  ((nurse-patient relationship) OR (intensive care unit) OR (nonverbal communication) OR (empathy))
		((relações enfermeiro-paciente) E ((unidade de terapia intensiva) E (comunicação não verbal) E (empatia))  ((relações enfermeiro-paciente) E ((unidade de terapia intensiva) OU (comunicação não verbal) OU (empatia))  ((relações enfermeiro-paciente) OU ((unidade de terapia intensiva) OU (comunicação não verbal) OU (empatia))
SciELO	DeSC	((relación enfermera-paciente)) AND ((unidad de cuidados intensivos)) AND (comunicación no verbal) AND (empatía)  ((relación enfermera-paciente)) AND ((unidad de cuidados intensivos)) OR (comunicación no verbal) OR (empatía)  ((relación enfermera-paciente)) OR ((unidad de cuidados intensivos)) OR (comunicación no verbal) OR (empatía)

Elaborado por: Defaz F, Paucar F /2025.

### Proceso de selección

El proceso de selección de estudios se llevará a cabo utilizando el software de revisión sistemática Rayyan (AI-Powered Systematic Review Management Platform). El proceso sigue los pasos del sistema PRISMA para garantizar la transparencia y la rigurosidad del proceso de selección (27).

**Identificación:** se identificaron todos los estudios potencialmente relevantes mediante la estrategia de búsqueda descrita. Todos los resultados de búsqueda se importaron al software Rayyan para su gestión



y organización.

**Cribado:** se revisaron los títulos y resúmenes de los estudios identificados para determinar su elegibilidad. Se aplicaron criterios de inclusión y exclusión para asegurar que solo los estudios que cumplan los criterios de elegibilidad sean incluidos en la revisión.

**Inclusión:** los estudios que cumplieron con todos los criterios de elegibilidad se incluyeron en la revisión final. Se extrajeron datos relevantes de estos estudios para su análisis y síntesis.

### **Criterios de elegibilidad**

**Criterios de inclusión:** estudios disponibles en su totalidad, artículos originales, cualitativos y/o cuantitativos en portugués, español o inglés publicados entre 2020 y 2024 que aborden aspectos como la comunicación, la empatía y la dinámica de la relación enfermera-paciente en la UCI con pacientes adultos.

**Criterios de exclusión:** no se consideraron informes de organismos, congresos, protocolos o guías de prácticas clínicas, artículos de opinión, tesis y disertaciones debido a la falta de datos primarios validados para una evaluación detallada. También se excluyeron estudios realizados en unidades de cuidados intensivos neonatales (UCIN) o en una unidad de cuidados intensivos pediátricos (UCIP).

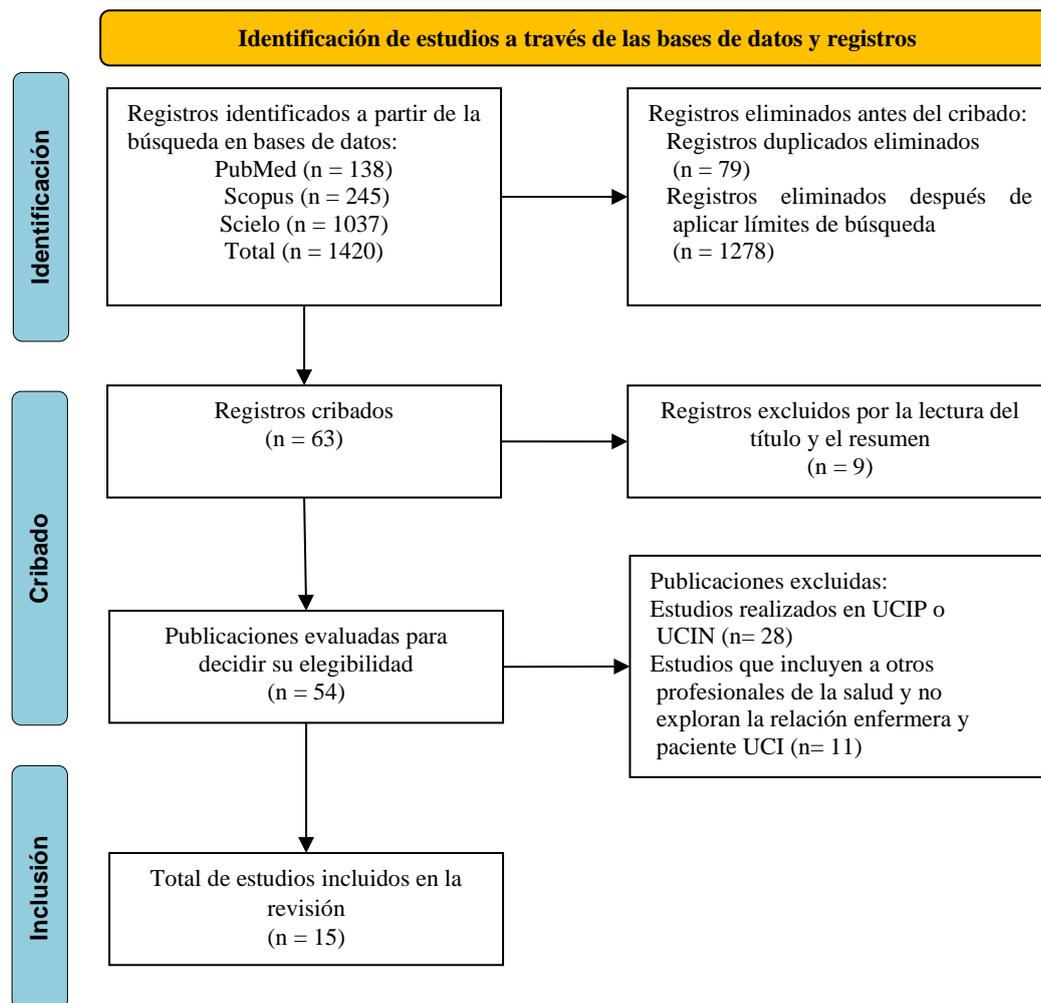
De la búsqueda inicial, donde se identificaron 1420 estudios en total. Luego de un proceso de selección sistemático en el software Rayyan que incluyó la eliminación de duplicados y la aplicación de límites de búsqueda (descriptores, idioma, año de publicación y operadores booleanos) se seleccionaron 63 estudios. Después de un análisis exhaustivo de los artículos de texto completo y la aplicación de los criterios de selección, se excluyeron 48 estudios. Finalmente, se incluyeron 15 estudios en el análisis como se describe en la



**Figura 1.**



Figura 1. Diagrama de flujo PRISMA



Elaborado por: Defaz F, Paucar F /2025.

### **Extracción y análisis de datos**

Se utilizaron herramientas de lectura crítica de Johns Hopkins (apéndices D y E) (25). Se evaluaron inicialmente los títulos y resúmenes de los estudios para determinar su relevancia. Los artículos seleccionados se revisaron en texto completo. Los datos se analizaron con un enfoque de síntesis narrativa, identificando temas comunes sobre comunicación, empatía y factores que afectan la relación enfermera-paciente en la UCI, destacando tanto las barreras como los facilitadores que influyen en esta relación crítica.

### **Evaluación de la calidad**

Para evaluar la calidad de los 15 estudios incluidos se aplicó la herramienta específica del Modelo Johns Hopkins (apéndice E), mismo que guió la evaluación detallada de aspectos críticos como la claridad de los objetivos del estudio, la adecuación del diseño metodológico, la coherencia entre métodos y resultados, y la interpretación de los hallazgos (25). Para evitar el sesgo de selección, cada estudio se evaluó y clasificó según el nivel de evidencia de investigación científica (calidad media alta), registrando las observaciones detalladas para garantizar una selección precisa de investigaciones robustas y válidas para la revisión.

### **Método de síntesis**

La síntesis de los resultados empleó el modelo de Johns Hopkins (apéndice H), reconocido por su enfoque riguroso y estructurado (25). Este método implica la extracción meticulosa de datos relevantes de los 15 estudios seleccionados y el análisis temático para identificar patrones y temas recurrentes entre los hallazgos. Se integraron y sintetizaron los resultados de manera coherente para generar conclusiones importantes y fundamentadas. Finalmente, se evaluó la calidad de la síntesis narrativa para asegurar la solidez de las conclusiones derivadas de la investigación.

## **RESULTADOS**

### **Características de los estudios incluidos**

En la Tabla 3 se especifican las características y principales hallazgos de cada uno de los artículos incluidos. Los estudios analizados presentan una variedad de metodologías y enfoques que permiten una comprensión integral de la relación enfermera-paciente en la UCI. Se incluyeron estudios cualitativos (n=6), cuantitativos (n=3), mixtos (n=2) y revisiones sistemáticas (n=4). Entre los métodos más



utilizados se encontraron estudios transversales, descriptivos, correlacionales y revisiones integrativas. La literatura reportada incluye varios países, aspecto que permitió enriquecer la revisión. Las muestras oscilaron entre 8 y 568 participantes, incluyendo personal de enfermería, pacientes adultos y familiares. Algunos estudios emplearon herramientas validadas, como escalas de satisfacción del paciente, cuestionarios de inteligencia emocional, encuestas de percepción de la atención y registros narrativos como los diarios de enfermería. No se identificaron estudios con baja calidad metodológica.

### **Síntesis narrativa de los hallazgos**

Los hallazgos muestran siete aspectos destacados que caracterizan la relación paciente y enfermera en unidades de cuidados intensivos: 1) estrategias de comunicación, 2) empatía y soporte emocional, 3) factores organizacionales y carga laboral, 4) la participación familiar en el cuidado, 5) los resultados clínicos, satisfacción y bienestar del paciente, 6) soporte espiritual y humanización del cuidado, y 7) toma de decisiones compartida y autonomía del paciente.

#### *Estrategias de comunicación*

Usuarios internados en la unidad de cuidados intensivos y especialmente aquellos sometidos a ventilación mecánica sólo pueden expresarse de forma no verbal o mediante herramientas de comunicación. El uso de estrategias de comunicación no verbal, la escucha activa y la claridad en la transmisión de información mejoran la confianza y reducen la ansiedad del paciente. En este sentido, la comunicación aumentativa y alternativa (CAA) es un método conocido en la UCI donde diferentes estrategias, herramientas y dispositivos pueden apoyar la comunicación durante la falta de voz. Es posible desarrollar intervenciones con paquetes multicomponentes cuyo objetivo sea apoyar y fortalecer la comunicación de enfermeras con pacientes ventilados mecánicamente. Aunque, actualmente se desconoce la viabilidad y aceptabilidad de la intervención, es un paso importante en el desarrollo de herramientas estructuradas como apoyo para guiar a las enfermeras a comunicarse, capturando todos los aspectos importantes a incorporar en la comunicación enfermera-paciente en entornos críticos. Además de proporcionar a las enfermeras un marco conceptual y terminología profesional, las herramientas de comunicación pueden aumentar la satisfacción y reducir las dificultades de comunicación (28).

Asimismo, entre las estrategias de comunicación en UCI, también se resalta el uso de los diarios escritos por enfermeras para facilitar la comunicación con los pacientes (29) y sus familias (30). Para las



enfermeras, el diario no solo es una forma de transmitir al paciente que observa e intenta comprender lo que él comunica a través de signos corporales y expresiones faciales (29) también, refleja y reproduce lingüísticamente la asimetría de su interacción. Si bien el diario está escrito sobre y para el paciente, también es en gran medida, la historia de la enfermera. Al construir la narrativa para el paciente, las estrategias de las enfermeras en cuanto al lenguaje y el contenido debe hacer que la situación de cuidados intensivos sea más manejable; mostrar actos de percepción del paciente; y constituir relaciones a través de acciones e interacciones. Aunque la narrativa, escrita para “usted”, trata ostensiblemente sobre el usuario, las interpretaciones, evaluaciones, percepciones y acciones de la enfermera ocupan un lugar destacado en todo el diario, brindando posibilidades para que la enfermera ocupe imaginativamente la posición del paciente, allanando el camino para la empatía. En consecuencia, una parte de la historia sobre la experiencia en la UCI se basará en una narrativa construida por enfermeras que tienen el poder de decidir qué es apropiado que el paciente conozca (29).

En este sentido, la escritura del diario se ha descrito como una intervención para promover la atención centrada en el paciente y la familia, además de representar una herramienta para compartir información, participación y colaboración cuando la familia como el personal sanitario tienen acceso al diario. En este sentido, el diario se convierte en un canal de comunicación que fortalece la relación (30). Aunque inicialmente, los diarios pueden estar dirigidos al paciente, a medida que el pronóstico empeora, el lector previsto puede ser un familiar. En los casos de mal pronóstico, las enfermeras adaptaron su redacción para consolar a la familia en lugar de informar. Hacer un esfuerzo especial para crear un diario para la familia también puede ser significativo para las enfermeras en la gestión de la atención del paciente moribundo. Por lo tanto, los diarios pueden tener otros propósitos además de ayudar al usuario a comprender la trayectoria de su enfermedad crítica. La escritura del diario que “sale del corazón” representa una estrecha relación en la tríada enfermera-paciente-familia. Esta participación, puede aumentar la motivación profesional y la satisfacción laboral según el concepto descrito como “satisfacción por compasión”. Se demostró que escribir un diario del paciente es una habilidad particular de enfermería (30).

Al abordar la atención centrada en la persona, la enfermera se asegura de que el paciente sea tratado como una persona que conserva sus derechos humanos y no se ve reducido a un cuerpo sujeto al



tratamiento de enfermería. En este contexto, la importancia del tacto cariñoso como un medio comunicación no verbal, refuerza la conexión y el vínculo emocional entre enfermeras y pacientes. Al tocar la piel de un paciente de forma reconfortante, con acciones como acariciar su mejilla o sostener su mano; la enfermera comunica atención, seguridad, esperanza, fortaleza y humanidad a los pacientes con enfermedades graves (31).

### *Empatía y soporte emocional*

La capacidad del personal de enfermería para reconocer y responder a las emociones del paciente favorece una mejor adaptación al entorno crítico. Se encontró que los programas de capacitación en inteligencia emocional y estrategias de afrontamiento aumentan la percepción de calidad en el cuidado y disminuyen el estrés del paciente. A su vez, mejorar la inteligencia emocional entre las enfermeras de la UCI mediante intervenciones específicas dirigidas a múltiples dimensiones como la autoconciencia, autorregulación, motivación y la empatía puede abordar el agotamiento profesional y los resultados de la atención al paciente, lo que conduce a una mayor satisfacción laboral, bienestar y una mejor atención a través de una comunicación eficaz, empatía y trabajo en equipo. Una mayor inteligencia emocional también permite a las enfermeras afrontar los desafíos profesionales con resiliencia y compasión, fomentando un entorno de apoyo. Por lo tanto, invertir en programas de desarrollo de Inteligencia Emocional para enfermeras de la UCI puede tener un impacto positivo en la calidad de la atención y el bienestar tanto de los proveedores como de los pacientes (32). Además de la inteligencia emocional, factores como la satisfacción y la compasión son predictores importantes de la atención centrada en la persona en las enfermeras de la UCI (33).

La empatía y el apoyo emocional son esenciales en la atención centrada en el paciente, donde factores como la inteligencia emocional y la satisfacción por compasión influyen en la calidad del cuidado (33). Además, se identificó que los pacientes valoran el trato humano, la cercanía, la empatía, la seguridad, el estímulo recibido y la comprensión de las enfermeras como aspectos esenciales de su satisfacción. Aunque factores como la edad, el sexo y el grado de recuperación pueden influir significativamente en esta percepción (34).

Asimismo, la escritura de diarios para pacientes críticos también puede ayudar a fortalecer la conexión emocional y brindar un soporte psicológico adicional (29).



### *Factores organizacionales y carga laboral*

La relación enfermera-paciente y el entorno profesional son aspectos destacados por los pacientes, donde el modelo profesional incorporado por las instituciones puede favorecer estos resultados (34). La carga laboral y el entorno organizacional impactan la calidad de la atención enfermera-paciente. Se ha señalado la necesidad de formación continua para el personal de enfermería en UCI, donde la tasa de mortalidad puede verse influenciada tanto por la cantidad como por la formación de las enfermeras que trabajan en salas de hospitalización (35); las enfermeras de UCI necesitan desarrollar habilidades específicas para el cuidado del paciente crítico, dado que se valora como requisito importante para las nuevas enfermeras una formación que asegure un nivel mínimo de conocimientos, así como la presencia de un mentor y programas de transición. El 75 % de las enfermeras afirmó que la formación de posgrado debe ser regulada y adecuada a las competencias requeridas para trabajar con pacientes críticos (35). En este sentido, la duración de la especialización de enfermería en UCI se ha identificado como un predictor de la atención centrada en la persona, que requiere una mejor gestión de la fuerza laboral para ayudar a las enfermeras recién graduadas a adaptarse a la práctica clínica y reforzar la comprensión de los factores que conducen a la rotación profesional (33). Además, la gestión de enfermería debe desarrollar estrategias de intervención para mejorar la inteligencia emocional y la satisfacción por la compasión de las enfermeras de la UCI (33).

Aunque la UCI es un entorno de aprendizaje difícil para las enfermeras nuevas debido a las numerosas habilidades y competencias que deben aprenderse rápidamente; desarrollar relaciones sociales de apoyo es esencial para que las enfermeras nuevas de la UCI aprendan y se adapten a este desafiante entorno clínico (36). Las competencias para la Limitación del Esfuerzo Terapéutico (LET) en la UCI son el cuidado directo al paciente, el cuidado centrado en la familia y el rol de la enfermera dentro del equipo; y las categorías para definir las competencias del profesional de enfermería que labora en UCI - adultos en la LET son (a) agente de defensa entre el paciente, la familia y el equipo interdisciplinario con una propiedad que se refiere a la aplicación de principios éticos, (b) toma de decisiones en la LET donde se destaca el profesional de enfermería como agente comunicador entre el paciente, la familia y el equipo interdisciplinario; y (c) intervenciones terapéuticas de enfermería al final de la vida, siendo el cuidado humanizado, el conocimiento y el apoyo familiar, las propiedades que se requieren para el desarrollo de



esta competencia. Abordar estas competencias de los profesionales de enfermería que trabajan en la UCI de adultos son esenciales para la calidad de vida del paciente, la dignidad de su muerte y el apoyo familiar integral para el afrontamiento del duelo (37).

No obstante, este entorno crítico también requiere que las enfermeras adquieran habilidades tecnológicas, que implica el uso competente de las tecnologías de la atención para conocer a los pacientes, ayudando a las enfermeras a equilibrar su enfoque entre la atención basada en la tecnología y el manejo de los pacientes como seres humanos para optimizar la atención sanitaria y la satisfacción del paciente. Se ha evidenciado que la alta demanda tecnológica en la UCI puede generar estrés en las enfermeras, afectando la interacción con los pacientes, sugiriendo que las enfermeras de la UCI necesitan una capacitación continua para operar diversas tecnologías de salud sin miedo, preocupación y ansiedad (36). Los hallazgos respaldan que las enfermeras asignadas a la unidad de cuidados intensivos (UCI) deben mantener capacitación continua, no solo en el uso de los diferentes dispositivos tecnológicos, también en habilidades para informar a los familiares de una muerte (36).

#### *Participación familiar en el cuidado*

Las familias son una parte importante del equipo de la unidad de cuidados intensivos (UCI) (38). Ser un miembro de la familia en la UCI puede ser estresante debido a factores que interactúan, como la condición crítica del paciente, la responsabilidad de actuar como defensor del paciente y participar en la toma de decisiones relacionadas con el tratamiento. La inclusión de la familia en el cuidado del paciente mejora los resultados y la experiencia hospitalaria (39). Se han identificado tres aspectos que reflejan acciones de enfermería para contrarrestar los desafíos emocionales y la confusión por la enfermedad crítica del paciente: i) responder a las necesidades existenciales de los familiares, ii) establecer bases óptimas para la comunicación recíproca y iii) mejorar un enfoque y una atmósfera humanizadora en la UCI. Los hallazgos destacaron que las enfermeras deben abordar de manera proactiva los problemas emocionales para ayudar a preservar la capacidad de las familias de seguir adelante, permitir que las familias estén presentes y funcionen como parte del equipo e informar a las familias sobre la situación del paciente y cómo pueden ayudar en la práctica clínica (39).

En este sentido, prácticas de relación del enfermero con la familia en la unidad de cuidados intensivos (PREFUCI) refuerzan que estar disponible para aclarar dudas a los familiares con información clara y



frecuente es clave en su participación y satisfacción (38). Las PREFUCI representan intervenciones que deben ser implementadas por los enfermeros en su interacción diaria con los familiares, en el contexto de la atención a la Persona en Situación Crítica (PSC). Aunque la mayoría de los participantes tienen una actitud positiva hacia la importancia de PREFUCI; en la práctica diaria, la frecuencia de su implementación sigue siendo moderada, por tanto, se destaca la importancia de la capacitación en esta área. Además, la enfermería familiar en la UCI debe integrarse en los planes de estudio y las políticas de enfermería de las instituciones gubernamentales y hospitalarias (38).

#### *Resultados clínicos, satisfacción y bienestar del paciente*

Si bien, la calidad de la relación enfermera-paciente impacta directamente en la recuperación y bienestar; factores como el nivel de satisfacción del paciente con los cuidados enfermeros se ha convertido en un determinante clave de la calidad de la atención hospitalaria (34). Los hallazgos resaltan que la implementación de estrategias centradas en la comunicación efectiva y el soporte emocional en la UCI demostró una disminución significativa en los niveles de ansiedad y estrés en los pacientes hospitalizados (28). Los pacientes que participaron en programas de comunicación estructurada y recibieron cuidados con un enfoque en la empatía mostraron una reducción en la incidencia de delirium y una rápida recuperación post-UCI en comparación con aquellos que no recibieron estas intervenciones (33). A su vez, el tacto afectuoso y la presencia emocional de las enfermeras generaron seguridad y confianza en los pacientes (40). Además, los pacientes que reflejan un mayor grado de recuperación y aquellos que perciben una mejor comunicación con el personal de enfermería reportaron mayores niveles de satisfacción con la atención recibida (34). También se destaca la relevancia del cuidado y bienestar espiritual en la UCI para mejorar la resiliencia emocional de los pacientes y sus familias (41).

#### *Soporte espiritual y humanización del cuidado*

El cuidado espiritual y la humanización del entorno hospitalario tienen un impacto positivo en la experiencia del paciente, integrar el apoyo espiritual en la atención mejora la resiliencia emocional del paciente y su familia (41). Cabe señalar que la muerte en UCI puede vivirse de diferentes maneras, y el profesional es responsable de la imparcialidad durante la asistencia. Sin embargo, la espiritualidad es una herramienta importante para ayudar al paciente y sus familiares con la resiliencia en tiempos difíciles de afrontar. Para que se produzca una identificación adecuada de las necesidades de los pacientes, las



enfermeras deben estar interesadas en conocerlos y aplicar conocimientos y habilidades para realizar los Procesos de Enfermería (PE) mejorando la atención práctica en salud mental (espiritualidad). Este es un proceso constante, caracterizado por investigar información y observar a los usuarios y familiares, determinando así intervenciones para abordar sus necesidades espirituales. Al respecto, existe evidencia de una fuerte correlación entre el diagnóstico de enfermería y los resultados positivos de las intervenciones propuestas, reforzando así la necesidad de un conocimiento científico amplio en la práctica de enfermería. Al estudiar las principales categorías que abordan el cuidado espiritual brindado por el equipo de enfermería en UCI, a saber, a) proceso de enfermería y cuidado espiritual; b) bienestar espiritual; y c) desafíos en la asistencia al cuidado espiritual, se destacó la importancia de que los profesionales presenten una actitud positiva en cuanto a la espiritualidad y el autocuidado para brindar cuidado a otras personas (41). No obstante, mejorar la atención espiritual en pacientes de UCI no solo es trabajo del personal de enfermería, las universidades pueden integrar el enfoque de atención espiritual en sus programas académicos, ofreciendo una enseñanza holística y fundamentada, e impulsando la espiritualidad como un cuidado vital. Además, es responsabilidad de los gerentes en la creación de un entorno que facilite la implementación de estos cuidados, considerar factores de gestión y estructura que puedan influir en la práctica clínica (41).

#### *Toma de decisiones compartida y autonomía del paciente*

La participación del paciente en las decisiones sobre su tratamiento es fundamental para una atención centrada en la persona. La toma de decisiones compartida entre enfermeras, pacientes y familias contribuye a una mejor aceptación de los tratamientos y reduce la ansiedad. Aquellos pacientes que se sienten conocidos por sus enfermeras, percibiendo un trato único, se muestran seguros y reflejan una conexión significativa y personal con sus enfermeras cuando se sienten empoderados y animados a participar en su cuidado. También se destaca que un modelo de atención centrado en la toma de decisiones compartida fortalece la relación de confianza entre el paciente y el equipo de salud, mejorando los resultados clínicos y la experiencia en la UCI. Bajo este panorama, los retos para las enfermeras incluyen estar presentes, proporcionar e interpretar la información y ayudar a los familiares a tomar decisiones al final de la vida alineadas con los deseos de los pacientes. Además, la comunicación eficaz es clave para resolver conflictos y diferencias, garantizando que la familia también se muestre



satisfecha con la atención brindada (34).

Por otra parte, los dominios más afectados por las enfermedades críticas están relacionados con el rol físico, la función física, la vitalidad y la función social (42). En relación con la autonomía del paciente, las respuestas conductuales que presentan las personas longevas tras el ingreso en UCI y el regreso a casa estuvieron relacionadas con modos fisiológicos y psicosociales, que culminaron en dependencia y pérdida de autonomía para realizar actividades básicas de la vida. Se observaron dificultades vividas en el regreso a casa, que provocaron cambios significativos en la realización de las actividades cotidianas, destacando la necesidad de iniciar la preparación para el regreso a casa, por parte del equipo multidisciplinario, incluso durante la hospitalización (42).

## **DISCUSIÓN**

### *Estrategias de comunicación*

La comunicación en la UCI es esencial para garantizar la comprensión mutua entre pacientes y profesionales de enfermería (31); al abordar las estrategias de comunicación, Zaga et al., refuerzan la premisa de esta interacción al mencionar que estas estrategias no solo mejoran de forma segura y factible la comunicación, también influyen en la satisfacción de los pacientes hospitalizados (43), resaltando la importancia de una comunicación estructurada y adaptada a las necesidades individuales de cada paciente. En contraste, Istanbulian et al., subrayan la relevancia de la comunicación aumentativa y alternativa (CAA), la cual incluye métodos que van más allá del lenguaje verbal, como expresiones faciales y dispositivos tecnológicos; destacándose también que en la UCI, factores como el apoyo emocional, la educación del personal y el uso de algoritmos optimizan la CAA y facilitan una mejor interacción entre el paciente y el enfermero (44). Estos elementos resaltan la necesidad de capacitar a los profesionales en el uso de herramientas innovadoras que mejoren la comunicación en situaciones críticas.

Otra estrategia significativa es el uso de diarios en la UCI, la implementación de diarios en la UCI ha evolucionado hacia recomendaciones que regulan su uso dentro de la historia clínica, permitiendo su entrega a los familiares en casos de fallecimiento del paciente (45) donde según Ednell et al., el diario puede mantener la esperanza incluso en contextos de pronóstico incierto (46). Además, Halm informa que las enfermeras vieron el diario como una “intervención holística y humanizadora” (47). A su vez,



Barreto et al., evidencian que los diarios ayudan a reducir el riesgo de depresión y a preservar la calidad de vida de los pacientes tras su hospitalización (48). Por su parte, Flinterud et al., indican que las enfermeras perciben la escritura del diario como una estrategia terapéutica que permite reconstruir la experiencia de los pacientes en la UCI, lo que refuerza su papel como un recurso comunicacional efectivo (49). No obstante, Pattison et al., advierten que la interpretación subjetiva de las enfermeras puede influir en la percepción del paciente sobre su estadía hospitalaria (50), por lo que se requiere una profunda reflexión y conciencia ética en su redacción, tal como se menciona en Johansson et al., (51). Además, es importante resaltar que, en el marco de la comunicación terapéutica, Sánchez y Quenorán destacan la teoría del cuidado humanizado de Jean Watson en la importancia del apoyo emocional y la calidad de la comunicación (52). En este sentido, Gullberg et al., enfatizan que la construcción de confianza entre la enfermera y el paciente gravemente enfermo es esencial para desarrollar una relación de cuidado efectiva. Sin embargo, también advierten sobre la necesidad de establecer límites profesionales para evitar una dependencia emocional excesiva y la posible ansiedad del paciente al ser trasladado a otra unidad (53). Asimismo, la comunicación en la relación enfermera y paciente de UCI también se ve influenciada por la satisfacción y la fatiga por compasión (54). Mientras que la escritura del diario puede generar satisfacción profesional al contribuir al bienestar del paciente y su familia, como lo menciona Johansson et al., también puede representar una carga emocional significativa (51). Otra estrategia mencionada es la comunicación silenciosa a través del tacto cariñoso descrita también por Kvande et al., como un recurso clave en la atención centrada en la persona, ya que humaniza el cuidado y proporciona consuelo a los pacientes críticos (55). Además, según McCormack et al., es a través del contacto cariñoso, que las enfermeras de cuidados intensivos comunican que se preocupan por el bienestar de los pacientes y demuestran una atención humanizada (56).

#### *Empatía y soporte emocional*

Los hallazgos de Taylan et al., también destacan que la regulación emocional permite a las enfermeras gestionar de manera más efectiva sus emociones y afrontar con resiliencia los desafíos inherentes a su labor (57). A su vez, para Franklin y Gkiouleka el desarrollo de la inteligencia emocional no solo favorece la respuesta empática ante las necesidades de los pacientes y sus familias, promoviendo un entorno compasivo y de apoyo en la UCI (58), también facilita una comunicación efectiva, resolución



constructiva de conflictos y colaboración armoniosa entre los miembros del equipo de salud (59). Además, los hallazgos de Mukundan y Dhanya confirman que la inteligencia emocional influye positivamente en la atención centrada en la persona, impactando en la relación enfermera-paciente y en la confianza del paciente (60). No obstante, según Dugué et al., el reconocimiento de la importancia de la inteligencia emocional, las intervenciones formativas en este ámbito siguen siendo limitadas (61). A su vez, Iraizoz et al., enfatizan la necesidad de diseñar estrategias multicomponentes que aborden diversas dimensiones de la inteligencia emocional e incorporen diferentes métodos de aprendizaje (62). Otro factor clave en la atención centrada en la persona fue la satisfacción por compasión, identificada también como un predictor relevante en enfermeras de la UCI en los estudios de Choi (63) al igual que Lee y Kim (64). Según Alhalal et al., la promoción de la satisfacción por compasión debe ser una prioridad para líderes y gerentes de enfermería, ya que contribuye a la mejora en la calidad de la atención (65). Estrategias como los programas de resiliencia centrados en la autoconciencia (66), la relajación muscular progresiva (67) y terapias de danza (68) han demostrado ser eficaces en el aumento de la satisfacción por compasión. Además, Kharatzadeh et al., destacan que la regulación emocional mejora la satisfacción por compasión en las enfermeras de la UCI (69), lo que refuerza la importancia de desarrollar estrategias que fortalezcan este aspecto.

Además, estrategias de intervención como el uso de diarios han surgido como una herramienta adicional para proporcionar soporte emocional a los pacientes críticos. Aunque inicialmente autores como Ullman et al., señalaban que la evidencia sobre su impacto es limitada (70), metaanálisis recientes han demostrado que su uso puede reducir el riesgo de depresión y ansiedad, así como mejorar la calidad de vida posterior a la UCI (71). A su vez, Sun et al., concluyen que los diarios de la UCI pueden disminuir la incidencia del trastorno de estrés postraumático, ansiedad y depresión en pacientes dentro de los tres meses posteriores al alta, lo que refuerza su relevancia como estrategia de apoyo emocional (72).

#### *Factores organizacionales y carga laboral*

Los resultados obtenidos en esta investigación destacan la importancia de la formación específica para las enfermeras de UCI, un aspecto que ha sido ampliamente discutido en estudios previos. Por ejemplo, Haegdorens et al., evidencian que la mortalidad en UCI puede verse influenciada tanto por la cantidad como por la formación de las enfermeras en salas de hospitalización (73). Asimismo, Danielis et al.,



señalan que las enfermeras de UCI tienen una alta concienciación en la prevención de incidentes críticos, lo que enfatiza la necesidad de programas formativos adecuados (74). En línea con este argumento, Santana et al., ha sugerido que las enfermeras deben desarrollar competencias no solo técnicas, sino también en cuidados integrales, abarcando los dominios de conocimiento necesarios para una formación completa en cuidados críticos (75).

A su vez, la transición de las enfermeras recién graduadas hacia el entorno de la UCI también es un aspecto clave. Chen et al., también considera necesario contar con un tutor o mentor que facilite la adaptación progresiva y efectiva a este entorno, enfatizando la importancia de los programas de transición para mejorar la calidad de atención (76). Además, la formación específica también influye en la aplicación de cuidados basados en la evidencia, como lo demuestran Gigli et al. (77). En este sentido, estudios previos han indicado que la formación especializada y la experiencia profesional previa en otros entornos, como la hospitalización, pueden influir en la efectividad del personal de UCI (75) (78). Además, la evaluación de las necesidades de formación ha demostrado que el modelo actual no es completamente efectivo, por lo que es fundamental que los sistemas de atención sanitaria y las asociaciones científicas desarrollen un marco formativo adecuado (79).

Respecto a la carga laboral, las enfermeras de UCI también enfrentan una alta carga emocional, lo que puede afectar su bienestar y desempeño. Según Choi, el estrés traumático secundario que refiere al estrés provocado por las emociones negativas que experimentan las enfermeras después de presenciar la muerte, lesiones u otros eventos que amenazan la salud física de sus pacientes; estaba asociado con la atención centrada en la persona, lo que sugiere que la capacidad de afrontar estas situaciones puede estar vinculada a la experiencia y formación de las enfermeras (63). Otros estudios también han identificado que las enfermeras con mayor experiencia tienen un mejor desempeño en la atención centrada en la persona, aunque existen discrepancias sobre si los años de trabajo son un predictor significativo de esta atención (64) (80). No obstante, en la UCI, el aprendizaje es una expansión diaria de conocimientos y habilidades como lo indica Wagner et al., (81).

Por otra parte, las enfermeras deben combinar actividades asistenciales y tecnológicas como parte de su trabajo o deber en el campo de los cuidados intensivos (82) y en este sentido, el uso de tecnología en entornos críticos puede representar un desafío adicional. Lim et al., señalan que el uso intensivo de



tecnología puede generar estrés en las enfermeras, afectando la interacción con los pacientes y sus familias (82). En este sentido, Andersson et al., discuten el equilibrio entre el uso de tecnología y la humanización del cuidado, enfatizando la necesidad de desarrollar estrategias que permitan mantener la atención centrada en la persona sin desatender los aspectos tecnológicos esenciales de la UCI (83).

#### *La participación familiar en el cuidado*

La participación de la familia en el cuidado del paciente en la UCI es un aspecto esencial que ha sido ampliamente abordado en la literatura. Para Sole et al., las enfermeras deben centrarse tanto en los pacientes como en sus familias para prevenir el deterioro de la salud y mejorar la condición del paciente (84). Esto reafirma la necesidad de integrar estrategias que permitan un abordaje integral del cuidado. Sin embargo, como señala McAndrew et al., la implementación de estas estrategias debe adaptarse a las realidades culturales y organizativas de cada institución, dado que las UCI presentan grandes variaciones en distintos países y hospitales (85).

Los hallazgos también destacan la importancia de abordar las necesidades emocionales de los familiares durante la hospitalización del paciente. En este sentido, McAndrew et al. enfatizan que las familias desean una mayor participación en los procesos de atención médica, pero factores como el miedo a interferir con el tratamiento, la angustia emocional y la falta de información pueden influir en su nivel de participación (85). A su vez, Wong et al. menciona que, si bien muchos de los familiares buscan involucrarse en la atención directa del paciente, añade que la relación con el paciente, el temor a desconectar equipos o la labilidad emocional pueden afectar esta participación (86).

En relación con las Prácticas de Relación del Enfermero con la Familia en la Unidad de Cuidados Intensivos (PREFUCI), los hallazgos indican que, aunque los enfermeros reconocen la importancia de estas prácticas, su implementación sigue siendo menor a lo esperado. En contraste, Imanipour y Kiwanuka señalan un fenómeno similar, donde las enfermeras valoran la importancia de la interacción con la familia, pero la frecuencia de su aplicación es limitada debido a la falta de capacitación y recursos adecuados. Por lo tanto, recomiendan invertir en la formación del personal de enfermería para fortalecer la operacionalización de estas prácticas y garantizar una atención centrada en la familia (87).

#### *Resultados clínicos, satisfacción y bienestar del paciente*

En esta investigación los resultados clínicos resaltan la importancia de la calidad de la relación



enfermera-paciente en la recuperación, satisfacción y bienestar del paciente. Asimismo, la satisfacción con los cuidados enfermeros se ha consolidado como un indicador clave de la calidad de la atención hospitalaria en estudios como Takele et al., donde señalan que recibir un cuidado humano, basado en la atención a las necesidades del paciente y brindado con paciencia, es un aspecto altamente valorado, y a una atención técnica y competente por parte del personal de enfermería influye de manera positiva en el grado de satisfacción del paciente (88).

Además, diversos estudios han identificado intervenciones específicas que mejoran la atención en pacientes sobre el final de la vida en UCI. Por ejemplo, la planificación de los objetivos de atención (89), la comunicación efectiva (90), el alivio del dolor y la creación de un entorno tranquilo (91) han demostrado ser factores determinantes en la calidad del cuidado. En esta misma línea, Karlsson et al., enfatizan que el contacto físico, especialmente sin el uso de guantes, favorece una mejor conexión entre el paciente y el profesional de enfermería, generando una sensación de seguridad y confianza (92), resaltando la importancia del tacto afectuoso como una forma de mostrar presencia.

Así también, la comunicación efectiva y el soporte emocional han mostrado un impacto positivo en la reducción de la ansiedad y el estrés en los pacientes hospitalizados. En Kim et al., los programas de comunicación estructurada y los cuidados centrados en la empatía han disminuido la incidencia de delirium, favoreciendo una pronta recuperación post-UCI; a su vez se evidencia que la presencia emocional y el contacto afectuoso de las enfermeras fortalecen la confianza del paciente y sus familiares, lo que se traduce en una mejor experiencia hospitalaria (93).

Asimismo, Klancnik et al., ha mencionado que la atención centrada en la persona no solo mejora la satisfacción del paciente y del personal de enfermería, también reduce la duración de la estancia hospitalaria y mejora el pronóstico clínico (94). En este sentido, el apoyo emocional y el bienestar espiritual en la UCI han demostrado ser fundamentales para fortalecer la resiliencia tanto de los pacientes como de sus familias (95). Además, estrategias como la entrega de diarios a los familiares después de la muerte del paciente han demostrados ofrecer apoyo en el proceso de duelo (96), lo que refuerza la importancia de un enfoque integral en el cuidado hospitalario.

Por otra parte, desde una perspectiva organizacional, el modelo de práctica profesional de la institución también representa un papel determinante en los resultados clínicos. Según Maagaard y Laerkner, los



entornos que destacan la participación del personal de enfermería en el cuidado del paciente y su familia pueden generar transformaciones significativas en la atención hospitalaria. Además, un liderazgo sólido en enfermería contribuye a que los profesionales trabajen conforme a sus capacidades y competencias, optimizando los resultados clínicos (29).

#### *Soporte espiritual y humanización del cuidado*

Los hallazgos obtenidos sobre el impacto del cuidado espiritual en la UCI encuentran respaldo en la literatura revisada, reafirmando su importancia tanto para los pacientes y sus familias como para las enfermeras. En este sentido, Klimasiński destaca que el cuidado espiritual tiene como objetivo responder a las necesidades espirituales de los pacientes, mejorando su calidad de vida y previniendo alteraciones emocionales y psicológicas por la hospitalización (97). Este planteamiento coincide con los resultados obtenidos, donde se enfatiza que la atención espiritual no solo beneficia a los pacientes y sus familiares, sino también a los profesionales, reduciendo el agotamiento laboral y promoviendo un ambiente más humanizado.

Además, Santos et al., identifican que enfermeras y familiares reconocen la relevancia del apoyo espiritual en el cuidado de pacientes críticos, aunque subrayan la necesidad de capacitación profesional para una mayor integración de este tipo de atención en la práctica clínica (98). Este hallazgo es coherente con la evidencia presentada, donde se sugiere que las enfermeras deben desarrollar habilidades y conocimientos en procesos de enfermería que permitan abordar las necesidades espirituales de los pacientes.

Asimismo, Rosado et al., resaltan que la mala comunicación y la falta de educación continua del personal de salud afectan la calidad de la atención en la UCI. En este sentido, la revisión enfatiza la importancia de fomentar una actitud positiva hacia la espiritualidad y el autocuidado por parte de los profesionales de enfermería para poder brindar un cuidado integral y humanizado (99). Además, se reconoce la necesidad de reformas en la capacitación del personal para optimizar la calidad del cuidado espiritual. A su vez, Willemse et al., refuerzan la idea sobre la espiritualidad como un componente esencial de la calidad de vida y atención, evidenciando que una atención espiritual contribuye a aliviar la angustia de los pacientes y sus familiares, favorece el bienestar espiritual y mejora la toma de decisiones compartida (100). Esto es consistente con los hallazgos, los cuales subrayan la correlación entre el diagnóstico de



enfermería y los resultados positivos de las intervenciones espirituales, fortaleciendo la necesidad de una mayor formación científica en la atención espiritual.

#### *Toma de decisiones compartida y autonomía del paciente*

Los resultados destacan la importancia de la comunicación efectiva y la preparación para la transición del hospital al hogar. Según Almansour y Razeq, una comunicación eficaz es esencial para evaluar los síntomas, promover la participación del paciente en la toma de decisiones y facilitar la planificación (101). Estos hallazgos refuerzan la idea de que una atención centrada en la persona, donde el paciente se sienta escuchado y comprendido, contribuye a una mejor aceptación de los tratamientos y a una reducción de la ansiedad. En este sentido, Rivera et al., menciona que el empoderamiento del paciente y su familia a través de información clara y accesible es clave para fortalecer la confianza en el equipo de salud y facilitar toma de decisiones complejas. Además los autores resaltan que la comunicación efectiva no solo resuelve conflictos y diferencias, también garantiza que la familia esté satisfecha con la atención (102),

Por otro lado, la autonomía del paciente y su capacidad para realizar actividades básicas de la vida diaria después del alta hospitalaria son aspectos fundamentales en la recuperación, por ejemplo, el estudio de Bordin et al., identificó que el 43,1% de los adultos mayores evaluados necesitaban asistencia para realizar actividades básicas después del alta, subrayando la necesidad de fortalecer la continuidad de los cuidados entre el hospital y el hogar para evitar reingresos y prevenir la pérdida de autonomía (103); reforzando la premisa que una preparación para el regreso a casa debe iniciarse durante la hospitalización, a través de un enfoque multidisciplinario que incluya estrategias para la recuperación funcional y el apoyo a la familia en esta nueva dinámica de cuidados.

#### **Riesgo de sesgo**

Esta revisión puede estar sujeta a diversos tipos de sesgo que pueden influir en la interpretación de los hallazgos. Uno de los principales es el sesgo de selección, ya que la inclusión de estudios estuvo limitada a aquellos publicados en inglés, español y portugués, lo que pudo excluir investigaciones relevantes en otros idiomas. Además, se priorizaron estudios con acceso completo, lo que podría haber restringido la diversidad de enfoques analizados. Para reducir este riesgo, se llevó a cabo una búsqueda exhaustiva en múltiples bases de datos y se utilizaron criterios de inclusión bien definidos para garantizar la



representatividad de la literatura revisada.

En cuanto al sesgo de publicación, ya que los estudios con resultados positivos sobre la relación enfermera-paciente tienen mayor probabilidad de ser publicados en comparación con aquellos que no encontraron efectos significativos. Esto podría haber llevado a una sobreestimación del impacto de ciertas intervenciones. Asimismo, el sesgo metodológico derivado de la heterogeneidad en los diseños de los estudios incluidos (cualitativos, cuantitativos y revisiones sistemáticas) puede haber afectado la comparabilidad de los resultados. Para mitigar estos riesgos, se utilizó el modelo de evaluación de calidad de Johns Hopkins, garantizando un análisis estructurado y riguroso de los estudios.

### **Limitaciones**

Esta revisión presenta ciertas limitaciones que pueden influir en la interpretación de los hallazgos. Una de ellas es la variabilidad en los diseños metodológicos de los estudios incluidos, lo que dificulta la comparación directa de los resultados. Para mitigar este desafío, se utilizó un enfoque de síntesis narrativa basado en el modelo de evaluación de calidad de Johns Hopkins, lo que permitió analizar los estudios de manera estructurada e identificar patrones comunes. Asimismo, el sesgo de publicación puede haber favorecido la inclusión de estudios con resultados positivos sobre la relación enfermera-paciente. Para contrarrestarlo, se realizó una búsqueda exhaustiva en diversas bases de datos, asegurando una representación más equilibrada de la literatura disponible.

Otra limitación fue la falta de estudios longitudinales, lo que impide evaluar los efectos a largo plazo de las intervenciones en la UCI. Para abordar este problema, se incluyeron revisiones sistemáticas y estudios con muestras representativas. Además, la diversidad de modelos de atención, países y entornos hospitalarios podría afectar la generalización de los hallazgos. No obstante, la selección de estudios de distintas regiones permitió identificar estrategias generales que pueden ser aplicables en diversos contextos. Por último, aunque algunos estudios evaluaron el impacto de la relación enfermera-paciente en la recuperación clínica, la falta de medidas objetivas en varios de ellos limitó el análisis de resultados clínicos concretos. Pese a estas limitaciones, las estrategias metodológicas implementadas garantizan la validez de los hallazgos.

### **CONCLUSIONES**

La relación enfermera-paciente en la UCI es un elemento central en la calidad del cuidado y en los



resultados clínicos del paciente. A lo largo de esta revisión, se ha evidenciado que múltiples factores influyen en esta interacción, incluyendo la comunicación efectiva, la empatía, la carga laboral del personal de enfermería, la participación de la familia, el soporte espiritual y la toma de decisiones compartida. Se ha demostrado que fortalecer estos aspectos puede mejorar la experiencia hospitalaria del paciente, reducir los niveles de estrés y ansiedad, y favorecer una pronta recuperación. Sin embargo, factores como la sobrecarga laboral y la falta de estrategias estructuradas pueden limitar la calidad de esta relación.

La calidad de la relación enfermera-paciente en la UCI está estrechamente vinculada con los resultados clínicos y la experiencia hospitalaria del paciente. La revisión sistemática de la literatura demuestra que una interacción basada en la comunicación efectiva, la empatía y la confianza no solo mejora la percepción del paciente sobre la atención recibida, también tiene un impacto directo en su evolución clínica. Uno de los principales hallazgos indica que una comunicación clara y estructurada entre enfermeras y pacientes favorece una mejor adherencia al tratamiento, reduciendo complicaciones como el delirium y la ansiedad, factores que pueden prolongar la estancia hospitalaria. Estrategias de comunicación aumentativa y alternativa (CAA), especialmente en pacientes con ventilación mecánica, intubados o sedados, permiten una interacción más efectiva y disminuye el sentimiento de aislamiento del paciente. Además, los diarios escritos por enfermeras y la capacitación en comunicación clínica han demostrado mejorar la confianza del paciente en el equipo de salud y fortalecer su participación en el proceso de recuperación. La empatía y el soporte emocional proporcionados por el personal de enfermería también influyen en los resultados clínicos, los estudios revisados indican que los pacientes que perciben un trato humanizado presentan menores niveles de estrés y mayor recuperación. Además, la inteligencia emocional del personal de enfermería contribuye a una mejor gestión de las emociones del paciente, lo que se traduce en una mayor estabilidad emocional y una mejor respuesta al tratamiento . Otro factor clave en la conexión entre la relación enfermera-paciente y los resultados clínicos es la sobrecarga laboral y el entorno organizacional; una carga de trabajo excesiva y la falta de recursos pueden afectar la calidad de la interacción terapéutica, afectando la personalización del cuidado y aumentando el riesgo de errores clínicos. La implementación de estrategias que mejoren las condiciones laborales y promuevan el bienestar del personal de enfermería se ha asociado con una mejor calidad de



la atención y una reducción en la incidencia de eventos adversos. Asimismo, la participación de la familia en el proceso de cuidado también refleja un impacto positivo en la evolución del paciente; la inclusión de los familiares en la toma de decisiones y la provisión de información clara sobre la evolución del paciente se han identificado como estrategias que mejoran la confianza en el equipo asistencial y reducen la incertidumbre y el estrés del paciente y sus seres queridos.

La relación enfermera-paciente se alinea con la teoría de las relaciones interpersonales de Peplau que describe el vínculo terapéutico de esta interacción. En este contexto, la comunicación efectiva, la empatía, la carga laboral del personal, la participación de la familia, el soporte espiritual y la toma de decisiones compartida son factores que influyen en la interacción entre la enfermera y el paciente, afectando directamente su recuperación y bienestar. La literatura revisada evidencia que fortalecer estos aspectos, mediante estrategias como la comunicación aumentativa y alternativa (CAA), el uso de diarios escritos por enfermeras y la capacitación en comunicación clínica, optimiza la relación terapéutica y favorece mejores resultados clínicos. Sin embargo, barreras como la sobrecarga laboral y la falta de formación estructurada pueden dificultar la implementación de un modelo de atención centrado en la persona. En este sentido, Peplau enfatiza la importancia de establecer una relación de confianza desde la fase de orientación, lo que permite que el paciente participe activamente en su proceso de recuperación durante la fase de trabajo y logre una mejor adaptación en la fase de resolución. Además, la integración de la familia en la comunicación, el soporte emocional y la atención espiritual contribuyen a humanizar el cuidado, promoviendo la resiliencia del paciente y su entorno. La evidencia sugiere que los entornos de la UCI que priorizan estas intervenciones favorecen una mayor satisfacción del paciente y un impacto positivo en su evolución clínica, resaltando la necesidad de políticas institucionales que fortalezcan el bienestar del personal de enfermería y fomenten modelos de atención basados en la empatía, la confianza y la comunicación efectiva.

### **Recomendaciones**

Se recomienda implementar políticas que optimicen el bienestar del personal de enfermería y promuevan modelos de atención centrados en el paciente, garantizando así una experiencia hospitalaria más humanizada y eficiente. A su vez, resulta necesario desarrollar programas de capacitación en inteligencia emocional que aborden múltiples dimensiones (autoconciencia, autorregulación, empatía y motivación)



para el personal de enfermería en la UCI. Además, es importante implementar herramientas estructuradas de comunicación, como paquetes multicomponentes y diarios, para facilitar la interacción con pacientes y familiares. Asimismo, se insta a promover el uso del tacto afectuoso como una estrategia de comunicación que refuerce el vínculo emocional y humano en entornos críticos e incluir a los familiares como parte del equipo de cuidado, fomentando su participación y atendiendo sus necesidades emocionales y prácticas. También se recomienda integrar el cuidado espiritual y la humanización del entorno como componentes clave en los programas de atención en las UCI.

## REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Jiménez W, Navas L. Impacto del estrés laboral en los profesionales de enfermería que otorgan cuidados hospitalarios. INSPILIP [Internet]. 2023 [citado 14 de enero de 2025];7(Especial):26-35. Disponible en: <https://www.inspilip.gob.ec/index.php/inspi/article/view/492>
2. Farah N, Coronel K, Guevara M. Relationship of Nurse-Patient Ratios in the Quality of Care in the Intensive Care Unit: Systematic Review and Meta-Analysis. Migr Lett [Internet]. 2023 [citado 14 de enero de 2025];20(S7):725-33. Disponible en: <https://migrationletters.com/index.php/ml/article/view/4433>
3. Mersha A, Abera A, Tesfaye T, Abera T, Belay A, Melaku T, et al. Therapeutic communication and its associated factors among nurses working in public hospitals of Gamo zone, southern Ethiopia: application of Hildegard Peplau's nursing theory of interpersonal relations. BMC Nurs [Internet]. 2023 [citado 5 de febrero de 2025];22(1):381. Disponible en: <https://doi.org/10.1186/s12912-023-01526-z>
4. González C, Fuenzalida J, Fuster M, García C, Lobos C, Pacheco J, et al. Calidad de los cuidados de enfermería en unidades de pacientes críticos: una revisión de literatura. Ene [Internet]. 2023 [citado 14 de enero de 2025];17(2):1-20. Disponible en: [https://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci\\_abstract&pid=S1988-348X2023000200005&lng=es&nrm=iso&tlng=es](https://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_abstract&pid=S1988-348X2023000200005&lng=es&nrm=iso&tlng=es)
5. Freeman A, Hemsley B, Thompson K, Rogers K, Knowles S, Hammond N. Communication functions of adult patients admitted to intensive care: A multicentre, binational point prevalence study. Aust Crit Care [Internet]. 2023 [citado 14 de enero de 2025];36(6):1084-9. Disponible en: [https://www.australiancriticalcare.com/article/S1036-7314\(23\)00024-3/fulltext](https://www.australiancriticalcare.com/article/S1036-7314(23)00024-3/fulltext)



6. Svyntozelska O, Espinoza N, Demers J, Dugas M, LeBlanc A. Socioeconomic and demographic factors influencing interpersonal communication between patients with chronic conditions and family physicians: A systematic review. *Patient Educ Couns*. 2025;131(1):108548.
7. Menéndez T, Calderon N, Cevallos J, Mendoza L. Rol de enfermería en el cuidado del paciente crítico. *RECIAMUC* [Internet]. 2024 [citado 14 de enero de 2025];8(1):357-67. Disponible en: <https://reciamuc.com/index.php/RECIAMUC/article/view/1279>
8. Kondaguli S, Rana S, Balagar N. Compassionate Nursing Care: A Refined Approach to Facilitate Healing – An Expository Perspective Review. *Int J Health Sci Res* [Internet]. 2023 [citado 14 de enero de 2025];13(9):68-78. Disponible en: [https://www.ijhsr.org/IJHSR\\_Vol.13\\_Issue.9\\_Sep2023/IJHSR12.pdf](https://www.ijhsr.org/IJHSR_Vol.13_Issue.9_Sep2023/IJHSR12.pdf)
9. Vargas I, Soto S, Hernández M, Campos S. La confianza en la relación profesional de la salud y paciente. *Rev Cuba Salud Pública* [Internet]. 2020 [citado 14 de enero de 2025];46(3):1-46. Disponible en: [http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci\\_abstract&pid=S0864-34662020000300015&lng=es&nrm=iso&tlng=es](http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_abstract&pid=S0864-34662020000300015&lng=es&nrm=iso&tlng=es)
10. Allamde R, Macías J, Porcel A. La relación enfermera-paciente: identidad histórica, metodológica y terapéutica en los cuidados de enfermería. *Cult Los Cuid* [Internet]. 2020 [citado 14 de enero de 2025];1(55):78-84. Disponible en: <https://culturacuidados.ua.es/article/view/2019-n55-la-relacion-enfermera-paciente-identidad-historica-meto>
11. Maza G, Motta G, Jarquin P. La empatía, la comunicación efectiva y la asertividad en la práctica médica actual. *Rev Sanid Mil* [Internet]. 2023 [citado 14 de enero de 2025];77(1):1-13. Disponible en: [http://www.scielo.org.mx/scielo.php?script=sci\\_abstract&pid=S0301-696X2023000100001&lng=es&nrm=iso&tlng=es](http://www.scielo.org.mx/scielo.php?script=sci_abstract&pid=S0301-696X2023000100001&lng=es&nrm=iso&tlng=es)
12. Sharkiya S. Quality communication can improve patient-centred health outcomes among older patients: a rapid review. *BMC Health Serv Res* [Internet]. 2023 [citado 14 de enero de 2025];23(1):886. Disponible en: <https://doi.org/10.1186/s12913-023-09869-8>
13. Kwame A, Petrucka P. A literature-based study of patient-centered care and communication in nurse-patient interactions: barriers, facilitators, and the way forward. *BMC Nurs* [Internet]. 2021 [citado 14 de enero de 2025];20(1):158. Disponible en: <https://doi.org/10.1186/s12912-021-00684-2>



14. Moncada B, Suárez M, Duque L, Escobar K. Estrés laboral en personal médico y enfermería de atención primaria ante la emergencia sanitaria por Covid-19. *Perfiles* [Internet]. 2021 [citado 14 de enero de 2025];1(25):13-23. Disponible en: [http://scielo.senescyt.gob.ec/scielo.php?script=sci\\_abstract&pid=S2477-91052021000100013&lng=es&nrm=iso&tlng=es](http://scielo.senescyt.gob.ec/scielo.php?script=sci_abstract&pid=S2477-91052021000100013&lng=es&nrm=iso&tlng=es)
15. Balón F, Pincay J, Alarcón C. Rol de la Enfermera en Cuidados Intensivos desde un Enfoque Humanizado. *Reincisol* [Internet]. 2024 [citado 14 de enero de 2025];3(6):2015-37. Disponible en: <https://www.reincisol.com/ojs/index.php/reincisol/article/view/298>
16. Molina J, Gallo J. Impact of Nurse-Patient Relationship on Quality of Care and Patient Autonomy in Decision-Making. *Int J Environ Res Public Health* [Internet]. 2020 [citado 14 de enero de 2025];17(3):835. Disponible en: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC7036952/>
17. Aghamohammadi D, Dadkhah B, Aghamohammadi M. Nurse-Physician Collaboration and the Professional Autonomy of Intensive Care Units Nurses. *Indian J Crit Care Med Peer-Rev Off Publ Indian Soc Crit Care Med*. 2020;23(4):178-81.
18. Allande R, Fernández E, Porcel A. Defining and characterising the nurse–patient relationship: A concept analysis. *Nurs Ethics* [Internet]. 2022 [citado 26 de febrero de 2025];29(2):462-84. Disponible en: <https://doi.org/10.1177/09697330211046651>
19. Peplau HE. Peplau's theory of interpersonal relations. *Nurs Sci Q*. 1997;10(4):162-7.
20. Forchuk C. Overview of Peplau's Theory. En: *From Therapeutic Relationships to Transitional Care* [Internet]. Routledge; 2021. Disponible en: <https://www.taylorfrancis.com/chapters/edit/10.4324/9781003000853-21/overview-peplau-theory-cheryl-forchuk>
21. Peplau H. Roles in Nursing. En: *Interpersonal Relations in Nursing: A Conceptual Frame of Reference for Psychodynamic Nursing* [Internet]. London: Macmillan Education UK; 1988 [citado 26 de febrero de 2025]. p. 43-70. Disponible en: [https://doi.org/10.1007/978-1-349-10109-2\\_3](https://doi.org/10.1007/978-1-349-10109-2_3)
22. McCallum K, Jackson D, Walthall H, Aveyard H. Death and Dying in the Emergency Department: A New Model for End-of-Life Care. *J Adv Nurs* [Internet]. 2024 [citado 27 de febrero de 2025];1(1):1-10. Disponible en: <https://onlinelibrary.wiley.com/doi/abs/10.1111/jan.16561>



23. Peplau H. Phases of Nurse-patient Relationships. En: *Interpersonal Relations in Nursing: A Conceptual Frame of Reference for Psychodynamic Nursing* [Internet]. London: Macmillan Education UK; 1988 [citado 26 de febrero de 2025]. p. 17-42. Disponible en: [https://doi.org/10.1007/978-1-349-10109-2\\_2](https://doi.org/10.1007/978-1-349-10109-2_2)
24. Page M, McKenzie J, Bossuyt PM, Boutron I, Hoffmann TC, Mulrow CD, et al. Declaración PRISMA 2020: una guía actualizada para la publicación de revisiones sistemáticas. *Rev Esp Cardiol* [Internet]. 2021 [citado 25 de diciembre de 2024];74(9):790-9. Disponible en: <https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S0300893221002748>
25. Dang D, Dearholt S, Bissett K, Ascenzi J, Whalen M. *Johns Hopkins Evidence-Based Practice for Nurses and Healthcare Professionals: Model and Guidelines, Fourth Edition* [Internet]. 4a ed. Indianapolis: Sigma Theta Tau International; 2022. 386 p. Disponible en: <https://www.hopkinsmedicine.org/evidence-based-practice/model-tools>
26. Sánchez M, Pedreño M, Ponce A, Navarro F. And, at first, it was the research question... The PICO, PECO, SPIDER and FINER formats [Y, al principio, fue la pregunta de investigación ... Los formatos PICO, PECO, SPIDER y FINER]. *ESPIRAL Cuad Profr* [Internet]. 2023 [citado 16 de enero de 2025];16(32):126-36. Disponible en: <https://ojs.ual.es/ojs/index.php/ESPIRAL/article/view/9102>
27. Ouzzani M, Hammady H, Fedorowicz Z, Elmagarmid A. Rayyan—a web and mobile app for systematic reviews. *Syst Rev* [Internet]. 2016 [citado 27 de enero de 2025];5(1):210. Disponible en: <https://doi.org/10.1186/s13643-016-0384-4>
28. Holm A, Karlsson V, Nikolajsen L, Dreyer P. Strengthening and supporting nurses' communication with mechanically ventilated patients in the intensive care unit: Development of a communication intervention. *Int J Nurs Stud Adv* [Internet]. 1 de noviembre de 2021 [citado 10 de enero de 2025];3(1):100025. Disponible en: <https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S2666142X21000072>
29. Maagaard C, Laerkner E. Writing a Diary for “You” — Intensive care nurses' narrative practices in diaries for patients: A qualitative study. *Int J Nurs Stud* [Internet]. 2022 [citado 10 de enero de 2025];136(1):104363. Disponible en: <https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S0020748922001924>



30. Högvall L, Egerod I, Herling S, Rustøen T, Berntzen H. Finding the right words: A focus group investigation of nurses' experiences of writing diaries for intensive care patients with a poor prognosis. *Aust Crit Care* [Internet]. 2023 [citado 10 de enero de 2025];36(6):1011-8. Disponible en: [https://www.australiancriticalcare.com/article/S1036-7314\(23\)00029-2/fulltext](https://www.australiancriticalcare.com/article/S1036-7314(23)00029-2/fulltext)
31. Sandnes L, Uhrenfeldt L. Caring touch as communication in intensive care nursing: a qualitative study. *Int J Qual Stud Health Well-Being* [Internet]. 2024 [citado 10 de enero de 2025];19(1):2348891. Disponible en: <https://doi.org/10.1080/17482631.2024.2348891>
32. Sánchez M, Lázaro B, Arbonés A, Vázquez M. Emotional intelligence of nurses in intensive care units: A systematic review. *Intensive Crit Care Nurs* [Internet]. 2024 [citado 10 de enero de 2025];84(1):103724. Disponible en: <https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S0964339724001095>
33. Youn H, Lee M, Jang SJ. Person-centred care among intensive care unit nurses: A cross-sectional study. *Intensive Crit Care Nurs* [Internet]. 2022 [citado 10 de enero de 2025];73(1):103293. Disponible en: <https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S0964339722000969>
34. Mir A, Pardo L, Goñi A, Martínez M, Goñi R. Satisfacción de los pacientes con los cuidados enfermeros en una Unidad de Cuidados Intensivos medida a través de la escala *Nursing Intensive-Care Satisfaction-Scale* (NICSS). *Enferm Intensiva* [Internet]. 2024 [citado 10 de enero de 2025];35(3):201-12. Disponible en: <https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S1130239923000925>
35. Santana Y, Bernat M, Santana L. Nurses' perception on competency requirement and training demand for intensive care nurses. *Int J Nurs Sci* [Internet]. 2022 [citado 10 de enero de 2025];9(3):350-6. Disponible en: <https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S2352013222000473>
36. Olorunfemi O, Nwozichi C, Anokwuru R. Lived experience of nurses caring for critically ill patients sustained by healthcare technologies in Benin-City, Nigeria. *Int J Afr Nurs Sci* [Internet]. 2024 [citado 10 de enero de 2025];20(1):100679. Disponible en: <https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S2214139124000246>
37. López E, Pacheco V, Fernández K, Díaz D, Expósito M, Villarreal E, et al. Competencies of the nurses in the limitation of therapeutic effort in the intensive care unit: An integrative review. *Int J Nurs*



Sci [Internet]. 2024 [citado 10 de enero de 2025];11(1):143-54. Disponible en: <https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S2352013223001539>

38. Machado A, Antunes C, Imaginário C. Práticas relacionais dos enfermeiros com a família numa unidade de cuidados intensivos cardíacos. *Rev Enferm Referência* [Internet]. 2023;6(2):1-9. Disponible en: <https://revistas.rcaap.pt/referencia/article/view/32595>

39. Gunnlaugsdóttir T, Jónasdóttir R, Björnsdóttir K, Klinke ME. How can family members of patients in the intensive care unit be supported? A systematic review of qualitative reviews, meta-synthesis, and novel recommendations for nursing care. *Int J Nurs Stud Adv* [Internet]. 2024 [citado 10 de enero de 2025];7(1):100251. Disponible en: <https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S2666142X2400078X>

40. Tengblad J, Airosa F, Karlsson L, Rosenqvist J, Elmqvist C, Karlsson A, et al. “I am Here”—The Importance of Caring Touch in Intensive Care. A Qualitative Observation and Interview Study. *J Holist Nurs* [Internet]. 2024 [citado 10 de enero de 2025];42(3):254-64. Disponible en: <https://doi.org/10.1177/08980101231198723>

41. Volpato R, Espíndula M, Gonçalves A, Ramirez E, Volpato G, Lemes A, et al. O cuidado espiritual realizado pela enfermagem na unidade de terapia intensiva. *Rev Port Enferm Saúde Ment* [Internet]. 2020 [citado 10 de enero de 2025];1(24):51-8. Disponible en: [http://scielo.pt/scielo.php?script=sci\\_abstract&pid=S1647-21602020000200007&lng=en&nrm=iso&tlng=pt](http://scielo.pt/scielo.php?script=sci_abstract&pid=S1647-21602020000200007&lng=en&nrm=iso&tlng=pt)

42. Pereira J, Chaves L, Bezerra J, Pessoa L, de Oliveira E, Aguiar AC de SA. Respostas comportamentais apresentadas por longevos após internação na Unidade de Terapia Intensiva e retorno domiciliar. *Esc Anna Nery* [Internet]. 2021 [citado 10 de enero de 2025];26(1):e20210232. Disponible en: <https://www.scielo.br/j/ean/a/XsrkH84KLhVfPDR4QXScwhh/?lang=pt>

43. Zaga C, Berney S, Vogel A. The Feasibility, Utility, and Safety of Communication Interventions With Mechanically Ventilated Intensive Care Unit Patients: A Systematic Review. *Am J Speech Lang Pathol* [Internet]. 2019 [citado 3 de febrero de 2025];28(3):1335-55. Disponible en: [https://pubs.asha.org/doi/abs/10.1044/2019\\_AJSLP-19-0001](https://pubs.asha.org/doi/abs/10.1044/2019_AJSLP-19-0001)



44. Istanbulian L, Rose L, Gorospe F, Yunusova Y, Dale C. Barriers to and facilitators for the use of augmentative and alternative communication and voice restorative strategies for adults with an advanced airway in the intensive care unit: A scoping review. *J Crit Care* [Internet]. 2020 [citado 3 de febrero de 2025];57(1):168-76. Disponible en: <https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S088394411931737X>
45. Holme A, Halvorsen K, Eskerud R, Lind R, Storli S, Gjengedal E, et al. Nurses' experiences of ICU diaries following implementation of national recommendations for diaries in intensive care units: A quality improvement project. *Intensive Crit Care Nurs* [Internet]. 2020 [citado 4 de febrero de 2025];59(1):102828. Disponible en: <https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S0964339720300318>
46. Ednell A, Siljegren S, Engström Å. The ICU patient diary—A nursing intervention that is complicated in its simplicity: A qualitative study. *Intensive Crit Care Nurs* [Internet]. 2017 [citado 4 de febrero de 2025];40(1):70-6. Disponible en: <https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S0964339716301124>
47. Halm M. Intensive Care Unit Diaries, Part 1: Constructing Illness Narratives to Promote Recovery After Critical Illness. *Am J Crit Care* [Internet]. 2019 [citado 4 de febrero de 2025];28(4):319-23. Disponible en: <https://doi.org/10.4037/ajcc2019731>
48. Barreto B, Luz M, Nogueira M, Lopes A, Gusmao D. The impact of intensive care unit diaries on patients' and relatives' outcomes: a systematic review and meta-analysis. *Crit Care* [Internet]. 2019 [citado 3 de febrero de 2025];23(1):411. Disponible en: <https://doi.org/10.1186/s13054-019-2678-0>
49. Flinterud S, Moi A, Gjengedal E, Narvestad L, Muri A, Ellingsen S. The creation of meaning – Intensive care nurses' experiences of conducting nurse-led follow-up on intensive care units. *Intensive Crit Care Nurs* [Internet]. 2019 [citado 4 de febrero de 2025];53(1):30-6. Disponible en: <https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S0964339718303082>
50. Pattison N, O'Gara G, Lucas C, Gull K, Thomas K, Dolan S. Filling the gaps: A mixed-methods study exploring the use of patient diaries in the critical care unit. *Intensive Crit Care Nurs* [Internet]. 2019 [citado 4 de febrero de 2025];51(1):27-34. Disponible en: <https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S0964339718300259>



51. Johansson M, Wåhlin I, Magnusson L, Hanson E. Nursing staff's experiences of intensive care unit diaries: a qualitative study. *Nurs Crit Care* [Internet]. 2019 [citado 4 de febrero de 2025];24(6):407-13. Disponible en: <https://onlinelibrary.wiley.com/doi/abs/10.1111/nicc.12416>
52. Sánchez K, Quenorán V. Therapeutic communication between the nurse and the family of the patient in critical care: a humanized approach. *Sapienza Int J Interdiscip Stud* [Internet]. 2023 [citado 4 de febrero de 2025];4(S11):e23034-e23034. Disponible en: <https://journals.sapienzaeditorial.com/index.php/SIJS/article/view/660>
53. Gullberg A, Joelsson E, Schandl A. Patients' experiences of preparing for transfer from the intensive care unit to a hospital ward: A multicentre qualitative study. *Nurs Crit Care* [Internet]. 2023 [citado 4 de febrero de 2025];28(6):863-9. Disponible en: <https://onlinelibrary.wiley.com/doi/abs/10.1111/nicc.12855>
54. Storm J, Chen H. The relationships among alarm fatigue, compassion fatigue, burnout and compassion satisfaction in critical care and step-down nurses. *J Clin Nurs* [Internet]. 2021 [citado 4 de febrero de 2025];30(3-4):443-53. Disponible en: <https://onlinelibrary.wiley.com/doi/abs/10.1111/jocn.15555>
55. Kvande M, Angel S, Højager A. Humanizing intensive care: A scoping review (HumanIC). *Nurs Ethics*. 2022;29(2):498-510.
56. McCormack B, Dulmen S, Eide H, Skovdahl K, Eide T. Person-Centredness in Healthcare Policy, Practice and Research. En: *Person-Centred Healthcare Research* [Internet]. John Wiley & Sons, Ltd; 2017 [citado 4 de febrero de 2025]. p. 3-17. Disponible en: <https://onlinelibrary.wiley.com/doi/abs/10.1002/9781119099635.ch1>
57. Taylan S, Özkan İ, Şahin G. Caring behaviors, moral sensitivity, and emotional intelligence in intensive care nurses: A descriptive study. *Perspect Psychiatr Care* [Internet]. 2021 [citado 4 de febrero de 2025];57(2):734-46. Disponible en: <https://onlinelibrary.wiley.com/doi/abs/10.1111/ppc.12608>
58. Franklin P, Gkiouleka A. A Scoping Review of Psychosocial Risks to Health Workers during the Covid-19 Pandemic. *Int J Environ Res Public Health* [Internet]. 2021 [citado 4 de febrero de 2025];18(5):2453. Disponible en: <https://www.mdpi.com/1660-4601/18/5/2453>



59. Ordoñez P, Polit M, Martínez G, Videla S. Inteligencia emocional de las enfermeras de cuidados intensivos en un hospital terciario. *Enferm Intensiva* [Internet]. 2021 [citado 4 de febrero de 2025];32(3):125-32. Disponible en: <https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S1130239920300870>
60. Mukundan S, Dhanya M. Learning to effectively manage your emotions: the impact of Emotional Intelligence (EI) in caring roles. *Dev Learn Organ Int J* [Internet]. 2021 [citado 4 de febrero de 2025];36(1):11-3. Disponible en: <https://www.emerald.com/insight/content/doi/10.1108/dlo-11-2020-0216/full/html>
61. Dugué M, Sirost O, Dosseville F. A literature review of emotional intelligence and nursing education. *Nurse Educ Pract* [Internet]. 2021 [citado 4 de febrero de 2025];54(1):103124. Disponible en: <https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S1471595321001608>
62. Iraizoz A, García R, Navarrete A, Blasco A, Rodríguez A, Vázquez M. Nurses' clinical leadership in the intensive care unit: A scoping review. *Intensive Crit Care Nurs* [Internet]. 2023 [citado 4 de febrero de 2025];75(1):103368. Disponible en: <https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S0964339722001719>
63. Choi S. Factors affecting to the Person-Centered Care among Critical Care Nurses. *J Korean Crit Care Nurs* [Internet]. 2020 [citado 4 de febrero de 2025];13(2):36-44. Disponible en: <http://jkccn.org/journal/view.php?doi=10.34250/jkccn.2020.13.2.36>
64. Lee Y, Kim Y. Influencing Factors on Performance of Person-Centered Care among Intensive Care Unit Nurses: An Ecological Perspective. *Korean J Adult Nurs* [Internet]. 2021 [citado 4 de febrero de 2025];33(5):522-31. Disponible en: <https://doi.org/10.7475/kjan.2021.33.5.522>
65. Alhalal E, Alrashidi L, Alanazi N. Predictors of patient-centered care provision among nurses in acute care setting. *J Nurs Manag* [Internet]. 2020 [citado 4 de febrero de 2025];28(6):1400-9. Disponible en: <https://onlinelibrary.wiley.com/doi/abs/10.1111/jonm.13100>
66. Klein C, Hays J, Sollenberger L, Harney D, McGarvey J. Quality of Life and Compassion Satisfaction in Clinicians: A Pilot Intervention Study for Reducing Compassion Fatigue. *Am J Hosp Palliat Med* [Internet]. 2018 [citado 4 de febrero de 2025];35(6):882-8. Disponible en: <https://doi.org/10.1177/1049909117740848>



67. Semerci R, Öztürk G, Akgün M, Elmas S, İhsan A, Musbeg S. The effect of progressive muscle relaxation exercises on compassion satisfaction, burnout, and compassion fatigue of nurse managers. *Perspect Psychiatr Care* [Internet]. 2021 [citado 4 de febrero de 2025];57(3):1250-6. Disponible en: <https://onlinelibrary.wiley.com/doi/abs/10.1111/ppc.12681>
68. Yilmazer Y, Buldukoglu K, Tuna T, Güney S. Dance and Movement Therapy Methods for Compassion Satisfaction, Burnout, and Compassion Fatigue in Nurses: A Pilot Study. *J Psychosoc Nurs Ment Health Serv* [Internet]. 2020 [citado 4 de febrero de 2025];58(4):43-51. Disponible en: <https://journals.healio.com/doi/10.3928/02793695-20200211-01>
69. Kharatzadeh H, Alavi M, Mohammadi A, Visentin D, Cleary M. Emotional regulation training for intensive and critical care nurses. *Nurs Health Sci* [Internet]. 2020 [citado 4 de febrero de 2025];22(2):445-53. Disponible en: <https://onlinelibrary.wiley.com/doi/abs/10.1111/nhs.12679>
70. Ullman A, Aitken L, Rattray J, Kenardy J, Le Brocque R, MacGillivray S, et al. Intensive care diaries to promote recovery for patients and families after critical illness: A Cochrane Systematic Review. *Int J Nurs Stud* [Internet]. 2015 [citado 4 de febrero de 2025];52(7):1243-53. Disponible en: <https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S0020748915001005>
71. McIlroy P, King R, Garrouste M, Tabah A, Ramanan M. The Effect of ICU Diaries on Psychological Outcomes and Quality of Life of Survivors of Critical Illness and Their Relatives: A Systematic Review and Meta-Analysis. *Crit Care Med* [Internet]. 2020 [citado 4 de febrero de 2025];47(2):273. Disponible en: [https://journals.lww.com/ccmjournal/abstract/2019/02000/the\\_effect\\_of\\_icu\\_diaries\\_on\\_psychological.17.aspx](https://journals.lww.com/ccmjournal/abstract/2019/02000/the_effect_of_icu_diaries_on_psychological.17.aspx)
72. Sun X, Huang D, Zeng F, Ye Q, Xiao H, Lv D, et al. Effect of intensive care unit diary on incidence of posttraumatic stress disorder, anxiety, and depression of adult intensive care unit survivors: A systematic review and meta-analysis. *J Adv Nurs* [Internet]. 2021 [citado 4 de febrero de 2025];77(7):2929-41. Disponible en: <https://onlinelibrary.wiley.com/doi/abs/10.1111/jan.14706>
73. Haegdorens F, Van Bogaert P, De Meester K, Monsieurs KG. The impact of nurse staffing levels and nurse's education on patient mortality in medical and surgical wards: an observational multicentre



study. BMC Health Serv Res [Internet]. 2019 [citado 4 de febrero de 2025];19(1):864. Disponible en: <https://doi.org/10.1186/s12913-019-4688-7>

74. Danielis M, Bellomo F, Farneti F, Palese A. Critical incidents rates and types in Italian Intensive Care Units: A five-year analysis. Intensive Crit Care Nurs [Internet]. 2021 [citado 4 de febrero de 2025];62(1):102950. Disponible en: <https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S0964339720301531>

75. Santana Y, Bernat M, Santana L. The training needs of critical care nurses: A psychometric analysis. Sci Prog [Internet]. 2022 [citado 4 de febrero de 2025];105(1):00368504221076823. Disponible en: <https://doi.org/10.1177/00368504221076823>

76. Chen F, Liu Y, Wang X, Dong H. Transition shock, preceptor support and nursing competency among newly graduated registered nurses: A cross-sectional study. Nurse Educ Today [Internet]. 2021 [citado 4 de febrero de 2025];102(1):104891. Disponible en: <https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S0260691721001489>

77. Gigli K, Davis B, Ervin J, Kahn J. Factors Associated With Nurses' Knowledge of and Perceived Value in Evidence-Based Practices. Am J Crit Care [Internet]. 2020 [citado 4 de febrero de 2025];29(1):e1-8. Disponible en: <https://doi.org/10.4037/ajcc2020866>

78. Elias C, Day T. Experiences of Newly Qualified Nurses in Critical Care: A qualitative systematic review. J Intensive Care Soc [Internet]. 2020 [citado 4 de febrero de 2025];21(4):334-43. Disponible en: <https://doi.org/10.1177/1751143720926794>

79. Gullick J, Lin F, Massey D, Wilson L, Greenwood M, Skylas K, et al. Structures, processes and outcomes of specialist critical care nurse education: An integrative review. Aust Crit Care [Internet]. 2020 [citado 4 de febrero de 2025];32(4):331-45. Disponible en: [https://www.australiancriticalcare.com/article/S1036-7314\(18\)30015-8/abstract](https://www.australiancriticalcare.com/article/S1036-7314(18)30015-8/abstract)

80. Chang H, Gil C, Kim H, Bea H. Person-Centered Care, Job Stress, and Quality of Life Among Long-Term Care Nursing Staff. J Nurs Res [Internet]. 2020 [citado 4 de febrero de 2025];28(5):e114. Disponible en: [https://journals.lww.com/jnr-twna/fulltext/2020/10000/person\\_centered\\_care,\\_job\\_stress,\\_and\\_quality\\_of.5.aspx](https://journals.lww.com/jnr-twna/fulltext/2020/10000/person_centered_care,_job_stress,_and_quality_of.5.aspx)



81. Wagner A, Dudas L, Bardes J, White T, Wilson A. Cost Effective Virtual Intensive Care Unit Expanding Capabilities in Critical Access Hospitals. *Am Surg* [Internet]. 2023 [citado 4 de febrero de 2025];89(5):1533-8. Disponible en: <https://doi.org/10.1177/00031348211062653>
82. Lim O, Yoo H, Shim J. Critical care nurses' communication experiences with patients and families in an intensive care unit: A qualitative study. *PLOS ONE* [Internet]. 2020 [citado 4 de febrero de 2025];15(7):e0235694. Disponible en: <https://journals.plos.org/plosone/article?id=10.1371/journal.pone.0235694>
83. Andersson M, Fridh I, Lindahl B. Is it possible to feel at home in a patient room in an intensive care unit? Reflections on environmental aspects in technology-dense environments. *Nurs Inq* [Internet]. 2020 [citado 4 de febrero de 2025];26(4):e12301. Disponible en: <https://onlinelibrary.wiley.com/doi/abs/10.1111/nin.12301>
84. Sole M, Klein D, Moseley M. *Introduction to Critical Care Nursing* [Internet]. 5a ed. Elsevier Health Sciences; 2020. 667 p. Disponible en: [https://books.google.com.ec/books?id=\\_1vvDwAAQBAJ&lpg=PP1&ots=oQRLIMyKc3&lr&pg=PP1#v=onepage&q&f=false](https://books.google.com.ec/books?id=_1vvDwAAQBAJ&lpg=PP1&ots=oQRLIMyKc3&lr&pg=PP1#v=onepage&q&f=false)
85. McAndrew N, Schiffman R, Leske J. A Theoretical Lens Through Which to View the Facilitators and Disruptors of Nurse-Promoted Engagement With Families in the ICU. *J Fam Nurs* [Internet]. 2020 [citado 4 de febrero de 2025];26(3):190-212. Disponible en: <https://doi.org/10.1177/1074840720936736>
86. Wong P, Redley B, Digby R, Correya A, Bucknall T. Families' perspectives of participation in patient care in an adult intensive care unit: A qualitative study. *Aust Crit Care Off J Confed Aust Crit Care Nurses*. 2020;33(4):317-25.
87. Imanipour M, Kiwanuka F. Family nursing practice and family importance in care – Attitudes of nurses working in intensive care units. *Int J Afr Nurs Sci* [Internet]. 2020 [citado 4 de febrero de 2025];13(1):100265. Disponible en: <https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S2214139120301426>
88. Takele G, Weldesenbet N, Girmay N, Degefe H, Kinfte R. Assessment patient satisfaction towards emergency medical care and its determinants at Ayder comprehensive specialized hospital, Mekelle,



- Northern Ethiopia. PLOS ONE [Internet]. 2021 [citado 5 de febrero de 2025];16(1):e0243764. Disponible en: <https://journals.plos.org/plosone/article?id=10.1371/journal.pone.0243764>
89. Taylor I, Dihle A, Hofso K, Steindal S. Intensive care nurses' experiences of withdrawal of life-sustaining treatments in intensive care patients: A qualitative study. *Intensive Crit Care Nurs* [Internet]. 2020 [citado 5 de febrero de 2025];56(1):102768. Disponible en: <https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S0964339719303556>
90. Hernández S, Carrillo A, Augusto C, Katherine I, Enciso C, Gómez M. Perspectiva de los profesionales de la salud sobre cuidados al final de la vida en unidades de cuidados intensivos. *Enferm Intensiva* [Internet]. 2020 [citado 5 de febrero de 2025];31(4):170-83. Disponible en: <https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S1130239920300298>
91. Flannery L, Peters K, Ramjan L. The differing perspectives of doctors and nurses in end-of-life decisions in the intensive care unit: A qualitative study. *Aust Crit Care* [Internet]. 2020 [citado 5 de febrero de 2025];33(4):311-6. Disponible en: [https://www.australiancriticalcare.com/article/S1036-7314\(19\)30006-2/abstract](https://www.australiancriticalcare.com/article/S1036-7314(19)30006-2/abstract)
92. Karlsson L, Rosenqvist J, Airosa F, Henricson M, Karlsson AC, Elmqvist C. The meaning of caring touch for healthcare professionals in an intensive care unit: A qualitative interview study. *Intensive Crit Care Nurs* [Internet]. 2022 [citado 5 de febrero de 2025];68(1):103131. Disponible en: <https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S0964339721001208>
93. Kim J, Yun HY, Kim EJ, Kim H, Kim GA, Kim SH, et al. Development of an End-of-Life Nursing Care Protocol for Intensive Care Units: Delphi Survey Method. *J Hosp Palliat Nurs* [Internet]. 2022 [citado 5 de febrero de 2025];24(4):E159. Disponible en: [https://journals.lww.com/jhpn/fulltext/2022/08000/development\\_of\\_an\\_end\\_of\\_life\\_nursing\\_care.13.aspx](https://journals.lww.com/jhpn/fulltext/2022/08000/development_of_an_end_of_life_nursing_care.13.aspx)
94. Klancnik M, Turk E, McCormack B, Stiglic G. Impact of Person-Centered Interventions on Patient Outcomes in Acute Care Settings: A Systematic Review. *J Nurs Care Qual* [Internet]. 2021 [citado 5 de febrero de 2025];36(1):E14. Disponible en: [https://journals.lww.com/jncqjournal/abstract/2021/01000/impact\\_of\\_person\\_centered\\_interventions\\_on\\_patient.21.aspx](https://journals.lww.com/jncqjournal/abstract/2021/01000/impact_of_person_centered_interventions_on_patient.21.aspx)



95. Hamilton D. Person-Centered Care: An International Dialogue. *HERD Health Environ Res Des J* [Internet]. 2021 [citado 5 de febrero de 2025];14(2):30-7. Disponible en: <https://doi.org/10.1177/1937586721993786>
96. Melby A, Moi A, Gjengedal E. The experiences of bereaved relatives on receiving the intensive care diaries of their loved ones. *Sykepl Forsk* [Internet]. 2020 [citado 5 de febrero de 2025];1(1):1-20. Disponible en: <https://doi.org/10.4220/Sykepleienf.2020.81061en>
97. Klimasiński M. Spiritual care in the intensive care unit. *Anaesthesiol Intensive Ther* [Internet]. 2021 [citado 5 de febrero de 2025];53(4):350-7. Disponible en: <https://www.termedia.pl/Spiritual-care-in-the-intensive-care-unit,118,45409,0,1.html>
98. Santos P, Rodrigues K, Pinheiro L, Santana B, Ipólito M, Magro MC da S. Religious and spiritual support in the conception of nurses and families of critical patients: a cross-sectional study. *Rev Esc Enferm U P*. 2021;55(1):e20200508.
99. Rosado J, Pacheco M, Jimenez M, Herrera P, Muñoz A. Limitación del esfuerzo terapéutico en pacientes de cuidados intensivos: percepción del profesional de la salud. *Horiz Enfermería* [Internet]. 2024 [citado 5 de febrero de 2025];35(2):638-59. Disponible en: [https://doi.org/10.7764/Horiz\\_Enferm.35.2.638-659](https://doi.org/10.7764/Horiz_Enferm.35.2.638-659)
100. Willemse S, Smeets W, Leeuwen E, Nielen T, Janssen L, Foudraïne N. Spiritual care in the intensive care unit: An integrative literature research. *J Crit Care* [Internet]. 2020 [citado 5 de febrero de 2025];57(1):55-78. Disponible en: <https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S0883944119316417>
101. Almansour I, Razeq N. Communicating prognostic information and hope to families of dying patients in intensive care units: A descriptive qualitative study. *J Clin Nurs* [Internet]. 2021 [citado 5 de febrero de 2025];30(5-6):861-73. Disponible en: <https://onlinelibrary.wiley.com/doi/abs/10.1111/jocn.15630>
102. Rivera N, Ospina H, Henao A. The experience of the nurse caring for families of patients at the end of life in the intensive care unit. *Scand J Caring Sci* [Internet]. 2020 [citado 5 de febrero de 2025];33(3):706-11. Disponible en: <https://onlinelibrary.wiley.com/doi/abs/10.1111/scs.12666>



103. Bordin D, BlanskiGrden C, Andreani L, Krum E, Sanson I. Auxílio à realização de atividades básicas de vida diária no pós-alta hospitalar de idosos. RevSALUS [Internet]. 2021 [citado 5 de febrero de 2025];2(2):1-62. Disponible en: <https://revsalus.com/index.php/RevSALUS/issue/view/5>



## Anexo

**Tabla 3.** Resumen de los estudios incluidos

Autor, año y ciudad	Tipo de estudio	de Población, tamaño y entorno	Intervención	Hallazgos	Nivel y calidad
Volpato et al., 2020 (41), Brasil.	Revisión bibliográfica	Se revisaron artículos que discutían el cuidado espiritual brindado por el equipo de enfermería en UCI, abarcando estudios de Brasil y otros países. Se incluyeron 4 artículos de un total de 381 encontrados inicialmente.	Los procesos de enfermería y la atención espiritual en UCI.	<p><i>Proceso de enfermería y cuidado espiritual:</i> Se destaca la importancia de integrar el cuidado espiritual dentro del proceso de enfermería.</p> <p><i>Bienestar espiritual:</i> Se aborda la importancia del bienestar espiritual tanto para el paciente como para el profesional de enfermería.</p> <p><i>Desafíos en la asistencia al cuidado espiritual:</i> Se identifican obstáculos y dificultades en la implementación del cuidado espiritual en la práctica clínica.</p> <p>La revisión enfatiza la necesidad de mejorar la atención espiritual a los pacientes de UCI por parte del personal de enfermería.</p> <p>Se propone la integración del enfoque de atención espiritual en los programas académicos de enfermería y la creación de un entorno que facilite la implementación de estos cuidados por parte de los gerentes.</p>	V, B
Holm et al., 2021 (28), Dinamarca.	Investigación cualitativa y estudio transversal.	Enfermeras de la UCI. 231 encuestadas en un hospital universitario de Dinamarca.	Intervención de comunicación llamada ICU-COM, que consiste en: (a) Un paquete de comunicación de múltiples componentes; (b) Entrega del paquete mediante sesión	El uso de una lista de verificación asegura la descripción del “por qué, qué, quién, cómo, cuándo y dónde” de la intervención, facilitando su replicación en la práctica clínica y la investigación. <p>La comunicación aumentativa y alternativa (CAA) es un método conocido en la UCI para apoyar la comunicación</p>	III, A



			lectiva; (c) durante la falta de voz de los pacientes.	Implementación inicial a través de guías de comunicación de enfermería.	CCA y la Guía Calgary de Cambridge fueron las teorías elegidas para guiar la elección de los contenidos y la ejecución de la intervención.	
Youn et al., 2022 (33), Corea del Sur.	Investigación cuantitativa y estudio transversal correlacional.	Enfermeras con experiencia en UCI. 188 participantes. Cuatro hospitales terciarios en dos ciudades de Corea del Sur.	Inteligencia emocional, satisfacción por estrés traumático secundario, agotamiento y atención centrada en la persona.		La duración de la carrera en la unidad de cuidados intensivos, la inteligencia emocional y la satisfacción con la compasión son predictores de la atención centrada en la persona. Se sugiere que la gestión de enfermería considere medidas para reducir la rotación del personal experimentado en UCI y que se preste atención a estrategias para mejorar la inteligencia emocional y la satisfacción con la compasión de las enfermeras de UCI.	I, A
Santana et al., 2022 (35), España.	Investigación cuantitativa y estudio descriptivo, transversal y multicéntrico.	Enfermeras en UCI. 568 participantes. 85 UCI en España.	Combinación de competencias necesarias para garantizar una atención segura y de calidad llevada a cabo por enfermeras en UCI.		Las enfermeras consideran necesaria formación previa y experiencia en otros servicios antes de trabajar en UCI. Sus necesidades de formación varían según su etapa profesional, requiriendo una formación adaptada. Las enfermeras con posgrado perciben la formación como clave para trabajar en UCI y ven necesaria formación adicional más allá del título universitario. El 75% aboga por una regulación de la formación de posgrado adecuada a las competencias requeridas.	I, A
Pereira et al., 2022 (42), Brasil.	Investigación cualitativa.	Adultos de 80 años o más en la Unidad de Cuidados Intensivos y sus domicilios.	Preparación adecuada del paciente longevo en UCI y su familia para el regreso a casa tras el alta		<i>Cambios en el patrón de respuesta a las necesidades fisiológicas y pérdida de autonomía:</i> Se observaron cambios en las capacidades físicas y un aumento en la dependencia para realizar	III, B

De una hospitalaria, actividades básicas de la vida población con el objetivo diaria. inicial de 26, de promover la *Cambios psicosociales y la muestra salud. deterioro en la realización de final fue de 11 actividades diarias de ocio y personas longevas debido a fallecimientos y dificultades para contactar a algunos participantes.*

Las respuestas conductuales se relacionaron con modos fisiológicos y psicosociales, resultando en dependencia y pérdida de autonomía. Se destacaron las dificultades experimentadas al regresar a casa y la necesidad de iniciar la preparación para el alta durante la hospitalización por parte del equipo multidisciplinario

<p>Maagaard &amp; Laerkner., 2022 (29), Dinamarca.</p>	<p>Investigación cualitativa.</p>	<p>9 enfermeras con experiencia en la redacción de diarios y 45 notas de diario de un departamento de cuidados intensivos de un hospital universitario danés. El estudio se realizó en tres UCI mixtas médico-quirúrgicas de dicho hospital.</p>	<p>Los diarios escritos por enfermeras para pacientes con enfermedades graves.</p>	<p><i>Hacer que la situación de cuidados intensivos sea más manejable:</i> Las enfermeras utilizan lenguaje y descripciones que buscan simplificar y hacer menos abrumadora la experiencia del paciente en la UCI.  <i>Mostrar actos de percepción del paciente:</i> Las enfermeras incluyen observaciones sobre el comportamiento, las reacciones y el estado del paciente, mostrando que lo perciben como un individuo.  <i>Constituir relaciones a través de acciones e interacciones:</i> Las enfermeras describen las interacciones que tienen con el paciente, buscando construir una conexión y mostrar cuidado y empatía.          El estudio revela una dualidad: si bien estas estrategias muestran el</p>	<p>III, A</p>
--	-----------------------------------	--	--	--	---------------



cuidado y la empatía de las enfermeras, también revelan su poder para interpretar, pasivizar y restar importancia a las experiencias del paciente. Al narrar para un “usted”, las enfermeras pueden, sin intención, relegar al paciente a una posición secundaria en su propia historia.

Högvall et al., 2023 (30), Noruega	Investigación cualitativa. Diseño descriptivo cualitativo inspirado en la metodología de descripción interpretativa.	Enfermeras de UCI. 23 participantes de tres hospitales noruegos.	Se estudió la práctica de la escritura de diarios por parte de las enfermeras para pacientes de UCI, descrita como una intervención para promover la atención centrada en el paciente y la familia, y como una herramienta para compartir información, participación y colaboración.	En casos de mal pronóstico, las enfermeras adaptaron su redacción para consolar a la familia en lugar de informar al paciente. La redacción de diarios fue significativa para las enfermeras en la gestión de la atención del paciente moribundo. Se sugiere que crear un diario para la familia también puede ser significativo para las enfermeras en este contexto. Las enfermeras afirmaron que su escritura debía “salir del corazón”, lo que exige una estrecha relación en la tríada enfermera-paciente-familia. Esta estrecha participación podría aumentar la motivación profesional y la satisfacción laboral, según el concepto de “satisfacción por compasión”. Se reconoce la escritura de un diario como una actividad humanizadora significativa para las enfermeras de la UCI.
------------------------------------	--	--	--	--

---

Apéndice G- John Hopkins. Modificado por: Defaz F, Paucar F /2025.



**Tabla 3.** Resumen de los estudios incluidos (continuación)

Autor, año y ciudad	Tipo de estudio	Población, tamaño y entorno	Intervención	Hallazgos	Nivel y calidad
Machado et al., 2023 (38), Portugal.	Estudio cuantitativo, descriptivo, correlacional y transversal.	Enfermeros de la Unidad de Cuidados Intensivos Cardíacos (UCIC) de un Centro Hospitalario del Norte de Portugal. La muestra estuvo compuesta por 26 enfermeros, en su mayoría mujeres (65.4%).	Prácticas Relacionales del Enfermero con la Familia en la Unidad de Cuidados Intensivos (PREFUCI) y la atención centrada en la familia.	La práctica más destacada por los enfermeros fue “Estar disponible para aclarar dudas a los familiares”, considerada como “Totalmente Importante” e implementada “Siempre”. Los PREFUCI representan intervenciones para la interacción diaria de los enfermeros con los familiares de pacientes en situación crítica. Las prácticas más frecuentes se relacionan con el suministro de información a las familias. Menos frecuentes son la flexibilidad y apertura a la presencia de familiares durante las visitas médicas o procedimientos invasivos. La mayoría de los participantes muestra una actitud positiva hacia la importancia de PREFUCI, pero la frecuencia de implementación en la práctica diaria es moderada.	I, A
López et al., 2024 (37), Colombia.	Revisión bibliográfica integradora.	Enfermeras y médicos de UCI profesionalmente homogéneos. 25 artículos de varios países.	Planificación de objetivos de atención, buena comunicación, alivio del dolor y la creación de un entorno tranquilo para una muerte digna.	Las competencias para la Limitación del Esfuerzo Terapéutico (LET) en la UCI se centran en el cuidado directo al paciente, el cuidado centrado en la familia y el rol de la enfermera dentro del equipo. Se definieron categorías para las competencias: (a) agente de defensa entre paciente, familia y equipo interdisciplinario, aplicando principios éticos; (b) toma de decisiones en la LET, destacando el rol comunicador de la enfermera; y (c) intervenciones terapéuticas de enfermería al final de la vida, priorizando el cuidado humanizado, el conocimiento y el apoyo familiar.	V, A
Mir et al., 2024 (34), España.	Investigación mixta. Estudio descriptivo, prospectivo y correlacional que incluye el análisis de algunas preguntas abiertas.	111 pacientes dados de alta de la UCI de un hospital universitario de tercer nivel.	Evaluar el nivel de satisfacción con la atención de enfermería y los aspectos de la atención que identifican los pacientes, para determinar cuáles son los puntos clave de su atención. Se sugiere que el modelo de práctica profesional de	Las mujeres, los pacientes de mayor edad y los que reflejan un mayor grado de recuperación, son los que refieren una mayor satisfacción. Del análisis de las preguntas abiertas surgieron tres temas principales: relación enfermera-paciente, entorno de práctica profesional y naturaleza de la UCI. La satisfacción de los pacientes con la atención de enfermería fue elevada. La edad, el sexo y el grado de recuperación influyeron significativamente en su percepción. La relación enfermera-paciente y el entorno de práctica profesional fueron aspectos destacados por los pacientes.	III, A

			enfermería que guía la práctica de los profesionales favorece la satisfacción de los pacientes.	El modelo profesional incorporado por la institución puede favorecer estos resultados.		
Sandnes & Uhrenfeldt, 2024 (31), Noruega.	Investigación cualitativa de base hermenéutica.	8 enfermeras especialistas compartieron sus experiencias. Se analizan datos de dos unidades de cuidados intensivos de hospitales noruegos.	Comunicación de las enfermeras de UCI a través del tacto afectuoso. Se define el tacto cariñoso como una comunicación silenciosa y corporal dentro de la atención centrada en el paciente.	El tema principal, “Comunicar seguridad y presencia”, tiene cuatro subtemas: Presencia amplificada; Comunicar seguridad, confianza y cuidado; Crear y confirmar relaciones; Comunicar apertura a una conversación más profunda. La enfermera ofrece un tacto comunicativo y afectuoso en función de las necesidades del paciente. El tacto afectuoso comunica un cuidado centrado en la persona, invita a la relación respetando la dignidad del paciente como ser humano. El tacto afectuoso transmite una iniciativa humana en un entorno altamente tecnológico.	III, B	
Gunnaugsdóttir et al., 2024 (39) Islandia.	Revisión bibliográfica	Se analizaron 9 revisiones que incluyeron 124 estudios originales (1995-2021) de Islandia y otros países.	Recomendaciones para mejorar la atención de enfermería a familiares de pacientes en UCI, abordando sus experiencias y necesidades, y apoyando a las enfermeras en la relación con las familias.	Se identificaron tres subtemas principales para abordar los desafíos emocionales de las familias: <i>Responder a las necesidades existenciales. Establecer una comunicación recíproca óptima. Mejorar un enfoque y una atmósfera humanizadores en la UCI.</i> Recomendaciones principales: La metasíntesis generó 11 recomendaciones agregadas que enfatizan la necesidad de que las enfermeras: Aborden proactivamente los problemas emocionales de las familias. Permitan y faciliten la presencia de las familias y su participación como parte del equipo. Informen a las familias sobre la situación del paciente y cómo pueden ayudar.	V, A	
Olorunfemi et al., 2024 (36), Nigeria.	Investigación mixta con diseño fenomenológico hermenéutico.	Enfermeras (10 participantes) del Hospital Universitario de Benín en Nigeria.	Experiencias de las enfermeras en la atención basada en la tecnología y el paciente en la UCI.	La UCI se describe como una unidad compleja donde las enfermeras experimentan preocupación y miedo al operar diversos dispositivos sanitarios. Existe un desafío para equilibrar la atención centrada en la tecnología con la atención humanizada al paciente. Se sugiere la necesidad de capacitación continua para el manejo de tecnologías y para mejorar la capacidad de las enfermeras de integrar la tecnología con el cuidado humano.	III, B	
Sánchez et al.,	Revisión	Enfermeras de	Promover	la	Se destaca la eficacia de programas	V, A



2024 España.	(32), bibliográfica	UCI.	Inteligencia Emocional (IE) en enfermeras de UCI, buscando mejorar tanto su bienestar como la atención al paciente. Se considera la IE como una estrategia clave en entornos desafiantes.	teórico-prácticos multidimensionales, integrales e interactivos para mejorar la IE en enfermeras de UCI. Intervenciones que abarcaron múltiples dimensiones de la IE (autoconciencia, autorregulación, motivación y empatía) durante tres semanas, con métodos basados en casos y dinámicas de grupo, mejoraron significativamente los niveles de IE. Se concluye que invertir en programas de desarrollo de IE para enfermeras de UCI puede tener un impacto positivo en la calidad de la atención y el bienestar tanto de las enfermeras como de los pacientes.	
Tengblad et al., 2024 (40), Suecia.	Investigación cualitativa.	Pacientes, familiares profesionales sanitarios (9 pacientes, familiares, enfermeras y enfermeras auxiliares, 27 entrevistas en total) en dos UCI generales en hospitales del condado en Suecia.	El tacto cariñoso y en cuidados intensivos desde las perspectivas de los pacientes, los familiares y los profesionales de la salud	Los resultados se presentan en una categoría genérica: “el tacto cariñoso crea presencia”, que generó cinco subcategorías: 1) <i>Tocar y ser tocado con respeto</i> : Se enfatiza la importancia de un tacto respetuoso y considerado. 2) <i>El tacto como guía y comunicación</i> : El tacto se utiliza como una forma de comunicación no verbal, especialmente cuando la comunicación verbal es limitada. 3) <i>El tacto causa sufrimiento</i> : Se reconoce que, en algunas ocasiones, el tacto puede causar dolor o malestar al paciente. 4) <i>El tacto crea compasión</i> : El tacto se utiliza para expresar empatía y compasión hacia el paciente. 5) <i>El tacto crea seguridad</i> : El tacto proporciona una sensación de seguridad y confort tanto para el paciente como para sus familiares. Se destaca que cuando se pierde la comunicación verbal, el lenguaje corporal, incluido el tacto, se vuelve esencial. Las enfermeras utilizan el tacto para comunicar presencia y apoyo (“Estoy aquí”). El tacto cariñoso se considera una herramienta para mostrar compasión y respeto, protegiendo la integridad del paciente.	III, A

---

Apéndice G- John Hopkins. Modificado por: Defaz F, Paucar F /2025.

