



PONTIFICIA UNIVERSIDAD CATÓLICA DEL ECUADOR SEDE SANTO DOMINGO

Dirección de Investigación y Postgrados

ACOMPANIAMIENTO AL PACIENTE EN ESTADO CRITICO PERCPCION DEL
FAMILIAR/CUIDADORES SOBR PUERTAS ABIERTAS

ACCOMPANYING THE CRITICALLY ILL PATIENT: FAMILY/CAREGIVER'S PERCEPTION
OF OPEN DOORS

Artículo profesional previo a la obtención del título de Magíster en Gestión del Cuidado con mención
en Unidades de Emergencia y Unidades de Cuidados Intensivos

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

Autoría:

JENIFER ANDREA TRIVIÑO ZAMBRANO
SILVIA MARGARITA CURI CHILUIZA

Dirección:

Mg. MARICELYS JIMENEZ BARRERA

Santo Domingo – Ecuador

Agosto 2022



PONTIFICIA UNIVERSIDAD CATÓLICA DEL ECUADOR SEDE SANTO DOMINGO

Dirección de Investigación y Postgrados

HOJA DE APROBACIÓN

ACOMPANAMIENTO AL PACIENTE EN ESTADO CRITICO PERCEPCION DL
FAMILIAR/CUIDADORES SOBRE PUERTAS ABIERTAS

ACCOMPANYING THE CRITICALLY ILL PATIENT: FAMILY/CAREGIVER'S PERCEPTION
OF OPEN DOORS

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

Autoría:

JENIFER ANDREA TRIVIÑO ZAMBRANO
SILVIA MARGARITA CURI CHILUIZA

Jiménez Barrera Maricelys, Mg.

DIRECTORA DE TRABAJO DE TITULACIÓN

Castelo Rivas Walter Patricio, Mg.

CALIFICADOR

Arias Salvador Verónica Karina, Mg.

CALIFICADORA

Cano De la Cruz Yullio , PhD..

DIRECTOR DE INVESTIGACIÓN Y POSTGRADOS

Santo Domingo – Ecuador

Agosto, 2022

DECLARACIÓN DE AUTENTICIDAD Y RESPONSABILIDAD

Nosotras, Jenifer Andrea Triviño Zambrano portadora de la cédula de ciudadanía No. 1313267088 y Silvia Margarita Curi Chiluiza portadora de la cédula de ciudadanía No. 0202087094 declaramos que los resultados obtenidos en la investigación que presentamos como informe final, previo la obtención del Título de Magíster en Gestión del Cuidado con mención en Unidades de Emergencia y Unidades de Cuidados Intensivos. son absolutamente originales, auténticos y personales.

En tal virtud, declaramos que el contenido, las conclusiones y los efectos legales y académicos que se desprenden del trabajo propuesto de investigación y luego de la redacción de este documento son y serán de nuestra sola y exclusiva responsabilidad legal y académica.

Igualmente declaramos que todo resultado académico que se desprenda de esta investigación y que se difunda, tendrá como filiación la Pontificia Universidad Católica del Ecuador, Sede Santo Domingo, reconociendo en las autorías al director del Trabajo de Titulación y demás profesores que amerita. Estas publicaciones presentarán el siguiente orden de aparición en cuanto a los autores y coautores: en primer lugar, a los estudiantes autores de la investigación; en segundo lugar, al director del trabajo de titulación y, por último, siempre que se justifique, otros colaboradores en la publicación y trabajo de titulación.

Además, declaramos que el presente trabajo, producto de las actividades académicas y de investigación, forma parte del capital intelectual de la Pontificia Universidad Católica del Ecuador, Sede Santo Domingo, de acuerdo con lo establecido en el artículo 16, literal j), de la Ley Orgánica de Educación Superior.

En tal razón, autorizo a la Pontificia Universidad Católica del Ecuador, Sede Santo Domingo, para que pueda hacer uso, con fines netamente académicos, del Trabajo de Titulación, ya sea de forma impresa, digital y/o electrónica o por cualquier medio conocido o por conocerse, siendo el presente documento la constancia del consentimiento autorizado; y, para que sea ingresado al Sistema Nacional de Información de la Educación Superior del Ecuador para su conocimiento público, en cumplimiento del artículo 103 de la Ley Orgánica de Educación Superior.



Firmado electrónicamente por:
**JENIFER ANDREA
TRIVINO
ZAMBRANO**

Jenifer Andrea Triviño Zambrano

CI. 1313267088



Firmado electrónicamente por:
**SILVIA
MARGARITA CURI
CHILUIZA**

Silvia Margarita Curi Chiluiza

CI. 0202087094

INFORME DE TRABAJO DE TITULACIÓN ESCRITO DE POSTGRADO

Yulio Cano de la Cruz, Mg.

Dirección de Postgrados

Pontificia Universidad Católica del Ecuador Sede Santo Domingo

De mi consideración,

Por medio del presente informe en calidad del director/a del Trabajo de Titulación de Postgrado de MAESTRÍA EN GESTIÓN DEL CUIDADO CON MENCIÓN EN UNIDADES DE EMERGENCIA Y UNIDADES DE CUIDADOS INTENSIVOS., titulado ACOMPAÑAMIENTO AL PACIENTE EN ESTADO CRÍTICO: PERCEPCIÓN DEL FAMILIAR/ CUIDADORES SOBRE PUERTAS ABIERTAS realizado por los maestrantes: Jenifer Andrea Triviño Zambrano con cédula: No 1313267088 y Silvia Margarita Curi Chiluzza con cédula: No 0202087094, previo a la obtención del Título de Magíster en Gestión del Cuidado con mención en Unidades de Emergencia y Unidades de Cuidados Intensivos., informo que el presente trabajo de titulación escrito se encuentra finalizado conforme a la guía y el formato de la Sede vigente.

Santo Domingo, 12 de agosto del 2022

Atentamente,

Mtr. Maricelys Jimenez Barrera

Profesor Titular Auxiliar II



AGRADECIMIENTOS

Primeramente, agradecemos a Dios por la fortaleza y la oportunidad de poder cumplir con esta meta.

A nuestros familiares en especial a nuestros padres por ser quienes nos inculcan día a día a seguir creciendo profesionalmente.

A la PUCE Santo Domingo por darnos la oportunidad de prepararnos mediante sus aulas virtuales.

A nuestra tutora por su esfuerzo y dedicación para que este estudio se llevara a cabo.

A mi compañera de trabajo por el apoyo brindado durante toda esta etapa.

Jenifer Triviño y Silvia Curi

DEDICATORIA

Este trabajo está dedicado a mi pequeño hijo por ser esa personita que llegó a mi vida a darme fuerzas e inspiración para continuar con mis metas y a mi esposo por apoyarme siempre y estar junto a mi ayudándome a cumplir con cada uno de los proyectos de mi vida.

Jenifer Triviño

El presente trabajo investigativo lo dedico principalmente a Dios, por ser el inspirador y darme fuerza para continuar en este proceso de los anhelos más deseados.

A mis padres, por su amor, trabajo y sacrificio, gracias a ellos he logrado llegar hasta aquí y convertirme en la profesional que soy.

A mi familia por ser el apoyo incondicional y fuente de inspiración, superación y lucha constante hacia el logro de mis objetivos.

Silvia Curi

RESUMEN

Las Puertas abiertas en UCI tienen ante sí el enorme reto en un mundo caracterizado por la globalización impulsada por notables cambios que permitan visibilizar las necesidades; los familiares guardan percepciones que valen la pena ser compartidas. Este estudio tuvo como objetivo analizar la percepción de los familiares/cuidadores sobre el acompañamiento al paciente en estado crítico en la unidad de cuidados intensivos. Contó con enfoque cualitativo, con un método de estudio descriptivo con una aproximación fenomenológica. Participaron 10 familiares de pacientes ingresados en la Unidad de Cuidados intensivos implementando un muestreo no probabilístico por conveniencia y saturación de categorías. Utilizando como instrumento una entrevista semiestructurada para la obtención de los datos.

El método utilizado fue el de Colaizzi. Resultados: Surgieron 4 categorías; percepción de los familiares/cuidadores sobre el acompañamiento al paciente en estado crítico en la unidad de cuidados intensivos, elementos que benefician una UCI puertas abiertas al paciente, familiar y personal de salud, aspectos destacados que mejorarían la comunicación entre el paciente crítico y el familiar con una UCI de puertas abiertas, elementos que limitan el empleo o la utilidad de las puertas abiertas en las unidades de cuidados intensivos. Consideraciones finales: Una correcta educación y comunicación al familiar hará más amena la estancia en las UCI, reducirá los niveles de estrés del paciente y acompañante, motivará al enfermero a recuperarse. Para la apertura de las puertas de las UCI se hace necesario capacitar al profesional y familiar para garantizar la seguridad del paciente.

Palabras clave: Cuidados médicos, paciente, salud, comunicación.

ABSTRACT

The Open Doors in ICU face the enormous challenge in a world characterized by globalization driven by remarkable changes that make needs visible; family members keep perceptions that are worth sharing. The objective of this study was to analyze the perception of family members/caregivers on the accompaniment of the critically ill patient in the intensive care unit. It had a qualitative approach, with a descriptive study method with a phenomenological approach. Ten relatives of patients admitted to the Intensive Care Unit participated, implementing a non-probabilistic sampling by convenience and saturation of categories. A semi-structured interview was used as an instrument to obtain the data. Data analysis was based on Colaizzi's method. Results: Four categories emerged: perception of family members/caregivers on the accompaniment of the critically ill patient in the intensive care unit, elements that benefit an open-door ICU for the patient, family and health personnel, outstanding aspects that would improve communication between the critically ill patient and the family with an open-door ICU, elements that limit the use or usefulness of open doors in intensive care units. Final considerations: Proper education and communication to the family member will make the ICU stay more pleasant, reduce the stress levels of the patient and companion, and motivate the nurse to recover. In order to open the doors of the ICU it is necessary to train the professional and the family to guarantee the patient's safety.

Key words: Medical care, patient, health, communication.

ÍNDICE DE CONTENIDOS

1.	INTRODUCCIÓN.....	1
2.	REVISIÓN DE LA LITERATURA	5
3.	MATERIALES Y MÉTODOS.....	12
4.	RESULTADOS.....	16
5.	DISCUSIÓN.....	17
6.	CONCLUSIONES.....	23
7.	RECOMENDACIONES.....	24
8.	REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS	25
9.	ANEXOS	32

1. INTRODUCCIÓN

Las Puertas abiertas en unidades de cuidados intensivos (UCI) tienen ante sí el enorme reto en un mundo caracterizado por la globalización impulsada por notables cambios que permitan visibilizar las necesidades afectadas tanto potenciales como reales del paciente, familia y personal de salud. De ahí se hace necesario la incorporación de la familia en los cuidados al paciente teniendo en cuenta las condiciones clínicas del mismo permitiendo así, la ayuda hacia el paciente que se encuentra alejado de su medio, esta cercanía del cuidador/familiar favorece al paciente para su pronta recuperación e incorporación a la sociedad.

En este contexto, Garzaron (2019) expresa que las puertas abiertas en las unidades de cuidados intensivos a nivel mundial permiten una transformación del medio, tanto de los hábitos y la formación del personal para dar paso al cambio que se necesita dar para permitir al paciente familiar y profesional beneficiarse de las puertas abiertas.

En este sentido, Moreno (2019) en su estudio realizado en España, afirma que el acompañamiento de los pacientes ingresados en la UCI es de 12 horas, favoreciendo así tanto al paciente, familiares y personal de salud. Cabe señalar que el ingreso de los familiares a esta unidad se rige por protocolos y normas de políticas de visitas controlado por los líderes del servicio para una atención de calidad. Esta realidad de conquistas y retos se hace más evidente al considerar que la dedicación a los cuidados críticos, a través de esfuerzos y logros en estos servicios que funcionan las 24 horas del día respetando los principios clínicos y científicos de estos cuidados hacen que los mismos sean de excelencia (American College Critical, 2022).

Desde otra mirada, Bustamante (2019) manifiesta que hoy es un hecho el cambio de las normativas relacionado a las visitas en las unidades de cuidados intensivos, rompiendo con los paradigmas de las puertas cerradas; es ineludible que el acompañamiento familiar/paciente simboliza un papel muy importante e imprescindible dentro de este servicio siendo valorada por este sujeto, cabe señalar que el profesional de la salud reconoce la no aceptación de este acompañamiento.

Matizando estas realidades, en algunas UCI se han considerado las políticas de las puertas cerradas debido a las restricciones de las visitas como una opción más oportuna que contribuirá al establecimiento de características en el cuidado brindado a este paciente, por lo cual urge la necesidad a través de la orientación y formación de este personal de salud donde

trabajan y no aceptan la interrelación con los familiares para encontrar las guías de afrontamiento de una manera positiva para que se obtenga un buen resultado desde lo emocional, lo físico y lo espiritual, favoreciendo así la atención centrada en la familia/ paciente en la UCI, mejorando la atención y los resultados pacientes- familiares.

Por otro lado, en México la visión de las UCI abiertas, demuestran que existen pocos conocimientos en cuanto a organización y diseños establecidos, siendo esto un obstáculo para establecer horarios de visitas dirigidos a la familia del paciente en estado crítico, a diferencia de otros países como España que el régimen de visitas es controlado con instrucciones de UCI abierta y la familia es incorporada en los cuidados del paciente (Castañón, 2020).

Los aspectos descritos se hacen más concretos al considerar a la familia como un protagonista en el proceso del cuidado, para que esta tenga la oportunidad de participar en la recuperación del paciente en estos servicios, sin embargo, para lograr tal cometido se requiere de una preparación centrada en la seguridad del paciente, fortaleciendo la preparación del familiar, con la finalidad de evitar riesgos de eventos adversos, infecciones cruzadas y alteraciones emocionales como angustia, ansiedad, estrés y depresión, a lo que se denomina síndrome de cuidados intensivos.

Al profundizar en la denominación síndrome de cuidados intensivos desde la percepción de Palomino (2020) los cuidados especiales que requieren los pacientes en UCI son sucesos dolorosos que dañan tanto al paciente, familia y personal de salud; causando malestares emocionales como la angustia, miedo, estrés, depresión e incertidumbre, inducido por la convivencia y vivencia en esta área hospitalaria.

Ante estas realidades, es preciso reconocer que, para la incorporación del acompañante a los cuidados del paciente en estado crítico, se hace necesario una preparación del personal de la salud, debido a que, para poder brindar apoyo emocional, familiar y social que respondan a las alteraciones emocionales del paciente y familiar; este personal necesita estar formado, desde lo cognitivo, actitudinal y procedimental.

Cabe destacar que las consideraciones y resultados delineados, motivaron a las autoras del presente proyecto a plantear la siguiente reflexión ¿Será beneficioso que el familiar del paciente crítico hospitalizado en UCI, participe en los cuidados de este paciente por el estado del mismo?

El objeto de estudio de esta investigación abordó la percepción de los familiares/cuidadores sobre la UCI de puertas abiertas. En base a lo antes mencionado se plantearon las siguientes preguntas norteadoras:

1. ¿Cuál es la percepción del familiar/ cuidadores sobre el acompañamiento al paciente en estado crítico en la unidad de cuidados intensivos?
2. ¿Qué beneficios tienen las puertas abiertas en las unidades de cuidados intensivos para el paciente, familiar y personal de salud?
3. ¿Cuáles son los aspectos relevantes que mejorarían la comunicación entre el paciente crítico y el familiar con una UCI de puertas abiertas?
4. ¿Cuáles son los elementos que limitan el empleo o la utilidad de las puertas abiertas en las unidades de cuidados intensivos?

Los objetivos planteados para el desarrollo de este trabajo investigativo fueron:

1. Analizar la percepción de los familiares/cuidadores sobre el acompañamiento al paciente en estado crítico en la unidad de cuidados intensivos.
2. Determinar los beneficios que brinda una UCI de puertas abiertas al paciente, familiar y personal de salud.
3. Analizar los aspectos relevantes que mejorarían la comunicación entre el paciente crítico y el familiar con una UCI de puertas abiertas.
4. Identificar los elementos que limitan el empleo o la utilidad de las puertas abiertas en las unidades de cuidados intensivos.

La relevancia del estudio acerca del acompañamiento al paciente en estado crítico desde la percepción del familiar/ cuidadores sobre puertas abiertas, radica en la magnitud en que se beneficia el paciente, la familia, y el personal de salud, quienes se ven comprometidos en el proceso del cuidado; al ser un área restringida la consecuencia de las visitas abiertas de la UCI se concibe como un juicio incierto para su ejecución, sin embargo esto pudiera convertirse en un problema dado que las prácticas, costumbres y creencias sobre el acompañamiento del familiar impiden la aplicación de ésta, sin tener en cuenta los cambios positivos que le brindarían a estos pacientes al recibir cuidados humanizados y espiritual para reducir la angustia del binomio paciente/familia.

Según lo manifestado por Fuentes et al (2018) es trascendental considerar la apreciación del familiar en relación a las unidades de cuidados intensivos, ya que, ellos lo perciben como lugares que crean temor, incertidumbre, ansiedad, debido a que no son agradables para el paciente, familiar/acompañante, por lo que genera preocupación ante el estado crítico del paciente.

La ejecución del estudio responderá a las necesidades reales y sentidas que acompaña la UCI tradicional manejadas por años a puertas cerradas, favoreciendo en el paciente y familiar un bienestar físico, social y mental, brindando tranquilidad de ser partícipe en la evolución y tratamiento de su paciente, visibilizando el esfuerzo que realiza el personal de salud por mejorar la condición de su familiar durante la hospitalización en esta unidad. En razón de lo expresado, se proyectará una UCI humanizada con espiritualidad en cuidados críticos, que se tenga en cuenta la subjetividad del binomio, ofreciendo bienestar a través del acompañamiento familiar, para una recuperación y/ o alivio del sufrimiento para una estadía más cálida y confortable en esta área, donde el personal de salud no ha sido preparado en la dimensión de este cuidado espiritual.

El familiar puede ser la mano que alivia el sufrimiento, el dolor y la incomodidad que vive su ser amado al estar solo al final de la vida. En este contexto es saludable reconocer que la investigación se encuentra relacionada con el Plan de creación de oportunidades 2021-2025, al garantizar el derecho a la salud integral, gratuita y de calidad, de la (Secretaría Nacional de Planificación y Desarrollo, 2021). Se hace evidente que no todos los responsables de las dependencias promuevan el establecimiento del acompañamiento al paciente crítico en la UCI, a su vez no han asumido el requerimiento de las necesidades familiar/paciente, pudiendo representar una fortaleza en esta etapa, cumpliendo con las normativas establecidas.

2. REVISIÓN DE LA LITERATURA

2.1. Fundamentos teóricos

Watson (1997) afirma que la armonía entre la mente, el cuerpo y el alma entre el ser y el ser que cuida es muy importante en el cuidado humano; el profesional enfermero debe brindar cuidados con una idea moral y ética para proteger y realzar la dignidad humana que va más allá de la asistencia médica.

2.2. Antecedentes

2.2.1. Antecedentes Internacionales

Franchi et al (2018) en su estudio Unidad de cuidados intensivos pediátricos de puertas abiertas: experiencia y opinión de los padres, realizado en Uruguay que tuvo como objetivo describir la prevalencia de permanencia de padres o cuidadores junto a sus hijos es una UCIP de puertas abiertas. Este estudio fue prospectivo, descriptivo, longitudinal basado en una entrevista realizada a los padres o cuidadores de los pacientes que egresaron de la UCIP. Como resultados se obtuvo que aquellos padres o cuidadores que decidieron permanecer junto a sus hijos durante la internación y en todos los procedimientos se sintieron más tranquilos, conformes, al poder saber la condición de sus hijos. La conclusión fue humanizar todos los aspectos del niño y su familia, comprender el derecho que tiene el paciente críticamente enfermo de estar acompañado de sus seres queridos, independientemente de su gravedad.

Bautista et al (2016) en su estudio realizado sobre percepción de los familiares de pacientes críticos hospitalizados respecto a la comunicación y apoyo emocional en Bucaramanga, Colombia. Tuvo como objetivo evaluar la percepción que tiene el familiar del paciente crítico respecto a la comunicación verbal y no verbal, y el apoyo emocional brindado por el personal de enfermería. La metodología que se utilizó fue estudio descriptivo, de corte transversal, con abordaje cuantitativo. Se obtuvo como resultado que humanizar la UCI permite reconocer a la familia como un eje central de todas las acciones asistenciales, pues una familia participativa es una familia más sana con más herramientas para luchar contra la desesperación que genera el ingreso de un paciente en la Unidad de cuidado intensivo.

Duque y Arias (2022) realizaron un estudio sobre la familia en la unidad de cuidados intensivos frente a una crisis situacional, Medellín, Colombia. Tuvo como objetivo explorar

cómo vive la familia la experiencia de tener un pariente hospitalizado en la UCI y reconocer sus emociones y necesidades. En la cual se utilizó un estudio cualitativo. Como resultado se identificó que la experiencia de los familiares cuando acompañan a su pariente enfermo en la UCI en la cual representa en dos categorías: 1.- Desorganización familiar (como una crisis situacional): implica un cambio y desajuste de la dinámica familiar. 2.- Reorganización familiar en la que se busca un restablecimiento del orden para hacerle frente a la situación. La conclusión fue que la familia en la UCI desarrolla una crisis situacional caracterizada por emociones y necesidades intensas, variadas y negativas que desgastan a los familiares.

López (2018) en su trabajo, Unidad de cuidados críticos de adultos: Paciente, familia y personal. Identificando beneficios, factores facilitadores y obstaculizadores para una política de visitas de puertas abiertas. ¿Abrimos las puertas de la UCI?, realizado en Coruña, España. Tuvo como objetivo recopilar y analizar los estudios más recientes acerca de los beneficios que una UCI de adultos con política de visitas flexibles o de puertas abiertas puede aportar al paciente crítico, a las familias y a los profesionales. Como resultados se obtuvo que la política de puertas abiertas tiene efectos beneficiosos sobre el paciente y su familia, las enfermeras están a favor de las visitas flexibles pensando en el beneficio del paciente. Como conclusión se obtuvo que el modelo de visitas más idóneo en las UCI de adultos es el modelo de visitas de puertas abiertas, ya que conlleva múltiples beneficios tanto para el paciente como para sus familiares.

Antolínez, et al (2019) en su investigación impacto de una unidad de cuidados intensivos de puertas abiertas en un hospital de cuarto nivel en la ciudad de Bogotá, realizado en Colombia, cuyo objetivo fue determinar si existen diferencias en eventos adversos, uso de analgésicos, días de hospitalización, días de intubación e incidencia de delirio entre los pacientes hospitalizados en la unidad de cuidados intensivos, antes y después de la implementación de una política de puertas abiertas. A través de un estudio cuasi experimental se obtuvo que la diferencia entre las medias de días de estancia acumulada en UCI, ocupación y giro de cama, la estancia promedio y los días de ventilación mecánica acumulados fue estadísticamente significativa después de la intervención. Como conclusión se obtuvo que la política de puertas abiertas impacta positivamente en los indicadores de gestión hospitalaria.

3.1.1 Antecedente Nacional

Jaramillo et al (2021) realizaron una investigación sobre la perspectiva de los profesionales de salud ante una unidad de cuidados intensivos de puertas abiertas en la UCI del Hospital de especialidades Portoviejo, Ecuador. Tuvo como objetivo estudiar el estado de opinión de los profesionales de la Salud sobre el acceso familiar a la UCI que contribuya a desarrollar una perspectiva de los profesionales de salud del servicio de Terapia intensiva adulto. Fue un estudio descriptivo cuyo instrumento fue una encuesta tipo Likert de 30 ítems y se obtuvo que el 75% de los profesionales opinaron que la visita abierta puede tener en el paciente un efecto beneficioso o muy beneficioso. Obtuvo como conclusión que se pone en evidencia que la actitud resistente de los profesionales ante la demanda de una presencia familiar más activa hacia la visita abierta en las UCI se está haciendo más flexible.

2.3. Marco conceptual

2.3.1. Unidades de cuidados intensivos

Pérez et al (2020) definen la Unidad de Cuidados Intensivos (UCI) como el área hospitalaria establecida para brindar atención a todos los pacientes que, por su grave estado de salud, tienen una alta probabilidad de morir. Esta situación crea malestar e intranquilidad, en el paciente, familia, y en ocasiones en el personal de salud que le brinda atención.

2.3.2. Paciente en estado crítico

Aguilar y Martínez (2017) definen al paciente crítico como aquel que presenta alteraciones fisiopatológicas que han alcanzado un nivel de gravedad de tal manera que representan un peligro real o potencial para su salud y al mismo tiempo son susceptibles de recuperación.

2.3.3. Puertas abiertas

Para Martínez (2021) con las puertas abiertas en UCI se pretende eliminar toda restricción o prohibición impuesta ya sea temporal, física, y de relación en la que no exista justificación. Abrir las puertas de las unidades de cuidados intensivos ayuda a la comunicación y la calidad de la información brindada al aumentar la relación entre familiares/ cuidadores con el equipo de salud.

La implicación de la familia en el cuidado del paciente crítico hospitalizado influye positivamente en la recuperación del mismo; quien se encuentra en un área obligatoriamente restringida y socialmente aislado, adaptándose a una nueva forma de vida, donde la ansiedad y depresión acompañan al ser y al familiar aun cuando su capacidad de afrontamiento no puede ser posible. Bajo esta perspectiva es importante el acompañamiento del familiar en la recuperación del paciente, pues disminuirá condiciones estresantes y mejorará la capacidad de afrontamiento como lo es la comunicación con los familiares, ya que, ante estas situaciones de estrés y gravedad, necesitan ser informados y a veces la enfermería no tiene las habilidades de comunicación para crear un clima de respeto y confianza, podría ser una de las mejoras que pueden llevarse a cabo (Ochoa et al 2022).

El rol del cuidador se convierte en piedra angular de la adaptación de los pacientes críticos ya que sin su apoyo estos perderían el lazo que les mantiene unido a su historia emocional y social. La sensación de no poder cuidar y atender de su familiar les crea un sentimiento de impotencia que hace que se cuestionen continuamente lo que ha sucedido, lo que está sucediendo y lo que se espera que suceda (Ochoa et al 2022).

2.3.4. Humanización de los Cuidados Intensivos

Para Rojas (2019) la humanización se centra en el paciente al que atendemos, entendiendo que es único, salvaguardando su dignidad y valores, para brindar cuidados en base a la mejor evidencia disponible, haciendo uso racional de recursos, como los familiares y haciéndolos parte del proceso, recordando que la salud es un derecho fundamental de todo ser humano y finalmente también es devolver al equipo de salud la vocación y el sentido por lo que hacen.

Para alcanzar el vínculo humanizado el profesional debe:

- Identificar siempre al paciente con su nombre y presentarnos con nombre, apellido y cargo.
- Proteger la privacidad e información brindada.
- Mantener una actitud de tolerancia, sensibilidad, respeto y amor hacia el paciente.
- Estar presente, atender los llamados, escuchar sus angustias y necesidades.
- Proveer protección, confort y apoyo libre de amenazas a la integridad del paciente.
- Ser benevolente; querer siempre el bien del paciente y su familia.

- Beneficiar; poniendo el máximo empeño en atender al paciente en todos sus aspectos y hacer cuanto pueda para mejorar su salud de la forma que considere más adecuada.

2.3.5. Integración de la familia

La familia es un pilar fundamental en la recuperación del paciente por lo que cada vez se hace más necesaria su presencia en el tratamiento de estos pacientes, debido a que los familiares también sufren las consecuencias de tener a un familiar dentro de estas salas ya que les genera diversas emociones, que al no poder estar en contacto con su familiar les genera incertidumbre por el desconocimiento de la evolución de su paciente (Duque y Arias 2022).

2.3.6. Limitaciones para una UCI de puertas abiertas

Así como encontramos la necesidad para abrir las puertas de las UCI a los familiares de los pacientes críticos, también encontramos aquellas restricciones que no permiten poder dar inicio a este propósito que según estudios ya realizados brindarían beneficio al paciente y familiares, entre estas limitaciones se encuentran: el hábito de mantener las puertas cerradas a los familiares, la desaprobación por parte de los profesionales que se justifican en la dificultad y retraso que genera el familiar en el cuidado brindado al paciente en la unidad de cuidados intensivos, además de la infraestructura que fue diseñada en la mayoría de los hospitales para la atención a puertas cerradas, y para dar inicio a la apertura de las unidades de cuidados intensivos también toca realizar cambios para brindar el confort que necesita tanto el paciente como el familiar, lo cual generaría gastos a nivel hospitalario (Bustamante, 2019).

2.3.7. Infraestructura de la unidad de cuidados intensivos de puertas abiertas

Para Velasco y Heras (2017) la infraestructura que manejan las unidades de cuidados intensivos actualmente son salas tradicionales donde no se separan a los pacientes por habitaciones, sino que se les mantiene a todos los pacientes en una sala general, donde el personal puede monitorizar al paciente y estar pendientes de este en todo momento, sin embargo para implementar las unidades de cuidados intensivos de puertas abiertas más humanizada requiere de cambios, como la separación de los pacientes por habitaciones para permitirle al familiar y al mismo paciente mantener su privacidad. Estas realidades de ideas, demuestran un dilema entre la UCI tradicional y la moderna siendo esta última una solución al problema sentido tanto del paciente, profesional de la salud y la familia; satisfaciendo así sus necesidades.

2.3.8. Bienestar del paciente

Para García (2019) la valoración el control del dolor, la sedación ante la situación del paciente y la prevención ante el manejo del delirio son medidas necesarias para optimizar el confort de los pacientes. Asimismo, los pacientes muestran sufrimiento psicológico y emocional con sentimientos de soledad, miedo, pérdida de la identidad, intimidad y dignidad.

2.3.9. Cuidados al final de la vida

García (2019) afirma que, en varios momentos no es posible el cuidado al final de la vida y se debe disminuir el sufrimiento para el paciente y brindar los mejores cuidados al final de la vida. Los cuidados paliativos e intensivos deberían compenetrarse durante el tratamiento de un paciente crítico, principalmente al final de la vida, ayudando al paciente y a su familia a percibir una muerte digna libre de malestar y sufrimiento. Es aquí donde los profesionales de salud deben ayudar y brindar el apoyo necesario a la familia/acompañante para reducir emociones ante la situación. Son diversas y variadas las estrategias que se consiguen para humanizar las UCI, sin duda lo más trascendental es el cambio de actitud y compromiso, poniendo siempre al paciente como eje principal.

2.3.10. Espiritualidad del cuidado; La articulación entre la religión y la espiritualidad

La espiritualidad según Fuentes (2019) es una forma de vida en la que el ser humano, a través de la fe que tienen a un ser supremo al que le piden por su vida y salud, este ser supremo en la mayoría de los casos es Dios, un ser que no sienten ni ven pero que ayuda a mantener creencias de que todo mejorará o saldrá bien.

El cuidado espiritual se define como el cuidado de la parte del sentir del ser humano y guarda relación con la fe ante Dios, por la necesidad de vida durante el peligro ante una enfermedad o el deseo de descanso eterno al verse enfrentado ante la muerte. Este cuidado está muy ligado al cuidado de enfermería, ya que la teórica Virginia Henderson en 4 de sus 14 necesidades así lo confirma, la enfermera debe prepararse no solo para brindar cuidado directo del paciente, sino también dedicar tiempo a mantener una comunicación con el paciente que le permita conocer sus miedos y sus necesidades que le permitan poder ayudarlo de forma espiritual (Alvarado et al. 2018).

La religión: Es un conjunto de creencias y prácticas por medio de los cuales un grupo de personas se enfrenta con los problemas últimos de la vida, la religión es tomada como una dimensión que se vive en la sociedad, ya sea como rituales, rezos, oraciones, conocimientos y valores modelo que guía la vida de los creyentes independiente hacia su religión en busca de su Dios divino (Frigerio 2018).

Comunicación verbal y no verbal en la UCI percepción de los familiares

La comunicación en estas unidades suele ser poco amable por parte del personal de salud debido al tipo de lenguaje que utilizan, y el estrés que conlleva esta sala dando a notar un poco carisma al expresarse de manera cortante con respuestas breves y pocos comprensibles, e incluso indiferente, expresando gestos de incomodidad, limitándose en mantener un contacto visual y evitando preguntas del familiar, sin brindar confianza ni apertura para una comunicación fluida, todo esto conlleva a una mala percepción del familiar. En este contexto es importante el apoyo emocional afectivo ya sea con expresiones, de cualquier índole afectiva que constituye un elemento básico del personal de salud (Cerdán 2020).

3. MATERIALES Y MÉTODOS

3.1. Enfoque, diseño y tipo de investigación

La presente investigación fue considerada cualitativa, la cual accedió a las herramientas metodológicas involucradas en las experiencias de las personas que posibilitan brindarle un significado a las mismas. En este sentido De Souza (2012) confirma que la real existencia social abordada en este tipo de investigación da respuesta a argumentos propios donde no se puede cuantificar las experiencias del hombre como un ser biopsicosocial; y volver a fabricar sus aspiraciones, motivaciones de manera teórica. Asimismo, Cotan (2017) refiere que, se puede adquirir respuesta cuando existen temas con vacíos de conocimientos mediante las experiencias que tenga el investigador, a través de una minuciosa recopilación de datos obtenidos de los testimonios de los participantes.

Según Luciani et al (2019) en la investigación en salud los estudios cualitativos aportan a los profesionales un conocimiento mediante experiencias propias sobre la salud y la enfermedad, lo que permite alcanzar conocimiento para mejorar la atención brindada al paciente. Cabe señalar que este tipo de enfoque abarca una visión que favorece la posibilidad de interpretar las necesidades tanto reales como sentidas del objeto en estudio; siendo la subjetividad un dato esencial que aporta en la recolección de datos en un contexto real.

El método de estudio que se utilizó en la presente investigación fue el descriptivo con una aproximación fenomenológica. Según Arispe et al (2020) el tipo de investigación descriptivo es aquel que permite describir las particularidades de la población a estudiar durante un tiempo determinado, estableciéndose una guía de preguntas previamente formuladas; orientadas al sujeto de la investigación.

Aproximación fenomenológica: Husserl (2012) define la fenomenología, como un pensamiento lógico en que la experiencia y la subjetividad se encuentran relativamente estrecha, principalmente en relación con la lógica del conocimiento; la misma estudia la naturaleza de lo que es pensar siendo la esencia de la conciencia. Para Guerrero et al. (2017) la fenomenología es un método que permite al profesional de enfermería visualizar mediante la investigación el mundo de una forma diferente, con el propósito de comprender un hecho, ante el cual el investigador debe orientarse en las vivencias de la enfermera/pacientes.

Escenario

El escenario del estudio se desarrolló en un contexto natural en el hogar de los entrevistados, pudiéndose observar los diferentes comportamientos y actitudes de los familiares de los pacientes hospitalizados en estado crítico.

En este sentido, Do Prado, De Souza, Monticelli, Cometto y Gómez (2013) afirman que el escenario donde se desarrolle la entrevista debe de cumplir con requisitos como un ambiente de privacidad, libre de ruidos, luminoso, y comfortable para que el entrevistado se sienta seguro, tranquilo de poder compartir sus vivencias del fenómeno de estudio.

3.2. Población y muestra

Se realizó un muestreo no probabilístico por conveniencia y saturación de categorías. Otzen y Manterola (2017) expresan que el muestreo no probabilístico hace énfasis al grupo seleccionado para un estudio el cual es tomado de aquellos asequibles y que permiten al investigador realizar un estudio.

Ortega (2020) indica que la saturación de categorías consiste en realizar investigaciones hasta agotar las búsquedas de nuevas respuestas a un tema planteado, sin embargo, menciona que siempre quedará algo más por descubrir al finalizar una investigación.

En el presente estudio se involucraron a los familiares de los pacientes hospitalizados en la sala de Unidad de Cuidados Intensivos, se consideró una muestra de 10 personas.

Como criterio de inclusión: Familiares de pacientes hospitalizados en la UCI, que accedieron a participar en este estudio.

Criterio de exclusión: Familiares de pacientes hospitalizados en otras áreas.

3.2.1. Consideraciones éticas y de rigor

Para Espinoza (2020) el rigor se plasma con el buen manejo de la investigación, la cual se obtiene mediante un proceso que conlleva varias etapas, garantizando de esta manera la efectividad y credibilidad de los datos obtenidos por el investigador durante el transcurso de la investigación.

Consideraciones de rigor

- La fiabilidad consiste en realizar diferentes investigaciones buscando conseguir resultados similares a investigaciones ya realizadas por otros investigadores, con el objetivo de obtener la veracidad en la nueva investigación mediante la recolección de datos tomada de la muestra.
- La conformabilidad habla de la capacidad del investigador de conseguir del entrevistado la información necesaria para la obtención de los resultados de la investigación y que esta pueda ser verificada por otros investigadores.
- La factibilidad y viabilidad consiste en cómo se va a posibilitar la realización del trabajo investigativo, especificando los recursos que se van a usar para obtener el resultado final.

Consideraciones éticas

El consentimiento informado para Noreña (2012) es un documento legal que le permite al investigador tener la información de sus deberes y derechos dentro de un estudio, con este documento le permite al investigador poder utilizar todas sus opiniones dadas con relación al tema que se está investigando y llevar a cabo de una forma legal la investigación. Además, que se mantendrá bajo estado confidencial las opiniones dadas por el entrevistado.

La confidencialidad para Noreña (2012) se usan códigos éticos que le rigen al investigador a mantener bajo el anonimato a las personas que acceden a ser partícipes del trabajo investigativo que se va a realizar.

3.3. Técnicas e instrumentos de recogida de datos

Para la obtención de la información se aplicó como instrumento la entrevista semiestructurada, técnica considerablemente flexible en relación a las entrevistas estructuradas, por lo que se realizan preguntas que permiten al investigador responder con libertad sus criterios y le da la posibilidad al investigador de indagar más del tema si así lo decide, sin la necesidad de tener que elegir una respuesta cerrada como sucede en las entrevistas estructuradas (Lopedosa, 2020).

Como instrumento se utilizó la guía de entrevista semiestructurada, la misma permitió organizar las ideas de manera clara y precisa, con la finalidad de alcanzar los objetivos propuestos (Hernández, Fernández, Baptista, 2018).

La guía de entrevista semiestructurada (Anexo 1) fue aplicada a los participantes teniendo en cuenta la disponibilidad de los mismos por lo que se agendó horario y día, se les explicó el objetivo de estudio y luego se les pidió el llenado del consentimiento informado. La reunión se realizó individualmente en los hogares de los sujetos de estudio; para una mayor confiabilidad y seguridad. Las entrevistas fueron grabadas, tuvo una duración de 30 minutos de acuerdo a las preguntas norteadoras, posteriormente se transcribieron los testimonios conservando el lenguaje EMIC.

3.4. Técnicas de análisis de datos

En el análisis de las descripciones se utilizó el método de Colaizzi (1978) donde la primera actividad fue la lectura y relectura de las transcripciones producto de las entrevistas, se fragmentaron los testimonios más significativos, de manera manual mediante el programa Microsoft Office Word, versión 2016; teniendo en cuenta el método fenomenológico de Husserl (2012). Luego se realizó la interpretación de las diferentes declaraciones, a través de un lenguaje EMIC, que permitió obtener las unidades de análisis temáticas, teniendo en cuenta el análisis de lenguaje de acentuación de las palabras ETIC (García, 2018). Seguidamente se reagruparon los significados en convergentes y divergentes estableciéndose una codificación colorimétrica, abierta, inductiva o a posteriori; permitiendo la identificación y formulación de las categorías para comprender las características generales del fenómeno de estudio, igualmente las vivencias de los participantes se deben tener en cuenta y vincularlos al problema de estudio (Hernández, Sampieri et al 2018).

Para facilitar el análisis, de los datos obtenidos se utilizó el software ATLAS. ti, se fragmentaron los testimonios de los participantes, a partir de la representación de la nube de palabras se evidenció que el rango semántico de las palabras repetidas fueron: cuidados, paciente, salud, comunicación, sentimientos, familiar, puertas abiertas, esta nube permitió que la interpretación sea más clara y precisa; asimismo, permitió generar una frecuencia de palabras, siendo las de mayor frecuencia: familiar, paciente, cuidados, salud, se creó un modelo Caso- Único de Jerarquía de categorías y códigos donde se obtuvo: 4 categorías y 1 subcategoría y 9 códigos la cual facilitó integrar y organizar la información.

4. RESULTADOS

La investigación realizada de diseño fenomenológico, sobresale los testimonios de los participantes que comparten vivencias, de su realidad; luego de la lectura de las entrevistas se procedió a seccionar los textos que emergieron de los objetivos del estudio; manteniendo el lenguaje de los participantes EMIC/ ETIC. posterior del proceso de codificación y la colocación de los testimonios, según el significado se agruparon en unidades, teniendo en cuenta lo convergente y lo divergente, proporcionando categorías compartida por los familiares de los pacientes en estado crítico en el lenguaje del investigador teniendo como base el marco conceptual del objeto de estudio.

A consecuencia, se realizó el análisis temático productivo y atractivo en la expectativa sobre la UCI puertas abiertas, emergieron las siguientes categorías empíricas: (Anexo 1) Percepción de los familiares/cuidadores sobre el acompañamiento al paciente en estado crítico en la unidad de cuidados intensivos. 2) Elementos que benefician una UCI puertas abiertas al paciente, familiar y personal de salud. 3) Aspectos destacados que mejorarían la comunicación entre el paciente crítico y el familiar con una UCI de puertas abiertas. 4) Elementos que limitan el empleo o la utilidad de las puertas abiertas en las unidades de cuidados intensivos; subcategoría: Propuesta para una implementación de UCI puertas abiertas.

5. DISCUSIÓN

El análisis de los testimonios de los participantes posibilitó la confección de las categorías. Las principales reconocidas fueron las siguientes:

Percepción de los familiares/cuidadores sobre el acompañamiento al paciente en estado crítico en la unidad de cuidados intensivos.

Los familiares perciben realidades sobre el acompañamiento al paciente en estado crítico, siendo una necesidad real que brinda una mayor confianza y seguridad. Los testimonios de los mismos tienen matices que develan la existencia de una necesidad de cambio en el personal de salud sobre las visitas no restringidas.

Polo (2018) señala que, en toda sociedad la familia es el eslabón fundamental, al ejercer una influencia en el proceso de la salud/enfermedad de sus miembros, la visión de salud familiar ante la enfermedad tiene retos al constituir una excelente realidad para establecer un vínculo afectivo con el fin de fomentar en el enfermero que trabaja con estos pacientes una posición juiciosa en la toma de decisiones en la implementación de UCI de las visitas abiertas donde la presencia del familiar no le vulnera la intimidad, el tiempo para atender a los demás pacientes y el temor al cometer eventos adversos en los cuidados brindados al paciente. Llamam la atención los siguientes testimonios:

“La flexibilidad en las visitas ayudaría en la recuperación del paciente” (F2).

“Mi percepción es que abrir las puertas de la UCI sería un gran beneficio para el personal de salud y los familiares, porque nos permitiría colaborar en los cuidados del paciente, incrementado la satisfacción del personal por este apoyo” (F 5).

“Las puertas abiertas en la unidad de cuidados intensivos permiten un contacto con el paciente, el personal de salud y la familia favoreciendo el acompañamiento para ambos desde la mejora en el estado emocional pudiendo acortar la estancia en esta área” (F8).

“Sería muy satisfactorio estar presente en el cuidado de mi familiar, el hecho de ver a mi familiar acostada en una cama me causa mucho sufrimiento y ayudar en su cuidado puede hacerme sentir más segura y hará más llevadero mi dolor; las puertas abiertas de la UCI beneficiarían al familiar y al paciente disminuyendo las preocupaciones y ansiedad” (F10).

Lo antes mencionado coincide con la investigación de Fernández (2015) en la que se resalta la importancia de incluir al familiar dentro del cuidado del paciente crítico ya que ayuda en el tratamiento y recuperación del paciente, asimismo disminuye el estrés e incertidumbre

del familiar que no conoce el estado en que se encuentra el paciente; haber vivido las experiencias de los cuidados brindados a puertas abiertas modifica la visión significativamente considerando beneficiosa esta implementación.

En estos relatos se percibe que, el acompañamiento del familiar/acompañante propicia al personal de enfermería un ambiente cálido donde el amor permita la socialización humana reflejándose a través del cuidado. Se hace visible, la necesidad de fortalecer el cuidado humanizado generando un ambiente propicio, lleno de valores humanísticos, promocionando confianza y seguridad en el cuidar como un proceso participativo (Watson, 2008).

Elementos que benefician una UCI puertas abiertas al paciente, familiar y personal de salud.

Esta categoría emerge del segundo objetivo: determinar los beneficios que brinda una UCI de puertas abiertas al paciente, familiar y personal de salud. En este sentido se perciben los siguientes relatos:

“Una UCI puertas abiertas necesita de horarios flexibles creo que no existe ninguna razón para que sean restringidos, esto mejora la comunicación con nuestro familiar” (F 4).

“Que nos enseñen cosas de la unidad de cuidados intensivos para poder evitar cualquier error; así ayudamos al enfermero y nosotros cuidamos más a nuestro familiar y no nos contagiamos porque ya conocemos los protocolos que utilizan en el Servicio” (F2).

“La organización de las visitas es un elemento esencial, esto ayuda a que nos explique bien todo y conozcamos el estado de nuestros familiares; necesitamos de enfermeros que nos ayuden y ser guiados” (F8).

“La habilidad que nos propicia cuidar a nuestra familia, nos hace sentir mejor emocionalmente y nos sentimos más satisfechos y estables” (F6).

“Tratando de aprender como cuidan las enfermeras a los pacientes, y así poder estar presto a colaborar en el cuidado y tratamiento de mi familiar” (F3).

Otro elemento importante para abrir las UCI, es brindar confort y privacidad al paciente que anhela la presencia del familiar; así como se evidencia en el siguiente relato:

“Deberían diseñar este lugar diferente porque da miedo está lleno de equipos y sonidos, después de haber entrado se quedaron retumbando en mi mente los sonidos de los equipos, mi hermano ha manifestado que no le gusta estar ahí” (F10).

En este sentido López (2018) afirma que el aumento de horas de visitas las 24 horas del día, favorecen el acompañamiento el paciente y en situación de muerte imperiosa favorece el acompañamiento, reduce el estrés familiar aumentando el deseo de vivir del paciente que se encuentre en situación de muerte inminente.

Es de suma importancia formar al personal de la salud en cuanto a las UCI de puertas abiertas para facilitar la comunicación con el familiar del paciente hospitalizado en estos servicios, teniendo en cuenta las políticas de visitas, organización de la unidad para satisfacer las necesidades generando bienestar y confort al paciente y familiar, priorizando las demandas emocionales y personales. En este sentido de idea Rodríguez (2018) señala que, al tomar la decisión de una UCI más humanizada con visitas menos restringidas, se satisfacen las necesidades del paciente en estado crítico, y contribuyen positivamente en el familiar.

Aspectos destacados que mejoraría la comunicación entre el paciente crítico y el familiar con una UCI de puertas abiertas.

Constituye la tercera categoría empírica en los testimonios de los participantes. Cabe expresar que, el familiar que tiene un paciente hospitalizado en la unidad de cuidados intensivos en estado crítico necesita de atención, al encontrarse en un medio vulnerable con incapacidad de poder establecer una comunicación verbal y no verbal con su familiar, desencadenando reacciones emocionales de dolor, miedo, tristeza, angustia e incertidumbre ante el silencio que se convierte en el compañero de la espera. Así como se evidencia en los siguientes relatos:

“Para preguntar por mi familiar debo esperar el horario de información, siento temor de preguntarle al médico porque me habla de una manera que no entiendo, termino más confundida, y espero a un enfermero que siempre tiene más tiempo para explicarme” (F9).

“Necesitamos ser escuchados, poder hablar principalmente con los médicos para que nos puedan devolver la fe y sentir que nuestro familiar se recupera (...) me siento nervioso cada vez que llega la hora de visita, los cristales me afectan mucho pues me separan de lo que más quiero mi madre” (F3).

“Cuando los médicos hablan entre ellos, con términos que no logramos entender, nos causan miedo porque no comprendemos el lenguaje que ellos manejan y esto causa incertidumbre al no saber si mi familiar está mejorando o empeorando” (F7).

“Hoy estuve en el hospital a la espera de información alentadora sobre mi familiar, la cual no pude recibir de manera exacta ya que al momento el médico no fue tan amable al decirme la condición en que se encuentra mi paciente, motivo por el cual quedé con mucha más ansiedad e inseguridad de la evolución de mi esposo” (F5).

“En ocasiones cuando estoy en la sala de espera, esperando que me den información o ver si me dejan visitar a mi familiar, salen los doctores y ni saludan, ese silencio o falta de atención hacia las personas que estamos ahí esperando, me hace sentir mal porque pienso que no valgo o no existo.” (F 2).

Con base en lo antes mencionado, García y Guamaní (2018) destacan que el personal de enfermería brinda una atención humana desinteresada permitiendo restablecer el equilibrio emocional del familiar que sufre y la repercusión en el enfermo al ser el primer contacto con el familiar, con valores agregados donde la empatía articula la relación entre ambos pudiendo establecer una interacción donde la subjetividad proporciona información clara y precisa acerca de la realidad del paciente.

Se trasluce en lo referido por las autoras que, la sencillez, bondad, calidez y empatía, son atributos que caracteriza al profesional de la salud, específicamente al enfermero. Cabe señalar que, este personal debe tener claro la concepción de familia, en circunstancias que se ve afectada por la posición que adopta el equipo de salud de incomprensión ante la gravedad que aqueja al paciente manteniéndose al margen.

Confirmando los aspectos relevantes sobre la comunicación con el paciente familiar y profesionales de la salud, Waldow (2008) afirma que, la interacción entre el personal de salud, paciente y familia es indispensable pues es el enfermero el encargado de cuidar al paciente, velar por el y brindar atención a la familia al ser el eslabón fundamental en la formación de valores y comportamientos que influye en el proceso de prevención promoción y recuperación de la salud.

Elementos que limitan el empleo o la utilidad de las puertas abiertas en las unidades de cuidados intensivos.

Esta categoría responde al cuarto objetivo identificar los elementos que limitan el empleo o la utilidad de las puertas abiertas en las unidades de cuidados intensivos. En estos discursos se evidenció que la mayoría de los participantes aluden carga de trabajo para el personal que labora en esta unidad, no hay privacidad afectando la intimidad de los demás pacientes; así mismo la infraestructura del espacio físico se ve afectado y creando demora en el cumplimiento de los procedimientos diarios sintiéndose observado, controlado y evaluado por el familiar. El aumento de las horas de visitas con las puertas abiertas las 24 horas del día incrementado el estrés del personal por la presencia de este familiar bajo un interrogatorio permanente del porqué de cada accionar del que como y para que de cada actividad del cuidado interrumpiendo los procedimientos e incrementado la distracción del personal.

Al no estar preparado para un nuevo modelo de las UCI puertas abiertas, el personal rechaza la transformación por posibles desventajas y barreras que puedan ocasionar la apertura de la misma. A esto responde los siguientes testimonios:

“Uno de los inconvenientes son las autoridades de las instituciones que no crean normativas que permitan la apertura de las UCI” (F 5).

“El inconveniente según mi percepción es el riesgo de contagiar al paciente por alguna bacteria o virus al no tomar las medidas de bioseguridad necesarias al ingresar a la sala” (F9).

Según Carmona (2018) el personal de la salud que labora en UCI implementando las puertas abiertas, se dificulta el quehacer de este, por la presencia del familiar, así como el incremento de personas en el área de trabajo favorece el riesgo de infecciones cruzadas. Cabe expresar la importancia de este nuevo modelo en el que se debe escuchar la solicitud de los familiares con respecto a este cambio por la presencia de algunas discrepancias y percepción del riesgo que traen las UCI puertas abiertas

Subcategoría: Propuesta para una implementación de UCI puertas abiertas. Luego de realizar una lectura de las transcripciones de los testimonios se obtiene que los participantes admiten la existencia de progreso ante este nuevo modelo. Aportando una mejor interrelación entre el equipo médico, paciente y familiar percibiendo un ambiente favorable armónico, con una infraestructura humanizada; liderada por un personal formado capaz de enfrentar los nuevos retos que proporcionan esta transformación en la política de visitas de la UCI. Siendo relevantes los siguientes relatos:

“Se deben elaborar protocolos que direccionen las políticas de estas visitas” (F2).

“Tal vez no aceptemos de manera inmediata la implementación de este nuevo reto siendo necesario que las instituciones admitan que se deben capacitar al personal de salud, pero ellos deben estar preparados ante este nuevo cambio” (F3).

“Implementar en los programas académicos de enfermería de cuidados críticos la temática de UCI de puertas abiertas como estrategia de un cuidado humanizado” (F8)

En este sentido, Rojas (2019) afirma que humanizar los cuidados intensivos es una necesidad, la participación de familiar en UCI puerta abiertas cambia la rutina y el modelo biomédico por un modelo holístico en el que se hace imprescindible el bienestar del paciente y una buena comunicación entre el personal y el familiar; los currículos académicos deben ser actualizados dando solución a los problemas y necesidades identificadas, así como las instituciones deben tomar estrategias de extender a toda la

unidades asistenciales la importancia de una humanización de los cuidados intensivos siendo estas un camino por recorrer.

6. CONCLUSIONES

La presente investigación dio salida al análisis de la percepción de los familiares/cuidadores sobre el acompañamiento al paciente en las UCI. La primera categoría responde a este objetivo que visibiliza la importancia del acompañamiento de los familiares a los pacientes en estado crítico, con una correcta educación a los cuidadores estos servirían de apoyo en la atención y disminuiría la ansiedad que genera en las personas tener a un ser querido en esta unidad, además resultará beneficioso para el paciente el sentirse acompañado.

La categoría número dos evidencia los diferentes beneficios que representa abrir las puertas de la UCI en el núcleo familia, paciente y personal de salud, el familiar estará presente y constantemente informado sobre los procedimientos y el estado del paciente, brindará ayuda al personal de salud y le permitirá mejorar su estado emocional; por otro lado el paciente reducirá sus niveles de estrés, podrá sentir el calor de su hogar en el hospital y se motivará a mejorar su condición de salud; el personal de salud recibirá apoyo en los cuidados por parte del familiar lo cual le permitirá a los mismos realizar otras actividades asistenciales.

En la cuarta categoría el familiar destaca las barreras que impiden la aplicación de las puertas abiertas en áreas críticas siendo las principales el riesgo de contagio y la falta de recursos hospitalarios, para la aplicación paulatina de esta propuesta es necesario establecer normativas que garanticen la seguridad del paciente, además, es imprescindible mejorar la infraestructura de las áreas y preparar al profesional desde la academia.

7. RECOMENDACIONES

Dentro de las recomendaciones se estimula a los investigadores a realizar más estudios cualitativos, que visibilicen el impacto emocional que genera en los familiares mantener las puertas de las UCI cerradas.

8. REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- Alvarado-Valle, E., Rodríguez-Jiménez, S., Cárdenas-Jiménez, M., & Pacheco-Arce, A. L. (2018). Spiritual care a way to transcend the reason of being of Nursing. *Revista de Enfermería del Instituto Mexicano del Seguro Social*, 26(1), 56-61. Recuperado de: <https://www.medigraphic.com/pdfs/enfermeriaimss/eim-2018/eim181j.pdf>
- Arispe Alburqueque, C. M., Yangali Vicente, J. S., Guerrero Bejarano, M. A., Lozada de Bonilla, O. R., Acuña Gamboa, L. A., & Arellano Sacramento, C. (2020). La investigación científica. Recuperado de: <https://repositorio.uide.edu.ec/bitstream/37000/4310/1/LA%20INVESTIGACION%20CIENTIFICA.pdf>
- Antolinez Franco, M. G., Guerrero Luna, M. A., & López Moreno, G. (2019). Impacto de una Unidad de Cuidados Intensivos de puertas abiertas en un hospital de cuarto nivel en la ciudad de Bogotá (Doctoral dissertation, Universidad del Rosario). Recuperado de: <https://repository.urosario.edu.co/bitstream/handle/10336/19792/trabajo%20de%20grado%20de%20puertas%20abiertas.pdf?sequence=1&isAllowed=y>
- Bautista Rodríguez, L. M., Arias Velandia, M. F., & Carreño Leiva, Z. O. (2016). Percepción de los familiares de pacientes críticos hospitalizados respecto a la comunicación y apoyo emocional. *Revista cuidarte*, 7(2), 1297-1309. Recuperado de: http://www.scielo.org.co/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S2216-09732016000200007
- Bordes, M. (2019). Investigar la “otredad” en hospitales: desafíos en un estudio cualitativo sobre terapias no-convencionales en espacios de salud oficiales (Argentina). *Interface-Comunicação, Saúde, Educação*, 23. Recuperado de: <https://www.scielo.br/j/icse/a/BbjZMNBLw4W8RfJ5BMkwPr/?format=html&lang=es>
- Bustamante Díaz, N. L. (2019). Beneficios de las visitas flexibles en las Unidades de Cuidados Intensivos. Recuperado de: https://repositorio.upch.edu.pe/bitstream/handle/20.500.12866/7737/Beneficios_BustamanteDiaz_Natalie.pdf?sequence=1

- Carmona, P DE LA SALUD, C. I. E. N. C. I. A. S. (2018). *UNIDAD DE CUIDADOS INTENSIVOS DE PUERTAS ABIERTAS* (Doctoral dissertation, UNIVERSIDAD NACIONAL DE CÓRDOBA). Recuperado de: <http://lildbi.fcm.unc.edu.ar/lildbi/tesis/carmona-patricia-delia.pdf>
- Cotán Fernández, A. (2017). *El sentido de la investigación cualitativa*. Recuperado de: <https://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=5815704>
- Colaizzi, P. (1978). Psychological research as the phenomenologist views it. En R. Valle, & M. (. King. New York: Oxford University Press. Recuperado de: <https://philpapers.org/rec/COLPRA-5>
- Cerdán, S. R. G., & Delgado, R. D. P. M. (2020). La comunicación y apoyo emocional en enfermería desde la perspectiva del familiar del paciente crítico en un hospital público, Chiclayo 2019. *ACC CIETNA: Revista de la Escuela de Enfermería*, 7(1), 65-74. <https://revistas.usat.edu.pe/index.php/cietna/article/view/358/774>
- Chávez, I. J., Intriago, G. Z., & Zambrano, H. B. (2021). Perspectiva de los profesionales de salud ante una unidad de cuidados intensivos de puertas abiertas en la UCI del Hospital de especialidades Portoviejo. *RECIAMUC*, 5(2), 404-410. Recuperado de: https://scholar.google.es/scholar?hl=es&as_sdt=0%2C5&q=uci+de+puertas+abiertas+ecuador&btnG=&oq=uci
- De Souza Minayo, M. (2012). O desafio do conhecimento: pesquisa qualitativa em saúde. *Ciencia & Saúde*, 17 (3),1-9. Recuperado de: <http://dx.doi.org/10.1590/S1413-81232012000300007>
- DE LA SALUD, C. I. E. N. C. I. A. S. (2018). *UNIDAD DE CUIDADOS INTENSIVOS DE PUERTAS ABIERTAS* (Doctoral dissertation, UNIVERSIDAD NACIONAL DE CÓRDOBA).recuperado de: <http://lildbi.fcm.unc.edu.ar/lildbi/tesis/carmona-patricia-delia.pdf>
- del Carmen Fuentes, L. (2019). La Religiosidad y la Espiritualidad ¿Son conceptos teóricos independientes? *Revista de psicología*, 14(28), 109-119. Recuperado de: <https://repositorio.uca.edu.ar/bitstream/123456789/8870/1/religiosidad-espiritualidad-conceptos.pdf>

- Duque-Ortiz, C., & Arias-Valencia, M. M. (2022). La familia en la unidad de cuidados intensivos frente a una crisis situacional. *Enfermería Intensiva*, 33(1), 4-19. Recuperado de: <https://www.sciencedirect.com/science/article/abs/pii/S1130239921000584>
- Do Prado, M., De Souza, M., Monticelli, M., Cometto, M., Gómez, P. y Organización Panamericana de la Salud [OPS] (2013). *Investigación cualitativa en enfermería. Metodología y didáctica*. Washington DC. Serie Paltex Salud y Sociedad. Recuperado de: <https://iris.paho.org/handle/10665.2/51587>
- Espinoza Freire, E. E. (2020). La investigación cualitativa, una herramienta ética en el ámbito pedagógico. *Conrado*, 16(75), 103-110. Recuperado de: http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1990-86442020000400103
- Fernández Sotelo, S. (2015). Las necesidades de los familiares del paciente crítico en una Unidad de Cuidados Intensivos. Recuperado de: <https://core.ac.uk/download/pdf/61915959.pdf>
- Franchi, R., Idiarte, L., Darrigol, J., Pereira, L., Suárez, R., Mastropiero, L., & Fernández, A. (2018). Unidad de cuidados intensivos pediátricos de puertas abiertas: experiencia y opinión de los padres. *Archivos de Pediatría del Uruguay*, 89(3), 165-170. Recuperado de: <http://www.scielo.edu.uy/pdf/adp/v89n3/1688-1249-adp-89-03-165.pdf>
- Frigerio, A. (2018). ¿Por qué no podemos ver la diversidad religiosa?: Cuestionando el paradigma católico-céntrico en el estudio de la religión en Latinoamérica. *Cultura y representaciones sociales*, 12(24), 51-95. Recuperado de: https://www.scielo.org.mx/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S2007-81102018000100051
- García Soto, R. (2018). Las explicaciones antropológicas emic/etic para comprender la confrontación en investigación y escuela en el tratamiento de la diversidad cultural (segregación versus integración). Recuperado de: <https://digibug.ugr.es/bitstream/handle/10481/54702/G34-1-08.RocioGarciaSoto.pdf?sequence=1&isAllowed=y>

- Garzaron Rupérez, I. (2019). Puertas abiertas en la Unidad de Cuidados Intensivos. Recuperado de: <https://uvadoc.uva.es/bitstream/handle/10324/40963/TFG-L2566.pdf?sequence=1&isAllowed=y>
- Gorordo-Delsol, L. A., Garduño-López, J., & Castañón-González, J. A. (2020). Unidad de Cuidados Intensivos de puertas abiertas: la familia dentro de cuidados intensivos Open doors ICU: the family inside Intensive Care. *Rev Hosp Jua Mex*, 87(2), 106-108. Recuperado de: https://www.researchgate.net/profile/Jorge-Castanon-Gonzalez/publication/342250827_Unidad_de_Cuidados_Intensivos_de_puertas_abiertas_la_familia_dentro_de_cuidados_intensivos/links/5f0d71bd299bf15bd70b18d0/Unidad-de-Cuidados-Intensivos-de-puertas-abiertas-la-familia-dentro-de-cuidados-intensivos.pdf
- García Rojas, E. S., Gil Ibañez, F. I., & Huamani Contreras, A. Y. (2018). Percepción de los familiares del paciente respecto a la comunicación con la enfermera en el servicio crítico del cuidado de la mujer del “Hospital Nacional Docente Madre Niño San Bartolomé, Lima 2018. Recuperado de: <https://onx.la/c3cd2>
- Guerrero-Castañeda, R. F., Prado, M. L. D., Kempfer, S. S., & Ojeda Vargas, M. (2017). Momentos del proyecto de investigación fenomenológica en enfermería. *Index de Enfermería*, 26(1-2), 67-71. Recuperado de: https://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=s1132-12962017000100015
- Hernández-Sampieri, R., Fernández Collado, C., & Baptista Lucio, P. (2018). Metodología de la investigación (Vol. 4, pp. 310-386). México: McGraw-Hill Interamericana. Recuperado de: <https://dspace.scz.ucb.edu.bo/dspace/bitstream/123456789/21401/1/11699.pdf>
- Husserl, E. (2012). *Ideas: General introduction to pure phenomenology*. Routledge. Recuperado de: file:///C:/Users/Usuario/Downloads/9780203120330_previewpdf.pdf
- Lopezosa, C. (2020). Entrevistas semiestructuradas con NVivo: pasos para un análisis cualitativo eficaz. Lopezosa C, Díaz-Noci J, Codina L, editores *Metodos Anuario de Métodos de Investigación en Comunicación Social, 1*. Barcelona: Universitat Pompeu Fabra; 2020. p. 88-97. Recuperado de:

https://repositori.upf.edu/bitstream/handle/10230/44605/Lopezosa_Methodos_08.pdf?sequence=1&isAllowed=y

- López Rodríguez, M. V. (2018). Unidad de cuidados críticos de adultos: paciente, familia y personal: identificando beneficios, factores facilitadores y obstaculizadores para una política de visitas de puertas abiertas: ¿abrimos las puertas de la UCI?: revisión bibliográfica. Recuperado de: <https://ruc.udc.es/dspace/handle/2183/20888>
- Luciani, M., Jack, S. M., Campbell, K., Orr, E., Durepos, P., Li, L., ... & Di Mauro, S. (2019). An Introduction to Qualitative Health Research-Un'introduzione alla ricerca sanitaria qualitative. *Professioni Infermieristiche*, 72(1). Recuperado de: <http://www.profinf.net/pro3/index.php/IN/article/view/591/260>
- Mateos Picado, D. (2017). *Los beneficios de integrar a la familia en la unidad de cuidados intensivos* (Bachelor's thesis). Recuperado de: https://repositorio.uam.es/bitstream/handle/10486/680681/mateos_picado_davidtfg.pdf?sequence=3#:~:text=Del%20total%20de%2024%20art%C3%ADculos,adem%C3%A1s%20la%20recuperaci%C3%B3n%20del%20paciente.
- Moreno, D. (2019). UCI de puertas abiertas como estrategia de humanización del cuidado. Revisión bibliográfica. *Revista Médica Clínica del Country/ Artículo de Revisión*, 10(1). Recuperado de: <https://revistamedicacountry.com/app/default/files-module/local/documents/art-uci-de-puertas-abiertas.pdf>
- Navas, C., & Villegas, H. (2006). Espiritualidad y salud. *Revista ciencias de la Educación*, 1(27), 29-45. Recuperado de: <http://revencyt.ula.ve/storage/repo/ArchivoDocumento/rceduc/v6n27/articulo2.pdf>
- Noreña, A. L., Alcaraz-Moreno, N., Rojas, J. G., & Rebolledo-Malpica, D. (2012). Aplicabilidad de los criterios de rigor y éticos en la investigación cualitativa. *Aquichan*, 12(3), 263-274. Recuperado de: http://www.scielo.org.co/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1657-59972012000300006
- Ochoa, K. T., López, C. M., Guzmán-Romero, S. Y., Ruíz, D. P. G., & Zambrano, S. M. H. (2022). Estrategias de afrontamiento en familiares de pacientes críticos. *Revista*

- Repertorio de Medicina y Cirugía*, 31(1), 1-8. Recuperado de: <https://revistas.fucsalud.edu.co/index.php/repertorio/article/view/950/1340>
- Ortega-Bastidas, J. (2020). ¿Cómo saturamos los datos? Una propuesta analítica “desde” y “para” la investigación cualitativa. *Interciencia*, 45(6), 293-299. Recuperado de: <https://www.redalyc.org/journal/339/33963459007/33963459007.pdf>
- Otzen, T., & Manterola, C. (2017). Técnicas de Muestreo sobre una Población a Estudio. *International journal of morphology*, 35(1), 227-232. Recuperado de: <https://scielo.conicyt.cl/pdf/ijmorphol/v35n1/art37.pdf>
- Pérez-San Román, M. A., Cante-Hernández, D., Huichin-Pool, M. A., & Fuentes-Fernández, E. (2020). Unidad crítica adultos de puertas abiertas: vivencias de enfermería en hospital público de Quintana Roo. *Salud Quintana Roo*, 11(38), 17-21. Recuperado de: <https://www.medigraphic.com/pdfs/salquintanaroo/sqr-2018/sqr1838d.pdf>
- Palomino Tovar, D. N. (2020). ANSIEDAD Y DEPRESIÓN HOSPITALARIA EN FAMILIARES DE PACIENTES INGRESADOS EN CUIDADOS INTENSIVOS MÉDICOS Y QUIRÚRGICOS EN UN CENTRO MÉDICO NAVAL CALLAO-2020. Recuperado de: <http://repositorio.uwiener.edu.pe/handle/123456789/4320>
- Polo Ubillús, O. P. (2018). Experiencia en la implementación del Modelo de Atención Integral de Salud basado en Familia y Comunidad desde la Estrategia Sanitaria Nacional de Salud Familiar. *Revista Peruana de Ginecología y Obstetricia*, 64(3), 375-382. Recuperado de: http://www.scielo.org.pe/scielo.php?pid=S2304-51322018000300010&script=sci_arttext
- Rodríguez Duarte, K. J. (2018). El cuidado crítico en las unidades de cuidados intensivos: una revisión integradora de la literatura (Doctoral dissertation, Facultad de Enfermería y Nutrición). Recuperado de: <http://repositorioinstitucional.uaslp.mx/xmlui/bitstream/handle/i/4602/Tesina%20Karla%20Judith%20Rodri%cc%81%20guez%20Duarte.pdf?sequence=1&isAllowed=y>
- Rodríguez López, F. D. M., Asmat Ortiz, N. W., & Mallea Butron, Y. (2018). Comunicación y apoyo emocional de enfermería según el familiar del paciente crítico en un hospital de Lima Metropolitana, setiembre–diciembre 2018. Recuperado de:

https://repositorio.upch.edu.pe/bitstream/handle/20.500.12866/3970/Comunicacion_AsmatOrtiz_Nataly.pdf?sequence=1&isAllowed=y

Rojas, V. (2019). Humanización de los cuidados intensivos. *Revista Médica Clínica Las Condes*, 30(2), 120-125. Recuperado de: <https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S0716864019300240>

Secretaría Nacional de Planificación. (2021). Plan de creación de oportunidades 2021-2025. Recuperado de: <https://www.planificacion.gob.ec/wp-content/uploads/2021/09/Plan-de-Creacio%CC%81n-de-Oportunidades-2021-2025-Aprobado.pdf>

Sierra Leguía, L., Montoya Juárez, R., García Caro, M. P., López Morales, M., & Montalvo Prieto, A. (2019). Experiencia del Cuidador familiar con los cuidados paliativos y al final de la vida. *Index de Enfermería*, 28(1-2), 51-55. Recuperado de: https://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1132-12962019000100011

Ubaque, A., & Edilberto, J. (2021). La oración como disciplina espiritual. Recuperado de: http://91.121.144.128/repositorio/bitstream/handle/123456789/622/La%20oraci%c3%b3n%20como%20disciplina_Jos%c3%a9%20Edilberto.pdf?sequence=1&isAllowed=y

Watson, J. (1997). The Theory of Human Caring: Retrospective and Prospective. *Nursing Science Quarterly*, 10 (1), 49-52. Recuperado de: <https://doi.org/10.1177/089431849701000114>

Watson, J. (2008). *The Philosophy and Science of Caring*. Editorial de la Universidad de Colorado: E.E.U.U

Waldow, V. R. (2008). Atualização do cuidar. *Aquichan*, 8(1), 85-96. Recuperado de: http://www.scielo.org.co/scielo.php?pid=S165759972008000100008&script=sci_arttext&tlng=en

Zubieta, R. M. (2021). Humanización en la Unidad de Cuidados Intensivos. *Medicina Crítica*, 35(3), 144-147. Recuperado de: <https://www.medigraphic.com/pdfs/medcri/ti-2021/ti213e.pdf>

9. ANEXOS

Anexo: 1 Guía de entrevista semiestructurada

ACOMPAÑAMIENTO AL PACIENTE EN ESTADO CRÍTICO: PERCEPCIÓN DEL FAMILIAR/ CUIDADORES SOBRE PUERTAS ABIERTAS

Instrumentos de recolección de datos

I. Introducción

Un cordial saludo gracias por estar presente, y por la voluntad de estar en esta entrevista, la misma tiene como finalidad recolectar información acerca de la percepción del acompañamiento al paciente en estado crítico: percepción del familiar/ cuidadores sobre puertas abiertas. Cabe mencionar que los datos obtenidos por Usted, serán mantenidos en reserva mediante el anonimato. Agradeciéndoles de antemano su gentil colaboración.

II. Datos generales

- a) Nombres completos: _____
- b) Edad: _____ años cumplidos.
- c) Sexo: F () M ()
- d) Estado Civil: Soltera/o () Casada () Unión libre ()
- e) Relación familiar: Esposo/a () Hermana/o () padre/ madre () otros ()

III. Datos específicos: Pregunta generadora del instrumento

1. ¿Cuál es la percepción del familiar/ cuidadores sobre el acompañamiento al paciente en estado crítico en la unidad de cuidados intensivos?
2. ¿Qué beneficios tienen las puertas abiertas en las unidades de cuidados intensivos para el paciente, familiar y personal de salud?
3. ¿Cuáles son los aspectos relevantes que mejorarían la comunicación entre el paciente crítico y el familiar con una UCI de puertas abiertas?

4. ¿Cuáles son los elementos que limitan el empleo o la utilidad de las puertas abiertas en las unidades de cuidados intensivos?

III. Cierre de la sesión

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

Muchas gracias

Anexo 2. Consentimiento informado

Consentimiento

Informado

Yo

_____ declaro que he sido informado e invitado a participar en una investigación denominada “ACOMPANAMIENTO AL PACIENTE EN ESTADO CRÍTICO: PERCEPCIÓN DEL FAMILIAR/ CUIDADORES SOBRE PUERTAS ABIERTAS”, después de haberseme explicado en que consiste el procedimiento a realizar, la misma que será grabada a través del sistema con el dispositivo móvil asegurándome que la información proporcionada será estrictamente confidencial, y que será utilizada con fines de la investigación a continuación debe firmar.

Firma del participante

Firma del investigador

Anexo 3.

Tabla 1.

Primera matriz de análisis: Codificación

Código	Color	Significado
C 1	Amarillo	Percepción de los familiares del paciente crítico sobre Unidad de Cuidados Intensivos puertas abiertas.
C 2	Verde lima	Preocupación del familiar ante la condición crítica del paciente.
C 3	Turquesa	Relación del equipo de salud/ paciente y familiar.
C 4	Fucsia	La familia involucrada en el cuidado del paciente.
C 5	Azul	Beneficios de las puertas abiertas.
C 6	Verde azulado	Necesidad de afecto del ser cuidado/cuidador.
C 7	Verde	Cuidado humanizado.
C 8	Gris 25%	Limitaciones de las UCI puertas abiertas.
C 9	Oliva	Privacidad y confort del paciente.

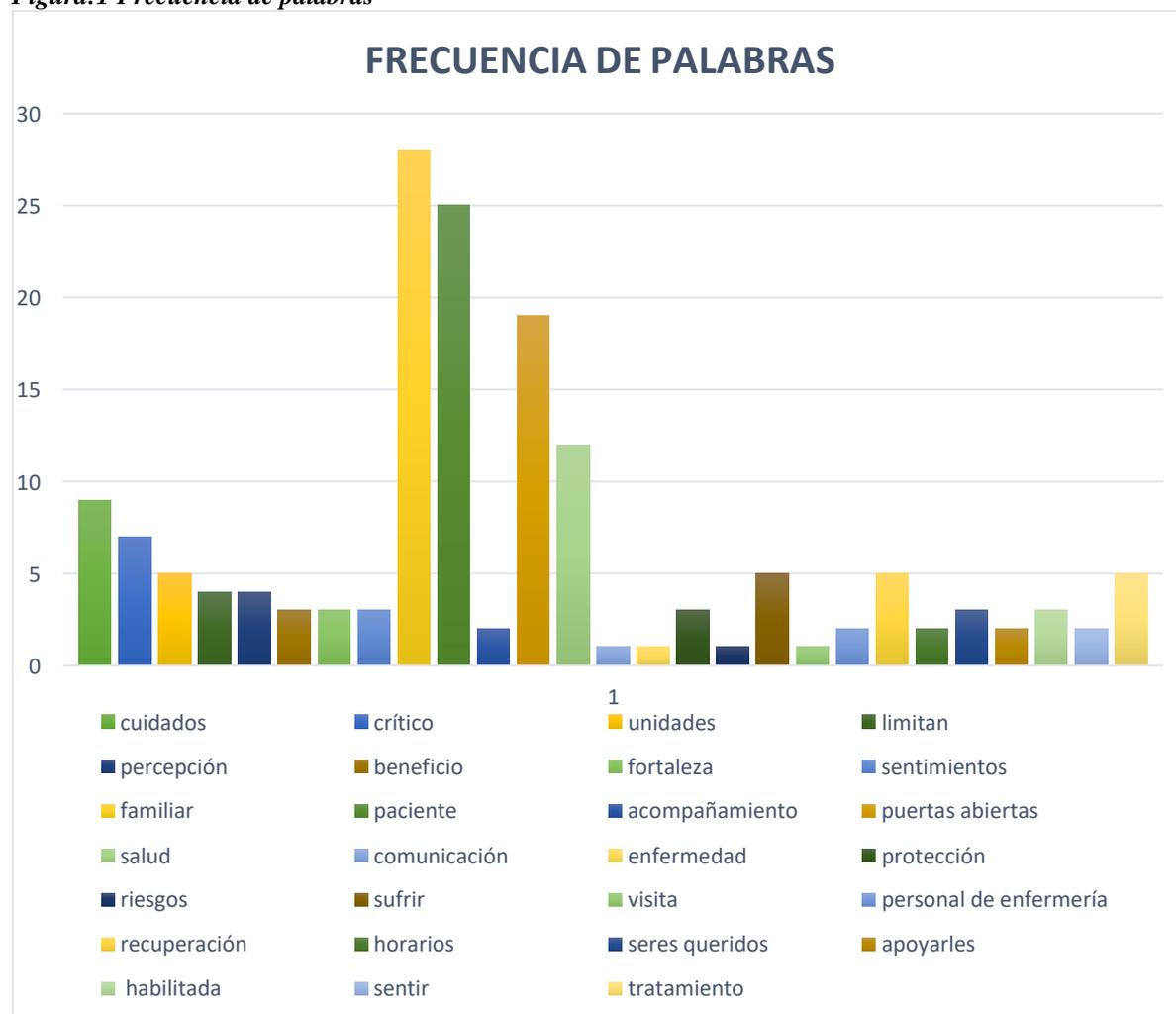
Fuente: Elaborado por Jenifer Triviño y Silvia Curi

Anexo 4.**Tabla A 2.***Segunda matriz de análisis: Categorías y subcategorías definidas a posterior*

Categorías	Subcategorías
Percepción de los familiares/cuidadores sobre el acompañamiento al paciente en estado crítico en la unidad de cuidados intensivos.	Propuesta para una implementación de UCI puertas abiertas
Elementos que benefician una UCI puertas abiertas al paciente, familiar y personal de salud.	
Aspectos destacados que mejoraría la comunicación entre el paciente crítico y el familiar con una UCI de puertas abiertas.	
Elementos que limitan el empleo o la utilidad de las puertas abiertas en las unidades de cuidados intensivos.	
<i>Fuente: Elaboración por Jenifer Triviño y Silvia Curi</i>	

Anexo 5.

Figura:1 Frecuencia de palabras



Fuente: ATLAS. Ti versión 2022

Anexo 7.

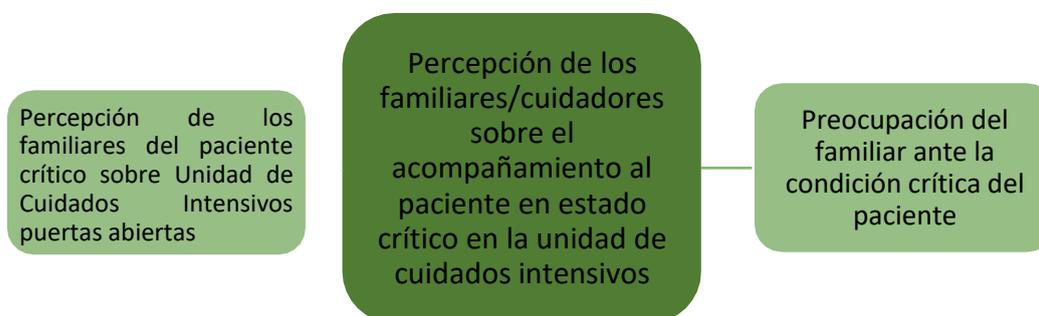
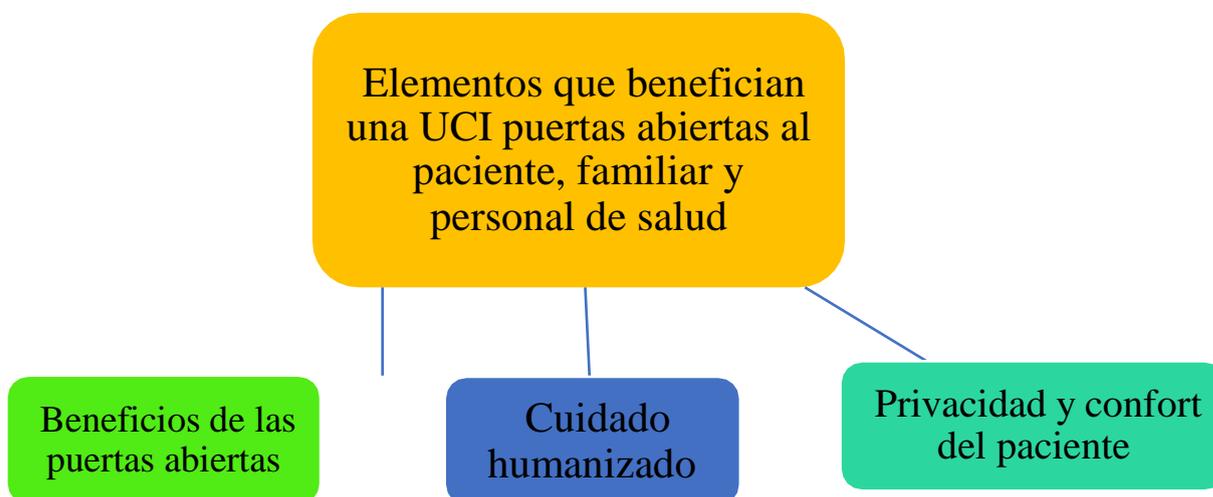


Figura 3. Categoría 1 Percepción de los familiares/cuidadores sobre el acompañamiento al paciente en estado crítico en la unidad de cuidados intensivos. Atlas ti2022

Fuente: ATLAS. Ti versión 2022

Anexo 8. Categoría 2

Figura 4. Elementos que benefician una UCI puertas abiertas



Fuente: ATLAS. Ti versión 2022

Anexo 9. Categoría 3

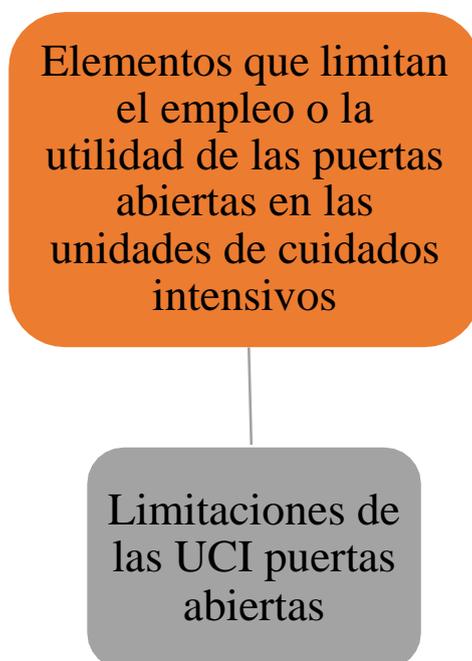
Figura 5. Aspectos destacados que mejoraría la comunicación entre el paciente crítico y el familiar con una UCI de puertas abiertas



Fuente: ATLAS. Ti versión 2022

Anexo 10. Categoría 4

Figura 6. Elementos que limitan el empleo o la utilidad de las puertas abiertas en las unidades de cuidados intensivos



Fuente: ATLAS. Ti versión 2022