

06

PÉRDIDA

**DE EMPATÍA EN ENFERMERÍA HACIA FAMILIARES EN
CUIDADOS INTENSIVOS**



© 2025; Los autores. Este es un artículo en acceso abierto, distribuido bajo los términos de una licencia Creative Commons que permite el uso, distribución y reproducción en cualquier medio siempre que la obra original sea correctamente citada.

PÉRDIDA

DE EMPATÍA EN ENFERMERÍA HACIA FAMILIARES EN CUIDADOS INTENSIVOS

LOSS OF EMPATHY IN NURSING TOWARD FAMILIES IN INTENSIVE CARE

Adisnay Rodríguez-Plasencia¹

E-mail: ua.adisnayrodriguez@uniandes.edu.ec

ORCID: <https://orcid.org/0000-0002-5293-2817>

Ariel José Romero-Fernández¹

E-mail: dir.investigacion@uniandes.edu.ec

ORCID: <https://orcid.org/0000-0002-1464-2587>

Christian Renato Sánchez-Andrade¹

E-mail: christiansa61@uniandes.edu.ec

ORCID: <https://orcid.org/0000-0002-8662-1734>

¹Universidad Regional Autónoma de Los Andes, Matriz Ambato. Ecuador.

Cita sugerida (APA, séptima edición)

Rodríguez-Plasencia, A., Romero-Fernández, A. J., & Sánchez-Andrade, C. R. (2025). Pérdida de empatía en enfermería hacia familiares en cuidados intensivos. *Revista Metropolitana de Ciencias Aplicadas*, 8(S2), 63-69.

Fecha de presentación: 14/06/2025

Fecha de aceptación: 18/06/2025

Fecha de publicación: 01/09/2025

RESUMEN

El presente estudio tuvo como objetivo analizar la pérdida de empatía del personal de enfermería hacia los familiares de pacientes ingresados en unidades de cuidados intensivos, a fin de comprender sus causas y consecuencias. Para ello, se adoptó un enfoque metodológico mixto de tipo explicativo secuencial, combinando un análisis mediante cuestionarios y entrevistas semiestructuradas a un grupo de profesionales de enfermería. Los resultados revelaron una tendencia generalizada hacia una baja interacción emocional con los familiares, atribuida principalmente a la sobrecarga laboral, la falta de reconocimiento institucional y la influencia de un entorno organizacional poco humanizado. Adicionalmente, se pudo profundizar en estos hallazgos, identificando como mecanismos de defensa la habituación al sufrimiento y la redefinición funcional de la empatía como estrategias adaptativas. La triangulación de resultados evidenció que la pérdida de empatía no responde a una carencia ética, sino a condiciones estructurales y emocionales adversas. A partir de estos hallazgos, se propusieron intervenciones orientadas a fortalecer el componente humano del cuidado en unidades de cuidados intensivos, mediante mejoras organizativas, apoyo psicoemocional al personal y promoción de una cultura institucional empática.

Palabras clave:

Empatía, cuidados intensivos, familiares de pacientes, enfermería, desgaste emocional, unidad de cuidados intensivos.

ABSTRACT

The objective of this study was to analyze the loss of empathy among nursing staff toward the family members of patients admitted to intensive care units, with the aim of understanding its underlying causes and consequences. A sequential explanatory mixed-methods approach was adopted, combining data collected through questionnaires and semi-structured interviews with a group of nursing professionals. The results revealed a widespread tendency toward limited emotional interaction with family members, primarily attributed to work overload, lack of institutional recognition, and the influence of a dehumanized organizational environment. Furthermore, the findings were deepened by identifying defense mechanisms such as habituation to suffering and the functional redefinition of empathy as adaptive strategies. The triangulation of results demonstrated that the loss of empathy does not stem from an ethical deficiency, but rather from adverse structural and emotional conditions. Based on these findings, targeted interventions were proposed to strengthen the human dimension of care in intensive care units through organizational improvements, psycho-emotional support for staff, and the promotion of an empathetic institutional culture.

Keywords:

Empathy, intensive care, patient families, nursing, emotional exhaustion, intensive care unit

INTRODUCCIÓN

El paciente crítico es aquel cuyo estado de salud presenta un riesgo vital inminente, lo que exige una vigilancia médica intensiva y cuidados altamente especializados (Ibarra, 2024). Estos pacientes son atendidos en unidades de cuidados intensivos (UCI), espacios clínicos diseñados para sostener la vida en momentos de extrema vulnerabilidad (Tronstad et al., 2021). Sin embargo, en este entorno no solo el paciente requiere atención y cuidado: su familia también atraviesa una experiencia profundamente transformadora.

La angustia, la incertidumbre y el miedo se apoderan de los familiares que, enfrentados a una situación crítica y en muchos casos inesperada, experimentan un cúmulo de emociones difíciles de procesar (Aghaie et al., 2021). En este contexto, la relación entre el personal de enfermería y los familiares cobra un valor fundamental, pues constituye un puente entre el mundo clínico y el emocional, entre lo técnico y lo humano.

Históricamente, la enfermería ha sido reconocida no solo por su competencia científica, sino también por su calidez humana. La empatía, entendida como la capacidad de ponerse en el lugar del otro, ha sido uno de los pilares esenciales de la profesión (Alvarado et al., 2021). No obstante, múltiples factores han afectado negativamente esta competencia en los últimos años. La creciente carga laboral, la exposición constante al sufrimiento, las exigencias administrativas y el desgaste emocional acumulado en el ejercicio diario han contribuido a una progresiva deshumanización del cuidado. De manera lenta pero sostenida, algunos profesionales comienzan a desarrollar actitudes automatizadas, distantes, que limitan su implicación emocional con el paciente y sus allegados (Martínez et al., 2021).

Particularmente en las UCI, este fenómeno resulta especialmente crítico. En este entorno, los familiares suelen sentirse invisibilizados o desatendidos emocionalmente, lo que aumenta su estrés y su sensación de aislamiento (Basile et al., 2021). Aunque la función principal del personal de enfermería está orientada al monitoreo clínico del paciente, el acompañamiento a la familia forma parte integral del cuidado humanizado (Hernández et al., 2024). El familiar del paciente crítico no solo espera información médica clara y oportuna, sino también gestos de comprensión, validación emocional y apoyo moral (Sepúlveda et al., 2022). Sin embargo, cuando la empatía se debilita o se pierde, se rompe este vínculo esencial, deteriorando la calidad de la atención y generando una percepción negativa del cuidado recibido.

Estudios previos han señalado que la calidad de la comunicación entre enfermería y familiares incide directamente en la experiencia hospitalaria de estos últimos (Robertson et al., 2021). Una actitud empática por parte del profesional de salud puede contribuir significativamente a reducir

la angustia del familiar, brindarle contención emocional y permitirle afrontar con mayor claridad y serenidad el proceso clínico (Defaz et al., 2025). Por el contrario, la ausencia de esta conexión puede generar sentimientos de frustración, abandono e incomprensión. Es importante destacar que esta situación no obedece únicamente a una falta de voluntad del personal, sino a una combinación de factores estructurales, institucionales y personales que dificultan el ejercicio sostenido de la empatía en contextos de alta exigencia.

Además, el avance tecnológico en las UCI, si bien ha mejorado sustancialmente los resultados clínicos, también ha modificado la dinámica del cuidado. La atención se ha vuelto cada vez más centrada en el tratamiento de la patología y menos en la persona en su totalidad (Correa & Chavarro, 2021). En este marco, el rol emocional de la enfermería ha quedado relegado en muchos casos, favoreciendo un estilo de atención más técnico que humano.

La literatura en enfermería ha resaltado la necesidad de rescatar el enfoque humanista en la atención, recuperando valores fundamentales como la compasión, la escucha activa y la comprensión (Andrade et al., 2023). En este sentido, resulta imprescindible indagar con profundidad cuáles son los factores que están influyendo en la pérdida de empatía hacia los familiares del paciente crítico. Comprender estos factores permitirá no solo describir el fenómeno, sino también proponer estrategias orientadas a mejorar la calidad de la atención.

El presente estudio tiene como propósito analizar la pérdida de empatía del personal de enfermería hacia los familiares de pacientes ingresados en unidades de cuidados intensivos. Para ello, se ha adoptado una metodología mixta que combina el análisis de datos centrada en la experiencia de los profesionales de enfermería y en la percepción de los familiares. Este enfoque permitirá una comprensión más profunda del fenómeno, integrando dimensiones tanto objetivas como subjetivas de la problemática.

MATERIALES Y MÉTODOS

El presente estudio adoptó un diseño mixto con enfoque explicativo secuencial, estructurado en dos fases complementarias. La investigación fue desarrollada en una unidad de cuidados intensivos (UCI) de un hospital público de tercer nivel ubicado en Quito, Ecuador, con el objetivo de explorar las razones subyacentes a la disminución de la empatía del personal de enfermería hacia los familiares de pacientes en estado crítico.

La primera fase respondió a un diseño no experimental de tipo descriptivo y corte transversal. Se empleó un cuestionario estructurado como herramienta principal de recolección de datos. El instrumento utilizado fue una adaptación contextualizada de la Escala de Empatía en Enfermería basada en la Jefferson Scale of Empathy, la

cual permitió indagar niveles percibidos de empatía, percepción de la relación con familiares, años de experiencia profesional, turnos laborales y carga emocional percibida durante la atención en UCI (Díaz et al., 2021).

La población estuvo compuesta por 14 profesionales de enfermería titulados, con funciones activas en el área de cuidados intensivos al momento del estudio. La muestra correspondió al total del personal que cumplía los criterios de inclusión, por lo que se optó por un muestreo censal. Entre los criterios de inclusión se consideró contar con al menos seis meses de experiencia continua en la UCI y disposición para participar voluntariamente. Se excluyó al personal en licencia o rotación externa durante el periodo de levantamiento de datos.

El cuestionario fue administrado de manera presencial, en horario laboral, previa autorización institucional y con consentimiento informado firmado por cada participante. El instrumento constó de 10 ítems de tipo Likert, con opciones de respuesta que variaban entre cinco niveles de acuerdo, diseñadas para identificar posibles factores que contribuyen a la disminución de la empatía hacia los familiares de pacientes críticos.

Con el fin de verificar la fiabilidad interna del instrumento, se calculó el coeficiente Alfa de Cronbach, considerado apropiado para escalas de tipo ordinal. Este procedimiento permitió establecer la consistencia interna del cuestionario antes de su aplicación definitiva. Posteriormente, se realizó un análisis estadístico descriptivo de los datos recopilados, utilizando medidas de tendencia central y dispersión. Se efectuaron cruces de variables según características sociodemográficas y profesionales, con el propósito de identificar posibles asociaciones y patrones emergentes en relación con el nivel de empatía percibida.

Posteriormente, se desarrolló un abordaje cualitativo de tipo fenomenológico interpretativo, orientado a profundizar en las vivencias y significados atribuidos por los profesionales de enfermería a sus experiencias con los familiares de pacientes en estado crítico. Esta etapa buscó complementar e interpretar los hallazgos obtenidos en la fase cuantitativa.

Se seleccionó un subgrupo intencional de 8 profesionales de enfermería, provenientes de la muestra inicial, quienes cumplían con los criterios de contar con al menos dos años de experiencia continua en UCI y demostrar disponibilidad para participar en entrevistas individuales. Las entrevistas fueron de carácter semi-estructurado, tuvieron una duración aproximada de entre 45 y 60 minutos, y fueron grabadas en audio con consentimiento previo. Posteriormente, se transcribieron de forma íntegra para su análisis.

Las entrevistas se guiaron mediante un guion flexible que abordó como ejes temáticos las experiencias de interacción emocional con familiares de pacientes, la percepción sobre la pérdida progresiva de empatía, las barreras

internas y organizacionales para la expresión empática y los significados personales atribuidos a la empatía en el ejercicio profesional. Para el tratamiento de los datos, se aplicó un análisis temático inductivo, que incluyeron codificación inicial, generación de temas, revisión, definición y nombramiento de los temas emergentes. La codificación se realizó de forma manual, garantizando el rigor mediante una triangulación teórica y de datos entre los hallazgos de ambas fases.

RESULTADOS Y DISCUSIÓN

El análisis de la fase cuantitativa permitió identificar patrones relevantes sobre la percepción de empatía del personal de enfermería hacia los familiares de pacientes críticos en la UCI. En relación con la capacidad de escucha activa hacia las preocupaciones de los familiares, el 50 % de los participantes indicó que realizaba esta práctica con regularidad, mientras que el 21,4 % afirmó hacerlo con frecuencia. Estos resultados sugirieron que, si bien una parte significativa del personal mantenía una actitud receptiva, existía un margen considerable de mejora en la comunicación empática.

Cuando se indagó sobre la percepción del impacto del trato brindado en momentos de alto estrés emocional por parte de los familiares, el 57,1 % consideró que su apoyo era “muy pocas veces eficaz” para calmar la angustia. Adicionalmente, un 14,3 % expresó que “nunca” lograba ser eficaz en este sentido, y otro 14,3 % declaró que solo “rara vez” lo conseguía. Únicamente un 14,3 % manifestó que con frecuencia brindaba un apoyo considerado eficaz. Estos datos evidenciaron una autopercepción limitada respecto al éxito en el acompañamiento emocional, lo que puede estar relacionado con factores estructurales o personales.

Respecto a la oferta de apoyo emocional directo a los familiares, el 57,1 % reportó que lo hacía “muy pocas veces”, mientras que el 21,4 % lo brindaba “rara vez” y otro 21,4 % lo ofrecía con mayor frecuencia. Estos resultados reflejaron una clara tendencia hacia una baja interacción emocional, lo cual puede indicar una desconexión progresiva en la relación enfermero-familia en contextos críticos.

Uno de los factores que emergió con fuerza fue la carga laboral. El 42,9 % de los encuestados admitió que esta afectaba su capacidad para mostrarse empático, mientras que el 7,1 % afirmó que esta afectación era constante. Este hallazgo permitió visibilizar el impacto de la sobrecarga operativa en el deterioro del vínculo humano con los familiares, aspecto que podría estar agravando el distanciamiento emocional.

La influencia del entorno profesional inmediato también fue valorada. El 35,7 % señaló que el trabajo prolongado junto a compañeros dentro del mismo entorno de UCI había incidido en una pérdida progresiva de empatía, mientras que un 7,1 % consideró que esto ocurría rara vez.

Este dato reveló una dimensión interpersonal que podría estar incidiendo negativamente en las actitudes empáticas, probablemente por el desgaste emocional acumulado o por una cultura organizacional poco orientada al bienestar psicoemocional.

Otro elemento relevante fue la percepción de reconocimiento. El 35,7 % indicó que “muy pocas veces” se sentía afectado por la falta de reconocimiento de parte de sus jefes o de los propios familiares, mientras que el 14,3 % mencionó que esto ocurría “rara vez”. Aunque no todos los profesionales lo señalaron como un factor determinante, el hecho de que más de un tercio de ellos percibiera esta carencia sugiere una necesidad de fortalecer los mecanismos institucionales de valoración y retroalimentación positiva.

En cuanto a las manifestaciones de gratitud por parte de los familiares, la mitad de los encuestados refirió que estas eran “muy poco frecuentes”. Solo un 14,3 % expresó que recibía expresiones de gratitud con frecuencia. Esta limitada retroalimentación emocional contribuye a reforzar una percepción de indiferencia por parte de las familias, lo que, con el tiempo, puede fomentar actitudes defensivas o de desapego profesional.

Una de las preguntas clave exploró de manera directa la aplicación de la empatía en el contexto del cuidado. Se observó una notable polarización: un 35,7 % manifestó que “muy pocas veces” aplicaba empatía hacia los familiares, mientras otro 35,7 % afirmó que “siempre” lo hacía. El 28,6 % restante indicó que lo hacía “frecuentemente”. Esta dispersión en las respuestas refleja una gran heterogeneidad en las prácticas y niveles de implicación emocional entre los profesionales.

Asimismo, se evaluó si la repetición de casos clínicos similares en la UCI había provocado una disminución de la empatía. El 42,9 % respondió que esta pérdida ocurría “muy pocas veces”, y un 7,1 % dijo que ocurría “rara vez”. Aunque estas cifras parecen indicar una baja afectación directa, no descartan la existencia de mecanismos de habituación emocional como estrategia de afrontamiento inconsciente.

Finalmente, se exploró la percepción sobre la influencia del entorno laboral en la creación de barreras emocionales. El 35,7 % señaló que el entorno influía “frecuentemente” en su comportamiento y estado anímico, llevándolos a generar distanciamiento emocional hacia pacientes y familiares. Otro 35,7 % lo consideró una situación que ocurría “muy pocas veces”, mientras que el 28,6 % afirmó que esto sucedía “siempre”. Estos datos refuerzan la idea de que el contexto institucional y el clima organizacional desempeñan un papel determinante en la expresión de empatía en entornos de alta complejidad clínica.

Por otro lado, el análisis de las entrevistas realizadas permitió profundizar en la comprensión del fenómeno de la pérdida de empatía hacia los familiares de los pacientes.

En primer lugar, se evidenció una categoría transversal vinculada al desgaste emocional y la habituación al sufrimiento. Las narrativas compartidas por el personal médico reflejaron una normalización del dolor ajeno como mecanismo de adaptación. Muchos de los entrevistados manifestaron que, con el tiempo, dejaron de experimentar una reacción emocional profunda frente al sufrimiento de los familiares. Este fenómeno fue descrito no como una falta de sensibilidad inherente, sino como una necesidad de endurecimiento psíquico para poder continuar ejerciendo su labor sin quebrarse emocionalmente.

Ligado a lo anterior, se observó que el personal construyó mecanismos psicológicos de defensa para reducir su exposición al dolor de los familiares. Se identificó el uso de metáforas como “ponerse una coraza” o “blindarse”, lo que evidenció una racionalización del distanciamiento afectivo como un acto de supervivencia profesional. Este distanciamiento, aunque percibido por los profesionales como necesario, también generó sentimientos ambivalentes, pues algunos reconocieron que les resultaba doloroso tener que “negar” su humanidad para poder cumplir con su labor diaria.

Numerosos testimonios hicieron alusión a la contradicción entre las exigencias de brindar una atención humanizada y la carencia de condiciones reales que posibiliten dicho ejercicio. El personal relató cómo la presión asistencial, la escasez de tiempo y la ausencia de apoyo emocional por parte de la institución suelen dificultar el establecimiento de vínculos empáticos genuinos.

Unido a esto, el tiempo fue un recurso mencionado de forma recurrente: detenerse a hablar o consolar a un familiar implicaba, para muchos, retrasarse con las tareas clínicas, lo que generaba una percepción de desincentivo estructural hacia el vínculo empático.

Finalmente, algunos entrevistados plantearon que, ante la imposibilidad de sostener vínculos emocionales intensos sin comprometer su estabilidad personal, adaptaron su comprensión de empatía a una perspectiva más funcional: evitar causar daño, brindar información clara y actuar con respeto fueron consideradas formas suficientes de expresar cuidado. Esta redefinición no supuso necesariamente una pérdida de valores, sino una readecuación del rol profesional a las condiciones reales del entorno.

La triangulación de estos resultados con los hallazgos cuantitativos permitió integrar de forma coherente las dimensiones objetivas y subjetivas del fenómeno estudiado. Por ejemplo, el 72% de los participantes había reportado dificultades para establecer una relación empática sostenida, lo cual se comprendió más a fondo a la luz de las estrategias defensivas y la habituación emocional observadas. Asimismo, la percepción de un ambiente institucional desfavorable (65%) encontró correspondencia directa en las narrativas sobre la cultura organizacional deshumanizante. El dato de que el 58% manifestó

agotamiento emocional se articuló con la categoría de desgaste emocional y la redefinición del rol, evidenciando cómo el cansancio crónico no solo impacta la salud del profesional, sino también transforma su manera de vincularse con los familiares.

Esta fase del estudio permitió visibilizar que la pérdida de empatía no puede entenderse únicamente como una falla individual, sino como el resultado de múltiples factores interrelacionados: desgaste personal, ausencia de apoyo institucional, presión asistencial y necesidad de preservar la propia estabilidad emocional. Así, la empatía, lejos de desaparecer, adoptó nuevas formas, más contenidas, menos expresivas, pero no por ello exentas de sentido ético.

La comprensión de estas transformaciones resulta clave para diseñar intervenciones realistas que fortalezcan la dimensión humana del cuidado en contextos de alta complejidad. En tal sentido, la Tabla 1 propone un grupo de estrategias orientadas a mejorar la calidad de la atención, con base en los elementos observados durante el estudio.

Tabla 1. Propuesta de intervención para fortalecer la dimensión humana en UCI.

Intervención Propuesta	Descripción	Objetivo
1. Espacios estructurados de descarga emocional semanal	Creación de sesiones breves (30–45 min) conducidas por psicólogos clínicos, dirigidas al personal médico para compartir experiencias y emociones acumuladas.	Disminuir el agotamiento emocional y prevenir la despersonalización.
2. Capacitación continua en comunicación empática y ética clínica aplicada	Talleres prácticos periódicos centrados en el manejo emocional con familiares, escucha activa, límites profesionales y resolución ética de conflictos.	Reforzar habilidades relacionales sin exigir vínculos afectivos no sostenibles.
3. Implementación de protocolos de interacción familiar humanizada	Desarrollo de guías estandarizadas para la comunicación con familiares en momentos críticos, con enfoque en contención emocional, claridad y respeto.	Mejorar la calidad de la relación con los familiares sin sobrecargar emocionalmente al personal.
4. Reconocimiento institucional de la dimensión emocional del cuidado	Inclusión de indicadores de cuidado humanizado en las evaluaciones de desempeño, y visibilización formal del esfuerzo emocional del personal en espacios internos.	Validar y dignificar el trabajo emocional como parte del rol profesional.
5. Diseño de turnos protegidos para actividades no clínicas (formación/reflexión)	Asignación rotativa de tiempos protegidos dentro del horario laboral para actividades formativas o espacios reflexivos sin tareas asistenciales asignadas.	Permitir momentos de pausa y reflexión que favorezcan la restauración emocional.
6. Creación de una figura de enlace emocional-familiar	Incorporación de personal especializado (por ejemplo, trabajador/a social o psicólogo) como nexo entre el equipo médico y las familias durante situaciones críticas.	Disminuir la carga emocional directa sobre el personal médico en momentos de alta tensión.
7. Comité interno de ética relacional y apoyo en toma de decisiones complejas	Establecimiento de un comité que ofrezca orientación ética en casos sensibles, con participación de profesionales clínicos, éticos y psicosociales.	Acompañar al personal en dilemas morales complejos, promoviendo decisiones compartidas y sostenibles.

CONCLUSIONES

El presente estudio permitió evidenciar que la pérdida de empatía del personal de enfermería hacia los familiares de pacientes críticos en UCI se trata de un fenómeno multidimensional, donde confluyen elementos personales, organizacionales, estructurales y simbólicos. Los hallazgos evidenciaron una desconexión emocional progresiva vinculada a condiciones de trabajo altamente demandantes, desgaste emocional acumulado, y a la instauración de mecanismos psicológicos de defensa, tales como la habituación al sufrimiento y el distanciamiento afectivo racionalizado. Esta transformación en la forma de relacionarse con los familiares, lejos de reflejar una pérdida absoluta de la capacidad empática, puso de manifiesto una reconfiguración adaptativa del rol profesional bajo condiciones adversas.

Los resultados obtenidos indicaron la necesidad de repensar los marcos organizacionales en los que se desarrolla el cuidado intensivo, particularmente en lo relativo al acompañamiento emocional brindado por el personal de enfermería. La empatía, entendida como componente esencial de la atención humanizada, requiere no solo formación continua, sino también condiciones laborales que la posibiliten. La alta carga asistencial, la escasa retroalimentación positiva, la falta de espacios para la contención emocional del personal y la débil cultura de reconocimiento institucional emergieron como factores clave que deben ser abordados de manera integral. En tal sentido, se propusieron un grupo de

estrategias con el fin de fortalecer la dimensión humana del cuidado mediante acciones realistas, contextualizadas y sostenibles, que reconozcan tanto la complejidad del entorno de UCI como la subjetividad del profesional que en él opera.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- Aghaie, B., Anoosheh, M., Foroughan, M., Mohammadi, E., & Kazemnejad, A. (2021). A whirlpool of stress in families of intensive care unit patients: A qualitative multicenter study. *Critical Care Nurse*, 41(3), 55–64. <https://doi.org/10.4037/ccn2021322>
- Alvarado Acevedo, M. M., Cruz Palacios, E. Y., & Alvarado Guardado, E. de J. (2021). Cuidados paliativos: Una herramienta para estudiantes de enfermería y garantía de la dignidad humana. *Anuario de Investigación: Universidad Católica de El Salvador*, 10, 67–74. <http://18.235.180.106:8080/jspui/bitstream/unicaes/375/1/05CuidadosPaliativosAl21.pdf>
- Andrade-Pizarro, L. M., Bustamante-Silva, J. S., Viris-Orbe, S. M., & Noboa-Mora, C. J. (2023). Retos y desafíos de enfermería en la actualidad. *Revista Arbitrada Interdisciplinaria de Ciencias de la Salud: Salud y Vida*, 7(14), 41–53. <https://doi.org/10.35381/s.v.v7i14.2525>
- Basile, M. J., Rubin, E., Wilson, M. E., Polo, J., Jacome, S. N., Brown, S. M., Heras La Calle, G., Montori, V. M., & Hajizadeh, N. (2021). Humanizing the ICU patient: A qualitative exploration of behaviors experienced by patients, caregivers, and ICU staff. *Critical Care Explorations*, 3(6), e0463. <https://doi.org/10.1097/CCE.0000000000000463>
- Correa-Pérez, L., & Chavarro, G. A. (2021). Integralidad en la atención del paciente crítico: Buscando un camino para humanizar la UCI. *Acta Colombiana de Cuidado Intensivo*, 21(1), 77–82. <https://doi.org/10.1016/j.acci.2020.04.004>
- Defaz Defaz, M. F., Paucar Bombón, M. F., Jiménez Juella, N. de J., Díaz Guerrero, M. del C., & Andino Guamanzara, X. del P. (2025). Relación enfermera-paciente en la unidad de cuidados intensivos: Una revisión sistemática de la literatura. *Ciencia Latina: Revista Multidisciplinar*, 9(2), 702–753. <https://dialnet.unirioja.es/descarga/articulo/10104302.pdf>
- Díaz, V. P., Reyes, A., Calzadilla, A., Torres, P. A., González, E., Bilbao, J. L., González, F., Estrada, N., Fortich, N., Sepúlveda, W., Silva-Vetri, M. G., Bullen, M., & Erazo, A. M. (2021). Psychometry and estimation of cutoff points of Jefferson Scale of empathy in dental students. *Journal of Dental Education*, 85(3), 322–330. <https://doi.org/10.1002/jdd.12444>
- Hernández-Nápoles, A., Rodríguez-Curbelo, M., Alfonso-Salabert, I., Díaz-López, R. C., Cabrera-Benítez, L., & Medero-Collazo, C. (2024). Registro de monitorización de enfermería en el paciente crítico. *Revista Médica Electrónica*, 46. http://scielo.sld.cu/scielo.php?pid=S1684-18242024000100032&script=sci_arttext
- Ibarra Franco, L. C. (2024). Intervención multisensorial en Unidad de Cuidado Intensivo Adulto. *Boletín Informativo CEI*, 11(2), 148–150. <https://revistas.umariana.edu.co/index.php/BoletinInformativoCEI/article/view/4172>
- Martínez-Morato, S., Feijoo-Cid, M., Galbany-Estragués, P., Fernández-Cano, M. I., & Arreciado Marañón, A. (2021). Emotion management and stereotypes about emotions among male nurses: A qualitative study. *BMC Nursing*, 20(1), 114. <https://link.springer.com/article/10.1186/s12912-021-00641-z>
- Robertson, S. B., Hjörleifsdóttir, E., & Sigurðardóttir, Þ. (2022). Family caregivers' experiences of end-of-life care in the acute hospital setting: A qualitative study. *Scandinavian Journal of Caring Sciences*, 36(3), 686–698. <https://doi.org/10.1111/scs.13025>
- Sepúlveda-Hermosilla, D., Irarrázabal-Vargas, L., & Silva, N. R. (2022). Participación de la familia en el cuidado del paciente crítico: Un estudio exploratorio. *Enfermería Intensiva*, 33(4), 173–184. <https://doi.org/10.1016/j.enfi.2021.07.004>
- Tronstad, O., Flaws, D., Fraser, J. F., & Patterson, S. (2021). The intensive care unit environment from the perspective of medical, allied health and nursing clinicians: A qualitative study to inform design of the 'ideal' bedspace. *Australian Critical Care*, 34(1), 15–22. <https://doi.org/10.1016/j.aucc.2020.06.003>