



REVISIÓN

Relación enfermera-familia. Más allá de la apertura de puertas y horarios



C. Duque-Ortiz (PhD)^{a,*} y M.M. Arias-Valencia (PhD)^b

^a Universidad Pontificia Bolivariana, Medellín, Colombia

^b Grupo de Investigación en Políticas y Servicios de Salud, Universidad de Antioquia, Medellín, Colombia

Disponible en Internet el 8 de abril de 2020

PALABRAS CLAVE

Relaciones
profesional-familia;
Enfermeros;
Unidades de cuidados
intensivos;
Empatía;
Relaciones
interpersonales;
Comunicación;
Familia

Resumen

Introducción: El cuidado en la unidad de cuidados intensivos implica contemplar, entre otras dimensiones del paciente, a la familia. Para esto es necesario que la enfermera establezca relaciones con los familiares del paciente.

Objetivo: Identificar la forma en que se establece la relación enfermera-familia en la UCI de adultos, al igual que las condiciones, elementos y factores que la favorecen o la dificultan.

Método: Revisión narrativa integrativa de la literatura científica. Las bases de datos consultadas fueron: Ovid, PubMed, Science Direct, Scopus, Clinical Key, Google Académico y Scielo. Se buscaron artículos en inglés y español publicados entre el 2014 y el 2018. Los descriptores y fórmulas utilizadas se seleccionaron de acuerdo con el acrónimo *Population and their problems, Exposure and Outcomes or themes* (PEO). La población correspondió a las enfermeras de UCI y los familiares de pacientes en estado crítico; la exposición o contexto, a la unidad de cuidados intensivos adultos y los resultados esperados, a la forma como estos se relacionan. Para la evaluación metodológica se utilizaron la guía STROBE para artículos observacionales, PRISMA para artículos de revisión, COREQ para artículos cualitativos y CASPe para artículos derivados de proyectos.

Resultados: Se identificaron 214 artículos, de los cuales se seleccionaron 63 para incluir en la revisión. Las temáticas centrales identificadas fueron: el entorno de la UCI y sus efectos sobre el familiar, la empatía como indicador de la relación, la interacción como medio para relacionarse, la comunicación como centro de las relaciones y las barreras para el establecimiento de relaciones.

Conclusiones: La relación enfermera-familia en la unidad de cuidados intensivos se da a partir de la interacción y la comunicación en medio de barreras humanas, físicas, normativas y administrativas. Mejorar la relación enfermera-familia contribuye a la humanización de las unidades de cuidados intensivos de adultos.

© 2020 Sociedad Española de Enfermería Intensiva y Unidades Coronarias (SEEIUC). Publicado por Elsevier España, S.L.U. Todos los derechos reservados.

* Autor para correspondencia.

Correo electrónico: camilo.duque@upb.edu.co (C. Duque-Ortiz).

KEYWORDS

Professional-family relations;
Nurses;
Intensive care units;
Empathy;
Interpersonal relations;
Communication;
Family-relatives

Nurse-family relationship. Beyond the opening of doors and schedules**Abstract**

Introduction: Care in the Intensive Care Unit involves contemplating, among other dimensions of the patient, the family. For this, it is necessary for the nurse to establish relationships with the patient's relatives.

Objective: To identify the way in which the nurse-family relationship is established in the adult ICU, as well as the conditions, elements and factors that favour or hinder it.

Method: Integrative narrative review of the scientific literature. The databases consulted were Ovid, PubMed, Science Direct, Scopus, Clinical Key, Google Scholar and Scielo. Articles in English and Spanish published between 2014 and 2018 were searched. The descriptors and formulas used were selected according to the acronym Population and their problems, Exposure and Outcomes or themes- PEO. The population comprised ICU nurses and the relatives of patients in critical condition; Adult Intensive Care Unit exposure or context; the expected results, and how they are related. For the methodological evaluation, the STROBE guide was used for observational articles, PRISMA for review articles, COREQ for qualitative articles and CASPe for articles derived from projects.

Results: We identified 214 articles, of which 63 were selected to be included in the review. The central themes identified were: the ICU environment and its effects on the family, empathy as an indicator of relationship, interaction as a means of relating, communication as the centre of relationships and barriers to the establishment of relationships.

Conclusions: The nurse-family relationship in the Intensive Care Unit is based on interaction and communication amidst human, physical, regulatory and administrative barriers. Improving the nurse-family relationship contributes to the humanization of Adult Intensive Care Units.

© 2020 Sociedad Española de Enfermería Intensiva y Unidades Coronarias (SEEIUC). Published by Elsevier España, S.L.U. All rights reserved.

Introducción

La humanización de los servicios de salud y, en especial, de las unidades de cuidados intensivos (UCI), ha llevado a incorporar el concepto de «atención centrada en el paciente y la familia» (*patient and family-center care*), el cual pretende crear un enfoque de atención en el que la familia adquiera mayor relevancia e importancia en los servicios de salud^{1,2}. Dicho concepto tiene como principios: la información compartida, el respeto por las diferencias, y la colaboración, negociación y cuidado en el contexto familiar y comunitario¹.

Lo anterior permite evolucionar de una atención centrada en el paciente a un modelo holístico que reconozca las necesidades de la familia como inseparables de las del paciente³. Sin embargo, la complejidad de las dinámicas de la UCI contribuye a considerar las necesidades humanas, del paciente y de su familia, como una preocupación secundaria⁴. Arias-Rivera y Sánchez-Sánchez⁵ exponen que, en la UCI, todavía es necesario mejorar aspectos como la empatía con los sentimientos y preocupaciones de los miembros de la familia, la comodidad de las unidades y la coordinación del personal con los familiares.

Lor et al.⁶ identificaron que el cuidado centrado en la familia en la UCI promueve una mejor comunicación y comprensión del paciente, disminuye la ansiedad, el estrés postraumático y la depresión de los familiares; además, se constituye como una oportunidad para enseñar e involucrar al familiar en el cuidado del paciente, lo que mejora la

seguridad del servicio y la satisfacción del paciente y su familia⁷⁻¹⁰.

En el 2014, surgió en España el Proyecto «Humanizando los Cuidados Intensivos»¹¹ (HU-CI) cuyo propósito era favorecer un punto de encuentro entre pacientes, familiares y profesionales; difundir y acercar a la población general los cuidados intensivos y fomentar la formación en habilidades de humanización. De sus 8 líneas estratégicas, aquellas que tienen estrecha relación con la familia son: «UCI de puertas abiertas», «comunicación», «presencia y participación de los familiares en los cuidados intensivos» y «prevención, manejo y seguimiento del síndrome poscuidados intensivos»^{1,4}.

La participación de los familiares en la UCI puede tener efectos positivos sobre el paciente y sobre ellos mismos, pues les ayuda a reducir el estrés emocional y facilita la cercanía y comunicación con el paciente y los profesionales¹¹. En este sentido, Fawcett¹² considera la comunicación como el vehículo por el cual se desarrollan y mantienen las relaciones humanas y como un proceso por el que se transmite información de una persona a otra, en un encuentro cara a cara^{11,13}.

Por otro lado, la apertura de puertas en la UCI favorece la integración del familiar, en la medida en que esta estrategia pretende eliminar todas las limitaciones innecesarias de tipo temporal, físico y relacional, al permitir que los familiares del paciente se involucren activamente¹⁴ e interactúen con mayor frecuencia con el personal asistencial⁴. De esta manera, resalta la importancia de la interacción en el proceso de involucramiento del familiar a las dinámicas de la

UCI. Al respecto, Meleis¹⁵ reconoce que las relaciones se forman por medio de la interacción.

El síndrome poscuidados intensivo familiar se refiere a las afecciones mentales, cognitivas y físicas que experimentan los familiares de los pacientes críticamente enfermos, que se derivan de sentimientos intensos y alternantes y que favorecen el desarrollo de efectos psicológicos a largo plazo, como ansiedad, depresión y estrés postraumático¹⁶⁻²⁰. Esto se refleja en una crisis familiar que los puede llevar a descuidar su propia salud. Por lo tanto, la prevención de dicho síndrome en los familiares favorece su reintegración a las actividades sociales, el restablecimiento de las dinámicas familiares y la prevención de alteraciones de la salud mental.

El estado de ansiedad, depresión, incertidumbre y estrés en el que se encuentran frecuentemente los familiares en la UCI los lleva a considerar que la enfermera se encuentra en una posición óptima para relacionarse con ellos¹⁹⁻²⁴. Sin embargo, estas relaciones se dan en un contexto en el que tanto el ambiente como los recursos disponibles para el cuidado de la familia tienen el potencial de servir como barreras de la participación de los familiares en el cuidado del paciente²⁴⁻²⁷.

Koukoulis et al.¹⁶ plantean que debe promoverse e implementarse un marco inclusivo para la familia en cuidados intensivos por medio del desarrollo de estrategias que permitan el mejoramiento de la comunicación entre las enfermeras y los familiares del paciente crítico; a este respecto, Padilla-Fortunati et al.²⁸ y Velasco-Bueno et al.²⁹ consideran que puede contribuir a establecer relaciones empáticas y comprensivas.

De acuerdo con lo expuesto, el establecimiento de relaciones surge como un elemento central que contribuye a la humanización del cuidado en la UCI, pues estas favorecen la comprensión del significado de la experiencia, en este caso, del familiar³⁰. Carper³¹ reconoce las relaciones como un elemento que ayuda a desarrollar habilidades para comprender los significados que surgen del encuentro de la persona enfermera con sus sujetos de cuidados.

Si bien se identifican aspectos que contribuyen al establecimiento de relaciones tales como la interacción y la comunicación, se desconoce la forma en la que se construye la relación entre los familiares y la persona enfermera. A partir de lo planteado, el objetivo del presente estudio fue identificar la forma como se establece la relación enfermera-familia en la UCI adultos, al igual que las condiciones, elementos y factores que la favorecen o la dificultan.

Método

El presente estudio es una revisión narrativa³² integrativa de la literatura científica sobre la relación persona enfermera-familia en UCI. El estudio se realizó en 3 etapas: planeación; diseño y gestión; y análisis, elaboración y formalización^{33,34}. Dichas etapas estuvieron enmarcadas en las propuestas de la declaración PRISMA para mejorar la publicación de revisiones sistemáticas y metaanálisis.

En la primera etapa se establecieron las estrategias de búsqueda que permitieran hacer una revisión sistemática de la literatura científica. Los descriptores y fórmulas utilizadas para la búsqueda de información se seleccionaron

de acuerdo con *Population and their problems, Exposure and Outcomes or themes* (PEO)³⁵. La población correspondió a las enfermeras de UCI y los familiares de pacientes en estado crítico; la exposición o contexto, a la unidad de cuidados intensivos de adultos y los resultados esperados, a la forma como estos se relacionan. En la [tabla 1](#) se describen los descriptores Decs y las fórmulas utilizados, además de los criterios de inclusión, exclusión y filtros de búsqueda.

En la segunda etapa, se realizó una lectura crítica lineal de los artículos, lo cual permitió valorar su calidad y estructura metodológica. Para dicha valoración, se utilizaron la guía STROBE para artículos observacionales, PRISMA para artículos de revisión, COREQ para artículos cualitativos y CASPe para artículos derivados de proyectos. Lo anterior contribuyó a estandarizar y sistematizar la lectura y revisión de los artículos, al igual que a determinar su rigor metodológico y validez científica a la hora de definir su pertinencia de acuerdo con la temática y propósito del estudio.

Los artículos que se incluyeron en el estudio fueron sistematizados en una matriz de Excel en la que se especificó: autor, año de publicación, lugar donde se realizó la investigación, nombre de la revista donde se publicó, título del artículo, objetivo, conceptos centrales del artículo, metodología, participantes, instrumentos utilizados, resultados relacionados con el objeto de estudio y principales conclusiones. Los conceptos centrales del artículo fueron identificados de 2 formas. La primera, reconociendo el fenómeno central de estudio en el objetivo y la forma como fue representado conceptualmente por los autores; y la segunda, reconociendo el o los conceptos principales abordados en los resultados.

En la tercera fase, se abordó el análisis e interpretación de los conceptos, resultados y conclusiones, lo cual permitió la identificación de temas y subtemas.

Resultados

Los artículos seleccionados para la revisión narrativa fueron 63, después de seguir el proceso descrito en la [figura 1](#).

Los artículos procedían de 23 revistas, de las cuales, *Intensive and Critical Care Nursing*, *Enfermería Intensiva*, *Australian Critical Care* y *Journal of Critical Care* tenían el mayor número de publicaciones sobre la temática referida. De las revistas consultadas, 19 se encontraron clasificadas en la SCImago Journal Rank (SJR); las restantes, estaban clasificadas en Publindex y Latindex. De los artículos incluidos en la revisión narrativa, el mayor número de estos fueron publicados en revistas categorías Q1. Con relación a la zona geográfica donde se realizaron los estudios, el mayor número se hicieron en el continente europeo y, dentro de este, en España. De acuerdo al enfoque metodológico de los estudios, estos se enmarcaron principalmente en el cuantitativo. En menor medida, se encontraron estudios mixtos, los cuales corresponden a aquellos en los que se usaron técnicas de recolección y análisis de datos tanto cuantitativas como cualitativas. En la [tabla 2](#) se detallan las características de las publicaciones integradas en la revisión.

Para identificar las temáticas centrales del estudio se utilizaron 2 estrategias. Por un lado, una revisión teórica y conceptual del concepto relación que permitió identificar que esta se fundamenta en la interacción y la

Tabla 1 Proceso metodológico para la búsqueda, sistematización y análisis de artículos científicos

Fases	Elementos	Criterios
Planeación	Delimitación temporal	5 años comprendidos entre el 2014 y el 2018
	Bases de datos consultadas	Ovid SP, PubMed, Science Direct, Scopus, Clinical Key, Google Académico y Scielo
	Idioma	Inglés o español
	Términos Decs	Relaciones profesional-familia (<i>professional-family relations</i>), interacción interpersonales-relaciones interpersonales (<i>interpersonal relations</i>), enfermeros (<i>nurses</i>), unidad de cuidados intensivos (<i>intensive care units</i>), enfermeras de familia (<i>nursing family</i>), comunicación (<i>communication</i>), familias familia-familiares (<i>families family-relatives</i>). Inicial: • <i>Nurses OR nursing family AND families OR relatives OR family AND interpersonal relations OR professional- family relations AND intensive care unit</i> Posterior • <i>Nurses AND families OR relatives OR family AND communication AND intensive care unit</i> • <i>Nurses AND families OR relatives OR family AND interpersonal relations AND intensive care unit</i> • <i>Families OR relatives OR family AND intensive care unit</i>
	Fórmulas de búsqueda	
	Criterios de inclusión	Estudios realizados con adultos mayores de 18 años Estudios que hablaran de la experiencia de los familiares en la UCI Estudios que abordaran el rol de la enfermera con relación a la familia
Diseño y gestión	Lectura lineal y evaluación de los artículos mediante guías: PRISMA, STROBE, COREQ y CASPe Extracción de los siguientes datos: el autor, año de publicación, lugar donde se realizó la investigación, nombre de la revista donde se publicó, título del artículo, objetivo, conceptos centrales del artículo, metodología, participantes, instrumentos utilizados, resultados relacionados con el objeto de estudio y principales conclusiones	
Análisis, elaboración y formalización	Sistematización en Excel para la organización de los datos Se hizo una lectura transversal Identificación de conceptos claves Contrastación con la teoría Definición y desarrollo de temáticas	

Fuente: Elaboración propia.

comunicación, aspectos que también fueron evidentes en la lectura transversal de los artículos. Por otro lado, de dicha lectura emergieron conceptos adicionales, como necesidades y emociones de los familiares en la UCI y barreras en la relación. De esta manera, se identificaron 5 ejes temáticos, sobre los cuales se desarrolló la narrativa: el entorno de la UCI y sus efectos sobre el familiar, la empatía como indicador de la relación, la interacción como medio para relacionarse, la comunicación como centro de las relaciones y las barreras para el establecimiento de relaciones. En el [anexo](#) del material suplementario correspondiente a la tabla 3, se realiza una síntesis de los artículos incluidos en la revisión.

Discusión

El entorno de la unidad de cuidados intensivos y sus efectos sobre el familiar

La exposición de los familiares al contexto de la UCI, donde todo sucede rápidamente^{36,37} y el entorno resulta desconocido y aterrador, puede hacerlos sentir abrumados¹⁸, angustiados, ansiosos³⁸⁻⁴¹ y preocupados, llevándolos a un estado de incertidumbre^{25,42,43} que se puede incrementar por la falta de previsibilidad y de información⁴³. Esta situación puede generar que los familiares también se sientan

Tabla 2 Características de los artículos incluidos en la revisión narrativa

Características			n	%
Año de publicación	2018		16	25,40
	2017		11	17,46
	2016		12	19,05
	2015		14	22,22
	2014		10	15,87
Continente/país del estudio	África (4,76%)	Sudáfrica	2	3,17
		Líbano	1	1,59
	Asia (9,52%)	China	2	3,17
		Japón	2	3,17
		Irán	1	1,59
		Jordania	1	1,59
	Europa (39,68%)	Dinamarca	1	1,59
		España	10	15,87
		Finlandia	1	1,59
		Grecia	4	6,35
		Holanda	1	1,59
		Inglaterra	1	1,59
		Noruega	5	7,94
		Suecia	2	3,17
	Latinoamérica (14,29%)	Chile	4	6,35
		Colombia	5	7,94
	Norteamérica (22,22%)	Canadá	2	3,17
		Estados Unidos	12	19,05
	Oceanía (9,52%)	Australia	3	4,76
		Tanzania	1	1,59
		Nueva Zelanda	2	3,17
Enfoque de investigación/diseño metodológico del estudio	Cuantitativo (55,56%)	Transversal	24	38,10
		Longitudinal	1	1,59
		Prospectivo	3	4,76
		Retrospectivo	1	1,59
		Proyecto	3	4,76
		Validación de instrumento	3	4,76
		Análisis de contenido	2	3,17
	Cualitativo (31,75%)	Descriptivo	11	17,46
		Fenomenología	5	7,94
		Teoría fundamentada	2	3,17
		Transversal y descriptivo	3	4,76
	Mixto (4,76%)	Revisión narrativa	5	7,94
	Revisión de la literatura (7,94%)			
Revistas en que fueron publicados los artículos (clasificación)	<i>Intensive and Critical Care Nursing</i> (Q1)		19	30,16
	<i>Enfermería Intensiva</i> (Q4)		9	14,29
	<i>Australian Critical Care</i> (Q1)		6	9,52
	<i>Journal of Critical Care</i> (Q1)		5	7,94
	<i>Medicina Intensiva</i> (Q2)		3	4,76
	<i>Critical Care Nursing Quarterly</i> (Q2)		2	3,17
	<i>Investigación en Enfermería: Imagen y desarrollo</i> (indexada en Pubindex, Colombia: C)		2	3,17
	<i>Journal of Pain and Symptom Management</i> (Q1)		2	3,17
	<i>American Journal of Critical Care</i> (Q1)		1	1,59
	<i>Applied Nursing Research</i> (Q2)		1	1,59
	<i>Avances en Enfermería</i> (indexada en Pubindex, Colombia: C)		1	1,59
	<i>BMC Nursing</i> (Q1)		1	1,59
	<i>Enfermería Universitaria</i> (indexada en Latindex)		1	1,59
	<i>Health SA Gesondheid</i> (Q4)		1	1,59
	<i>Heart & Lung</i> (Q2)		1	1,59
	<i>International Journal of Nursing Studies</i> (Q1)		1	1,59
	<i>Investigación y Educación en Enfermería</i> (Q3)		1	1,59

Tabla 2 (continuación)

Características	n	%
<i>Journal of Clinical Nursing</i> (Q1)	1	1,59
<i>Journal of Nursing Management</i> (Q1)	1	1,59
<i>Mental Health and Prevention</i> (Q3)	1	1,59
<i>Nursing in Critical Care</i> (Q2)	1	1,59
<i>Revista Cuidarte</i> (indexada en Pubindex, Colombia: C)	1	1,59
<i>The Journal of Nursing Research</i> (Q2)	1	1,59
Artículos según clasificación de la revista		
<i>SC Imago Journal</i> Rank Q1	37	58,73
Rank Q2	9	14,29
Q3	2	3,17
Q4	10	15,87
Pubindex C	4	6,35
Latindex	1	1,59

Fuente: Elaboración propia.

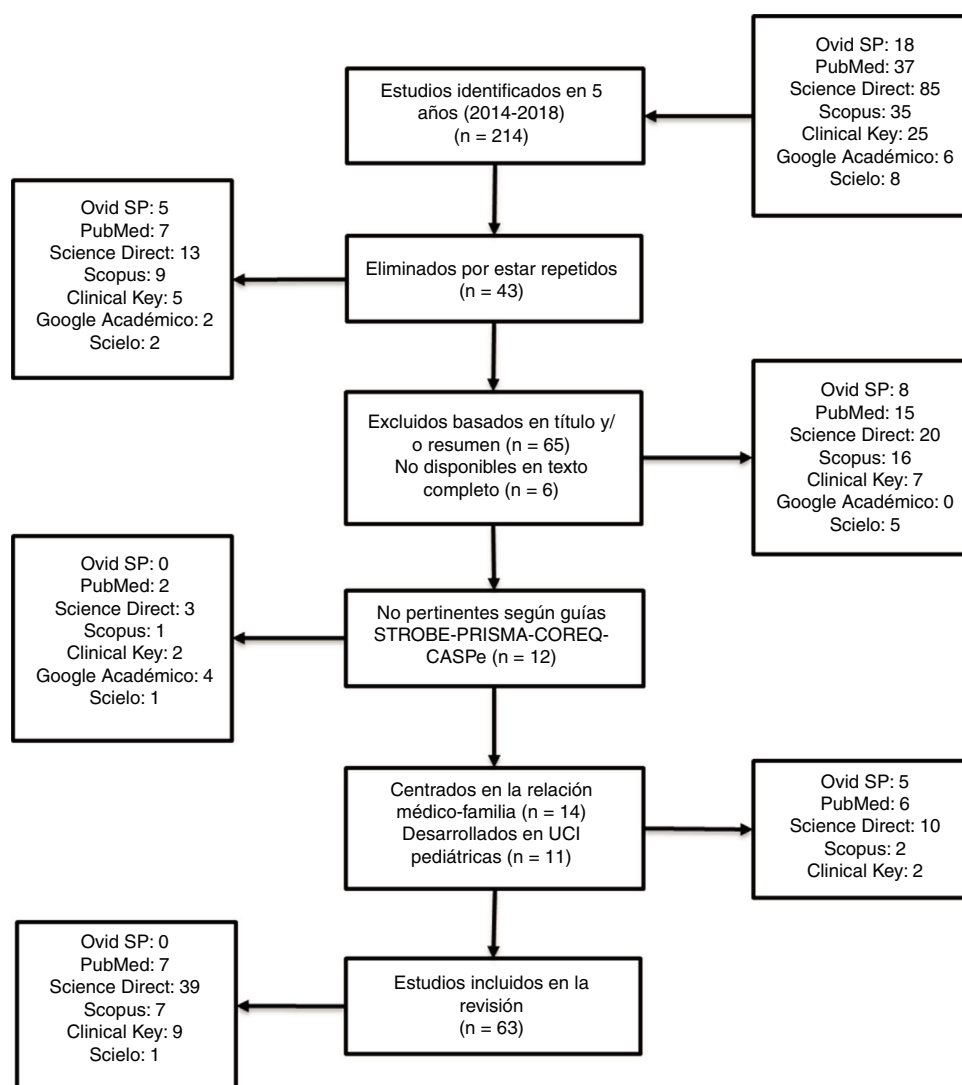


Figura 1 Proceso de selección de artículos.

Fuente: Elaboración propia.

frustrados, con remordimiento, pérdida de confianza y sentimiento de culpa por la condición de su pariente^{16,25,36,39,44}.

En adición, las familias presentan una necesidad intensa de recibir información^{28,38,45-50}. Murillo-Pérez et al.⁵¹ plantean que dicha necesidad es la más significativa para los familiares porque proporciona comprensión y una mayor sensación de control lo cual contribuye a reducir las emociones negativas. Por esto, la comunicación se constituye como un elemento fundamental, ya que, a través de esta, los familiares pueden saber sobre la enfermedad, plan terapéutico, posibles secuelas y pronóstico del paciente^{38,45,46,49,50}. Los familiares esperan que la información que se les brinda sea honesta, que responda apropiadamente a las preguntas y que sea explicada en términos entendibles^{52,53}.

Los familiares, en la UCI, también presentan una necesidad de proximidad^{3,38,48}. Esta se ve reflejada por el deseo de estar cerca de su ser querido en el momento crítico, lo cual les da la sensación de tener más control e impacto en lo que le están haciendo a su pariente. Además de lo anterior, le permite al familiar ser visto como alguien importante para el paciente y recibir más apoyo por parte del personal^{3,38,53,54}.

Mitchell y Aitken³⁸ consideran que la presencia de la enfermera favorece el acercamiento de la familia con el paciente. Aliberch-Rurell y Miquel-Aymar³, Kohi et al.⁵⁵ y Rojas-Silva et al.⁵⁶ exponen que permitir la participación de la familia en los cuidados de su pariente enfermo favorece una visión integrada de la atención y la relación enfermera-paciente-familia, ya que le permite conocer mejor al paciente, su entorno, valores, cultura, entre otros.

La empatía como indicador de la relación

Montoya-Tamayo et al.⁵⁷ reconocen que es necesario que la enfermera tome un papel más activo en la relación que establece con la familia. Estos autores identifican la «empatía» como el elemento necesario para que dichas relaciones se den y la enfermera se pueda comprometer con el acompañamiento a la familia⁵⁸. Parrado-Lozano et al.⁵⁹ definen la empatía como la capacidad de la enfermera de experimentar la realidad subjetiva del paciente o familia, de tal forma que le permita responder adecuadamente a sus necesidades y les facilite la expresión de sus sentimientos.

El establecimiento de relaciones contribuye a que las enfermeras aumenten la confianza en los familiares, lo que permite que estos sean reconocidos como un apoyo emocional para los pacientes y como parte del tratamiento⁶⁰. De igual forma, la construcción de relaciones contribuye a que las enfermeras brinden apoyo a los familiares durante el proceso de hospitalización ayudándolos a tener esperanza, confianza, tomar decisiones y prepararse para aceptar la muerte inminente⁶¹⁻⁶³.

Algunos de los enfoques que han adoptado algunas enfermeras para ganarse la confianza de los miembros de la familia y favorecer el establecimiento de relaciones son el compartir sus propias experiencias²⁴, reconocer las diversas culturas de los familiares respetando su conocimiento y opiniones⁶⁴, mostrar interés en la familia a través de indagar sobre historias personales en conversaciones con familiares, ofrecer bebidas, comidas y un lugar para dormir⁶⁵, mostrarse atenta, empática y comprensiva, tomar la mano del familiar afligido y brindar un trato cordial, tranquilidad y una

escucha activa⁵⁸. Lo anterior puede ayudar a los familiares a lidiar con el estrés de la admisión de una persona en la UCI⁶⁴ y facilita una participación saludable y efectiva de la familia²⁴.

Interacción como medio para relacionarse

Bernal-Ruiz y Horta-Buitrago⁵² resaltan que la interacción familia-enfermera es clave para propiciar una atención integral, evitar efectos psicológicos adversos y generar entornos terapéuticos humanizados exentos de connotación negativa.

Algunos de los elementos que favorecen la interacción de la enfermera con los familiares son los denominados por Parrado-Lozano et al.⁵⁹ como orientación y cuidado participativo. El primero se refiere a la capacidad para guiar a la familia sobre las normas y funcionamiento de la UCI. El segundo se refiere a la capacidad de hacer participar al familiar para que se involucre de manera voluntaria, gradual y guiada en el cuidado de su paciente⁶⁶. Asencio-Gutiérrez y Reguera-Burgos⁶⁷ exponen que permitir la presencia del familiar evitaría el sentimiento de abandono que se presenta mientras es atendido el pariente enfermo en el interior de la UCI.

Para mejorar la interacción entre la enfermera y la familia, Kozub et al.⁶⁸ plantean que ampliar las horas de visita a la UCI es una estrategia fundamental para aumentar la participación de la familia en el cuidado del paciente⁶⁹. Por otro lado, Noome et al.⁶⁵ identificaron que la programación de reuniones con los familiares son espacios en los que se logra la interacción entre la enfermera y la familia, lo que puede mejorar la satisfacción de estos últimos, ya que pueden hacer todas las preguntas y expresar sus emociones.

Otro elemento que favorece la interacción es cuando la enfermera da ánimo a los familiares, los tranquiliza con palabras de aliento y muestra interés cuando le exponen sus preocupaciones o aflicciones. De igual manera, el responder cualquier inquietud, demostrar paciencia en las explicaciones de los procedimientos, hablar con ellos de forma cordial y serena y saludar a los familiares cuando llegan a la UCI también contribuyen a una percepción favorable de los familiares sobre las enfermeras⁵⁸.

Comunicación como centro de las relaciones

La comunicación en la UCI entre la enfermera y la familia se considera como algo muy preciado y como un constructo central en la relación interpersonal entre la enfermera y la familia^{59,65}, pues las experiencias y las interacciones entre ambos se centran alrededor de la comunicación⁴⁷ y, finalmente, son las enfermeras las que construyen la historia para la familia⁷⁰.

Wong et al.⁴⁷ plantean que para algunas familias es más fácil comunicarse con la enfermera porque son más amables, accesibles y la información es más clara, lo cual hace que comprendan mejor lo que dicen, lo que está pasando y qué esperar^{42,58,71}. Así, las enfermeras se convierten en un canal de comunicación entre los profesionales de la unidad y la familia⁴⁷ simplificando y contextualizando la información médica compleja^{46,72}. Por ello, se reconoce la necesidad de que las enfermeras mantengan conversaciones informadas

con las familias después de que un médico haya abandonado la unidad^{47,72}.

Schubart et al.⁷³ plantean que la comunicación efectiva en el entorno de la UCI depende de la capacidad de los participantes para construir mensajes que se alineen con las necesidades del momento. Para esto la enfermera utiliza estrategias comunicativas, que se definen como la capacidad de incluir diferentes maneras de transmitir y recibir mensajes en un contexto particular de interacción con el familiar⁵⁹.

Por otro lado, las reuniones planificadas previamente favorecen la comprensión familiar de la situación, además de que es un espacio en el que se puede dar explicaciones del estado y evolución del paciente y del funcionamiento de la UCI^{46,74}. Akroute y Bondas⁶⁰ identificaron que en algunos casos la comunicación entre la enfermera y la familia mejora cuando estos últimos se informan previamente en medios como el Internet.

Au et al.⁷⁵ exponen que la información que puede ser tratada en reuniones o rondas con las familias son la discusión de diagnósticos y planes de cuidado; sin embargo, en lo que concierne a los objetivos de atención, estado y pronóstico del paciente y apoyo emocional, recomendando que sean discutidos en reuniones familiares privadas^{59,76}.

Barreras para el establecimiento de relaciones

Una de las barreras identificadas en la relación entre la enfermera y la familia hace referencia a la predisposición de la enfermera hacia las familias. Montoya-Tamayo et al.⁵⁷ identificaron que algunas enfermeras centran su cuidado en el paciente y no tienen en cuenta a la familia, y muestran menos interés por las preocupaciones de estas²⁹. De esta manera, la priorización de la enfermera en la atención, el tratamiento y la condición biológica del paciente puede hacer que la familia no sea tenida en cuenta en su plan de cuidados^{3,43}. En este sentido, de Beer y Brysiewicz⁶⁴ plantean que la adopción de un modelo puramente médico en el cuidado del paciente hace que se infravalore la presencia de la familia.

Por otro lado, también se presentan situaciones en las que las familias perciben que las enfermeras no comprenden sus reacciones, las cuales son difíciles pero humanas^{25,53}. Es así como algunas familias consideran que las enfermeras en la UCI no muestran empatía^{42,58}, ya que hablan de forma agresiva^{25,77,78}, no se preocupan por saber si el familiar está triste y mucho menos por su estado anímico, no se acercan a tranquilizarlos si los ven angustiados, no conversan con los familiares, no preguntan por los problemas que enfrentan con la situación de su pariente enfermo, no responden de forma cortés, fruncen la frente cuando les preguntan en varias ocasiones, se muestran molestas⁵⁸, frías, mecánicas y les ocultan hechos importantes⁵³.

Otra barrera identificada tiene que ver con el poco tiempo que tiene la enfermera para compartir con la familia^{46,57}. Por un lado, está la alta carga laboral que tienen las enfermeras⁵⁷ la cual se da en un ambiente ocupado⁴⁶, en ciertos casos, con escasez de enfermeras en algunos momentos del turno⁷⁹. Por otro lado, se encuentran las visitas y los horarios restringidos^{3,24,38,57,69}, lo cual lleva a que los encuentros entre la enfermera y los familiares sean breves, lo

que limita el tiempo de interacción, de comunicación y, a su vez, la posibilidad de que se establezcan relaciones^{3,46}.

El ambiente o atmósfera de la UCI también ha sido identificado como problema para las familias⁷⁸, lo cual puede influir en la disposición de estas para relacionarse con las enfermeras. El ambiente de la UCI es reconocido por los familiares como extraño y desconocido⁵⁷, poco cómodo⁸⁰ y, en algunos casos, difícil de localizar⁸¹. El diseño y ubicación de la UCI están pensados para que los familiares tengan que estar en la parte de afuera lo cual hace que estos adquieran un papel pasivo³. A pesar de lo anterior, se ha identificado que las instalaciones normalmente no se prestan para esperar²⁵ y la satisfacción de los familiares con las salas de espera es baja, ya que son ruidosas, mal iluminadas, poco íntimas y estrechas^{24,38,71,82}.

Como limitaciones del estudio se encontró que el concepto de relación se utiliza como un equivalente del de interacción y este, a su vez, como un equivalente del de comunicación, lo cual dificultó la localización de artículos y la identificación de las temáticas. Por lo tanto, se propone la realización de estudios con enfoques metodológicos que permitan la comprensión y las dinámicas complejas de dicha relación, más que su explicación. En adición, se contó con la limitante de no haber podido acceder a 6 artículos en texto completo, los cuales eran potencialmente relevantes para la presente revisión. Se propone hacer uso de estrategias de búsqueda adicionales, como préstamos interbibliotecarios, consultoría con redes especializadas en la temática y gestión con investigadores expertos en la materia. Además de esto, se propone ampliar la búsqueda en otras bases de datos, tales como: Embase, Ebsco y Medline.

Conclusiones

El ingreso de una persona en estado crítico de salud a la UCI propicia en los familiares fuertes emociones destructivas como angustia, ansiedad, culpa, estrés y miedo que pueden comprometer su salud y hasta su integridad física, psicológica y social, con posibles consecuencias a corto, mediano y largo plazo. Estas emociones pueden dificultar la relación entre la enfermera y la familia.

La relación aparece con 2 elementos centrales, la interacción y la comunicación, ya que permiten mejorar la comprensión y favorece la creación de relaciones empáticas y de confianza, lo cual contribuye a asuntos como la humanización de la UCI y puede contribuir al fortalecimiento de proyectos de la HU-CI.

Muchos autores coinciden en la existencia de barreras en el establecimiento de la relación, tales como: una predisposición faltante o inadecuada de la enfermera hacia el familiar, el tipo de información que se les da a los familiares, falta de comprensión y empatía, indiferencia hacia el familiar, falta de tiempo justificado por las condiciones laborales y sistemas normativos, especialmente de horarios restringidos; comunicación problemática e insolidaria y un entorno poco cómodo para la familia.

Conflicto de intereses

Los autores declaran no tener conflictos de interés.

Anexo. Material adicional

Se puede consultar material adicional a este artículo en su versión electrónica disponible en [doi:10.1016/j.enfi.2019.09.003](https://doi.org/10.1016/j.enfi.2019.09.003).

Bibliografía

- Rojas V. Humanización de los cuidados intensivos. *Rev Méd Clín Condes*. 2019;30:120–5, <http://dx.doi.org/10.1016/j.rmclc.2019.03.005>.
- Potter PA, Perry AG. Cuidado a las familias. En: Potter PA, Perry A, editores. *Fundamentos de enfermería*. Barcelona: Elsevier; 2015. p. 111–24.
- Aliberch-Raurell AM, Miquel-Aymar IM. Necesidad de rol en los familiares del paciente en la unidad de cuidados intensivos. *Enferm Intensiva*. 2015;26:101–11, <http://dx.doi.org/10.1016/j.enfi.2015.02.001>.
- De la Fuente-Martos C, Rojas-Amezcu M, Gómez-Espejo MR, Lara-Aguayo P, Morán-Fernández E, Aguilar-Alonso E. Implantación de un proyecto de humanización en una Unidad de Cuidados Intensivos. *Med Intensiva*. 2018;42:99–109, <http://dx.doi.org/10.1016/j.medin.2017.08.002>.
- Arias-Rivera S, Sánchez-Sánchez MM. Do Spanish Intensive Care Units need to be "humanised"? *Enferm Intensiva*. 2017;28:1–3, <http://dx.doi.org/10.1016/j.enfi.2017.02.001>.
- Lor M, Crooks N, Tluczek A. A proposed model of person-, family-, and culture-centered nursing care. *Nurs Outlook*. 2016;64:352–66, <http://dx.doi.org/10.1016/j.outlook.2016.02.006>.
- Escudero D, Martín L, Viña L, Forcelledo L, García-Arias B, López-Amor L. Abrir las puertas de la UCI. Una necesidad inexcusable. *Med Intensiva*. 2015;39:522–3, <http://dx.doi.org/10.1016/j.medin.2015.07.004>.
- American Association of Critical Care Nurses. Family visitation in the adult intensive care unit. *Crit Care Nurse*. 2016;36:15–20, doi: 10.4037/ccn2016677.
- Alfheim HB, Rosseland LA, Hofso K, Småstuen MC, Rustøen T. Multiple symptoms in family caregivers of Intensive Care Unit Patients. *J Pain Symptom Manage*. 2018;55:387–94, <http://dx.doi.org/10.1016/j.jpainsymman.2017.08.018>.
- Achury-Beltrán LF. Panorama general de las visitas en las Unidades de Cuidado Intensivo. *Invest Enferm Imagen Desarro*. 2014;16:61–71, 10.11144/Ja-veriana.IE16-1.pgvu0A1.
- Grupo de trabajo de certificación de Proyecto HU-CI. Manual de buenas prácticas de humanización en Unidad de Cuidados Intensivos. Madrid: Proyecto HU-CI; 2017 [consultado 20 Abr 2019]. Disponible <http://humanizandoloscuidadosintensivos.com/es/buenas-practicas>.
- Fawcett J. The structure of contemporary nursing knowledge. En: *Contemporary Nursing Knowledge Analysis and evaluation of nursing models and theories*. 2.^a ed. Philadelphia: F.A., Davis Company; 2006. p. 3–30.
- Cibanal L, del Arce MC. La relación enfermera-paciente. *Medellín: Editorial Universidad de Antioquia*; 2009. p. 1–174.
- Bocci MG, D'Alò C, Barelli R, Inguscio S, Prestifilippo A, Di Paolo S, et al. Taking care of relationships in the Intensive Care Unit: Positive impact on family consent for organ donation. *Transplant Proc*. 2016;48:3245–50, <http://dx.doi.org/10.1016/j.transproceed.2016.09.042>.
- Meleis AI. The discipline of nursing: Perspectiva and domain En: *Theoretical nursing development and progress*. 5.^a ed Philadelphia: Lippincott Williams and Wilkins; 2012. p. 87–112.
- Koukoulis S, Lambraki M, Sigala E, Alevizaki A, Stavropoulou A. The experience of Greek families of critically ill patients: Exploring their needs and coping strategies. *Intensive Crit Care Nurs*. 2018;45:44–51, <http://dx.doi.org/10.1016/j.iccn.2017.12.001>.
- Komachi MH, Kamibepu K. Association between resilience, acute stress symptoms and characteristics of family members of patients at early admission to the intensive care unit. *Ment Heal Prev*. 2018;9:34–41, <http://dx.doi.org/10.1016/j.mhp.2018.01.001>.
- Alfheim HB, Hofso K, Småstuen MC, Tøien K, Rosseland LA, Rustøen T. Post-traumatic stress symptoms in family caregivers of intensive care unit patients: A longitudinal study. *Intensive Crit Care Nurs*. 2019;50:5–10, <http://dx.doi.org/10.1016/j.iccn.2018.05.007>.
- Happ MB, Tate JA, Davidson JE. Notes on family caregiving in acute and critical care. *Geriatr Nurs*. 2015;36:319–21, <http://dx.doi.org/10.1016/j.gerinurse.2015.06.009>.
- Giambattista L, Howard R, Porto RR, Barker N, Carroll D, Pfeiffer J, et al. NICHE recommended care of the critically ill older adult. *Crit Care Nurs Q*. 2015;38:223–30, <http://dx.doi.org/10.1097/CNQ.0000000000000074>.
- Grant M. Resolving communication challenges in the intensive care unit. *Adv Crit Care*. 2015;26:123–30, <http://dx.doi.org/10.1097/NCI.0000000000000076>.
- Breisinger L, Macci Bires A, Cline TW. Stress reduction in postcardiac surgery family members: Implementation of a postcardiac surgery tool kit. *Crit Care Nurs Q*. 2018;41:186–96, <http://dx.doi.org/10.1097/CNQ.0000000000000198>.
- Chang PY, Wang HP, Chang TH, Yu JM, Lee SY. Stress, stress-related symptoms and social support among Taiwanese primary family caregivers in intensive care units. *Intensive Crit Care Nurs*. 2018;49:37–43, <http://dx.doi.org/10.1016/j.iccn.2018.05.002>.
- Hetland B, McAndrew N, Perazzo J, Hickman R. A qualitative study of factors that influence active family involvement with patient care in the ICU: Survey of critical care nurses. *Intensive Crit Care Nurs*. 2018;44:67–75, <http://dx.doi.org/10.1016/j.iccn.2017.08.008>.
- Hekmatpou D, Ebrahimi-Fakhar HR. Addressing disruption in family life: Exploration of the perceived needs of the families of patients hospitalized in critical care units in Iran. *J Nurs Res*. 2015;23:118–24, <http://dx.doi.org/10.1097/JNR.0000000000000069>.
- Quenot JP, Meunier-Beillard N, Ecartot F, Dargent A, Rigaud JP. How can we best organise communication with patients' families? *Anaesth Crit Care Pain Med*. 2018;37:187–9, <http://dx.doi.org/10.1016/j.accpm.2018.03.003>.
- González-Méndez MI, López-Rodríguez L. Seguridad y calidad en la atención al paciente crítico. *Enferm Clin*. 2017;27:113–7, <http://dx.doi.org/10.1016/j.enfcli.2017.02.006>.
- Padilla-Fortunatti C, Rojas-Silva N, Amthauer-Rojas M, Molina-Muñoz Y. Necesidades de los familiares de pacientes críticos en un hospital académico de Chile. *Enferm Intensiva*. 2018;29:32–40, <http://dx.doi.org/10.1016/j.enfi.2017.09.001>.
- Velasco-Bueno JM, Alonso-Ovies A, Heras La Calle G, Zaforteza-Lallemand C. Main information requests of family members of patients in Intensive Care Units. *Med Intensiva*. 2018;42:337–45, <http://dx.doi.org/10.1016/j.medine.2018.05.004>.
- Peplau H. *Interpersonal relations in nursing: A conceptual frame of reference for psychodynamic nursing*. Nueva York: Springer Publishing Company; 1991. p. 1–72.
- Carper BA. Fundamental patterns of knowing in nursing. En: Kenney JW, editor. *Philosophical and theoretical perspectives for advanced nursing practice*. Sudbury: Jones and Bartlett; 2002. p. 22–30.
- Gómez-Ortega OR, Amaya-Rey MC. ICRESAI-IMECI: instrumentos para elegir y evaluar artículos científicos para la investigación y la práctica basada en evidencia. *Aquichan*. 2013;13:407–20 [consultado 20 Abr 2019]. Disponible

- en: <http://www.scielo.org.co/pdf/aqui/v13n3/v13n3a09.pdf>.
33. Gómez-Vargas M, Galeano-Higueta C, Jaramillo-Muñoz DA. El estado del arte: una metodología de investigación. *Rev Colomb Ciencias Soc.* 2015;6:423-42, <http://dx.doi.org/10.21501/issn.2216-1201>.
 34. Guevara Patiño R. El estado del arte en la investigación: análisis de los conocimientos acumulados o indagación por nuevos sentidos? *Folios.* 2016;1:165-79, <http://dx.doi.org/10.17227/01234870.44folios165.179>.
 35. Bettany Saltikov J. Asking and answerable and focused review question. En: *How to do a systematic literature review in nursing. A step-by-step guide.* Nueva York: MacGraw-Hill; 2012. p. 13-30 [consultado 20 Abr 2019]. Disponible en: https://books.google.com.co/books?id=9pb6ssRt8hwC&pg=PA13&hl=es&source=gbg_toc_r&cad=4#v=onepage&q&f=false.
 36. Koulouras V, Konstanti Z, Lepida D, Papathanakos G, Gouva M. Shame feeling in the Intensive Care Unit patient's family members. *Intensive Crit Care Nurs.* 2017;41:84-9, <http://dx.doi.org/10.1016/j.iccn.2017.03.011>.
 37. Hutchinson AL, van Wissen KA. Home to die from the intensive care unit: A qualitative descriptive study of the family's experience. *Intensive Crit Care Nurs.* 2017;43:116-22, <http://dx.doi.org/10.1016/j.iccn.2017.07.008>.
 38. Mitchell ML, Aitken LM. Flexible visiting positively impacted on patients, families and staff in an Australian Intensive Care Unit: A before-after mixed method study. *Aust Crit Care.* 2017;30:91-7, <http://dx.doi.org/10.1016/j.aucc.2016.01.001>.
 39. Frivold G, Slettebø Å, Dale B. Family members' lived experiences of everyday life after intensive care treatment of a loved one: A phenomenological hermeneutical study. *J Clin Nurs.* 2016;25(3-4):392-402, <http://dx.doi.org/10.1111/jocn.13059>.
 40. Kourti M, Christofilou E, Kallergis G. Anxiety and depression symptoms in family members of ICU patients. *Av Enferm.* 2015;33:47-54, <http://dx.doi.org/10.15446/av.enferm.v33n1.48670>.
 41. De Havenon A, Petersen C, Tanana M, Wold J, Hoesch R. A pilot study of audiovisual family meetings in the intensive care unit. *J Crit Care.* 2015;30:881-3, <http://dx.doi.org/10.1016/j.jcrrc.2015.05.027>.
 42. Kisorio LC, Langley GC. End-of-life care in intensive care unit: Family experiences. *Intensive Crit Care Nurs.* 2016;35:57-65, <http://dx.doi.org/10.1016/j.iccn.2016.03.003>.
 43. Frivold G, Dale B, Ashild S. Family members' experiences of being cared for by nurses and physicians in Norwegian intensive care units: A phenomenological hermeneutical study. *Intensive Crit Care Nurs.* 2015;31:232-40, <http://dx.doi.org/10.1016/j.iccn.2015.01.006>.
 44. Shen HS, Chen SY, Cheung DST, Wang SY, Lee JJ, Lin CC. Differential family experience of palliative sedation therapy in specialized palliative or critical care units. *J Pain Symptom Manage.* 2018;55:1531-9, <http://dx.doi.org/10.1016/j.jpainsymman.2018.02.007>.
 45. Eggenberger SK, Sanders M. A family nursing educational intervention supports nurses and families in an adult intensive care unit. *Aust Crit Care.* 2016;29:217-23, <http://dx.doi.org/10.1016/j.aucc.2016.09.002>.
 46. Walker W, Deacon K. Nurses' experiences of caring for the suddenly bereaved in adult acute and critical care settings, and the provision of person-centred care: A qualitative study. *Intensive Crit Care Nurs.* 2016;33:39-47, <http://dx.doi.org/10.1016/j.iccn.2015.12.005>.
 47. Wong P, Liampittong P, Koch S, Rawson H. Families' experiences of their interactions with staff in an Australian intensive care unit (ICU): A qualitative study. *Intensive Crit Care Nurs.* 2015;31:51-63, <http://dx.doi.org/10.1016/j.iccn.2014.06.005>.
 48. Galvis-López CR, Salamanca-Ramos E. Percepción de necesidades en cuidadores familiares de adultos internados en una unidad de cuidados intensivos de una institución prestadora de salud (IPS) privada en Villavicencio, Colombia. *Investig Enferm Imagen Desarro.* 2014;16:81-94, <http://dx.doi.org/10.11144/Javeriana.IE16-2.pncf>.
 49. Wilson ME, Kaur S, Gallo de Moraes A, Pickering BW, Gajic O, Herasevich V. Important clinician information needs about family members in the intensive care unit. *J Crit Care.* 2015;30:1317-23, <http://dx.doi.org/10.1016/j.jcrrc.2015.07.028>.
 50. Padilla-Fortunatti CF. Most important needs of family members of critical patients in light of the critical care family needs inventory. *Investig Educ Enferm.* 2014;32:306-16, <http://dx.doi.org/10.1590/S0120-53072014000200013>.
 51. Murillo-Pérez MA, López-López C, Torrente-Vela S, Morales-Sánchez C, Orejana-Martin M, García-Iglesias M, et al. Percepción de las enfermeras sobre la comunicación con la familia de pacientes ingresados en un servicio de medicina intensiva. *Enferm Intensiva.* 2014;25:137-45, <http://dx.doi.org/10.1016/j.enfi.2014.09.001>.
 52. Bernal-Ruiz D, Horta-Buitrago S. Cuidado de enfermería para la familia del paciente crítico desde la teoría de la comprensión facilitada. *Enferm Univ.* 2014;11:154-63, [http://dx.doi.org/10.1016/S1665-7063\(14\)70928-5](http://dx.doi.org/10.1016/S1665-7063(14)70928-5).
 53. Sak-Dankosky N, Andruszkiewicz P, Sherwood PR, Kvist T. Preferences of patients' family regarding family-witnessed cardiopulmonary resuscitation: A qualitative perspective of intensive care patients' family members. *Intensive Crit Care Nurs.* 2019;50:95-102, <http://dx.doi.org/10.1016/j.iccn.2018.04.001>.
 54. Nolen KB, Warren NA. Meeting the needs of family members of ICU patients. *Crit Care Nurs Q.* 2014;37:393-406, <http://dx.doi.org/10.1097/CNQ.0000000000000040>.
 55. Kohi TW, Obogo MW, Mselle LT. Perceived needs and level of satisfaction with care by family members of critically ill patients at Muhimbili National Hospital intensive care units, Tanzania. *BMC Nurs.* 2016;15:1-7, <http://dx.doi.org/10.1186/s12912-016-0139-5>.
 56. Rojas-Silva N, Padilla-Fortunatti C, Molina-Muñoz Y, Amthauer-Rojas M. The needs of the relatives in the adult intensive care unit: Cultural adaptation and psychometric properties of the Chilean-Spanish version of the Critical Care Family Needs Inventory. *Intensive Crit Care Nurs.* 2017;43:123-8, <http://dx.doi.org/10.1016/j.iccn.2017.07.006>.
 57. Montoya-Tamayo D, Monsalve-Ospina T, Forero-Pulido C. Significado del afrontamiento familiar para enfermeras de unidades de cuidados intensivos de adultos de Medellín. *Enferm Intensiva.* 2015;26:144-52, <http://dx.doi.org/10.1016/j.enfi.2015.07.003>.
 58. Bautista Rodríguez LM, Arias Velandia MF, Carreño Leiva ZO. Percepción de los familiares de pacientes críticos hospitalizados respecto a la comunicación y apoyo emocional. *Rev Cuid.* 2016;7:1297-309, <http://dx.doi.org/10.15649/cuidarte.v7i2.330> Rev.
 59. Parrado-Lozano YM, Sáenz-Montoya X, Soto-Lesmes VI, Guáqueta-Parada SR, Amaya-Rey P, Caro-Castillo CV, et al. Validez de dos instrumentos para medir la relación interpersonal de la enfermera con el paciente y su familia en la unidad de cuidado intensivo. *Investig Enferm Imagen Desarro.* 2016;18:115-28, <http://dx.doi.org/10.11144/Javeriana.ie18-1.vimr>.
 60. Akroute AR, Bondas T. Critical Care nurses and relatives of elderly patients in intensive care unit-ambivalent interaction. *Intensive Crit Care Nurs.* 2016;67-80, <http://dx.doi.org/10.1016/j.iccn.2015.08.002>.
 61. Adams JA, Anderson RA, Docherty SL, Tulskey JA, Steinhauser KE, Bailey DE. Nursing strategies to support

- family members of ICU patients at high risk of dying. *Hear Lung J Acute Crit Care*. 2014;43:406–15, <http://dx.doi.org/10.1016/j.hrtlng.2014.02.001>.
62. Cederwall CJ, Olausson S, Rose L, Naredi S, Ringdal M. Person-centred care during prolonged weaning from mechanical ventilation, nurses' views: An interview study. *Intensive Crit Care Nurs*. 2018;46:32–7, <http://dx.doi.org/10.1016/j.iccn.2017.11.004>.
 63. Mosleh S, Alja'afreh M, Lee AJ. Patient and family/friend satisfaction in a sample of Jordanian Critical Care Units. *Intensive Crit Care Nurs*. 2015;31:366–74, <http://dx.doi.org/10.1016/j.iccn.2015.04.004>.
 64. De Beer J, Brysiewicz P. The conceptualization of family care during critical illness in Kwa Zulu-Natal, South Africa. *Heal SA Gesondheid*. 2017;22:20–7, <http://dx.doi.org/10.1016/j.hsag.2016.01.006>.
 65. Noome M, Dijkstra BM, van Leeuwen E, Vloet LCM. Exploring family experiences of nursing aspects of end-of-life care in the ICU: A qualitative study. *Intensive Crit Care Nurs*. 2016;33:56–64, <http://dx.doi.org/10.1016/j.iccn.2015.12.004>.
 66. Toro-Flores R, López-González R, López-Muñoz JA. Conocimientos y actitudes de los pacientes críticos y sus familiares respecto a las directivas anticipadas y la toma de decisiones al final de la vida. *Enferm Intensiva*. 2017;28:21–30, <http://dx.doi.org/10.1016/j.enfi.2016.07.003>.
 67. Asencio-Gutiérrez JM, Reguera-Burgos I. La opinión de los profesionales sanitarios sobre la presencia de familiares durante las maniobras de resucitación cardiopulmonar. *Enferm Intensiva*. 2017;28:144–59, <http://dx.doi.org/10.1016/j.enfi.2017.01.002>.
 68. Kozub E, Scheler S, Necochea G, O'Byrne N. Improving nurse satisfaction with open visitation in an adult intensive care unit. *Crit Care Nurs Q*. 2017;40:144–54, <http://dx.doi.org/10.1097/CNQ.0000000000000151>.
 69. Ayllón-Garrido N, Montero-Rus P, Acebes-Fernández MI, Sánchez-Zugazua J. Unidad de Cuidados intensivos de puertas abiertas: perspectiva de los profesionales. *Enferm Intensiva*. 2014;25:72–7, <http://dx.doi.org/10.1016/j.enfi.2013.11.007>.
 70. Peden-McAlpine C, Liaschenko J, Traudt T, Gilmore-Szott E. Constructing the story: How nurses work with families regarding withdrawal of aggressive treatment in ICU. A narrative study. *Int J Nurs Stud*. 2015;52:1146–56, <http://dx.doi.org/10.1016/j.ijnurstu.2015.03.015>.
 71. Sánchez-Vallejo A, Fernández D, Pérez-Gutiérrez A, Fernández-Fernández M. Análisis de las necesidades de la familia del paciente crítico y la opinión de los profesionales de la unidad de cuidados intensivos. *Med Intensiva*. 2016;40:527–40, <http://dx.doi.org/10.1016/j.medin.2016.03.005>.
 72. Strachan PH, Kryworuchko J, Nouvet E, Downar J, You JJ. Canadian hospital nurses' roles in communication and decision-making about goals of care: An interpretive description of critical incidents. *Appl Nurs Res*. 2018;40:26–33, <http://dx.doi.org/10.1016/j.apnr.2017.12.014>.
 73. Schubart JR, Wojnar M, Dillard JP, Meczowski E, Kanasie ML, Blackall GF, et al. ICU family communication and health care professionals: A qualitative analysis of perspectives. *Intensive Crit Care Nurs*. 2015;31:315–21, <http://dx.doi.org/10.1016/j.iccn.2015.02.003>.
 74. Kodali S, Stametz RA, Bengier AC, Clarke DN, Layon AJ, Darer JD. Family experience with intensive care unit care: Association of self-reported family conferences and family satisfaction. *J Crit Care*. 2014;29:641–4, <http://dx.doi.org/10.1016/j.jcrc.2014.03.012>.
 75. Au SS, Roze des Ordons A, Soo A, Guienguere S, Stelfox HT. Family participation in intensive care unit rounds: Comparing family and provider perspectives. *J Crit Care*. 2017;38:132–6, <http://dx.doi.org/10.1016/j.jcrc.2016.10.020>.
 76. Ransie K, Bloomer M, Coombs M, Endacott R. Family centred care before and during life-sustaining treatment withdrawal in intensive care: A survey of information provided to families by Australasian critical care nurses. *Aust Crit Care*. 2016;29:210–6, <http://dx.doi.org/10.1016/j.aucc.2016.08.006>.
 77. Ayuso-Murillo D, Colomer-Sánchez A, Herrera-Peco I. Habilidades de comunicación en enfermeras de UCI y de hospitalización de adultos. *Enferm Intensiva*. 2017;28:105–13, <http://dx.doi.org/10.1016/j.enfi.2016.10.006>.
 78. Thermaenius J, Schandl A, Sluys KP. Development and initial validation of the Swedish Family Satisfaction Intensive Care Questionnaire (SFS-ICQ). *Intensive Crit Care Nurs*. 2018, <http://dx.doi.org/10.1016/j.iccn.2018.05.003>.
 79. Gerasimou-Angelidi S, Myrianthefs P, Chovas A, Baltopoulos G, Komnos A. Nursing activities score as a predictor of family satisfaction in an adult Intensive Care Unit in Greece. *J Nurs Manag*. 2014;22:151–8, <http://dx.doi.org/10.1111/jonm.12089>.
 80. Hajj M, Gulgulian T, Haydar L, Saab A, Dirany F, Badr LK. The satisfaction of families in the care of their loved ones in CCUs in Lebanon. *Nurs Crit Care*. 2017;22:203–11, <http://dx.doi.org/10.1111/nicc.12195>.
 81. Martos-Casado G, Aragón-López A, Gutiérrez-Ramos N. Satisfacción de los Familiares de los pacientes ingresados en una unidad de cuidados intensivos: Percepción de los familiares y los profesionales. *Enferm Intensiva*. 2014;25:164–72, <http://dx.doi.org/10.1016/j.enfi.2014.10.001>.
 82. Holanda-Peña MS, Ots-Ruiz E, Domínguez-Artiga MJ, García-Miguel A, Ruiz-Ruiz A, Castellanos-Ortega A, et al. Medición de la satisfacción de los pacientes ingresados en unidad de cuidados intensivos y sus familiares. *Med Intensiva*. 2015;39:4–12, <http://dx.doi.org/10.1016/j.medin.2013.12.008>.