



UNIVERSIDAD PERUANA
CAYETANO HEREDIA

Facultad de
ENFERMERÍA

ACTIVIDADES DE COMUNICACIÓN QUE REALIZA LA ENFERMERA
CON LA FAMILIA DEL PACIENTE EN LAS UNIDADES DE CUIDADOS
INTENSIVOS DE UN HOSPITAL EN LIMA 2026

COMMUNICATION ACTIVITIES CARRIED OUT BY THE NURSE WITH
THE PATIENT'S FAMILY IN THE INTENSIVE CARE UNITS OF A
HOSPITAL IN LIMA 2026

TRABAJO ACADÉMICO PARA OPTAR POR EL TÍTULO DE
SEGUNDA ESPECIALIDAD PROFESIONAL EN ENFERMERÍA EN
CUIDADOS INTENSIVOS

AUTOR

URSULA HERMELINDA LUCERO GAMARRA

ASESOR

JANET MERCEDES AREVALO IPANAQUE

LIMA – PERÚ

2026

ASESOR DEL TRABAJO ACADÉMICO

ASESOR

Dra. JANET MERCEDES AREVALO IPANAQUE

Departamento Académico de Enfermería

ORCID 0000-0002-2205-0522

Fecha de aprobación: 19 de mayo de 2026

Calificación: aprobado

DEDICATORIA

Este trabajo está dedicado a mis colegas intensivistas que durante la pandemia del COVID-19, perdieron la vida en primera línea frente al cuidado del paciente crítico.

A mis colegas del Hospital Nacional Edgardo Rebagliati Martins, UCI III y 2C quienes me entrenaron y transmitieron sus conocimientos a través de sus cuidados, e hicieron que me apasionara por los cuidados intensivos.

A mi madre por ser mi soporte en todo momento.

AGRADECIMIENTO

A Dios por sobre todas las dificultades que estamos pasando en estos últimos años y darme la oportunidad de seguir en este diario vivir junto a los míos y poder ejercer mi profesión.

A la Universidad Peruana Cayetano Heredia por ser parte de mi formación a través de los docentes de la especialidad y compartirme sus conocimientos y trascender a través de ellos en el aprendizaje.

A la Dra. Janet Arévalo Ipanaqué, por su calidad humana, tiempo, consejos y asesorías que con paciencia me guio en la culminación de este proyecto de investigación.

FUENTES DE FINANCIAMIENTO

El presente trabajo académico será autofinanciado por la autora.

DECLARACIÓN DE CONFLICTO DE INTERÉS

La autora declara no tener conflictos de interés

DECLARACION DE ORIGINALIDAD



UNIVERSIDAD PERUANA
CAYETANO HEREDIA

DECLARACIÓN DE ORIGINALIDAD

La egresada:

N°	APELLIDOS Y NOMBRES
1.	LUCERO GAMARRA URSULA HERMELINDA

Perteneciente al programa de **SEGUNDA ESPECIALIDAD PROFESIONAL EN ENFERMERÍA EN CUIDADOS INTENSIVOS** autora del trabajo titulado: **ACTIVIDADES DE COMUNICACIÓN QUE REALIZA LA ENFERMERA CON LA FAMILIA DEL PACIENTE EN LAS UNIDADES DE CUIDADOS INTENSIVOS DE UN HOSPITAL EN LIMA 2026** el cual ha sido elaborado, sustentado y aprobado, según corresponda, para optar por el **TÍTULO DE SEGUNDA ESPECIALIDAD PROFESIONAL EN ENFERMERÍA EN CUIDADOS INTENSIVOS** bajo la modalidad de **TRABAJO ACADÉMICO**.

En calidad de docente asesor de la Universidad Peruana Cayetano Heredia:

N°	APELLIDOS Y NOMBRES DEL DOCENTE	FACULTAD	NIVEL DE ASESORÍA
1.	AREVALO IPANAQUE JANET MERCEDES	ENFERMERÍA	ASESOR

Declaro que el contenido del presente documento es original y que las citas y referencias a otros autores cumplen con las normas académicas establecidas. En ese sentido, hago constar que:

- El documento presenta un porcentaje de similitud de **23%**, según el reporte emitido por el software **Turnitin®** (identificador de entrega **trn:oid::1:3595993755**; fecha de entrega: **16-06-2026**).
- Tras una revisión detallada del reporte y del contenido del trabajo en cuestión, no se han identificado indicios de plagio.
- Se certifica que el documento respeta los principios de integridad académica y cumple con los requisitos institucionales de originalidad.

Lugar y fecha: **Lima, 16 de junio 2026.**

Firma del asesor
N° DNI: 40288982
ORCID: 0000-0002-2205-0522



TABLA DE CONTENIDOS

	Pág.
RESUMEN	
ABSTRACT	
I. INTRODUCCIÓN	1
II. OBJETIVOS	17
III. MATERIALES Y MÉTODOS	18
IV. PRESUPUESTO Y CRONOGRAMA	25
V. REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS.....	27
ANEXOS	

RESUMEN

Antecedentes: La Unidad de Cuidados Intensivos brinda atención especializada y altamente protocolizada a pacientes críticos. Ante la pérdida transitoria de la autonomía del usuario, la familia asume la representación legal y emocional, requiriendo información clara, acompañamiento y soporte oportuno mediante una comunicación efectiva con el personal de enfermería. **Objetivo:** Determinar las actividades de comunicación que realiza la enfermera con la familia del paciente en las unidades de cuidados intensivos de un hospital en Lima, 2026, identificando específicamente los procesos de intercambio informativo, la resolución de necesidades y el reconocimiento de los deseos de los familiares. **Materiales y Métodos:** Estudio cuantitativo, con un diseño no experimental, de nivel descriptivo y corte transversal. La muestra estará compuesta por 80 enfermeras intensivistas, seleccionadas mediante muestreo probabilístico aleatorio simple con criterios estrictos de inclusión. Los datos se recolectarán con el cuestionario “Actividades de enfermería para comunicarse con las familias” (NACF), el cual será sometido a validación por juicio de expertos y prueba piloto para su adaptación al contexto del estudio. El análisis se efectuará en el software Jamovi mediante estadística descriptiva (frecuencias y porcentajes) para los niveles de baremo (favorable, regular y desfavorable), además de medias y desviaciones estándar. **Aporte del estudio:** La investigación proporcionará la primera aproximación métrica de este instrumento en el contexto sanitario peruano, para identificar brechas en la interacción clínica entre la enfermera y la familia del paciente crítico.

Palabras clave: comunicación en salud, cuidados intensivos, enfermeras especialistas, relaciones enfermero-familia

ABSTRACT

Background: The Intensive Care Unit provides specialized and highly protocolized care to critically ill patients. Due to the temporary loss of patient autonomy, the family assumes legal and emotional representation, requiring clear information, support, and timely assistance through effective communication with nursing staff.

Objective: To determine the communication activities performed by nurses with the patient's family in the intensive care units of a hospital in Lima, 2026, specifically identifying the processes of information exchange, resolution of needs, and recognition of family members' wishes.

Materials and Methods: Quantitative study with a non-experimental, descriptive, and cross-sectional design. The sample will consist of 80 intensive care nurses selected through simple random probability sampling with strict inclusion criteria. Data will be collected using the questionnaire "Nursing Activities for Communication with Families" (NACF), which will undergo expert judgment validation and a pilot test for its adaptation to the study context. Data analysis will be carried out using Jamovi software through descriptive statistics (frequencies and percentages) for the scale levels (favorable, regular, and unfavorable), in addition to means and standard deviations. **Contribution of the study:** The research will provide the first metric approach of this instrument in the Peruvian healthcare context to identify gaps in the clinical interaction between nurses and the family of critically ill patients.

Keywords: health communication, intensive care, specialist nurses, nurse-family relation

I. INTRODUCCIÓN

Las Unidades de Cuidados Intensivos (UCI) son espacios físicos diseñados específicamente para dar respuesta de atención especializada y compleja a pacientes muchas veces en estado muy crítico con falla multiorgánica, previamente clasificados y recepcionados de acuerdo a un perfil protocolizado institucional (1).

Antes del ingreso del paciente a la UCI la enfermera del servicio de procedencia coordina con la enfermera de UCI y admite al paciente crítico mediante protocolos estrictos que aseguran una atención especializada e integral. Esto incluye preparar la unidad (equipamiento, ventilador, monitores), recibir el informe médico, realizar la evaluación inicial, y establecer monitoreo continuo de funciones vitales (2).

En las UCI por diferentes razones específicas de diseño y espacio están alejadas y de acceso exclusivo a personal no autorizado, limitando y dificultando ya de por sí el acceso restringido en donde después de recepcionados el paciente quedan aislados familia y paciente (3).

Las restricciones de acceso y la falta de comunicación oportuna provocan en los familiares niveles elevados de ansiedad, frustración, soledad y miedo. Aunque los familiares aguardan con expectativa un informe sobre el estado de salud del paciente, esta necesidad de información suele relegarse debido a la alta demanda asistencial y de gestión del cuidado que afronta el profesional de enfermería (4).

El familiar espera comunicación clara, espontánea y comprensible, con una necesidad de contención emocional y empatía, al encontrarse en un estado complejo y vulnerable. A pesar de la angustia, muchos familiares mantienen la esperanza de recuperación, apoyándose en creencias personales o espirituales. Al no poder intervenir directamente en el cuidado del paciente, el familiar puede sentirse inútil

o sin control sobre la situación (5). En estas situaciones, cuando los enfermeros conocen los valores culturales de vida de la unidad familiar a través de la comunicación, el cuidado es más integral y provechoso (6).

Las enfermeras como únicas intermediarias con el entorno familiar, pueden activar diversos canales de comunicación plataformas y aplicaciones tecnológicas, para mantener comunicados a los familiares (7). Asumen un rol protagónico de gestoras de comunicaciones, emociones y muchas veces manejan la incertidumbre de los familiares ante el inminente desenlace de nunca más ver a su familiar (8).

Una revisión de 46 estudios de diferentes países del mundo, concluyó la necesidad de recibir información por parte de los familiares se presentó de forma constante, sin depender de la patología, del pronóstico ni del desenlace de los pacientes (9).

A nivel de Latinoamérica, los familiares de pacientes en estado crítico atendidos en un hospital de Ecuador manifestaron como deficiente la explicación sobre los derechos y deberes del paciente 24% y 64% dijo que la comunicación con la enfermera fue deficiente, dejando evidenciada la necesidad de reforzar las estrategias de comunicación para asegurar que los familiares no solo reciban información, sino que la comprendan plenamente (10).

En un hospital de alta complejidad de Lima, los familiares de pacientes internados en la UCI manifestaron diferentes percepciones sobre la comunicación asertiva brindada por el personal de enfermería el 4,3% la calificó como desfavorable, mientras que el 78,6% la consideró medianamente favorable, lo que evidencia aspectos susceptibles de mejora en las intervenciones comunicativas del equipo de enfermería (11).

En un hospital de Cajamarca, se evidencio la afectación a la comunicación clara con los familiares en un 40%, asimismo no se comunicaban adecuadamenete76% a la hora de la visita (12).

Esto sugiere que, en algunas ocasiones el personal de enfermería que trabaja en UCI puede descuidar las necesidades de comunicación de los familiares, al priorizar la atención inmediata de los pacientes críticamente enfermos. Esta situación puede limitar la adecuada transmisión de información. No obstante, la comunicación no debe centrarse únicamente en informar, sino también en construir una relación terapéutica que favorezca una interacción basada en la confianza entre el entorno familiar y los profesionales de salud, fortaleciendo así el vínculo y la colaboración en el binomio enfermero - familia (13).

En relación con esta problemática, diversos estudios internacionales han abordado la comunicación de la enfermera con la familia del paciente en las Unidades de Cuidados Intensivos.

Dees et al. (14) realizaron un estudio en Estados Unidos en 2022 para evaluar sistemáticamente la evidencia disponible sobre la comunicación entre el personal de enfermería, pacientes adultos en cuidados intensivos y sus familias, como paso inicial para desarrollar estrategias de enfermería que fortalezcan las habilidades comunicativas. Se utilizó el método de Whittemore y Knafl. se incluyeron 7 estudios cualitativos, 4 estudios descriptivos y 3 estudios de intervención, haciendo un total de 14 estudios, con una muestra acumulada de **2,372** participantes principalmente por familiares o representante de los mismos 70%, seguidos por enfermeras 20% y en menor proporción pacientes adultos críticos menos del 10%. Como resultado, se identificó una amplia variedad de diseños de investigación,

herramientas de medición y tipos de intervenciones. Los hallazgos cualitativos sugieren que el equipo profesional puede fortalecer el cuidado centrado en la relación al mantener informadas a las familias de los pacientes y proporcionarles evidencias que faciliten su proceso de elección clínica. Los hallazgos cuantitativos sugieren que el personal de enfermería debe tener en cuenta las necesidades de los familiares en cuanto a tranquilidad, consuelo y apoyo. Proporcionar información sobre el estado del paciente puede ayudar a aliviar las preocupaciones de la familia. Concluyendo que existe una oportunidad para futuras investigaciones que describan y mejoren la comunicación entre pacientes, familiares y enfermeras en la UCI de adultos para fortalecer la atención centrada en la relación.

Naef et al. (15) realizaron un estudio en Suiza en 2025 con el objetivo de evaluar una intervención liderada por enfermeras para mejorar la efectividad del intercambio informativo y el soporte a las familias del paciente en UCI. Este estudio fue un ensayo clínico multicéntrico, aleatorizado por conglomerados, Se incluyeron familiares de pacientes en estado crítico que recibieron tratamiento durante al menos 48 horas en 16 UCI de adultos de 12 hospitales en Suiza. La muestra estuvo comprendida de familias de pacientes adultos críticos hospitalizados en UCI; enfermeras capacitadas en comunicación terapéutica. Siendo los resultados de 2057 familiares invitados consecutivamente, 412 se inscribieron en el grupo de intervención y 473 en el grupo de control (edad media: 54 años [RIC: 42-65]; 429 parejas [48%]; y 568 mujeres [64%]). La intervención mejoró la satisfacción general de las familias con la atención en la UCI en una diferencia media (DM) entre grupos de 2,39 (IC del 95%: 0,31-4,47; $p = 0,02$). Los análisis de sensibilidad, ajustados por características individuales y de grupo, junto con imputaciones

múltiples, confirmaron este resultado. La satisfacción con la participación en la toma de decisiones aumentó más que la satisfacción con la atención recibida. Además, la intervención mejoró la comunicación (DM: 0,37; IC del 95%: 0,16-0,58; $p = 0,002$) y el apoyo cognitivo y emocional (DM: 8,71; IC del 95%: 4,71-12,71; $p < 0,001$). Concluyeron que una intervención de apoyo familiar interprofesional dirigida por enfermeras en la UCI tuvo un beneficio pequeño, estadísticamente significativo, pero clínicamente incierto en la satisfacción familiar, y mejoró de manera relevante la efectividad del intercambio informativo junto al soporte cognitivo/emocional de la familia.

Achury-Beltrán et al. (16) Colombia, 2025 desarrollaron su estudio para determinar las actividades de comunicación desarrolladas por el profesional de enfermería con la familia del paciente crítico y su asociación con las variables sociodemográficas. Se desarrolló el tipo de estudio transversal analítico, aplicado a una muestra de 100 profesionales de enfermería de UCI. Para la medición se utilizó el instrumento validado “Actividades de enfermería para comunicarse con las familias de pacientes críticos”. Los resultados mostraron que los profesionales “casi siempre” realizan actividades orientadas a la transmisión de información, como explicar tratamientos 47 % y dispositivos 41 %, mientras que las actividades relacionadas con necesidades psicoespirituales y culturales se realizan solo “algunas veces” necesidades espirituales 46 %; culturales 55 %. Además, se identificaron asociaciones significativas entre las actividades de comunicación y el número de pacientes asignados, el nivel educativo, la edad y el turno laboral ($p < 0.05$). Concluyendo que la información es una necesidad prioritaria para los familiares de pacientes críticos, evidenciando que la comunicación se centra principalmente en

brindar información sobre aspectos físicos del paciente, mientras que la identificación de necesidades culturales, religiosas y espirituales queda relegada; asimismo, destaca que el número de pacientes asignados y el nivel educativo son las variables que más influyen en el proceso, por lo que deben considerarse en la planificación del cuidado para mejorar los resultados en salud de las familias de pacientes críticos.

Valls-Matarin et al. (17) España, 2022 evaluaron las guías de acogida dirigidas a familias en unidades críticas respecto a la información brindada por el personal de enfermería. Mediante un enfoque descriptivo, transversal y multicéntrico en 280 servicios, se recolectaron folletos informativos vía plataforma virtuales o portales institucionales. Los hallazgos finales consolidaron datos de 228 UCI 81,4%, evidenciando que el 11% carecía de dicho material informativo. El entorno analizado estuvo constituido por instituciones públicas o concertadas 77,8% y centros universitarios 49,8%. respecto a la gestión del tiempo, 94,1%, aplicaba un régimen de horario cerrado, complementado en 42,4% con dinámicas flexibles de acompañamiento. Aunque la totalidad de guías normaba la entrega de información médica en horarios establecidos, apenas 21,7% incorporaba directrices sobre el cuidado de enfermería. Dentro de este último grupo, la comunicación formal se programaba en un horario fijo 27,3% o durante el periodo de visitas 38,6%. la naturaleza de los datos de enfermería priorizo los cuidados directos 79,5% y necesidades del usuario 29,5%. por otra parte solo el 17,2% de las UCI estimulaba la participación activa o colaboración de la familia en las intervenciones básicas. El análisis comparativo de los documentos que incluían el rol de enfermería demostró un predominio significativo en hospitales públicos frente a privados (90,9% vs

9,1%; $p = 0,02$) y en centros universitarios respecto a los no docentes (65,9% vs 34,1%; $p = 0,02$). Concluyeron que, a pesar que el informe médico se prescribe de forma unánime, existe una inclusión deficiente y heterogénea de las competencias de enfermería en los folletos institucionales. esta desconexión contrasta con la práctica clínica real en UCI, donde la enfermera mantiene el contacto más directo y continuo con el entorno familiar, fundamentando la necesidad de estandarizar estos canales formales para visibilizar el impacto del cuidado.

Sánchez y Quenorán (18) Ecuador ,2023, determinaron la comunicación terapéutica entre la enfermera y la familia del paciente en cuidados críticos. Estudio exploratorio mixto, transversal; participando 13 enfermeras de UCI y 15 familiares de paciente críticos en un hospital de la localidad. Como instrumento utilizaron el Nyberg Caring Assessment (NCA) aplicando cuestionario estructurado para medir las dimensiones de comunicación terapéutica, apoyo emocional y empatía ,validado por expertos obteniéndose los resultados se pudo evidenciar que existe buena predisposición por parte del personal de enfermería en lo que respecta a proporcionar cuidados humanizados a la familia. En relación con la importancia de la comunicación terapéutica, se observa que el 53,85% (7) indica que a veces escuchan con atención y están abiertos a recibir retroalimentación, mientras que el 38,46% (5) afirma que a veces comprenden plenamente el significado de las situaciones para las personas y, finalmente, el 38,46% (5) menciona que suelen comunicar una actitud de ayuda y confianza. Concluyeron ,dejando la evidencia que la comunicación terapéutica es un aspecto importante. Puesto que permite mantener la calma en un proceso complicado, en donde el profesional de enfermería debe

contribuir a otorgar soporte efectivo al entorno familiar en paralelo a la ejecución de los cuidados asistenciales directos al paciente.

También se han encontrado antecedentes nacionales:

Gálvez y Mesta (19), en un estudio realizado en Chiclayo 2020, determinaron la comunicación verbal, no verbal y apoyo emocional en enfermería bajo la mirada del entorno directo del usuario crítico. Estudio cuantitativo, descriptivo y transversal. Se utilizó el instrumento “Percepción de los familiares de los pacientes críticos”, aplicado a una muestra de 93 familiares de pacientes críticos de un hospital de Lambayeque. Los resultados mostraron que la mayoría percibió la comunicación verbal 47.3%, no verbal 55.9% y el apoyo emocional 66.7% como indiferente, reflejando carencias en habilidades comunicativas y trato humanizado. Se concluyó que la interacción enfermera–familia necesita optimizarse a través de un intercambio informativo transparente, actitudes empáticas y un soporte afectivo real para mejorar la satisfacción de los familiares en UCI.

Llacetas y Shalom (20) evaluaron en Apurímac 2022, la asociación entre la comunicación asertiva y los problemas psicoemocionales de los familiares de pacientes adultos ingresados en cuidados intensivos de un hospital de Andahuaylas. Con un estudio de nivel aplicativo, tipo cuantitativo, método descriptivo, de corte transversal. Se aplicó el instrumento Cuestionario de Comunicación Asertiva del Profesional de la Salud y los Problemas Psicoemocionales a una muestra de 30 familiares. Se obtuvo que 53.3% presento un buen nivel de comunicación asertiva, el 30% mostro un nivel regular y el 16.67% un nivel malo. Respecto a la comunicación no asertiva se observa que 53.33% de familiares la percibió como

buena, 26.67% como mala y el 20% como regular. Concluyeron que un intercambio informativo asertivo por parte del equipo asistencial actúa como un factor protector que mitiga significativamente las crisis emocionales del entorno familiar.

Elizalde (21), Tumbes, 2025, tuvo como objetivo analizar la perspectiva del entorno familiar respecto a la comunicación terapéutica de pacientes en servicios críticos de un hospital. Se trató de un estudio cualitativo con diseño de caso, aplicado a una muestra de 13 familiares seleccionados por saturación de discurso. El instrumento fue una entrevista semiestructurada complementada con observación participante y cuaderno de campo. Los resultados se organizaron en seis categorías: percepción de comunicación terapéutica efectiva, percepción de comunicación indiferente, percepción de actitud poco empática, percepción de falta de escucha activa, percepción de gestos de atención emocional y percepción de indiferencia frente al estado emocional. En conclusión, los hallazgos demostraron que el soporte afectivo, la receptividad y la gestión de las emociones constituyen pilares críticos en la interacción clínica, determinando el impacto psicológico en los allegados y la excelencia del proceso asistencial.

Montoya (22), Lima, 2022, determinó las estrategias de comunicación y su relación con la aceptabilidad de atención percibida por familiares de pacientes de cuidados intensivos COVID de un hospital de Lima. Este estudio fue de tipo básico, diseño no experimental, correlacional y de corte transversal, la técnica empleada fue la encuesta y el instrumento de adquisición de datos fue el cuestionario, la población estuvo conformada por familiares responsables de hospitalizados en el área crítica. Los resultados obtenidos fueron, las estrategias de comunicación en sus tres

dimensiones; digital, escrita y no verbal que realiza el profesional enfermero, con 96% de alta aprobación por familiares, no conoce o no está de acuerdo 2% con estas tácticas comunicativas. Concluyendo que las estrategias de interacción guardan una asociación estadística altamente significativa con el nivel de conformidad asistencial manifestado por el entorno familiar en el contexto de la unidad crítica. ($\varphi= 0,700$ y $p=0,000<0,05$).

La literatura consultada indica que el paciente de cuidados intensivos se caracteriza por presentar una condición de alta complejidad médica que compromete uno o más órganos, lo cual requiere monitoreo continuo y soporte vital avanzado, con una intervención oportuna y trabajo multidisciplinario en equipo para preservar su vida y prevenir complicaciones (23). En estas áreas asistenciales, las restricciones en UCI son frecuentes y suelen generar cuestionamiento en los familiares cuando los encuentran con restricciones físicas. No obstante, estas acciones constituyen una medida terapéutica utilizada para evitar y mitigar los riesgos de autolesiones o daños y son aplicadas de acuerdo a un protocolo de cada institución ya que impactan sobre la autonomía de los pacientes (24). Dentro de este contexto de medidas, las restricciones de visitas o de ingreso de familiares, se encuentran limitadas, por el horario institucional rígido; esta barrera administrativa afecta muchas veces el estado emocional de los familiares, haciendo más estresante la situación en el entorno, a pesar de que diversos estudios evidencian que flexibilizar el horario favorece la recuperación (25).

En este panorama complejo, la familia del paciente crítico actúa como su representante legal y afectivo, asumiendo un rol de sujeto activo, soportando

emociones intensas de ansiedad, incertidumbre, melancolía, y manteniendo la necesidad constante, de tenerlo lo más próximo a sus miradas, recibir información clara y organizar su rutina diaria para ser la voz del paciente cuando este pierde toda la autonomía. Su presencia y participación son esenciales para garantizar la continuidad del cuidado y humanizar la atención en UCI (26). Estas transiciones que sufre la familia desde el ingreso de su familiar impactan y desencadenan una crisis multidimensional en cada uno de sus miembros, generando altos niveles de ansiedad, depresión y el denominado Síndrome de Post – Cuidados Intensivos en la Familia o PISF (27).

Estas vivencias generan nuevas demandas en los familiares, las cuales son fundamentadas por el Inventario de Necesidades Familiares en Cuidados Intensivos (CCFNI) a través de cinco dominios críticos: seguridad, información, proximidad, soporte y confort (28). Principalmente, el acceso a información clara, honesta y estructurada sobre el diagnóstico o pronóstico, junto con la certeza de que el paciente reciba una asistencia profesional humana y de excelencia, son prioridades inmediatas de los familiares (28,29). Respecto a la proximidad, el otorgar flexibilidad en el horario de visitas disminuye considerablemente el sufrimiento emocional (27); asimismo, durante la transición y el alta a hospitalización del paciente, las necesidades de soporte y entrenamiento en cuidados van en aumento por los familiares (30). En este escenario, mientras el personal de salud prioriza muchas veces el aspecto físico o confort ambiental, la familia, por el contrario, pone en prioridad la necesidad de sentirse respaldada emocionalmente, con una comunicación efectiva (31). Resolver estas brechas evidenciadas, recae en el rol de la enfermera de UCI quien, además de sus competencias técnicas, la logística del

servicio especializado y las coordinaciones interdisciplinarias, debe estar preparada para brindar un trato con alta sensibilidad humana, consolidando un cuidado personalizado y ético (32) que pueda llevar a una comunicación terapéutica.

Los modelos teóricos de comunicación en enfermería fundamentan la interacción terapéutica entre la enfermera y el paciente crítico. Peplau considera que la relación interpersonal favorece la confianza y el apoyo emocional durante la hospitalización (33) mientras que King sostiene que la comunicación facilita la interacción y el logro de metas frente a situaciones de crisis (34) Travelbee enfatiza la relación humano a humano para comprender el sufrimiento familiar (35). Asimismo, Anne Adams destaca la identificación de necesidades familiares como parte del soporte emocional (36). Estas perspectivas se integran en los metaparadigmas de Hohashi, quien concibe a la familia como un sistema integral que requiere una comunicación terapéutica orientada al bienestar familiar (37). Por su parte Watson aporta una visión humanista basada en el respeto de los valores y experiencias familiares (38).

La Teoría de Salud Familiar de Naohiro Hohashi se fundamenta en los metaparadigmas de enfermería, los cuales permiten comprender la interacción entre la familia y el profesional de enfermería dentro del contexto de la UCI. La persona es concebida como la familia entendida como un sistema e interdependiente, donde la alteración de uno de sus integrantes afecta el equilibrio del grupo familiar. En el contexto del paciente crítico, la familia se convierte en sujeto de cuidado debido al impacto emocional y cognitivo que genera la hospitalización. El entorno comprende la UCI caracterizada por alta complejidad tecnológica, restricciones de acceso, estrés emocional e incertidumbre, factores que influyen directamente en la

experiencia familiar. La salud se entiende como el equilibrio funcional y adaptativo de la familia, el cual puede verse afectado frente a la enfermedad crítica de uno de sus miembros; en este proceso, la comunicación contribuye a disminuir la incertidumbre y a fortalecer el afrontamiento familiar. Finalmente, la enfermería es considerada el agente terapéutico que, mediante la comunicación y la interacción interpersonal, favorece el apoyo emocional, la comprensión y la participación de la familia en el cuidado del paciente crítico (37).

Hohashi, define la comunicación terapéutica como el conjunto de interacciones verbales y no verbales entre el profesional de enfermería y la familia diseñadas como una intervención familiar; este enfoque utiliza la comunicación para influir, positivamente en el sistema familiar, integrando, posturas, gestos y lenguaje para el bienestar de sus miembros (37).

Las actividades de comunicación de enfermería comprenden acciones orientadas a la transmisión de información, identificación de necesidades y reconocimiento de aspectos emocionales, culturales y espirituales de la familia del paciente crítico (16).

La comunicación con los familiares en UCI constituye un proceso continuo mediante el cual la enfermera establece intercambio informativo, contención emocional y orientación, fortaleciendo la relación terapéutica y la toma de decisiones compartidas (19,20).

La variable actividades de comunicación de enfermería con la familia del paciente crítico se aborda mediante dimensiones que permiten evaluar las acciones

comunicativas desarrolladas por la enfermera durante la interacción con el entorno familiar en la UCI. Estas dimensiones comprenden aspectos relacionados con la transmisión de información, la identificación de necesidades y la participación familiar en la toma de decisiones (16).

Forma de recabar información e informar se refiere al proceso mediante el cual la enfermera brinda a la familia del paciente crítico información clara, oportuna y comprensible sobre el estado de salud del paciente, el tratamiento que recibe, el uso de dispositivos médicos y el objetivo de los cuidados en la unidad de cuidados intensivos. Asimismo, incluye la explicación de los cambios en el plan terapéutico, la finalidad de las intervenciones del equipo de salud y la orientación del estado de confort del paciente, incorporando además la comunicación sobre aspectos emocionales y valores del paciente que permitan una mejor comprensión del proceso de enfermedad (16,37)

Identificación y resolución de necesidades se refiere a la capacidad de la enfermera para reconocer y atender las necesidades espirituales, religiosas y culturales de la familia del paciente crítico durante su estancia en la UCI. Este proceso incluye el acompañamiento en la búsqueda de sentido frente a la situación, el apoyo en la expresión de creencias religiosas o espirituales y la consideración de los valores culturales que influyen en la vivencia de la enfermedad. Asimismo, comprende la identificación de posibles dificultades en la interacción con el paciente, promoviendo la cercanía y comunicación familiar (16,37).

Identificación de deseos y aceptación familiar se refiere al proceso mediante el cual la enfermera dialoga con la familia respecto a los deseos, valores y decisiones que

el paciente hubiera manifestado en relación con su tratamiento si pudiera participar en la toma de decisiones. Este proceso permite integrar la voluntad del paciente en las decisiones clínicas, promoviendo el respeto por su autonomía y favoreciendo la aceptación informada por parte de la familia. Asimismo, fortalece la relación entre el equipo de salud y el entorno familiar, facilitando decisiones más humanas y consensuadas (16,37).

No obstante, en la práctica cotidiana del servicio de UCI de un hospital de Lima, persiste una comunicación limitada entre la enfermera y los familiares, caracterizada por información insuficiente y poco oportuna, brindada generalmente al cierre de visitas. Los familiares suelen expresar desamparo con frases como: “A mí no me han dado informe, señorita” o “¿Y cómo lo ve a mi papá, señorita?”. Ante este contexto adverso y la urgencia de traducir la evidencia teórica en soluciones locales, surge la siguiente interrogante de investigación: **¿Cuáles son las actividades de comunicación que realiza la enfermera con la familia del paciente en las Unidades de Cuidados Intensivos de un hospital en Lima, 2026?**

La justificación teórica, aportará al desarrollo del conocimiento en enfermería, especialmente en comunicación terapéutica y permitirá comprender como se establece la relación enfermera con la familia en contextos críticos. Contribuyendo a fortalecer modelos teóricos centrados en la interacción y el apoyo emocional.

Mientras la justificación práctica, identificara como es la comunicación permitiendo reconocer deficiencias y oportunidades de mejora en la atención. Los resultados pueden orientar la implementación de estrategias y protocolos comunicacionales en la UCI. Esto contribuirá a mejorar la información brindada y

el acompañamiento a los familiares. En consecuencia, se fortalecerá la calidad del cuidado y la satisfacción familiar.

Justificación social, la comunicación terapéutica responde a la necesidad de los familiares de recibir información clara, oportuna y empática. Su mejora reduce la ansiedad, el estrés y la incertidumbre frente al estado crítico del paciente. Promoviendo la confianza en el personal de salud y en la institución.

Justificación metodológica, el estudio permitirá aplicar instrumentos de medición que evalúen la comunicación enfermera–familia en la UCI. Facilitará la recolección de datos objetivos y sistemáticos sobre esta problemática y contrastarlos con la realidad, Asimismo, servirá como referencia para futuras investigaciones, aportando validez y sustento científico al análisis del problema.

II. OBJETIVOS

Objetivo general:

- Determinar las actividades de comunicación que realiza la enfermera con la familia del paciente en las Unidades de Cuidados Intensivos de un hospital en Lima, 2026

Objetivos específicos:

- Identificar las actividades de comunicación que realiza la enfermera con la familia del paciente en las Unidades de Cuidados Intensivos, respecto a la forma de recabar información e informar; en un hospital en Lima, 2026.
- Identificar las actividades de comunicación que realiza la enfermera con la familia del paciente en las Unidades de Cuidados Intensivos, respecto a la forma en que identifica y resuelve necesidades; en un hospital en Lima, 2026.
- Identificar las actividades de comunicación que realiza la enfermera con la familia del paciente en las Unidades de Cuidados Intensivos, respecto a la forma de identificar los deseos y la aceptación familiar; en un hospital en Lima, 2026.

III. MATERIALES Y MÉTODOS

3.1. Diseño de estudio

Estudio de enfoque cuantitativo porque se basa en la recolección y análisis de datos numéricos para medir la variable de forma objetiva. Diseño no experimental porque no se manipulan las variables de estudio, sino que se observan en su contexto natural. De corte transversal porque la información se recolecta en un solo momento determinado, sin seguimiento en el tiempo. Es de nivel descriptivo porque busca especificar las propiedades y características del fenómeno de la comunicación en un contexto real (39).

3.2. Población

La población de estudio estará constituida por la totalidad de 100 enfermeras intensivistas que laboran en las UCI de un Hospital de Lima durante el año 2026.

3.3. Muestra

Considerada como la esencia representativa de la población en su conjunto (40). Se aplicará la fórmula para muestra proporcional conocida con 5% de margen de error.

$$n = \frac{N \cdot Z^2(p \cdot q)}{(N - 1)E^2 + Z^2(p \cdot q)}$$

Donde:

- N : Población (100)
- Z : Nivel de confianza (95%: 1.96)
- P : Probabilidad de éxito (0.5)
- Q : Probabilidad de fracaso (0.5)
- E : Error estándar (0.05)

Reemplazando:

$$n = \frac{100 \cdot 1.96^2 (0.5 \times 0.5)}{(100-1) \times 0.05^2 + 1.96^2 (0.5 \times 0.5)}$$

$$n = 79.5$$

La muestra será de **80 enfermeras intensivistas**. Se aplicará el muestreo probabilístico aleatorio simple, una técnica en la que todos los elementos del universo, que están presentes en el marco muestral, tienen la misma probabilidad de ser seleccionados para formar parte de la muestra (40).

Criterios de inclusión:

- Enfermeras intensivistas con título de especialista en Cuidados Intensivos o con experiencia mínima de un año en el área crítica.
- Enfermeras intensivistas asistenciales con vínculo laboral vigente y que se encuentre laborando activamente durante el periodo de recolección de datos.
- Enfermeras intensivistas que acepten participar en el estudio mediante la firma del consentimiento informado.

Criterios de exclusión:

- Enfermeras intensivistas que desempeñen cargos exclusivamente administrativos o de jefatura sin contacto directo con familiares de pacientes críticos.
- Enfermeras intensivistas de vacaciones o licencia.

3.4. Operacionalización de variables

Variable	Definición Conceptual	Definición Operacional	Dimensiones	Indicadores	Escala De Medición
Actividades de comunicación con la familia del paciente	Conjunto de acciones comunicativas verbales y no verbales que realiza la enfermera para informar, orientar y brindar apoyo a la familia del paciente crítico durante su estancia en la UCI.	Se medirá mediante el instrumento “Actividades de enfermería para comunicarse con las familias”, el cual evalúa las dimensiones: forma de recabar información e informar, identificación y resolución de necesidades e identificación de deseos y aceptación familiar.	Forma de recabar información e informar	• Explicación del tratamiento que recibe el paciente. • Información sobre dispositivos y equipos biomédicos • Información sobre actividades de cuidado. • Información sobre el equipo de salud.	Ordinal: Eficiente Regular Deficiente
			Identificación y resolución de necesidades	• Necesidades espirituales y religiosas. • Necesidades culturales e ideológicas. • Sentimientos y confort del familiar.	
			Identificación de deseos y aceptación familiar	• Valoración de la vida del paciente. • Voluntad anticipada del paciente. • Consenso y acuerdos familiares.	

3.5. Procedimientos y técnicas

Se utilizará como técnica la encuesta, se aplicará el cuestionario “Actividades de enfermería para comunicarse con las familias de pacientes críticos”, elaborado por Curtis et al. (41). El instrumento cuenta con 16 ítems con escala tipo Likert y presento un alfa de Cronbach de 0,88 en su versión original en inglés (42). Posteriormente, fue utilizado en España por Cabrera et al. (43).

El cuestionario NACF (Nurse Activities for Communication with Families) fue validado y adaptado para la población colombiana por Achury Beltrán y Ramos Garzón en 2024, reportando un alfa de Cronbach global de 0,92(44).

Contiene 16 preguntas tipo Likert con cuatro alternativas: siempre (5), casi siempre (4), algunas veces (3), y nunca (1). Considera las dimensiones: informativa (ítems 1, 2, 3, 4, 9,10,11,15 y 16), Necesidades (ítems 5, 6, 7, 8, 11 y 12) y Deseos/Aceptación (ítems 13 y 14).

Achury validó el instrumento mediante juicio de expertos y análisis factorial. Asimismo, aseguró la confiabilidad mediante el alfa de Cronbach, obteniendo un valor de 0.92, lo que significa una confiabilidad alta (43).

Para fines de este estudio, el cuestionario será validado en el contexto peruano, evaluado por diez jueces expertos y se empleará la prueba V de Aiken. Asimismo, se realizará una prueba piloto en 30 profesionales de enfermería que no formarán parte de la muestra de estudio, con la finalidad de determinar la confiabilidad del instrumento mediante el coeficiente alfa de Cronbach. Se considerarán valores mayores a 0.80 tanto para la V de Aiken como para el alfa de Cronbach, lo que indicará adecuados niveles de validez y confiabilidad del instrumento.

Procedimiento de recolección de datos:

Fase 1: Aprobación del comité de ética

En primera instancia, el proyecto será revisado y aprobado por la asesora de investigación, con la finalidad de verificar la coherencia metodológica, pertinencia científica y cumplimiento de los criterios académicos establecidos. Posteriormente, se gestionará la autorización del Comité de Ética del hospital y de la universidad, entregando el proyecto culminado con los objetivos, metodología y aspectos éticos; asimismo, se revisará y se validará el consentimiento informado para asegurar que los procedimientos respeten los principios de la bioética: la beneficencia, autonomía y la confidencialidad

Fase 2: Coordinación

Se coordinarán reuniones con los directivos del hospital y la jefatura de enfermería de la UCI, para acordar y definir el horario, espacio y la logística necesaria para aplicar el instrumento “Actividades de enfermería para comunicarse con las familias de pacientes críticos”. Además, se informará a las enfermeras intensivistas involucradas sobre los objetivos y los procedimientos del estudio.

Fase 3: Reclutamiento

Se invitará a participar a las enfermeras intensivistas que cumplan con los criterios de inclusión establecidos. A los profesionales se les proporcionará información detallada de los objetivos del estudio y se les solicitará su firma voluntaria en el consentimiento informado, garantizando que su participación no interferirá con sus actividades asistenciales.

Fase4: Ejecución

La ejecución se iniciará una vez obtenida la firma del consentimiento informado. Se procederá a la entrega del cuestionario autoadministrado de 16 ítems a cada enfermera intensivista para que lo complete de manera privada, asegurando el anonimato y la confidencialidad de la información recolectada durante todo el proceso. El tiempo estimado para el desarrollo de la encuesta será de aproximadamente 20 minutos. Finalizada la aplicación del instrumento, se verificará el correcto llenado de los cuestionarios y se agradecerá la participación de las enfermeras intensivistas.

3.6. Plan de análisis

Para el análisis de datos, después de recibir las respuestas y crear la base de datos codificada, se utilizará el software **Jamovi** para reconvertir la variable a niveles (rango) y obtener los informes apropiados por la variable general y sus tres dimensiones.

Para la categorización de la variable actividades de comunicación con la familia del paciente, se utilizarán los siguientes niveles basados en el puntaje total (baremo):

- **Favorable (49-64 puntos):** Indica una práctica comunicativa constante y humanizada.
- **Regular (33-48 puntos):** Indica una comunicación intermitente o centrada mayormente en lo técnico.
- **Desfavorable (16-32 puntos):** Indica una comunicación deficiente que no cubre las necesidades del sistema familiar.

Los resultados descriptivos se presentarán en tablas de frecuencia y porcentaje. Las variables numéricas (como la edad y los años de experiencia de las enfermeras) se trabajarán con media, desviación estándar (DS), mínimo y máximo.

3.7. Aspectos éticos.

El presente estudio se realizará basado en los principios éticos del reporte de Belmont de al año 1979, de los cuales tenemos:

Autonomía: Se respeta la aceptación o negación para ser parte de la presente investigación, se ve reflejado a través de la aceptación del consentimiento informado y a través de la confidencialidad.

Beneficencia: Posterior al recojo de información y al análisis de los resultados, se entregará resultados a las jefaturas correspondientes y al área de docencia e Investigación del Hospital Nacional; con la finalidad de mejorar la relación con los familiares.

No maleficencia: Se evitará provocar daños y no se pondrá en riesgo a los participantes ni pacientes. Así mismo, se tiene presente la negación a participar del presente trabajo de investigación.

Justicia: Se brindará un trato justo y respetando la identidad y la utilización de la información que será únicamente para fines científicos.

IV. PRESUPUESTO Y CRONOGRAMA

1.1 Presupuesto

RUBROS	CANTIDAD	UNIDA DE MEDIDA	COSTO UNITARIO	COSTO TOTAL
1.MATERIALES E INSUMOS				
PAPEL BOND A4	4	MILLAR	S/. 25.00	S/. 150.00
LAPICERO AZUL	50	UNIDAD	S/. 1.00	S/. 50.00
FÓLDER MANILA	50	UNIDAD	S/. 1.00	S/. 50.00
CORRECTOR	10	UNIDAD	S/. 2.50	S/. 25.00
ENGRAPADOR	1	UNIDAD	S/. 10.00	S/. 10.00
GRAPAS	1	PAQUETE	S/. 7.00	S/. 7.00
PERFORADOR	1	UNIDAD	S/. 10.00	S/. 10.00
CARNET DE IDENTIFICACIÓN	1	UNIDAD	S/. 10.00	S/. 10.00
CUADERNO	1	UNIDAD	S/. 8.00	S/. 8.00
2. COMUNICACIÓN				
INTERNET	1	6 MESES	S/. 100.00	S/. 600.00
PLANES DE CELULAR	1	UNIDAD	S/. 70.00	S/. 70.00
3. VIÁTICOS Y OTROS				
VIÁTICOS POR ALIMENTACIÓN	1	UNIDAD	S/. 300.00	S/. 300.00
VIÁTICOS PARA MOVILIDAD	1	UNIDAD	S/. 200.00	S/. 200.00
4. DIFUSIÓN Y PROMOCIÓN DE RESULTADOS				
PANEL	1	UNIDAD	S/. 300.00	S/. 300.00
GIGANTOGRAFÍA	2	UNIDAD	S/. 100.00	S/. 200.00
TOTAL:				S/. 1990.00

4.2 Cronograma

FECHA DE ACTIVIDADES	10/25	11/25	12/25	01/26	02/26	03/26	04/26	05/26
Planteamiento del problema	X							
Formulación de propósitos y objetivos		X						
Marco teórico			X					
Revisión de la literatura				X				
Diseño metodológico					X			
Consideraciones éticas y administrativas						X		
Elaboración de protocolo							X	
Presentación de Proyecto								X

V. REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Mao Z, Liu C, Li Q, Cui Y, Zhou F. Intelligent Intensive Care Unit: current and future trends. Intensive Care Res [Internet]. 2023 [citado el 30 de abril de 2026];1-7. Disponible en: <https://doi.org/10.1007/s44231-023-00036-5>
2. EsSalud, Hospital Nacional Edgardo Rebagliati Martins. Manual de procedimientos y procesos del servicio de la Unidad de Cuidados Intensivos de Adultos [Internet]. Lima: EsSalud; 2023 [citado el 30 de abril de 2026]. Disponible en: https://www.essalud.gob.pe/transparencia/procesos_procedimientos/MPP_HNERM_UCI_Adultos.pdf
3. Díaz Heredia LP, Ballesteros Pinzón GA. Comunicación entre la enfermera y el familiar: una relación entre seres humanos honesta, directa y real. Investig Enferm Imagen Desarr [Internet]. 2021 [citado el 30 de abril de 2026]. Disponible en: <https://doi.org/10.11144/Javeriana.ie23.cefr>
4. Duque Delgado L, Rincón Elvira EE, León Gómez VE. Apoyo emocional de las familias a los pacientes en unidades de cuidados intensivos: revisión bibliográfica. Ene [Internet]. 2020 [citado el 30 de abril de 2026];14(3):e14308. Disponible en: http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1988-348X2020000300008
5. Leong EL, Chew CC, Ang JY, Lojikip SL, Devesahayam PR, Foong KW. The needs and experiences of critically ill patients and family members in intensive care unit of a tertiary hospital in Malaysia: a qualitative study. BMC Health Serv Res [Internet]. 2023 [citado el 30 de abril de 2026].

- 2026];23(1):627. Disponible en: <https://doi.org/10.1186/s12913-023-09660-9>
6. Hohashi N, Honda J. Development of the Concentric Sphere Family Environment Model and companion tools for culturally congruent family assessment. J Transcult Nurs [Internet]. 2011 [citado el 24 de mayo de 2026];22(4):350-361. Disponible en: <https://doi.org/10.1177/1043659611414200>
 7. Mesa P, Granda-Vargas AM, Gaviria-Mendoza A, Cardona-Arias JA. Assessment of communication with families of patients in intensive care units: a systematic review. Chest [Internet]. 2021 [citado el 3 de mayo de 2026];159(3):1044-1053. Disponible en: [https://journal.chestnet.org/article/S0012-3692\(20\)35159-X/fulltext](https://journal.chestnet.org/article/S0012-3692(20)35159-X/fulltext)
 8. Moreno-Fergusson ME, Hernández-Rodríguez MC. Comunicación e interacción familiar por videollamadas: reflexión ante la pandemia COVID-19. Enferm Univ [Internet]. 2022 [citado el 3 de mayo de 2026];19(1):108-116. Disponible en: https://www.researchgate.net/publication/362465133_Comunicacion_e_interaccion_familiar_por_videollamadas_reflexion_ante_la_pandemia_COVID-19
 9. Regaira-Martínez E, Garcia-Vivar C. The process of giving information to families in intensive care units: a narrative review. Enferm Intensiva [Internet]. 2021 [citado el 3 de mayo de 2026];32(1):18-36. Disponible en:

<https://www.clinicalkey.es/#!/content/playContent/1-s2.0-S113023992030064X>

10. Zea Pin VA. Percepción del familiar del paciente crítico, respecto a los cuidados que brinda el personal de enfermería de la UCI [tesis de maestría en Internet]. Jipijapa: Universidad Estatal del Sur de Manabí; 2025 [citado el 30 de abril de 2026]. Disponible en: <https://repositorio.unesum.edu.ec/bitstream/53000/7826/1/Zea%20Pin%20Vanessa%20Alexandra.pdf>
11. Francia Luna LM. Comunicación asertiva y apoyo emocional de enfermería según el familiar del paciente crítico, Hospital Sergio Bernales – Lima, 2020 [tesis de licenciatura en Internet]. Chíncha: Universidad Autónoma de Ica; 2020 [citado el 30 de abril de 2026]. Disponible en: <https://repositorio.autonomadeica.edu.pe/handle/20.500.14441/724>
12. Cerquin Huaripata FE. Percepción del familiar sobre el cuidado del profesional de enfermería al paciente hospitalizado con COVID-19. Hospital II-E Simón Bolívar, Cajamarca 2022 [tesis de licenciatura en Internet]. Cajamarca: Universidad Nacional de Cajamarca; 2023 [citado el 30 de abril de 2026]. Disponible en: <https://repositorio.unc.edu.pe/handle/20.500.14074/5935>
13. Yoo HJ, Lim OB, Shim JL. Critical care nurses' communication experiences with patients and families in an intensive care unit: a qualitative study. PLoS One [Internet]. 2020 [citado el 24 de mayo de 2026];15(7):e0235694. Disponible en: <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0235694>

14. Dees ML, Carpenter JS, Longtin K. Communication between registered nurses and family members of intensive care unit patients. *Crit Care Nurse* [Internet]. 2022 [citado el 3 de mayo de 2026];42(6):25-34. Disponible en: <https://doi.org/>
15. Naef R, Jeitziner MM, Riguzzi M, von Felten S, Verweij L, Rufer M, et al. Nurse-led family support intervention for families of critically ill patients: the FICUS cluster randomized clinical trial. *JAMA Intern Med* [Internet]. 2025 [citado el 3 de mayo de 2026];185(9):1138-1149. Disponible en: <https://doi.org/>
16. Achury-Beltrán LF, Brito-Suárez JM, Ramos-Garzón JX, Ramírez-Cárdenas AM. Percepción del profesional de enfermería sobre la comunicación con la familia del paciente crítico - Colombia. *Aquichan* [Internet]. 2025 [citado el 3 de mayo de 2026];25(3):e2533. Disponible en: <https://doi.org/10.5294/aqui.2025.25.3.3>
17. Valls-Matarín J, del Cotillo-Fuente M. Nursing information in Spanish intensive care units: formal or informal role? A multicenter study. *Enferm Intensiva* [Internet]. 2022 [citado el 3 de mayo de 2026];33(4):206-211. Disponible en: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/36379878/>
18. Sánchez Vega ED, Quenorán Almeida VS. Comunicación terapéutica de enfermería con los familiares de los pacientes de la unidad de cuidados intensivos en el Condado de Puyo Ambato. *South Florida Journal of Intensive Studies* [Internet]. 2023 [citado el 24 de mayo de 2026]. Disponible en: <https://doi.org/10.51798/sjjs.v4iSI1.660>

19. Gálvez Cerdán SR, Mesta Delgado RP. La comunicación y apoyo emocional en enfermería desde la perspectiva del familiar del paciente crítico en un hospital público, Chiclayo 2019. ACC CIETNA [Internet]. 2020 [citado el 24 de mayo de 2026];7(1):65-74. Disponible en: <https://doi.org/10.35383/cietna.v7i1.358>
20. Llacetas R, Navarro S. Comunicación asertiva del profesional de la salud y los problemas psicoemocionales de los familiares de pacientes adultos ingresados en cuidados intensivos del Hospital Sub Regional de Andahuaylas durante el año 2022 [tesis de segunda especialidad en Internet]. Callao: Universidad Nacional del Callao; 2022 [citado el 24 de mayo de 2026]. Disponible en: <https://repositorio.unac.edu.pe/item/4170b126-61c3-442d-8e25-ad4f54e1ea92>
21. Elizalde Pulache M. Nivel de satisfacción de la comunicación enfermero-familiar de pacientes en la Unidad de Cuidados Intensivos del Hospital Regional de Tumbes [tesis de licenciatura en Internet]. Tumbes: Universidad Nacional de Tumbes; 2022 [citado el 24 de mayo de 2026]. Disponible en: https://alicia.concytec.gob.pe/vufind/Record/UEPU_bbf8bfef288fcff8ba26975239040e91/Description
22. Montoya Pacheco K. Estrategias de comunicación del profesional de enfermería y la satisfacción del familiar del paciente en la unidad de cuidados intensivos de un hospital público de Lima, 2023 [tesis de segunda especialidad en Internet]. Lima: Universidad Nacional Federico Villarreal; 2023 [citado el 24 de mayo de 2026]. Disponible en:

<https://renati.sunedu.gob.pe/indice/autor/detalle?valor=montoya+pacheco%2C+katherin>

23. Marshall JC, Bosco L, Adhikari NK, Connolly B, Diaz JV, Dorman T, et al. What is an intensive care unit? A report of the task force of the World Federation of Societies of Intensive and Critical Care Medicine. J Crit Care [Internet]. 2017 [citado el 3 de mayo de 2026];37:270-276. Disponible en: <https://doi.org/10.1016/j.jcrc.2016.07.015>
24. Fernández Rodríguez A, Zabala Blanco J. Restricción física: revisión y reflexión ética. Gerokomos [Internet]. 2014 [citado el 28 de abril de 2026];25(2):63-67. Disponible en: https://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_abstract&pid=S1134-928X2014000200004
25. González-Sanz P, Martínez-García A, López-Sánchez M, Pérez-Gisbert R. La importancia de las UCIs abiertas y la percepción de las enfermeras ante la flexibilización de visitas. Rev Sanit Investig [Internet]. 2024 [citado el 11 de mayo de 2026];5(9):142-151. Disponible en: <https://revistasanitariadeinvestigacion.com/la-importancia-de-las-ucis-abiertas-y-la-percepcion-de-las-enfermeras/>
26. Duque-Ortiz C, Arias-Valencia MM. La familia en la unidad de cuidados intensivos frente a una crisis situacional. Enferm Intensiva [Internet]. 2022 [citado el 3 de mayo de 2026];33(1):1-54. Disponible en: <https://www.elsevier.es/es-revista-enfermeria-intensiva-142-articulo-la-familia-unidad-cuidados-intensivos-S1130239921000584>

27. Society of Critical Care Medicine. Guidelines for Family-Centered Care in the Neonatal, Pediatric, and Adult ICU [Internet]. Mount Prospect (IL): SCCM; 2017 [citado el 24 de mayo de 2026]. Disponible en: <https://www.sccm.org/>
28. Leske JS. Internal psychometric properties of the Critical Care Family Needs Inventory. Heart Lung [Internet]. 1991 [citado el 24 de mayo de 2026];20(3):236-244. Disponible en: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/2037285/>
29. Alsharari AF. The needs of family members of patients admitted to the intensive care unit. Patient Prefer Adherence [Internet]. 2019 [citado el 24 de mayo de 2026];13:465-473. Disponible en: <https://pmc.ncbi.nlm.nih.gov/articles/PMC6452534/>
30. Damanik SRH, Kusumarini N. Family needs of ICU patients based on the perceptions of nurses and patient's families. Rev Gest Soc Ambient [Internet]. 2025 [citado el 24 de mayo de 2026];19(5):e11258. Disponible en: <https://openaccesspublications.org/>
31. Li Y, Zhang X, Wang L, et al. The needs of relatives of intensive care patients during the transition from the intensive care unit to a general ward: a mixed methods study. BMC Nurs [Internet]. 2025 [citado el 24 de mayo de 2026];24:342. Disponible en: <https://pmc.ncbi.nlm.nih.gov/articles/PMC12278554/>
32. González-Salas R. El rol de la enfermería de los cuidados en la UCI desde un enfoque humanizador. Rev Multidiscip Perspect Investig [Internet]. 2022 [citado el 24 de mayo de 2026];2(2):2-12. Disponible en:

<https://rperspectivasinvestigativas.org/index.php/multidisciplinaria/article/view/50>

33. Peplau HE. Interpersonal Relations in Nursing [Internet]. New York: Putnam; 1952 [citado el 3 de mayo de 2026]. Disponible en: <https://books.google.com.pe/books?id=ck8-E6FL-1UC>
34. King IM. A Theory for Nursing: Systems, Concepts, Process [Internet]. New York: Wiley; 1981 [citado el 3 de mayo de 2026]. Disponible en: <https://archive.org/details/theoryfornursing00king>
35. Travelbee J. Interpersonal Aspects of Nursing [Internet]. Philadelphia: FA Davis Co; 1971 [citado el 3 de mayo de 2026]. Disponible en: https://openlibrary.org/books/OL5949761M/Interpersonal_aspects_of_nursing
36. Adams A, Sharp R. Achieving a therapeutic and family-centred approach to care in the intensive care unit. Nurs Crit Care [Internet]. 2013 [citado el 24 de mayo de 2026];18(4):160-162. Disponible en: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/23773149/>
37. Hohashi N, Honda J. Concept development and implementation of Family Care/Caring Theory in Concentric Sphere Family Environment Theory. Open J Nurs [Internet]. 2015 [citado el 24 de mayo de 2026];5(9):749-757. Disponible en: <https://www.scirp.org/journal/paperinformation?paperid=59428>
38. Watson J. Nursing: The Philosophy and Science of Caring [Internet]. Rev ed. Boulder: University Press of Colorado; 2018 [citado el 24 de mayo de 2026]. Disponible en: <https://www.upcolorado.com/excerpts/9780870819797.pdf>

39. Hernández-Sampieri R, Mendoza C. Metodología de la investigación: las rutas cuantitativa, cualitativa y mixta [Internet]. Ciudad de México: McGraw-Hill Interamericana; 2018 [citado el 4 de mayo de 2026]. Disponible en: https://escuelaesam.pe/biblioteca/assets/uploads/libro_689f66489281b.pdf
40. Niño Rojas VM. Metodología de la investigación: diseño y ejecución [Internet]. Bogotá: Ediciones de la U; 2011 [citado el 15 de mayo de 2026]. Disponible en: https://escuelaesam.pe/biblioteca/assets/uploads/libro_689f5eab71073.pdf
41. Curtis JR, Engelberg RA. Nurse Activities for Communicating with Families (NACF) [Internet]. Seattle: University of Washington School of Medicine, End-of-Life Care Research Program; 2011 [citado el 15 de mayo de 2026]. Disponible en: <https://depts.washington.edu/eolcare/pubs/wp-content/uploads/2011/09/nacf.pdf>
42. Downey L, Engelberg R, Shannon SE, Curtis R. Measuring intensive care nurses' perspectives on family-centered end-of-life care: evaluation of 3 questionnaires. Am J Crit Care [Internet]. 2006 [citado el 15 de mayo de 2026];15(6):568-579. Disponible en: <https://doi.org/10.4037/ajcc2006.15.6.568>
43. Cabrera LS, Quintana BY, Alonso JM, Ramírez Montesdeoca F, Marrero IR, Susilla Pérez de la Blanca A. Actividades de comunicación del personal de enfermería con los familiares de pacientes ingresados en una unidad de cuidados intensivos. Enferm Clin [Internet]. 2009 [citado el 15 de mayo de 2026];23(1):10-15.

2026];19(6):335-339.

Disponible

en:

<https://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=3099634>

44. Achury Beltrán LF, Ramos Garzón JX. Validación de un instrumento para medir la comunicación con la familia del paciente crítico. Av Enferm [Internet]. 2024 [citado el 3 de mayo de 2026];42(1):110362ae. Disponible en: <https://ciberindex.com/index.php/rae/article/view/110>

ANEXOS

CONSENTIMIENTO INFORMADO

Consentimiento para participar en un estudio de investigación (Enfermeras Intensivistas)

Institución: Universidad Peruana Cayetano Heredia – UPCH

Investigadora: Ursula Hermelinda Lucero Gamarra

Título: “Actividades de comunicación que realiza la enfermera con la familia del paciente en las unidades de cuidados intensivos de un hospital en Lima, 2026”.

Propósito del Estudio: Determinar las actividades de comunicación que realiza la enfermera con la familia del paciente en las unidades de cuidados intensivos de un hospital en Lima, 2026.

Estamos invitando a participar en el estudio de investigación desarrollado por una investigadora de la Universidad Peruana Cayetano Heredia, cuyo objetivo es determinar las actividades de comunicación que realiza la enfermera con la familia del paciente en las unidades de cuidados intensivos.

Procedimientos:

Si usted acepta participar, se procederá al llenado del instrumento “**Actividades de enfermería para comunicarse con las familias de pacientes críticos**”.

Este instrumento consta de **16 ítems** que puntúan en una escala tipo Likert. El proceso consiste en:

1. Responder a **16 ítems** que describen actividades de comunicación informativa, atención a necesidades y validación de deseos del paciente.
2. El tiempo estimado para completar la encuesta es de **20 minutos**.

Riesgos:

No se prevén riesgos físicos, sociales ni laborales. Su participación es técnica y se limita a reportar la frecuencia de sus actividades comunicativas. El estudio se realiza de forma independiente a su evaluación de desempeño institucional.

Beneficios:

No hay beneficios económicos directos. Sin embargo, su aporte permitirá identificar brechas en la comunicación terapéutica y servirá de base para proponer estrategias de humanización del cuidado y soporte al sistema familiar en las unidades de cuidados intensivos del país, para mejorar la comunicación entre la enfermera y familia del paciente en la unidad de cuidados intensivos.

Costos e incentivos:

La participación no genera gasto alguno para usted. Tampoco se otorgarán incentivos económicos; su colaboración es estrictamente voluntaria y con fines de contribución al conocimiento científico de la enfermería intensivista.

Confidencialidad:

Se garantiza el anonimato absoluto. Los cuestionarios serán codificados numéricamente y no se registrarán nombres ni datos que permitan su identificación personal. La información será procesada de manera grupal y custodiada únicamente por la investigadora para fines estadísticos.

Uso de la información obtenida:

Los resultados contribuirán a fortalecer la línea de investigación sobre la salud de la familia, permitiendo analizar cómo la enfermera actúa como eje estabilizador entre la alta tecnología de la UCI y las necesidades humanas del entorno familiar.

Derechos del participante:

Como profesional, usted tiene el derecho de aceptar o rechazar su participación. Puede retirarse del estudio en cualquier momento o dejar preguntas sin responder sin que esto afecte su relación con la universidad o su centro laboral.

Si tiene dudas sobre los aspectos éticos, puede contactar al **Comité Institucional de Ética de la Universidad Peruana Cayetano Heredia (UPCH)**, al teléfono 01-3190000 anexo 201355 o al correo electrónico: duict.cieh@oficinas-upch.pe.

Asimismo, puede ingresar al siguiente enlace para comunicarse con el Comité Institucional de Ética en Investigación UPCH:

<https://investigacion.cayetano.edu.pe/etica/ciei/consultasoquejas>

DECLARACIÓN Y/O CONSENTIMIENTO

Acepto voluntariamente participar en este estudio, comprendo la ayuda que puedo brindar para la investigación como también que puedo decidir no participar durante la investigación.

Enfermera del paciente:

Nombre y Apellido:

DNI:

INSTRUMENTOS DE RECOLECCIÓN DE DATOS

Cuestionario de “Actividades de enfermería para comunicarse con las familias”

I.PRESENTACIÓN

Estimada enfermera intensivista, el presente cuestionario tiene como finalidad recolectar información para el proyecto de investigación titulado: “**Actividades de comunicación que realiza la enfermera con la familia del paciente en las Unidades de Cuidados Intensivos de un Hospital en Lima, 2026**”. Sus respuestas son de carácter anónimo y confidencial, y serán utilizadas estrictamente con fines académicos y de mejora de la gestión del cuidado.

II.DATOS GENERALES

Edad: _____ años.

Sexo: M (☐) F (☐)

Tiempo de experiencia en UCI: _____ años.

Condición laboral: Nombrado (☐) Contratado (☐) Tercero (☐)

Turno de trabajo predominante: Mañana (☐) Tarde (☐) Noche (☐)

III.INSTRUCCIONES

A continuación, se presenta una lista de actividades relacionadas con la comunicación que usted realiza con los familiares de los pacientes. Por favor, marque con una “X” la opción que mejor describa la frecuencia con la que usted realiza dicha actividad en su práctica diaria, considerando la siguiente escala:

- 1: Nunca
- 2: Algunas veces
- 3: Casi siempre
- 4: Siempre

ITEM		Nunca	Algunas veces	Casi siempre	siempre
1	¿Explica a los familiares el tratamiento que recibe el paciente?				
2	¿Explica a los familiares el objetivo de los dispositivos y equipo con los que encuentra al paciente?				

3	¿Proporciona información a la familia sobre el propósito de las diferentes actividades de cuidado que se ejecutan?				
4	¿Proporciona información a la familia sobre el objetivo de los encuentros que puede tener con lo demás miembros del equipo de salud?				
5	¿Habla con la familia sobre sus posibles necesidades espirituales (encontrarle sentido a la situación) y religiosas (relación con un ser superior)?				
6	¿Ayuda a los familiares para que sus necesidades espirituales y religiosas queden satisfechas?				
7	¿Habla con la familia sobre sus necesidades culturales (aquellas de origen material o ideológico que representan a una persona como parte de un grupo)?				
8	¿Ayuda de alguna forma para que las necesidades culturales de la familia queden satisfechas?				
9	¿Habla con los familiares sobre lo que el paciente más valora en la vida?				
10	¿Habla con los familiares sobre la enfermedad y el tratamiento que se le está aplicando al paciente?				
11	¿Habla con la familia sobre los sentimientos que ellos están experimentando?				
12	¿Pregunta a los familiares si encuentran algún impedimento para hablar o tocar al paciente?				
13	¿Habla con la familia sobre lo que el paciente hubiera querido si fuese capaz de participar en las decisiones de aceptar las pruebas y los tratamientos que se le están aplicando?				
14	¿Indaga si existe algún desacuerdo entre los miembros de la familia en relación con los tratamientos?				
15	¿Comunica a los familiares los cambios en el plan de cuidados?				
16	¿Asegura a los familiares que el paciente está confortable?				