

OPEN ACCESS

Autoría

Luana Santos Chagas da Paixão^{1*}

ORCID: <https://orcid.org/0009-0004-1004-3845>

Jucinei Araujo de Jesus²

ORCID: <https://orcid.org/0000-0002-3159-4273>

*Correspondiente: luanacpaixão7@gmail.com

Institución

¹Comissão de Residência Multiprofissional em Saúde, Secretaria Municipal da Saúde de São Paulo, São Paulo, Brasil.

²Secretaria Municipal da Saúde de São Paulo, São Paulo, Brasil.

Cómo citar este artículo • Copyright®

Paixão LSC, Jesus JA. Experiencias e Impactos del Proceso de Hospitalización en la Unidad de Cuidados Intensivos para el Familiar Acompañante. Rev. Tec. Cient. CEJAM. 2026;5:e202650048. DOI: <https://doi.org/10.59229/2764-9806.RTCC.e202650048>.

Editores

Abel Silva de Meneses • Editor Jefe

ORCID: <https://orcid.org/0000-0003-1632-2672>

André Ramalho • Editor Científico

ORCID: <https://orcid.org/0000-0002-8099-3043>

Sumisión

22-09-2025

Aprobación

26-10-2025

Artículo Original

Experiencias e Impactos del Proceso de Hospitalización en la Unidad de Cuidados Intensivos para el Familiar Acompañante

Vivências e Impactos do Processo de Hospitalização em Unidade de Terapia Intensiva para o Acompanhante Familiar

Experiences and Impacts of the Process of Hospitalization in an Intensive Care Unit for Family Members

Resumen

Objetivos: Analizar el impacto emocional y el sufrimiento de los familiares acompañantes derivados de la hospitalización de pacientes en la Unidad de Cuidados Intensivos (UCI) para adultos y relacionar los cuidados prestados por el equipo multidisciplinario con los principios de la Política Nacional de Humanización. **Método:** estudio de campo, de enfoque cualitativo, descriptivo y exploratorio, realizado entre junio y agosto de 2025, con acompañantes de pacientes en riesgo inminente de muerte ingresados en la Unidad de Cuidados Intensivos para adultos de un hospital municipal de São Paulo. Los datos se recopilaron mediante entrevistas semiestructuradas y se analizaron según el método de análisis de contenido, y la calidad metodológica se evaluó mediante los Criterios Consolidados para la Presentación de Informes de Investigación Cualitativa. **Resultados:** Los familiares enfrentan un intenso sufrimiento emocional, expresado por miedo, ansiedad y duelo anticipado. Las visitas resultaron esenciales para el vínculo afectivo, mientras que la comunicación del equipo influyó directamente en la percepción de acogida. La espiritualidad se destacó como un recurso de apoyo y resignificación, reforzando la importancia de las prácticas humanizadas. **Conclusión:** Acompañar a un ser querido en estado crítico en la UCI es una experiencia agotadora, marcada por incertidumbres, restricciones de visita y dificultad para acceder a información clara. Se concluye que es esencial incorporar prácticas multiprofesionales humanizadas que incluyan también el cuidado de los familiares.

Descriptores: Hospitalización; Unidades de Cuidados Intensivos; Familia; Sofrimento Emocional; Aflicción.

Resumo

Objetivo: Analisar o impacto emocional e o sofrimento dos familiares acompanhantes decorrentes da internação de pacientes em Unidade de Terapia Intensiva (UTI) adulta e relacionar os cuidados prestados pela equipe multiprofissional aos princípios da Política Nacional de Humanização. **Método:** Estudo de campo, de abordagem qualitativa, descritiva e exploratória, realizado entre junho e agosto de 2025, com acompanhantes de pacientes em risco iminente de morte internados na Unidade de Terapia Intensiva Adulta de um Hospital Municipal de São Paulo. Os dados foram coletados por meio de entrevistas semiestruturadas e analisados segundo o método de análise de conteúdo e a qualidade metodológica se deu pelo Consolidated Criteria for Reporting Qualitative Research. **Resultados:** Os familiares enfrentam intenso sofrimento emocional, expresso por medo, ansiedade e luto antecipado. A visita mostrou-se essencial para o vínculo afetivo, enquanto a comunicação da equipe influenciou diretamente a percepção de acolhimento. A espiritualidade destacou-se como recurso de apoio e resignificação, reforçando a importância de práticas humanizadas. **Conclusão:** Acompanhar um ente querido em estado crítico na UTI é uma experiência desgastante, marcada por incertezas, restrições de visita e dificuldade de acesso a informações claras. Conclui-se que é essencial incorporar práticas multiprofissionais humanizadas que incluam também o cuidado aos familiares.

Descritores: Hospitalização; Unidade de Terapia Intensiva; Família; Sofrimento Emocional; Luto Antecipado.

Abstract

Objective: To analyze the emotional impact and suffering of accompanying family members resulting from the hospitalization of patients in the adult Intensive Care Unit (ICU) and relate the care provided by the multidisciplinary team to the principles of the National Humanization Policy. **Method:** A qualitative, descriptive, and exploratory field study was conducted between June and August 2025 with family members accompanying patients at imminent risk of death admitted to the Adult Intensive Care Unit of a municipal hospital in São Paulo. Data were collected through semi-structured interviews and analyzed using content analysis, and methodological quality was assessed using the Consolidated Criteria for Reporting Qualitative Research. **Results:** Family members experience intense emotional suffering, expressed through fear, anxiety, and anticipatory grief. Visits proved essential for emotional bonding, while communication from the team directly influenced the perception of acceptance. Spirituality stood out as a resource for support and reframing, reinforcing the importance of humanized practices. **Conclusion:** Accompanying a loved one in critical condition in the ICU is a stressful experience, marked by uncertainty, visiting restrictions, and difficulty accessing clear information. We conclude that it is essential to incorporate humanized multidisciplinary practices that also include care for family members.

Descriptors: Hospitalization; Intensive Care Unit; Family; Emotional Distress; Anticipatory Grief.

INTRODUCCIÓN

La hospitalización en una Unidad de Cuidados Intensivos (UCI) es una experiencia compleja y estresante que afecta no solo al paciente, sino también a sus familiares. El contexto de gravedad clínica, riesgo inminente de muerte y falta de información clara intensifica los sentimientos de miedo, angustia e impotencia, lo que repercute directamente en el bienestar emocional de los acompañantes⁽¹⁻²⁾.

Los familiares, que a menudo asumen el papel de cuidadores, se enfrentan a una elevada carga de estrés y fragilidad emocional, lo que puede generar cambios en la dinámica familiar. En este escenario, es fundamental reconocer su importancia en el proceso de cuidado y ampliar las estrategias de humanización que incluyan apoyo y acogida también para los acompañantes⁽³⁾.

A pesar de ello, la familia suele ser descuidada en los entornos hospitalarios, donde prevalece una atención centrada exclusivamente en el paciente⁽⁴⁾. La calidad de la comunicación y la relación con el equipo multidisciplinario es determinante: cuando es clara y empática, contribuye a afrontar la situación, minimizando el daño emocional; cuando falla, aumenta el sufrimiento⁽⁵⁾.

La espiritualidad también surge como un recurso central para afrontar la situación, funcionando como fuente de consuelo, resignificación y sustento ante la incertidumbre⁽⁶⁾. Su relevancia, aunque reconocida en la literatura, aún está poco explorada en las prácticas hospitalarias, especialmente en el contexto de la UCI⁽⁷⁾.

En este proceso, la actuación del equipo multidisciplinario, en especial de la psicología hospitalaria, es estratégica para promover la acogida, la escucha cualificada y el apoyo emocional. El psicólogo actúa como mediador entre el equipo, el paciente y los familiares, favoreciendo la comunicación y la elaboración del sufrimiento experimentado⁽⁸⁾.

A la luz del modelo biopsicosocial⁽⁹⁾ y de las directrices de la Política Nacional de Humanización (PNH)⁽¹⁰⁾, resulta indispensable comprender el impacto de la hospitalización también desde la perspectiva familiar, ampliando las prácticas que integran la atención técnica y el apoyo emocional.

Así, este estudio tiene como objetivo analizar los impactos emocionales y el sufrimiento experimentado por los familiares que acompañan a pacientes ingresados en la UCI para adultos, relacionándolos con la atención multiprofesional y los principios de la Política Nacional de Humanización.

MÉTODO

Diseño, Período y Contexto

Se trata de un estudio cualitativo de campo, de naturaleza descriptiva y exploratoria, realizado en la UCI para adultos del Hospital Municipal Dr. Fernando Mauro Pires da Rocha, un hospital público ubicado en São Paulo. La unidad cuenta con 20 camas, dos de ellas de aislamiento, y recibe pacientes de las áreas clínica y quirúrgica.

La investigación se llevó a cabo entre junio y agosto de 2025, y en ella participaron los familiares acompañantes de pacientes clasificados por el equipo médico como en situación de riesgo inminente de muerte. Esta condición se definió a partir de criterios clínicos, como la necesidad de ventilación mecánica invasiva, una puntuación elevada en la escala SOFA, la gravedad del pronóstico o la indicación de cuidados paliativos.

Para garantizar la calidad metodológica y la transparencia de la investigación, el estudio siguió las directrices de la herramienta Criterios Consolidados para Informar sobre Investigación Cualitativa (COREQ).

Participantes en la investigación

Los participantes fueron seleccionados mediante invitación, realizada durante los horarios de visita, y fueron abordados por la investigadora, quien les explicó los objetivos de la investigación y aclaró sus dudas. Todos los familiares invitados aceptaron participar y formalizaron su adhesión mediante la firma del Término de Consentimiento Libre y Esclarecido (TCLE).

Criterios de inclusión y exclusión

Participaron en el estudio los familiares acompañantes que mantuvieron una presencia constante junto al paciente durante la hospitalización, durante un período mínimo de 48 horas, y que tenían un vínculo parental directo con él. Se excluyó a los acompañantes remunerados o contratados que no tenían relación familiar con el paciente.

Recopilación de datos

La recopilación de datos incluyó entrevistas semiestructuradas con familiares y la recopilación de información de los expedientes médicos de los pacientes para la caracterización clínica (diagnóstico principal, tiempo de hospitalización y soporte ventilatorio).

La recopilación de datos se llevó a cabo en la sala de recepción destinada a los acompañantes, ubicada dentro de la UCI. Solo se entrevistó a un acompañante por paciente. Todos los familiares recibieron y firmaron el TCLE, respondieron a un cuestionario sociodemográfico (edad, sexo, parentesco, nivel educativo, ocupación, religión, estado civil y tiempo de hospitalización) y participaron en entrevistas semiestructuradas.

Se realizaron seis entrevistas, cada una con una duración de entre 8 y 33 minutos, dirigidas por el investigador, un psicólogo residente de último año que trabajaba en la UCI. Se abordó a los familiares durante el horario de visitas y se les invitó a participar en el estudio, y todos aceptaron. Las entrevistas se grabaron en audio y se transcribieron íntegramente.

Se llevó un diario reflexivo, utilizado como herramienta para apoyar la supervisión, reflexionar sobre posibles sesgos interpretativos y garantizar un mayor rigor en el análisis de los datos. En él se registraron observaciones sobre el comportamiento y las emociones de los participantes durante las entrevistas, reflexiones sobre la actuación del investigador y las posibles interferencias derivadas de su vínculo profesional con la UCI, decisiones tomadas a lo largo del proceso de recopilación y análisis de datos, así como notas sobre reacciones inesperadas, dificultades o dudas interpretativas. El uso de este diario permitió minimizar los sesgos relacionados con la actuación del investigador, lo que confería una mayor transparencia metodológica y aumentaba la confiabilidad en la interpretación de las entrevistas.

El muestreo fue intencional, compuesto por familiares acompañantes de pacientes en riesgo inminente de muerte. El número de entrevistas (n=6) se definió por saturación temática, identificada a partir del análisis iterativo de los discursos. Las categorías temáticas exploradas incluyeron: sufrimiento emocional, visitas familiares, relación con el equipo de salud, espiritualidad y comunicación.

Análisis de datos

El análisis de los datos siguió la metodología de análisis de contenido temático categórico propuesta por Bardin⁽¹¹⁾, con el apoyo del software MaxQDA.

El proceso implicó una lectura exhaustiva, la codificación de las unidades de significado, la agrupación en categorías temáticas y la interpretación de los núcleos de sentido, en un enfoque predominantemente inductivo, orientado por dimensiones previamente reconocidas en la literatura sobre la hospitalización en la UCI.

Las entrevistas fueron transcritas literalmente (verbatim) por el investigador entre junio y agosto de 2025, y revisadas por un segundo investigador para garantizar la fidelidad del contenido.

Aspectos éticos y de integridad

El estudio fue sometido y aprobado por el Comité de Ética en Investigación del Hospital Municipal Dr. Fernando Mauro Pires da Rocha, registrado en la Plataforma Brasil con el número CAAE 77947324.6.0000.5452, con el dictamen n.º 7.252.006.

Todos los participantes recibieron información detallada sobre la investigación, firmaron el TCLE y se les garantizó el derecho a rechazar o retirarse en cualquier momento, sin perjuicio de la atención médica.

Los datos se almacenaron en una carpeta electrónica protegida con contraseña, accesible solo para el investigador, y se conservarán durante cinco años, de conformidad con la Resolución n.º 466/12 del Consejo Nacional de Salud.

Después de ese período, los archivos serán destruidos. Todas las etapas respetaron la Ley General de Protección de Datos (Ley n.º 13.709/2018), garantizando el anonimato de la información y la protección de la identidad de los participantes.

En los casos de sufrimiento emocional identificado durante o después de la entrevista, se remitió a los familiares al servicio de apoyo psicológico ofrecido por el departamento de psicología de la propia institución.

RESULTADOS

Los entrevistados fueron identificados únicamente por códigos ("F1", "F2" "F3", "F4", "F5" e "F6"), garantizando así su anonimato y confidencialidad. En la tabla 1 se presenta la caracterización sociodemográfica de los familiares que componían la muestra.

Cuadro 1 - Perfil sociodemográfico de los familiares, São Paulo, Brasil, 2025.

Familia	Tiempo de hospitalización	Parentesco	Sexo	Edad	Nivel educativo	Religión	Profesión	Estado Civil
1	14 días	Nieta	F	33	Secundaria completa	Cristiana	Ama de casa	Solteira
2	9 días	Padre	M	69	Secundaria completa	Cristiano	Jubilado	Casado
3	90 días	Madre	F	61	Secundaria completa	Cristiana	Ama de casa	Casada
4	6 días	Nieta	F	23	Educación primaria	Umbanda	Peluquera	Solteira
5	15 días	Prima	F	32	Educación superior	Católica	Enfermera	Solteira
6	7 días	Esposa	F	48	Educación superior	Cristiana	Profesora	Casada

Leyenda: F = Femenino; M = Masculino.

Fuente: Elaboración del autor

El análisis sociodemográfico reveló un predominio femenino (83 %), en su mayoría adultos en edad productiva (30 a 60 años). Hubo diversidad de vínculos familiares (nietas, esposa, padre, madre y prima) y una marcada presencia de la religiosidad (5 cristianos y 1 umbandista). Estos elementos evidencian el papel central de las mujeres en el cuidado, la pluralidad de los lazos familiares y la espiritualidad como recurso para afrontar la situación.

El análisis del contenido de las entrevistas permitió identificar cinco núcleos temáticos centrales, que se presentan en la Cuadro 2.

Cuadro 2 - Resumen de las entrevistas categorizadas por dimensión del análisis, subtemas y producto generado, São Paulo, Brasil, 2025.

Análisis categórico de las entrevistas con familiares de pacientes ingresados en la UCI		
Dimensión de análisis	Indicadores (subtemas)	Evidencias de las entrevistas
Sufrimiento emocional	Miedo, angustia, impotencia, ansiedad, duelo anticipado	"Siento como si lo estuviera perdiendo poco a poco" (F6); "La ansiedad me consume" (F2).
Visita familiar	Expectativa, muestras de afecto, despedida simbólica	"La visita es el único momento en el que puedo tocarlo" (F3); "Le dije que podía descansar, que íbamos a estar bien" (F6).
Relación con el equipo de salud	Acogida, escucha activa, críticas puntuales	"La doctora fue muy clara conmigo, eso me ayudó" (F4); "Eché de menos la respuesta de los enfermeros" (F5).
Espiritualidad	Creencia en milagros, entrega a Dios, resignación con fe	"La última palabra la tiene Dios" (F6); "Rezo mucho, sé que Él puede todo" (F2).
Comunicación	Claridad, empatía, falta de información	"No me explicaron bien lo que estaba pasando" (F3); "Me sentí acogida por la psicóloga" (F6).

Fuente: Elaboración del autor

Núcleos de significado de las entrevistas con familiares de pacientes críticos en la UCI.

Sufrimiento Emocional

Todos los familiares participantes informaron niveles elevados de sufrimiento psíquico durante el periodo de hospitalización. Los principales sentimientos identificados fueron:

- Miedo: presente en el 100 % de los participantes (6/6);
- Ansiedad: reportada por el 83 % (5/6);
- Duelo anticipado: mencionado por el 50 % (3/6);
- Angustia e impotencia: señalados por el 66 % (4/6).

Este núcleo evidencia que la experiencia de acompañar a pacientes críticos en la UCI está fuertemente marcada por un intenso impacto emocional, impregnado de sentimientos de aprensión, vulnerabilidad y anticipación de pérdidas.

Participantes con un alto nivel de sufrimiento psíquico, marcado por el miedo, la angustia, la ansiedad y la profunda tristeza. Este sufrimiento osciló entre la esperanza de recuperación y la anticipación de la pérdida, configurando un proceso de duelo anticipado.

En las entrevistas iniciales (F1, F2), predominaron la ansiedad y la expectativa de mejoría; en F3 y F4, se observaron signos de agotamiento emocional; en F5 y F6, surgió una mayor resignación y aceptación de la posibilidad de pérdida.

Visita familiar

Se describió como un momento muy esperado el período de visita, impregnado de una fuerte carga emocional. Se relataron manifestaciones de afecto, oraciones, palabras de aliento y despedidas simbólicas.

En las entrevistas iniciales, prevalecieron los sentimientos de nerviosismo y esperanza; en los relatos finales (F6), surgieron la serenidad y los gestos de despedida. La visita representó una oportunidad para preservar los vínculos afectivos ante las restricciones impuestas por la hospitalización.

Relación con el equipo de salud

Las experiencias en relación con el equipo fueron heterogéneas. Hubo críticas al personal de enfermería, asociadas a la falta de acogida e información, mientras que los médicos y psicólogos fueron recordados como fuentes de empatía y apoyo.

En F1 y F4 se relataron experiencias positivas de acogida; en F5, críticas más incisivas al personal de enfermería; en F6, se destacó el papel del apoyo psicológico como fundamental en momentos de fragilidad.

Espiritualidad

La fe y la espiritualidad surgieron como recursos centrales para afrontar la situación, según relataron todos los familiares. Las manifestaciones variaron desde la esperanza en un milagro hasta la aceptación de la voluntad divina.

En algunos relatos, la espiritualidad se señaló como mediadora del sufrimiento emocional, proporcionando consuelo y apoyo ante la incertidumbre y la posibilidad de pérdida.

Comunicación

La comunicación se describió como un factor determinante de la experiencia. Cuando era clara y empática, se asociaba con la reducción de la angustia y la construcción de la confianza.

Cuando era vaga o insuficiente, generaba inseguridad y aumentaba el sufrimiento.

Además de las declaraciones de F3 y F6, otros relatos reforzaron este hallazgo: 'No entendía los términos médicos y salía más preocupada' (F1); 'Me hubiera gustado que me hubieran explicado mejor los exámenes' (F2); 'En algunos momentos faltó retroalimentación' (F3); 'No siempre pude hablar con alguien del equipo' (F4). Estos ejemplos refuerzan la comunicación como moduladora de la relación entre los familiares y el equipo de salud.

DISCUSIÓN

La hospitalización en la UCI tiene un impacto significativo no solo en los pacientes, sino también en sus familiares acompañantes, generando profundas repercusiones emocionales. Los resultados de este estudio revelaron un intenso sufrimiento psíquico, la presencia de duelo anticipado, oscilaciones entre la esperanza y la aceptación de la gravedad del cuadro clínico, dificultades de comunicación con el equipo de salud y el uso de la espiritualidad como recurso de afrontamiento. Estos hallazgos corroboran investigaciones que destacan la experiencia familiar como parte integrante del proceso de atención hospitalaria⁽¹²⁻¹⁵⁾.

El sufrimiento emocional se manifestó de forma heterogénea, variando entre miedo, ansiedad, angustia y tristeza, reflejando la percepción de la finitud y el duelo anticipado⁽¹⁶⁾. Este fenómeno se caracterizó por la alternancia entre la esperanza de recuperación y la aceptación gradual de la posibilidad de pérdida, lo que pone de manifiesto la complejidad de la afrontamiento familiar en situaciones críticas. Estudios recientes muestran que este proceso puede tener repercusiones prolongadas, asociándose al desarrollo del *Post-Intensive Care Syndrome – Family*⁽¹⁷⁾, lo que refuerza la importancia del apoyo continuo a los familiares.

La visita al hospital constituyó un momento de relevancia afectiva y simbólica, funcionando como un espacio para preservar los vínculos y expresar el afecto. Las manifestaciones verbales y no verbales demostraron que este contacto mantuvo la cohesión emocional entre el paciente y sus familiares, incluso ante la inminencia de la muerte, lo que corrobora la literatura clásica sobre la importancia del vínculo en la elaboración del duelo⁽¹⁸⁾. Revisiones recientes refuerzan este hallazgo, señalando la visita como una estrategia esencial para el cuidado y el apoyo familiar en las UCI⁽¹⁹⁾.

Entre los cinco núcleos centrales identificados, dos se destacaron como determinantes para el sufrimiento del acompañante en la UCI: la relación heterogénea con el equipo de salud y la comunicación como factor determinante de la experiencia. Estos aspectos están íntimamente relacionados con actores organizacionales e institucionales, como la cultura, la misión, la visión y los valores de la institución, el modelo de atención y las condiciones de trabajo ofrecidas. Dichos elementos influyen directamente en la calidad de las relaciones profesionales, la actuación ética de los profesionales de la salud y la eficacia de la comunicación.

Cuando la cultura organizacional está orientada predominantemente hacia el desempeño técnico y centrada en la enfermedad, tiende a reproducir relaciones asimétricas y jerárquicas entre profesionales, pacientes y familiares. Por el contrario, las instituciones que promueven una cultura de colaboración, cooperación y atención centrada en el paciente tienden a favorecer comportamientos empáticos y acogedores, reduciendo las desigualdades y ampliando la calidad de la comunicación entre el equipo y los acompañantes.

También cabe destacar la diferencia en el trato que reciben las distintas categorías profesionales, en particular entre médicos y enfermeros. El personal de enfermería, al permanecer de forma más constante en la UCI y lidiar directamente con las demandas emocionales de los pacientes y sus familiares, está más expuesto a factores de estrés laboral intensos, como la sobrecarga de trabajo, la escasez de recursos y la falta de apoyo psicoemocional institucional. Estos factores contribuyen a comportamientos menos afectivos y a la dificultad de mantener una postura humanizada de manera continua.

De este modo, la comunicación deficiente y el desequilibrio en la relación acompañante-médico/acompañante-enfermería deben entenderse como expresiones de un contexto organizacional que aún carece de integración, empatía institucional y prácticas colaborativas interdisciplinarias. El fortalecimiento de las políticas institucionales de humanización, formación comunicativa y apoyo emocional a los profesionales podría mitigar estas desigualdades y promover una actuación más ética, sensible y centrada en las necesidades del paciente y del acompañante.

La relación con el equipo de salud surgió como un factor determinante en la experiencia de los acompañantes. La comunicación clara, la empatía y la escucha activa se percibieron como elementos facilitadores del afrontamiento emocional, mientras que las lagunas informativas intensificaron los sentimientos de inseguridad y desamparo. Este dato converge con los principios de la PNH⁽¹⁰⁾ y con estudios que evidencian la comunicación como eje central de la atención en contextos críticos⁽²⁰⁻²¹⁾. La pandemia de COVID-19 ha resaltado aún más este aspecto: la ausencia de contacto presencial y la comunicación insuficiente agravaron la angustia y el sufrimiento familiar⁽²²⁾.

La espiritualidad se destacó como un recurso psíquico y simbólico relevante, movilizando la esperanza, la resignación y la atribución de sentido al sufrimiento. Ya sea a través de creencias religiosas o prácticas de oración, los familiares informaron que la fe contribuyó a dar un nuevo significado a la experiencia y a mantener la esperanza, incluso ante la gravedad clínica. Este hallazgo está en consonancia con estudios que señalan la espiritualidad como mediadora del sufrimiento en las UCI, favoreciendo la elaboración emocional y la resiliencia⁽¹⁵⁾.

Por último, la actuación del psicólogo hospitalario resultó esencial en la mediación del sufrimiento familiar, proporcionando una escucha cualificada, información clara y apoyo emocional continuo. Investigaciones recientes confirman que las prácticas humanizadas en las UCI, centradas en la acogida multiprofesional, fortalecen los vínculos y reducen la sobrecarga emocional de los familiares⁽¹²⁾.

En resumen, los resultados indican que el impacto de la hospitalización en la UCI va más allá del paciente, involucrando dimensiones emocionales, relacionales, espirituales y organizativas que moldean la experiencia familiar.

El análisis puso de manifiesto cinco núcleos centrales: (1) sufrimiento emocional marcado por el duelo anticipado; (2) la visita como espacio privilegiado de vínculo; (3) relación heterogénea con el equipo de salud; (4) espiritualidad como recurso de afrontamiento; y (5) comunicación como factor determinante de la experiencia. Estos hallazgos refuerzan la necesidad de prácticas multiprofesionales que promuevan la acogida, la comunicación efectiva y el apoyo integral, en consonancia con las políticas de humanización y la producción científica reciente⁽¹⁹⁾.

Limitaciones del Estudio

Entre las limitaciones, destacan el reducido número de participantes (n=6) y la realización en un único centro, lo que restringe la generalización de los resultados. También existe la posibilidad de sesgo de selección, ya que solo se incluyó a los familiares presentes durante el período de visita.

La realización de las entrevistas por parte del propio investigador, que trabajaba en la unidad, puede haber influido en las respuestas. Además, no se realizó una triangulación documental sistemática, lo que limita la ampliación de los análisis.

Contribuciones a la Ciencia

El estudio contribuye a la ciencia al ampliar la comprensión sobre los impactos de la hospitalización en la UCI en los familiares acompañantes, poniendo de manifiesto las necesidades de apoyo psicosocial y respaldando prácticas de cuidado más humanizadas e integradoras.

CONCLUSIONES

Este estudio cualitativo puso de manifiesto los impactos emocionales que experimentan los familiares acompañantes de pacientes ingresados en la UCI para adultos. El sufrimiento psíquico se caracterizó por el miedo, la ansiedad, el duelo anticipado y el agotamiento, en un movimiento oscilante entre la esperanza de recuperación y la aceptación de la pérdida.

La visita al paciente se describió como un espacio central de vínculo y expresión afectiva, asumiendo también el carácter de despedida simbólica en situaciones críticas. La comunicación establecida con el equipo de salud moduló directamente la experiencia familiar: cuando era clara y empática, proporcionaba acogida; cuando era insuficiente, intensificaba el sentimiento de inseguridad.

La relación con el equipo de salud resultó determinante para la acogida y el apoyo emocional, compuesta tanto por la comunicación verbal como no verbal, predominante en el lenguaje afectivo y capaz de influir en el comportamiento y la actitud individual y grupal.

Cuando era clara y empática, esta relación favorecía el vínculo y el bienestar biopsicosocial; cuando era insuficiente, intensificaba los sentimientos de inseguridad y desamparo.

La actuación articulada del equipo multidisciplinario — médicos, enfermeros, fisioterapeutas, nutricionistas, psicólogos y otros profesionales—, alineada con los principios de la PNH, resultó esencial para ofrecer apoyo continuo al paciente y a la familia.

La espiritualidad surgió como un recurso fundamental para afrontar la situación, favoreciendo la resignificación del sufrimiento y el apoyo emocional ante la finitud. La presencia del psicólogo hospitalario resultó estratégica, al ofrecer una escucha cualificada y apoyo emocional.

Desde el punto de vista práctico, los resultados refuerzan la necesidad de ampliar la atención en la UCI más allá del paciente, incluyendo a los familiares como sujetos igualmente afectados por el proceso de enfermedad.

Las estrategias multiprofesionales que priorizan la escucha activa, la comunicación cualificada y el apoyo emocional y espiritual se configuran como pilares para una asistencia humanizada.

Las estrategias multiprofesionales que priorizan la escucha activa, la comunicación relacional humanizada y el apoyo emocional y espiritual se configuran como pilares para una asistencia humanizada, cumpliendo con el objetivo del estudio de analizar el impacto emocional de los familiares, comprender el estrés asociado a la hospitalización y demostrar cómo los cuidados prestados por el equipo multiprofesional, integrados con los principios de la PNH, favorecen una atención humanizada y un apoyo continuo al paciente y a la familia.

CONTRIBUCIÓN DE LOS AUTORES

Transparencia en la contribución de los autores según la taxonomía [CRediT](#).

Conceptualización	Luana Santos Chagas da Paixão; Jucinei Araujo de Jesus
Curación de datos	Não aplicável
Análisis formal	Luana Santos Chagas da Paixão
Captación de fondos	Não aplicável
Investigación	Luana Santos Chagas da Paixão
Metodología	Luana Santos Chagas da Paixão; Jucinei Araujo de Jesus
Administración del proyecto	Luana Santos Chagas da Paixão
Recursos	Luana Santos Chagas da Paixão
Software	Não aplicável
Supervisión	Jucinei Araujo de Jesus
Validación	Luana Santos Chagas da Paixão
Visualización	Luana Santos Chagas da Paixão
Redacción - borrador original	Luana Santos Chagas da Paixão
Redacción - revisión y edición	Luana Santos Chagas da Paixão; Jucinei Araujo de Jesus

DECLARACIONES

Conflictos de intereses	No Aplicable
Financiamiento	No Aplicable
Aprobación ética	No Aplicable
Agradecimientos	No Aplicable
Preprint	No Aplicable
Inteligencia Artificial	No Aplicable

TRADUCCIÓN

La traducción de este artículo ha sido realizada con la ayuda de la inteligencia artificial [DeepL Translator](#) a partir de la versión original escrita en portugués (Brasil). La versión traducida fue sometida a la supervisión del equipo editorial, que consistió en una revisión editorial de alcance limitado. Las traducciones asistidas por inteligencia artificial pueden presentar variaciones en el idioma nativo.

REFERENCIAS

1. Digby R, et al. Family experiences and perceptions of intensive care unit care and communication during the COVID-19 pandemic. *Aust Crit Care* 2023;36(3):350-60. doi: 10.1016/j.aucc.2022.03.003.
2. Lima Junior JRM, et al. Percepção da espiritualidade e religiosidade de pacientes hospitalizados em Unidade de Terapia Intensiva. *Contribuciones a las Ciencias Sociales* 2024;17(9):e10779. doi: 10.55905/revconv.17n.9-261.
3. Vieira AG, Waischunng CD. A atuação do psicólogo hospitalar em Unidades de Terapia Intensiva: a atenção prestada ao paciente, familiares e equipe, uma revisão da literatura. *Rev SBPH* 2018;21(1):51-66. doi: 10.57167/Rev-SBPH.21.269.

4. Cobo MA, Moscardi R, Ortega J. Impacto psicológico en los cuidadores principales de familiares bajo tratamiento paliativo: una revisión sobre la calidad de vida. *Rev Fac Cien Med Univ Nac Cordoba*. 2024;81(2):415-431. doi: 10.31053/1853.0605.v81.n2.44824.
5. Midega TD, Oliveira HSB de, Fumis RRL. Satisfação dos familiares de pacientes críticos admitidos em unidade de terapia intensiva pública e fatores correlacionados. *Rev Bras Ter Intensiva*. 2019;31(2):147-155. doi: 10.5935/0103-507X.20190024.
6. Neves JL, Schwartz E, Echevarría-Guanilo ME, Spagnolo LML, Bazzan JS, Lise F. From the waiting room to the bed: Observation of families on the Intensive Care Unit. *Res Soc Dev*. 2021;10(1):e12111. doi: 10.33448/rsd-v10i1.12111.
7. Sampaio AA, Zonta JB, Ferreira FY, Okido ACC. Cuidado centrado na família em unidade de terapia intensiva pediátrica: percepção dos profissionais. *Rev Rene (Online)*. 2017;18(4):515-520. doi: 10.15253/2175-6783.2017000400013.
8. Digby R, Manias E, Haines KJ, Orosz J, Ihle J, Bucknall TK. Family experiences and perceptions of intensive care unit care and communication during the COVID-19 pandemic. *Aust Crit Care* 2023 May;36(3):350-60. doi: 10.1016/j.aucc.2022.03.003.
9. Lima Junior JRM, Mendes CdeJL, Santos KCBD, Medeiros THReS, Santos DLN, Gouveia AJG, Oliveira RDN, Gonçalves EdS. Percepção da espiritualidade e religiosidade de pacientes hospitalizados em Unidade de Terapia Intensiva. *Contrib Cienc Soc*. 2024;17(9):e10779. doi: 10.55905/revconv.17n.9-261.
10. Brasil. Ministério da Saúde. Humaniza SUS: Política Nacional de Humanização. Brasília: Ministério da Saúde; 2006. Disponível em: http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/politica_nacional_humanizacao_pnh_folheto.pdf. Acesso em: 20 ago. 2025.
11. Bardin L. Análise de conteúdo. São Paulo: Edições 70; 2016.
12. Maynard WH, Albuquerque MC, Brêda MZ, Jorge JS. A escuta qualificada e o acolhimento na atenção psicossocial. *Acta Paul Enferm* 2014;27(4):300-3. doi: 10.1590/1982-0194201400051.
13. Silva MA, Morais JD, Batista AAF. Humanização ao paciente e família na unidade de terapia intensiva (UTI). *Rev JRG Est Acad* 2024;7(15):e1625. doi: 10.55892/jrg.v7i15.1625.
14. Meneguín S, Pollo CF, Benichel CR, Cunha LK, Miot HA. Comfort and religious-spiritual coping of intensive care patients' relatives. *Intensive and Critical Care Nursing*. 2020;58:102805. doi: 10.1016/j.iccn.2020.102805
15. Silva MA da, Morais JD, Batista AAF. Humanização ao paciente e família na unidade de terapia intensiva. *Rev JRG Est Acad*. 2024;7(15):e1625. doi: 10.55892/jrg.v7i15.1625.

16. Mussart KM. Implementação de diário em terapia intensiva: percepção de familiares e da equipe de enfermagem. Esc Anna Nery. 2024;28(1):e20230172. doi: 10.1590/2177-9465-EAN-2023-0172pt.
17. Delgado LD, Rincón Elvira EE, León Gómez VE. Apoyo emocional de las familias a los pacientes en Unidades de Cuidados Intensivos: revisión bibliográfica. Rev Enferm Soc Canar. 2020;14(3):1-10.
18. Smith AC, Ferguson HN, Russell RM, Savsani P, Wang S. Post-Intensive Care Syndrome Family. Crit Care Clin 2025 Jan;41(1):73-88. doi: 10.1016/j.ccc.2024.08.008.
19. Vieira AR. A humanização do cuidado hospitalar e a atuação das equipes multiprofissionais. Cad Saude Publica 2018;34(3):e00123417. doi: 10.1590/0102-311X00123417.
20. Dural G. Spiritual care experiences of nurses working in intensive care units: a qualitative study. Nurs Crit Care 2024 May;29(3):545-54. doi: 10.1111/nicc.12975.
21. Dural G. Spiritual care experiences of nurses working in intensive care units: a qualitative study. Nurs Crit Care 2024;29(3):545-54. doi: 10.1111/nicc.12975.
22. Checa-Checa A, et al. Family support strategies during intensive care unit: a systematic review. Inquiry 2025;62:469580251368654. doi: 10.1177/00469580251368654.