*Nursing Depths Series*. 2025; 4:182
doi: 10.56294/nds2025182

REVISIÓN

# Open door model in critical care: challenges, opportunities and intervention strategies

## Modelo de puertas abiertas en cuidados críticos: desafíos, oportunidades y estrategias de intervención

Katherine Nicole Loor Arevalo[1], Jorge Leodan Cabrera Olveda[1]

[1]Pontificia Universidad Católica del Ecuador Sede Santo Domingo, Escuela de Enfermería. Santo Domingo, Ecuador.

**Citar como**: Loor Arevalo KN, Cabrera Olvera JL. Open door model in critical care: challenges, opportunities and intervention strategies. Nursing Depths Series. 2025; 4:182. https://doi.org/10.56294/nds2025182

**Enviado:** 16-07-2024 **Revisado:** 21-11-2024 **Aceptado:** 17-07-2025 **Publicado:** 18-07-2025

**Editor:** Dra. Mileydis Cruz Quevedo

**Autor para la correspondencia:** Katherine Nicole Loor Arevalo

**ABSTRACT**

**Introduction:** family-centered care in ICU faces the major challenge of balancing technology and humanization; therefore, we envisioned exploring how the open door model in critical care presents opportunities in care, as well as the challenges it presents in its implementation and the strategies used for its application.
**Method:** it is a qualitative approach, descriptive design of bibliographic review type that allowed to analyze and interpret data exhaustively, obtained from scientific databases such as PubMed, SciELO, Scopus, Dialnet, as well as the Google Scholar search engine; with a sample of 30 studies that met the selection criteria, organized in a matrix in Excel software, for subsequent critical analysis following the CASPe reading rubric.
**Results:** the implementation of the open-door model in the ICU promotes the humanization of care, strengthens family bonding. During the COVID-19 pandemic, the restrictions evidenced the need to balance biosecurity and emotional support. This model requires continuous training of personnel, adequacy of infrastructure, and protocols for its implementation, which contributes to a more comprehensive and humanized recovery.
**Conclusion:** this model promotes the humanization of care and the integral wellbeing of the patient by integrating the family as an emotional support and protective factor in the patient's recovery. The research drives a cultural shift towards more inclusive, empathic and person-centered critical care.

**Keywords:** Comprehensive Health Care; Critical Care; UCI; Emotional Support; Humanization of Care.

**RESUMEN**

**Introducción:** la atención centrada en la familia en UCI enfrenta el mayor reto de equilibrar tecnología y humanización; por lo que, se visualizó explorar como el modelo de puertas abiertas en cuidados críticos presenta oportunidades en la atención, así como los desafíos que presenta en su implementación y las estrategias utilizadas para su aplicación.
**Método:** es de enfoque cualitativo, de diseño descriptivo de tipo revisión bibliográfica que permitió analizar e interpretar datos de manera exhaustiva, obtenidos de bases científicas como PubMed, SciELO, Scopus, Dialnet, así como el motor de búsqueda Google Académico; con una muestra de 30 estudios que cumplieron criterios de selección, organizados en una matriz en el software Excel, para su posterior análisis críticos siguiendo la rúbrica de lectura CASPe.
**Resultados:** la implementación del modelo de puertas abiertas en UCI promueve la humanización del cuidado, fortalece el vínculo familiar. Durante la pandemia de COVID-19, las restricciones evidenciaron la necesidad de equilibrar bioseguridad y apoyo emocional. Este modelo requiere la formación continua del personal, adecuación de infraestructura y protocolos para su implementación, que contribuya a una recuperación más integral y humanizada.

© 2025; Los autores. Este es un artículo en acceso abierto, distribuido bajo los términos de una licencia Creative Commons (https://creativecommons.org/licenses/by/4.0) que permite el uso, distribución y reproducción en cualquier medio siempre que la obra original sea correctamente citada

**Conclusión:** este modelo promueve la humanización del cuidado y el bienestar integral del paciente al integrar a la familia como apoyo emocional y factor protector en la recuperación del paciente. La investigación impulsa un cambio cultural hacia cuidados críticos más inclusivos, empáticos y centrados en la persona.

**Palabras clave:** Atención Integral de Salud; Apoyo Emocional; Cuidados Críticos; UCI; Cuidado Humanizado.

## INTRODUCCIÓN

La atención centrada en la familia en las Unidades de Cuidados Intensivos (UCI) presenta uno de los mayores retos en el ámbito sanitario, considerando equilibrar el uso de la tecnología, los procedimientos y cuidados bajo el contexto del entorno familiar; en consecuencia, esto provoca el riesgo de la deshumanización de la experiencia hospitalaria.[1] Por tal razón, se reconoce que la humanización en servicios críticos debe abordarse desde un enfoque multidimensional, abarcando las necesidades físicas, emocionales y espirituales; por lo que, esto implica aplicar estrategias como la personalización del cuidado, la formación en habilidades interpersonales comunicativas y lo incorporación de la familia, que favorece el proceso de recuperación y mejora la estancia hospitalaria.[2]

Cabe destacar que, la carencia de políticas bajo el marco de humanización conlleva a la despersonalización del paciente y de todos los actores involucrados en su cuidado, lo que genera un desgaste emocional en los profesionales de salud, por consecuencia de alta presión en servicios de alta demanda y complejidad, en que la ausencia de protocolos sobre el involucramiento de la familia presenta retos para el personal sanitario.[3]

Es por ello, que las unidades de cuidados críticos de diferentes grupos poblacionales enfrentan obstáculos que respecta a la reorganización del modelo de atención, relacionado a las resistencias institucionales, la adaptación de la infraestructura y los protocolos existentes.[4]

De la misma manera, los factores que limita la implementación es la alta carga horaria del personal sanitario, lo que aumenta el riesgo de incidentes y afecta la calidad del cuidado; no obstante, el avanzar hacia un modelo de atención que no solo preserva la vida, sino que también atienda las necesidades emocionales y psicosociales del paciente.[5]

En este sentido, las UCI han restringido el acceso de visitantes, priorizando la estabilidad clínica de los pacientes críticos. Sin embargo, la integración de los seres queridos en el proceso de atención tiene efectos positivos sobre la salud emocional tanto de los pacientes como de sus familias, considerando esta estrategia clave para humanizar los cuidados en salud.[6]

No obstante, existen barreras estructurales y organizativas, como la ausencia de normativas claras y la falta de formación del personal sanitario, especialmente en contextos donde el modelo aún no está consolidado, esto debido a que el acompañamiento familiar, si no es adecuadamente gestionado, puede generar efectos adversos como ansiedad, angustia o riesgo de infecciones cruzadas. Por esta razón, se hace indispensable preparar al familiar cuidador, con el fin de evitar eventos adversos y prevenir el denominado síndrome de cuidados intensivos.[7]

Además, este representa una fuente de interrupciones o sobrecarga para los equipos sanitarios. A pesar de ciertas resistencias iniciales por parte de los profesionales, se evidencia un cambio progresivo hacia una postura más flexible, especialmente cuando se mantienen normas claras y se garantiza la individualización del cuidado.[8]

En este contexto, el cuidado humanizado se posiciona como un pilar fundamental dentro de las UCI, que involucra la promoción de una actitud empática, solidaria y holística, con la finalidad no solo mejora la experiencia del paciente, sino que también contribuye a su recuperación integral.[4,9]

Es por ello, que estas áreas representan espacios complejos donde la vida y la muerte coexisten, y donde el enfoque centrado únicamente en la tecnología debe dar paso a una atención más humana e integral; por lo que, la inclusión de la familia, la personalización del cuidado, y el bienestar de los profesionales deben considerarse elementos clave para lograr un sistema de salud verdaderamente humanizado.[10,11]

Lo anterior expuesto, visualizó la necesidad de explorar como el modelo de puertas abiertas en cuidados críticos presenta oportunidades en la atención, así como los desafíos que presenta en su implementación y las estrategias utilizadas para su aplicación.

## MÉTODO

Es de enfoque cualitativo, que permitió analizar e interpretar datos pertinentes sobre el modelo de puertas abiertas en cuidados críticos, permitiendo comprender diversas perspectivas en el contexto en el que se desarrolla, este brindó una comprensión profunda y contextualizada de la información analizada.[12]

De la misma manera, es de diseño descriptivo que orientó principalmente a observar y detallar las características de un fenómeno realizando estudios preliminares o en casos específicos basándose en la

recolección de datos, describiendo características o patrones comunes.[12]

Asimismo, fue de revisión bibliográfica que busco identificar, evaluar y concretar de manera rigurosa los estudios, aplicando criterios claros para seleccionar y evaluar la literatura señalando conceptos clave y posibles vacíos en la investigación, a través de un análisis exhaustivo.[13]

Dentro de la población, hace referencia al conjunto total de 83 artículos sobre lo cual se buscó recopilar información relevante en bases indexadas. Por otra se realizó un muestreo reflejando las características de la población, centrado a un cumplimiento de criterios de selección, donde se obtuvo una muestra por conveniencia de 30 estudios que respondan la problemática planteada. Este se refiere a artículos o fuentes de información relevantes que cumplen con determinados criterios de inclusión y exclusión.[13]

**Criterios de inclusión**

- Artículos científicos originales
- Artículos en distintos idiomas: español, inglés y portugués
- Temporalidad dentro de los últimos 5 años

**Criterios de exclusión**

- Libros
- Ensayos y tesis

La técnica que se empleó en esta investigación fue una recolección de datos mediante una búsqueda estructurada en bases de datos académicas y científicas reconocidas como PubMed, SciELO, Scopus, Dialnet, Google Scholar, CINALH, de igual manera, se consultó en libros e informes técnicos relacionado al ámbito hospitalario y de cuidados críticos. Para esto, se utilizaron palabras clave como “modelo de puertas abiertas”, “UCI humanizada”, “participación familiar en cuidados intensivos”, “humanización del cuidado” y “modelo de puertas abiertas en cuidados críticos”, combinadas con operadores booleanos (AND, OR). La información recolectada fue validada por otro investigador, quien verificó el cumplimiento de los criterios establecidos para la selección de los estudios.

Se realizo una lectura analítica de los textos seleccionados en una matriz en Excel para el registro, en la cual se registraron elementos como autoría, año de publicación, resumen, enfoque metodológico, hallazgos principales, conclusiones y referencias bibliográficas; que permitió facilitar el análisis e interpretación de los datos, aportando a la comprensión profunda del fenómeno desde una perspectiva crítica, contextual y humanizada estudios acorde a las interrogantes planteadas.

Para realizar el análisis, se empleó el método CASPe, debido a que permite organizar y evaluar la información de una lectura reflexiva recopilada a partir de diversos estudios, con el objetivo de determinar tanto la calidad como la validez de los resultados obtenidos, en la cual esta evaluación se basa en una lista de verificación específica.

## DESARROLLO

### Desafíos en la implementación del modelo de puertas abiertas en los servicios de cuidados críticos

La presencia familiar en las UCI resulta determinante para la recuperación del paciente, lo que mejora el bienestar emocional y fortalecer el vínculo de la familia; no obstante, la carencia de protocolos que aseguren un equilibrio entre el apoyo familiar y la calidad del cuidado clínico puede ocasionar interrupciones en la atención y aumentando la carga laboral del equipo sanitario.[7]

Cabe destacar que, durante la pandemia de COVID-19 las áreas de cuidados críticos aplicaron limitaciones a las visitas familiares para reducir riesgos de contagio, lo que afectó la interacción entre pacientes y sus familiares. Estas limitaciones, llevaron a que la mayoría de las UCI restringieran severamente las visitas, especialmente para pacientes con esta patología; aunque algunas restricciones se flexibilizaron con el tiempo, las visitas nunca volvieron a ser tan abiertas como antes de la pandemia. Esta situación evidenció la necesidad de equilibrar la seguridad sanitaria con el apoyo emocional de las personas.[14]

Por tal razón, las restricciones de visitas en las Unidades de Cuidados Intensivos generaron un impacto emocional negativo tanto en los pacientes como en sus familias, al limitarse el acompañamiento. A pesar de los intentos por adaptarse mediante estrategias como el uso de videollamadas, se evidenció que el contacto directo tiene un valor insustituible; por lo que, se debe diseñar políticas más humanas y flexibles que incluyan a las familias en el proceso de cuidado, garantizando medidas de bioseguridad sin descuidar el bienestar emocional.[15]

De la misma manera, la falta de recursos, la sobrecarga laboral y la información contradictoria dificultan implementar áreas de puertas abiertas; por tanto, el liderazgo comprometido y la coordinación interna son fundamentales para gestionar cambios en contextos de crisis.[16,17]

Por otra parte, la pandemia de COVID-19 ha creado desafíos significativos en las UCI, afectando profundamente

a pacientes, familiares y personal médico debido a las restricciones de visitas. Estas limitaciones, aunque necesarias para reducir la transmisión del virus, han provocado daños emocionales, incluyendo angustia y estrés moral en el personal que no puede ofrecer el apoyo emocional necesario a las familias. En respuesta, muchas UCI han adoptado visitas virtuales, utilizando tecnología de videoconferencia para conectar a los pacientes con sus seres queridos. Sin embargo, a falta de acceso, baja demanda y problemas técnicos dificultan una atención humanizada.[18,19]

Del mismo modo, la priorización de objetivos empresariales, y la formación centrada en habilidades técnico-científicas dificultan este proceso, afectando tanto a pacientes como a profesionales. Así, humanizar la atención requiere desarrollar competencias emocionales y relacionales, promoviendo la dignidad y autonomía de la persona en un marco de cuidado integral.[20]

Asimismo, el dolor y el miedo son las principales dificultades en las (UCI), donde a pesar del avance tecnológico y la reducción de la mortalidad, persiste una experiencia angustiante para pacientes, familiares y profesionales. Aunque la formación académica se ha centrado en el modelo biomédico, hoy se reconoce la urgencia de incorporar competencias emocionales y un enfoque holístico que aborde también el sufrimiento psicológico. Así, humanizar la UCI implica un compromiso ético que respeta la dignidad integral del paciente, integrando a la familia y al equipo de salud en un cuidado basado en la empatía y la evidencia científica.[21,22]

Además, la seguridad sanitaria es un reto constante, especialmente en situaciones de contagio, ya que las visitas pueden aumentar el riesgo de infecciones. La resistencia cultural dentro de las instituciones, que aún priorizan los aspectos técnicos de la atención, también dificulta la integración de este modelo. En conjunto, estos factores muestran que, aunque el modelo de puertas abiertas tiene el potencial de humanizar la atención, requiere un cambio significativo en las estructuras y en la forma de pensar sobre el cuidado intensivo.

**Oportunidades que brindan los modelos de puertas abiertas en los servicios de atención c**rítica

La unidad de cuidados intensivos fue concebida para atender a pacientes en estado crítico; sin embargo, su entorno altamente tecnificado suele desatender las necesidades emocionales; en consecuencia, tanto pacientes como familias experimentan ansiedad y despersonalización. Frente a ello, surge el modelo de puertas abiertas, donde la presencia continua de familiares representa una oportunidad para humanizar los cuidados.[23]

En este sentido, si bien los avances tecnológicos han transformado la medicina intensiva, no siempre han ido acompañados de una mejora en el trato humano. En efecto, las UCI continúan siendo entornos impersonalizados que agravan el sufrimiento emocional. Además, las políticas de visitas restrictivas separan a los pacientes de sus seres queridos, intensificando su malestar. Por ello, se plantea el objetivo de equilibrar lo técnico y lo humano, promoviendo una cultura de cuidado que respete la dignidad, autonomía y necesidades psicosociales de incluir a la familia como parte del cuidado, ubicando la humanización como eje central del trabajo clínico.[24]

Cabe señalar que, las familias suelen enfrentar elevados niveles de estrés y ansiedad. Por ello, la política de visitas abiertas ha sido promovida como una estrategia para mitigar dicho impacto. En culturas como la jordana, donde la religión y los lazos familiares son fundamentales, esta práctica adquiere un valor espiritual.[25]

Por otra parte, se ha limitado el ingreso familiar de las visitas en las UCI, principalmente por razones de bioseguridad. No obstante, desde una perspectiva centrada en el paciente, se ha propuesto flexibilizar el acceso familiar; en este contexto, la aceptación del modelo abierto entre pacientes, familiares y profesionales; posibilita la participación activa en el seguimiento de la evolución clínica, así como el fortalecimiento de las relaciones interpersonales centrado en la empatía y la confianza, que mejora el bienestar psicosocial de estos.[26]

A su vez, los servicios críticos actualmente avanzan hacia modelos más flexibles en cuanto a visitas, reduciendo las restricciones de tiempo y número de visitantes. Si bien estas políticas pueden mejorar la experiencia del paciente y disminuir el estrés familiar, también presentan desafíos. Entre ellos, la desorganización del cuidado y el agotamiento del personal.[27]

Por consiguiente, implementar un modelo de puertas abiertas en UCI puede promover un entorno más humano y centrado en el paciente. Este enfoque reconoce que la familia proporciona no solo apoyo emocional, sino también facilita la comunicación con el equipo clínico. Además, puede reducir significativamente el estrés de los pacientes y sus allegados. No obstante, requiere una transformación organizacional que incluya la formación del personal para manejar adecuadamente esta interacción, así como normativas y protocolos para su implementación.[5]

Del mismo modo, en las UCI pediátricas se ha impulsado este modelo de puertas abiertas, permitiendo una presencia constante de los padres. Esta práctica ha demostrado mejorar el bienestar emocional del niño hospitalizado. Asimismo, en el contexto de las UCI psiquiátricas, la implementación de políticas abiertas ha mostrado resultados prometedores, específicamente, se ha registrado una reducción en el uso de aislamiento forzado, lo que sugiere un impacto positivo en el comportamiento de los pacientes. De este modo, se promueve un entorno menos restrictivo y más terapéutico.[28,29]

Cabe recalcar que, los familiares de pacientes en UCI suelen valorar positivamente las visitas flexibles, ya que disminuyen su ansiedad y mejoran su percepción del cuidado, posibilitando el acompañamiento, favoreciendo

el cuidado centrado en la familia, así como la participación de estas en las decisiones terapéuticas, así como el apoyo de los cuidados y alerta en situaciones de emergencias.[30,31]

Por lo tanto, los modelos de puertas abiertas en los servicios de atención crítica brindan varias oportunidades que mejoran el proceso de atención, permitiendo una mejor comunicación entre el personal y los familiares, lo que contribuye a reducir la ansiedad y el estrés de los seres queridos, mejorando su bienestar emocional. También, facilitan la participación de la familia en el proceso de cuidado, fortaleciendo el vínculo y asegurando que los pacientes se sientan más respaldados. Además, la implementación de este modelo fomenta una oportunidad para humanizar los cuidados intensivos, integrando mejor las necesidades emocionales y sociales.

**Estrategias implementadas por las instituciones sanitarias para garantizar el uso de modelo de puertas abiertas en los servicios críticos**

La pandemia de COVID-19 impuso restricciones en las visitas a cuidados intensivos, afectando la comunicación entre el personal médico y las familias, así como el bienestar emocional de los pacientes. Este problema destacó la necesidad de equilibrar la seguridad sanitaria con el apoyo emocional, lo que hace necesario considerar políticas de visitas más flexibles en futuras emergencias, para preservar el bienestar tanto de los pacientes como de sus familias.[32,33]

Asimismo, la prohibición de las visitas abiertas en las UCI para evitar la propagación del virus dificultó la comunicación y la atención centrada en el paciente y su familia. Por lo que, el uso de estrategias de comunicación virtual mejorar las políticas de visitas y mantener la conexión familiar, aún en escenario como la pandemia.[34,35]

A su vez, la implementación de protocolos de UCI de puertas abiertas fomenta la humanización de la atención al permitir visitas flexibles y la participación activa de los familiares en el cuidado del paciente, este enfoque ayuda a reducir el estrés y la ansiedad, mejora la comunicación, favorece la recuperación emocional y disminuye las complicaciones del síndrome postcuidados intensivos. Po consiguiente, para su implementación exitosa es crucial capacitar al personal sanitario, sensibilizarlos sobre la importancia de la participación familiar y adaptar la infraestructura hospitalaria para garantizar la seguridad y el bienestar de todos.[4,6]

De la misma manera, la implementación de este modelo posibilita la recuperación y favorece la estancia hospitalaria centrado en la familia; por tal razón, la formación continua emerge como herramienta principal para la intervención de la familia en los servicios de cuidados críticos, teniendo en cuenta la bioseguridad, las relaciones interpersonales, la privacidad y el bienestar del equipo de salud.[36,37]

Cabe destacar que, las intervenciones educativas tanto en el personal sanitario como en los familiares, posibilita la integración de este en las áreas de servicios intensivos, fomentando la calidad y la seguridad, lo que evita el desgate y sobrecarga en los profesionales de la salud que laboran.[38,39]

Es por ello, que las instituciones sanitarias implementan diversas estrategias para garantizar un modelo de puertas abiertas humanizado en los servicios críticos, como permitir visitas flexibles de familiares, promoviendo su participación en el proceso de atención; teniendo en cuenta la educación de estos y del personal, para garantizar una atención centrada en el paciente, respetando su autonomía, la dignidad y privacidad.

## CONCLUSIONES

El modelo de puertas abiertas en las Unidades de Cuidados Intensivos (UCI) representa una herramienta clave hacia una atención más humanizada en la salud en contextos de alta complejidad, donde ha prevalecido una lógica técnica y restrictiva. Por tanto, la presencia de los familiares, más allá de ser un apoyo emocional, actúa como un factor protector que puede incidir positivamente en la recuperación clínica, el bienestar psicológico del paciente y la confianza en el equipo de salud. No obstante, la escasa estandarización de estas prácticas, así como la visión biomédica dominante en la formación profesional que relega las dimensiones emocionales del cuidado, dificultan la consolidación de un enfoque más integral.

En este contexto, este modelo transformar la atención en estas unidades, enfocándose en la humanización del cuidado y el bienestar integral del paciente. Por lo tanto, se hace necesario desarrollar estrategias concretas que permitan una aplicación segura y efectiva, lo cual puede mejorar la experiencia del paciente y su entorno; además, se destacar la necesidad de que las instituciones sanitarias promocionen prácticas más inclusivas y centradas en la persona, fomentando un cambio cultural que promueva la calidad y la eficiencia en los cuidados críticos.

## REFERENCIAS

1. Franco M, Rivera M, Flores Á, Raygadas R, Arciniega C, Álvarez M. Experiencia en la implementación de un protocolo de humanización de una unidad de cuidados intensivos: informe de un caso y revisión de la bibliografía. Medicina Critica. 2024;38(6). doi:10.35366/119241

2. Baeza I, Quispe H. Proyecto “Humanizando los Cuidados Intensivos”, nuevo paradigma de orientación de

los Cuidados Intensivos. Revista Bioética y Derecho. 2020;(48).

3. Córdoba R. Recuperación del neonato de bajo peso: relevancia de las UCIN de puertas abiertas. Revista Colombiana de Enfermería. 2020;19(3). doi:10.18270/rce.v19i3.3092

4. García P, Albornoz E, González R, Donoso R. Protocolo para una unidad de cuidados intensivos de puertas abiertas. Revista Arbitrada Interdisciplinaria de Ciencias de la Salud SALUD Y VIDA. 2023;8(16). doi:10.35381/s.v.v7i1.3598

5. Gorordo D, Garduño J, Castañón G. Unidad de Cuidados Intensivos de puertas abiertas: la familia dentro de cuidados intensivos. Revista del Hospital Juárez de México. 2020;87(2). doi:10.24875/RHJM.20000017

6. Triviño J, Curí S, Jiménez M, Muñoz A, Herrera P. Acompañamiento al paciente en estado crítico percepción del familiar/cuidadores sobre puertas abiertas. Revista bionetura. 2023.

7. Jaramillo I, Zambrano G, Balda H. Perspectiva de los profesionales de salud ante una unidad de cuidados intensivos de puertas abiertas en la UCI del Hospital de especialidades Portoviejo. Revista RECIAMUC. 2021;4(5). doi:10.26820/reciamuc/5.(2).abril.2021.404-410

8. Guasmuse M, Cambizaca P. Cuidado humanizado de Enfermería en la Unidad de Cuidados Intensivos: Revisión sistemática. Ciencia latina salud revista multidisciplinar. 2025;9(1). doi:10.37811/cl_rcm.v9i1.16670

9. Schiavo F. Entrevista con la Dr. Alicia Fernández. Unidad de cuidados intensivos pediátricos de puertas abiertas. Revista Opción Médica. 2021;13(88).

10. Moreno E. Una UCI de puertas abiertas, una UCI humanizada. Asociación sanitaria del desarrollo del conocimiento N.º 18. 2020.

11. Rodríguez K, Cruz M, Pérez M. Del cuidado intensivo al cuidado crítico, un cambio de nombre que refleja evolución. Revista de Enfermería Inst México Seguro Soc. 2020;28(2).

12. Hernández S, Fernández C, Lucio P. Metodología de la investigación. 6ª ed. México: McGraw-Hill Education; 2014.

13. Tabah A, Elhadi M, Ballard E, Cortegiani A, Cecconi M, Unoki T, et al. Variation in communication and family visiting policies in intensive care within and between countries during the Covid-19 pandemic: The COVISIT international survey. Journal of Critical Care. 2022;71. doi:10.1016/j.jcrc.2022.154050

14. Aydın Er R, Delihasanoğlu A. Effects of visit restrictions in the COVID-19 pandemic: Experiences and perceptions of intensive care nurses. Journal Nursing in Critical Care. 2024;29(6). doi:10.1111/nicc.13168

15. Tabah A, Elhadi M, Ballard E, Cortegiani A, Cecconi M, Unoki T, et al. Variation in communication and family visiting policies in intensive care within and between countries during the Covid-19 pandemic: The COVISIT international survey. Journals Crit Care. 2022;71. doi:10.1016/j.jcrc.2022.154050

16. Silver S, Jones KC, Redmond S, George E, Zornes S, Barwise A, et al. Facilitators and barriers to the implementation of new critical care practices during COVID-19: a multicenter qualitative study using the Consolidated Framework for Implementation Research (CFIR). Journal BMC Health Services Research. 2023;23(1). doi:10.1186/s12913-023-09209-w

17. Milner K, Marmo S, Goncalves S. Implementation and sustainment strategies for open visitation in the intensive care unit: A multicentre qualitative study. Journal Intensive Critical Care Nurse. 2021;62. doi:10.1016/j.iccn.2020.102927

18. Thomas K, O´Brian B, Fryday A, Robinson E, Hales M, Karipidis S, et al. Developing an Innovative System of Open and Flexible, Patient-Family-Centered, Virtual Visiting in ICU During the COVID-19 Pandemic: A Collaboration of Staff, Patients, Families, and Technology Companies. Journal of Intensive Care Medicine. 2021;36. doi:10.1177/08850666211030845

19. Yang H, Feng F, Yang W, Chen Y. Application of a flexible visitation system in critically ill patients: A randomized clinical trial. Sage Journals. 2023;106. doi:10.1177/00368504231165663

20. González J, Martín M, Ruiz M, López M, Pérez R. Humanización y modelo de puertas abiertas en la Unidad de Cuidados Intensivos: un enfoque integral centrado en la dignidad y autonomía del paciente. Revista Española de Medicina Intensiva. 2022;36(4). doi:10.1016/j.redmi.2022.07.005

21. Gwala E, Ramkillawan A, Smith M. An open intensive care unit (ICU) model is a viable option for the acute expansion of ICU capacity in the state sector: A study of a needs-based strategy during the COVID-19 pandemic in a tertiary ICU in South Africa. African Journal Thoracic Critical Care Medicine. 2025;31. doi:10.7196/AJTCCM.2025.v31i1.2004

22. Aljawad B, Ali S, Alameri F, Alzayer H. Family-centered care in neonatal and pediatric critical care units: a scoping review of interventions, barriers, and facilitators. Journal BMC pediatric. 2025;25. doi:10.1186/s12887-025-05620-w

23. Alonso A, Martínez S, Sánchez A, Gallego J, Fernández M. Perspectivas de las enfermeras de cuidados intensivos sobre las visitas abiertas en una UCIA. Revista Enfermería Intensiva. 2021;32(2). doi:10.1016/j.enfi.2020.02.005

24. Vaeza N, Delgado M, Heras La Calle G. Humanizing Intensive Care: Toward a HumanCentered Care ICU Model. Crit Care Med. 2020;48(3). doi:10.1097/CCM.0000000000004191

25. Abu H, Jarrah S, Yateem N, Refaat F, AbuRuz M. Open visitation policy in intensive care units in Jordan: cross-sectional study of nurses' perceptions. Journal BMC Health Services Research. 2022;21(1). doi:10.1186/s12912-022-01116-5

26. Mahajan R, Gupta S, Singh G, Mahajan R, Gautam P. Continuous family access to the intensive care unit: A mixed method exploratory study. Indian Journal of Critical Care Medicine. 2021;25(5). doi:10.5005/jp-journals-10071-23805

27. Candal R, Kalakoti P, Briones B, Sugar J, Lairmore T, White R, Samra N. Healthcare provider's preferences on open versus restricted visiting hours in surgical intensive care unit. Cureus Journal of Medical Science. 2024;16(9). doi:10.7759/cureus.69871

28. Bailey R, Ramanan M, Litton E, Yan Kai N, Coyer F, Garrouste M, Tabah A. Staff perceptions of family access and visitation policies in Australian and New Zealand intensive care units: The WELCOMEICU survey. Journal Australian Critical Care. 2021;35(4). doi:10.1016/j.aucc.2021.06.014

29. Krückl J, Möller J, Imfeld L, Schädelin S, Hochstrasser L, Lieb R, Lang U, Huber C. The association between the admission to wards with open vs. closeddoor policy and the use of coercive measures. Journals Front Psychiatry. 2023;14. doi:10.3389/fpsyt.2023.1268727

30. Yakubu YH, Esmaeili M, Navab E. Family members' beliefs and attitudes towards visiting policy in the intensive care units of Ghana. Journal Nursing Open. 2019;6(2). doi:10.1002/nop2.234

31. Dragoi L, Munshi L, Herridge M. Visitation policies in the ICU and the importance of family presence at the bedside. Journal Intensive Care Medicine. 2022;48. doi:10.1007/s00134-022-06848-1

32. Marmo S, Milner K. From Open to Closed: COVID-19 Restrictions on Previously Unrestricted Visitation Policies in Adult Intensive Care Units. American Journal Critical Care. 2023;32(1). doi:10.4037/ajcc2023365

33. Schreiber L, Sattler F, Fallgatter A, Steinert T, Metzger F. Implementation of an open-door policy on two acute care units. Psychiatrische Praxis. 2024;51(6). doi:10.1055/a-2296-0327

34. Rose L, Yu L, Casey J, Cook A, Metaxa V, Pattisson N, et al. Communication and virtual visiting for families of patients in intensive care units during the COVID-19 pandemic: A UK national survey. Journal Annals of the American. 2021;18(4). doi:10.1513/AnnalsATS.202012-1500OC

35. Rosa R, Pellegrini J, Moraes R, Prieb R, Sganzerla D, Schneider D, et al. Mechanism of a flexible ICU visiting policy for anxiety symptoms among family members in Brazil: A path mediation analysis in a cluster-randomized clinical trial. Critical Care Medicine. 2021;49(9). doi:10.1097/CCM.0000000000005037

36. Giovanella L, Vega R, Tejerina H, Acosta N, Parada M, Ríos G, et al. ¿Es la Atención Primaria de Salud Integral parte de la respuesta a la pandemia de Covid19 en Latinoamérica? Revista Trabalho, Educação e Saúde. 2021;19. doi:10.1590/1981-7746-sol00310

37. Gabarra L, Ferreira C, Lombardi P. Implementação da visita familiar ampliada na unidade de terapia intensiva adulto de um hospital universitário. Vitalle Revista de Ciências da Saúde. 2020;32(2). doi:10.14295/vittalle.v32i2.9686

38. Bergerat M, De Saint L, Milesi C, Grimaud M, Bourgeois F, Renolleau S, et al. Visiting policies and parental presence during PICU admission: a survey in French units. Journal Pediatric Critical Care Medicine. 2023;24(10). doi:10.1097/PCC.0000000000003284

39. Sharma M, Wahlster S, Town J, Patel P, Jannotta G, Amorim E, et al. Perceptions and preferences about family visitation restrictions and psychological distress among critical care clinicians in Brazil: results from a national survey. Critical Care Science. 2024;36. doi:10.62675/2965-2774.20240112-en

## FINANCIACIÓN

Ninguna.

## CONFLICTO DE INTERESES

Ninguno.

## CONTRIBUCIÓN DE AUTORÍA

*Conceptualización:* Katherine Nicole Loor Arevalo, Jorge Leodan Cabrera Olveda.
*Curación de datos:* Katherine Nicole Loor Arevalo, Jorge Leodan Cabrera Olveda.
*Análisis formal:* Katherine Nicole Loor Arevalo, Jorge Leodan Cabrera Olveda.
*Investigación:* Katherine Nicole Loor Arevalo, Jorge Leodan Cabrera Olveda.
*Metodología:* Katherine Nicole Loor Arevalo, Jorge Leodan Cabrera Olveda.
*Administración del proyecto:* Katherine Nicole Loor Arevalo, Jorge Leodan Cabrera Olveda.
*Supervisión:* Katherine Nicole Loor Arevalo, Jorge Leodan Cabrera Olveda.
*Validación:* Katherine Nicole Loor Arevalo, Jorge Leodan Cabrera Olveda.
*Visualización:* Katherine Nicole Loor Arevalo, Jorge Leodan Cabrera Olveda.
*Redacción – borrador original:* Katherine Nicole Loor Arevalo, Jorge Leodan Cabrera Olveda.
*Redacción – revisión y edición:* Katherine Nicole Loor Arevalo, Jorge Leodan Cabrera Olveda.