Universidad Norbert Wiener

DIRECCIÓN DE POSGRADO Y SEGUNDAS ESPECIALIDADES MAESTRÍA EN CIENCIAS DE ENFERMERÍA CON MENCIÓN EN GERENCIA DE LOS CUIDADOS DE ENFERMERÍA

Tesis

Experiencias del enfermero durante el cuidado del paciente crítico en un hospital público de Tarapoto – 2026

Para optar el Grado Académico de

Maestro en Ciencias de Enfermería con mención en Gerencia de los Cuidados de Enfermería

Presentado por:

Autora: Abarca Cabanillas, Sebastiana Teodosia

Código ORCID: https://orcid.org/0000-0002-9465-3496

Autora: Zavaleta Hidalgo, Teresa Magali

Código ORCID: https://orcid.org/0009-0005-8772-4136

Asesor: Mg. Millones Gomez, Segundo German

Código ORCID: https://orcid.org/0000-0002-4018-6140

Lima – Perú

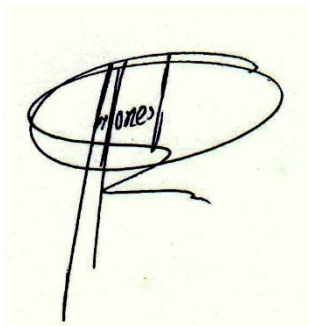
2026

Universidad Norbert Wiener	DECLARACIÓN JURADA DE AUTORIA Y DE ORIGINALIDAD DEL TRABAJO DE INVESTIGACIÓN		
	CÓDIGO: UPNW-GRA-FOR-033	VERSIÓN: 01 REVISIÓN: 01	FECHA: 08/11/2022

Yo, **Abarca Cabanillas, Sebastiana Teodosia** y **Zavaleta Hidalgo, Teresa Magali** Egresados(as) de la Dirección de Posgrado y Segundas Especialidades de la Universidad privada Norbert Wiener declaro que la tesis "**Experiencias del enfermero durante el cuidado del paciente crítico en un hospital público de Tarapoto - 2026**" Asesorado por el docente: Segundo German Millones Gomez Con DNI 10690269 Con ORCID https://orcid.org/0000-0002-4018-6140 tiene un índice de similitud de (6) (SEIS)% con código oid: **14912:641260772** verificable en el reporte de originalidad del software Turnitin.

Así mismo:

1. Se ha mencionado todas las fuentes utilizadas, identificando correctamente las citas textuales o paráfrasis provenientes de otras fuentes.
2. No he utilizado ninguna otra fuente distinta de aquella señalada en el trabajo.
3. Se autoriza que el trabajo puede ser revisado en búsqueda de plagios.
4. El porcentaje señalado es el mismo que arrojó al momento de indexar, grabar o hacer el depósito en el turnitin de la universidad y,
5. Asumimos la responsabilidad que corresponda ante cualquier falsedad, ocultamiento u omisión en la información aportada, por lo cual nos sometemos a lo dispuesto en las normas del reglamento vigente de la universidad.





…….
Firma de autor 1
Abarca Cabanillas, Sebastiana Teodosia
DNI: 15855079

…….
Firma de autor 2
Zavaleta Hidalgo, Teresa Magali
DNI: 40987753



…….
Firma
Asesor Millones Gomez Segundo German
DNI: 10690269

Lima, 20 de octubre de 2026.

Dedicatoria

A Dios, por ser la luz que ha guiado cada uno de mis pasos, por darme la fortaleza para levantarme en los momentos de dificultad y la sabiduría para aprender de cada experiencia. Gracias por acompañarme en este camino y permitirme alcanzar una meta más en mi vida.

A mi familia, por ser mi mayor inspiración y el pilar fundamental de mi vida. Gracias por su amor incondicional, por creer en mí incluso cuando el camino parecía difícil y por acompañarme con paciencia, palabras de aliento y sacrificio. Este logro también les pertenece, porque cada esfuerzo realizado lleva consigo una parte de ustedes.

Con especial cariño, dedico este trabajo a todas las personas que, con una palabra de ánimo, un consejo oportuno o un gesto de apoyo, hicieron que este sueño se convirtiera en realidad.

Sebastiana Abarca

Dedicatoria

A mi esposo y a mis tres amados hijos, por ser mi motor, mi refugio y la luz que guia cada uno de mis pasos; su paciencia y amor incondicional hicieron posible este sueño. A los pacientes criticos que inspiraron esta labor, recordandome la verdadera esencia y el valor humano de nuestra profesion.

Teresa Zavaleta

Agradecimiento

A mi familia, gracias por estar siempre a mi lado. Su amor, comprensión y apoyo incondicional fueron el motor que me impulsó a seguir adelante. Cada palabra de aliento, cada sacrificio y cada muestra de cariño me recordaron que nunca estuve sola durante este camino.

Mi sincero agradecimiento a los docentes de la Universidad Norbert Wiener, quienes compartieron generosamente sus conocimientos, experiencia y dedicación. Su orientación, exigencia académica y compromiso con la formación profesional fueron fundamentales para el desarrollo de esta investigación y para mi crecimiento como profesional y como persona.

Finalmente, agradezco a todas las personas que, de una u otra manera, formaron parte de este proceso. Cada aporte, consejo y gesto de confianza dejó una huella valiosa en este recorrido y contribuyó a hacer posible la culminación de este trabajo.

A todos ustedes, mi más sincero y eterno agradecimiento.

Sebastiana Abarca

Agradecimiento

En primer lugar agradezco a dios por ser mi fortaleza, mi guia y por concederme la sabiduria y la salud necesaria para culminar esta etapa academica. Mi profundo agradecimiento al Hospital II-1 EsSalud Tarapoto, Perú por abrirme sus puertas y permitir la realizacion de esta investigacion. Asimismo, agradezco a mis colegas enfermeros por compartir sus valiosas experiencias, y a mi familia, por su apoyo constante a lo largo de este camino de crecimiento profesional y academico.

Teresa Zavaleta

Índice

Dedicatoria……. iii
Agradecimiento……v
Resumen……. ix
Abstract……x
Introducción……xi
1. CAPITULO I: EL PROBLEMA 1
1.1 Contextualización del problema 1
1.2. Problema de investigación..... ..7
1.3. Objetivos de la investigación 9
1.3.1 Objetivo general..... ..9
1.3.2 Objetivos específicos 10
1.4 JUSTIFICACIÓN..... 10
1.4.1 Social 10
1.4.2 Teórica 11
1.4.3 Metodológica 13
1.4.4 Epistemológica..... 14
2. CAPÍTULO II: MARCO TEÓRICO.....16
2.1 Antecedentes 16
2.2. Estado de la cuestión..... ..20
3. METODOLOGÍA..... ..42
3.1 Diseño de investigación..... ...42
3.2 Escenario de estudio y participantes……..47
3.3 Estrategias de producción de datos 50
3.4 Estrategias de análisis de datos…….52
3.5 Criterios de rigor 59
3.6 Aspectos éticos..... ..64
4. PRESENTACION Y DISCUSIÓN 69
4.1 Resultados y triangulación 69
4.2 Discusión de resultados.....70
5. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES……..134
5.1 Conclusiones 134
5.2 Recomendaciones.....136
6. REFERENCIAS……..138
7. ANEXOS

ANEXO 1. Matriz de categorización apriorística..... ...142
ANEXO 2. Instrumento de recolección de datos 144
ANEXO 3. Evaluación de rigurosidad del instrumento 146
ANEXO 4. Consentimiento informado 148
ANEXO 5. Carta de aprobación de la institución.……151
ANEXO 6. Aprobación de comité de ética.....……..152
ANEXO 7. Informe de Turnitin.....153

RESUMEN

El cuidado del paciente crítico constituye una de las áreas de mayor complejidad de los servicios de salud debido a la alta demanda asistencial, el uso de tecnologías avanzadas y la permanente exposición del profesional de enfermería al sufrimiento, la incertidumbre y la muerte. En este contexto, comprender las experiencias vividas por los enfermeros resulta fundamental para fortalecer la gestión del cuidado, promover el bienestar profesional y favorecer la humanización de la atención en las unidades críticas. El objetivo de la investigación fue comprender las experiencias vividas por los enfermeros durante el cuidado del paciente crítico en el Hospital II-1 EsSalud Tarapoto, Perú, durante el año 2026. Se desarrolló desde un enfoque cualitativo con diseño fenomenológico-hermenéutico, sustentado en la fenomenología de Martin Heidegger y la propuesta interpretativa de Max van Manen. Participaron siete enfermeros especialistas que laboran en las áreas de Unidad de Vigilancia Intensiva I, Unidad de Vigilancia Intensiva II y Trauma Shock, seleccionados mediante muestreo intencional por criterio. La información se obtuvo a través de entrevistas en profundidad semiestructuradas y fue analizada mediante un proceso de análisis fenomenológico-hermenéutico apoyado por el software ATLAS.ti versión 9. Los resultados se organizaron en cinco categorías orientadoras, enriquecidas y precisadas a partir de los significados emergentes de las narrativas de los participantes: experiencias emocionales de los enfermeros; dinámica relacional en el contexto hospitalario; desafíos y barreras durante el cuidado del paciente crítico; organización del trabajo; y formación y desarrollo profesional. Las narrativas evidenciaron que el cuidado del paciente crítico constituye una experiencia profundamente humana en la que convergen emociones, dilemas éticos, relaciones interpersonales, exigencias organizacionales y procesos permanentes de aprendizaje profesional. Se concluye que las experiencias vividas por los enfermeros trascienden la dimensión técnica del cuidado y adquieren un significado ético,

relacional y existencial que orienta la construcción de su práctica profesional. Los hallazgos aportan elementos para orientar estrategias institucionales de gestión del cuidado, fortalecimiento del bienestar del personal, humanización de la atención y capacitación continua de los enfermeros que laboran en áreas críticas.

Palabras clave: cuidados críticos, humanización de la atención, personal de enfermería, percepción.

ABSTRACT

Critical patient care is one of the most complex areas within health services because it involves high care demands, advanced technologies, and nurses' continuous exposure to suffering, uncertainty, and death. Understanding nurses' lived experiences is essential for strengthening care management, promoting professional well-being, and advancing the humanization of care in critical care settings. The aim of this study was to understand nurses' lived experiences during the care of critically ill patients at Hospital II-1 EsSalud Tarapoto, Peru, in 2026. A qualitative study with a hermeneutic phenomenological design was conducted, grounded in Martin Heidegger's phenomenology and Max van Manen's interpretative approach. Seven specialist nurses working in Intensive Surveillance Unit I, Intensive Surveillance Unit II, and Trauma Shock participated through purposive criterion sampling. Data were collected through semi-structured in-depth interviews and analyzed using a hermeneutic phenomenological analysis supported by ATLAS.ti version 9. Five emergent categories were identified: nurses' emotional experiences, relational dynamics within the hospital context, challenges and barriers in critical care, work organization, and professional training and development. Participants described critical care as a deeply human experience shaped by ethical dilemmas, emotional responses, interpersonal relationships, organizational demands, and continuous professional learning. The findings indicate that caring for critically ill patients goes beyond technical competence and becomes an ethical, relational, and existential experience that shapes nurses' professional identity. The study provides evidence to support institutional strategies aimed at strengthening nurses' well-being, humanized care practices, and professional education in critical care units.

Keywords: critical care, humanization of assistance, nursing staff, perception.

INTRODUCCIÓN

La enfermería constituye una disciplina científica y humanística orientada al cuidado integral de las personas en las diferentes etapas del proceso salud-enfermedad. En las unidades de cuidados críticos, el profesional de enfermería asume un rol fundamental en la atención de pacientes con condiciones que comprometen la vida, demandando competencias clínicas especializadas, capacidad de respuesta inmediata y un profundo compromiso ético y humano. El cuidado del paciente crítico se desarrolla en escenarios caracterizados por la complejidad, la incertidumbre y la permanente exposición al sufrimiento y la muerte, convirtiéndose en una experiencia profesional que trasciende la dimensión técnica y adquiere un profundo significado humano y existencial.

En este contexto, comprender las experiencias vividas por los enfermeros durante el cuidado del paciente crítico resulta de especial relevancia, ya que dichas experiencias influyen en la manera de percibir, interpretar y ejercer el cuidado profesional. Las emociones, las relaciones interpersonales, las condiciones de trabajo y los procesos de aprendizaje y desarrollo profesional configuran una realidad compleja que impacta tanto en el bienestar del enfermero como en la calidad de la atención brindada. Sin embargo, a pesar de la importancia de estas vivencias, las investigaciones desarrolladas en el ámbito de los cuidados críticos se han centrado predominantemente en la medición de variables relacionadas con el estrés, el síndrome de *burnout* o la satisfacción laboral, siendo aún limitados los estudios orientados a comprender el significado que los propios profesionales atribuyen a sus experiencias de cuidado, particularmente en el contexto peruano y amazónico.

La investigación tuvo como propósito comprender las experiencias vividas por los enfermeros durante el cuidado del paciente crítico en el Hospital II-1 EsSalud Tarapoto, Perú, durante el año 2026. Para ello, se adoptó un enfoque cualitativo con diseño fenomenológico-

hermenéutico, el cual permitió aproximarse a la realidad desde la perspectiva de los propios participantes e interpretar los significados construidos a partir de sus experiencias. Participaron siete enfermeros especialistas que laboran en las áreas de Unidad de Vigilancia Intensiva I, Unidad de Vigilancia Intensiva II y Trauma Shock, cuyas narrativas permitieron comprender la complejidad del fenómeno estudiado.

En el **Capítulo I** se presenta el planteamiento del problema, la pregunta de investigación, los objetivos y la justificación del estudio desde las dimensiones social, teórica, metodológica y epistemológica. El **Capítulo II** desarrolla el marco teórico, en el que se incluyen los antecedentes científicos, el estado de la cuestión y los fundamentos conceptuales y filosóficos que sustentan la investigación, en particular las aportaciones de la fenomenología hermenéutica de Martin Heidegger y Max van Manen, la teoría del cuidado humano de Jean Watson y la teoría «De novato a experto» de Patricia Benner.

El **Capítulo III** expone la metodología empleada, detallando el enfoque, el diseño, el escenario y los participantes del estudio, las estrategias de producción y análisis de datos, así como los criterios de rigor científico y los aspectos éticos considerados durante el proceso de investigación.

El **Capítulo IV** presenta y discute los resultados obtenidos, organizados en torno a cinco categorías emergentes: las experiencias emocionales de los enfermeros, la dinámica relacional en el contexto hospitalario, los desafíos y las barreras, la organización del trabajo y la formación y el desarrollo profesional. Estas categorías permiten comprender que las experiencias de los enfermeros durante el cuidado del paciente crítico constituyen un fenómeno complejo y multidimensional en el que convergen aspectos emocionales, éticos, relacionales y organizativos que otorgan significado al ejercicio profesional.

Finalmente, se presentan las conclusiones y recomendaciones que emergen de las experiencias compartidas por los participantes y que buscan aportar al fortalecimiento de la gestión del

cuidado, al bienestar de los profesionales de enfermería y al desarrollo de estrategias institucionales que promuevan un cuidado crítico más humano, seguro y de calidad. Esta tesis nace del interés por comprender y dar voz a quienes, desde su práctica cotidiana, acompañan a las personas en algunos de los momentos más vulnerables de sus vidas. Su propósito es contribuir al conocimiento disciplinar de la enfermería y reconocer que el cuidado del paciente crítico trasciende los procedimientos y la tecnología, convirtiéndose en una experiencia profundamente humana en la que se entrelazan la ciencia, la técnica, las emociones y el compromiso para preservar la vida y la dignidad de las personas.

CAPÍTULO I: EL PROBLEMA

1.1. Contextualización del problema

Las enfermedades críticas representan uno de los mayores desafíos para los sistemas de salud, no solo por la gravedad de las condiciones clínicas y el riesgo que implican para la vida, sino también por el impacto humano que generan en quienes las padecen y en sus familias. Las personas que atraviesan estas situaciones requieren una vigilancia constante, tratamientos altamente especializados y el acompañamiento de un equipo de salud preparado para responder a escenarios de gran complejidad. En este contexto, las Unidades de Cuidados Intensivos (UCI) se convierten en espacios donde la vida y la incertidumbre conviven de manera permanente. Dentro de este escenario, el profesional de enfermería desempeña un papel fundamental. Es quien permanece junto al paciente durante las veinticuatro horas del día, quien observa los cambios más sutiles en su condición, ejecuta intervenciones especializadas y, al mismo tiempo, brinda apoyo y acompañamiento tanto a la persona como a su familia (1, 2).

Hoy en día, trabajar en una unidad de cuidados intensivos demanda no solo conocimientos científicos y habilidades técnicas avanzadas, sino también una gran fortaleza emocional, sensibilidad humana y un profundo compromiso ético con la vida y la dignidad de las personas. Durante las últimas décadas, los avances científicos y tecnológicos han transformado de manera significativa la atención de los pacientes críticamente enfermos. La incorporación de nuevas tecnologías, como el monitoreo hemodinámico avanzado, la ventilación mecánica, las terapias de reemplazo renal y otros sistemas de soporte vital, ha permitido mejorar la supervivencia y el pronóstico de muchas personas que antes tenían escasas posibilidades de recuperación. Asimismo, la implementación de protocolos basados en evidencia científica ha contribuido a ofrecer una atención más segura y efectiva.

No obstante, estos avances también han traído consigo nuevos retos para el profesional de enfermería. La creciente complejidad del cuidado exige desarrollar competencias cada vez más especializadas, fortalecer el juicio clínico y tomar decisiones oportunas en situaciones marcadas por la incertidumbre. Al mismo tiempo, supone el desafío de no perder la dimensión humana del cuidado, recordando que detrás de cada monitor, cada procedimiento y cada intervención existe una persona que necesita ser atendida con competencia, pero también con sensibilidad, respeto y dignidad (2).

A pesar de estos avances, la disponibilidad de profesionales de enfermería especializados continúa siendo uno de los principales desafíos para los servicios de cuidados intensivos. El informe State of the World's Nursing 2025 señala que, aunque el número de enfermeras en el mundo se incrementó de 27,9 millones en 2018 a 29,8 millones en 2023, persisten importantes desigualdades en la distribución del personal entre países y regiones. De igual manera, si bien el déficit mundial de enfermeras se redujo de 6,2 millones en 2020 a 5,8 millones en 2023, la Organización Mundial de la Salud (OMS) advierte que la distribución inequitativa del talento humano sigue limitando el acceso oportuno a los servicios de salud y constituye un obstáculo para el logro de la cobertura sanitaria universal, especialmente en los países de ingresos bajos y medianos (1).

Esta situación se hace particularmente evidente en las unidades de cuidados críticos, donde los profesionales de enfermería trabajan en un entorno caracterizado por una alta demanda asistencial, la necesidad de tomar decisiones en tiempos muy cortos y el contacto permanente con el sufrimiento y la posibilidad de la muerte. Estas condiciones favorecen la aparición de agotamiento profesional, sufrimiento moral y fatiga por compasión. Una revisión internacional reciente identificó que el burnout constituye uno de los principales problemas de salud ocupacional en enfermería y que los mayores niveles de baja realización profesional se presentan precisamente en quienes laboran en las unidades de

cuidados intensivos. Entre los factores más frecuentemente asociados se encuentran la sobrecarga de trabajo, el estrés sostenido, los conflictos derivados del ejercicio del rol profesional y la exposición continua a situaciones de elevada complejidad clínica (3).

La pandemia por COVID-19 marcó un antes y un después en los servicios de cuidados críticos a nivel mundial. El rápido incremento de pacientes con insuficiencia respiratoria grave obligó a los sistemas de salud a reorganizar sus servicios, ampliar la capacidad de las unidades de cuidados intensivos y redistribuir al personal hacia áreas de mayor complejidad. En este contexto, los profesionales de enfermería asumieron funciones asistenciales, administrativas, educativas e incluso de liderazgo que, en muchos casos, excedían las condiciones habituales de trabajo. Al mismo tiempo, tuvieron que enfrentar jornadas prolongadas, una elevada mortalidad, la escasez de recursos, el aislamiento de los pacientes respecto de sus familias y difíciles decisiones éticas relacionadas con el cuidado. Las vivencias experimentadas durante este periodo dejaron importantes repercusiones emocionales y psicológicas que, incluso en la etapa pospandémica, continúan afectando el bienestar y la estabilidad de la fuerza laboral de enfermería (2, 4).

Como respuesta a esta situación, OMS y el Consejo Internacional de Enfermeras (CIE) han enfatizado que la inversión en educación, liderazgo, condiciones laborales y bienestar del personal de enfermería constituye una prioridad para fortalecer los sistemas sanitarios. Ambas organizaciones coinciden en que mejorar las condiciones de trabajo, favorecer la retención del talento humano y fortalecer el liderazgo profesional permitirá incrementar la calidad del cuidado, mejorar la seguridad del paciente y reducir las desigualdades en el acceso a servicios especializados de salud (1, 5).

En América Latina, la disponibilidad de recursos humanos en salud continúa siendo un desafío para garantizar el acceso universal y la cobertura efectiva de los servicios sanitarios. El primer informe regional sobre la fuerza de trabajo en salud elaborado por la

Organización Panamericana de la Salud (OPS) evidencia importantes desigualdades en la disponibilidad, distribución y retención de profesionales entre los países, particularmente en la profesión de enfermería. Asimismo, se advierte que, de no implementarse intervenciones oportunas, la región podría enfrentar un déficit de entre 600 000 y 2 millones de trabajadores de salud para el año 2030, situación que afectaría especialmente a los servicios hospitalarios de mayor complejidad y a las unidades de cuidados críticos (6).

La enfermería constituye aproximadamente el 63 % de toda la fuerza laboral en salud de la Región de las Américas; sin embargo, la OPS ha advertido una disminución sostenida en el número de nuevos graduados y una distribución desigual del personal especializado. Además, cerca del 40 % de los países de la región presentan menos de 30 profesionales de enfermería por cada 10 000 habitantes, cifra inferior a la recomendada para responder adecuadamente a las necesidades de salud de la población (6).

En el Perú, la atención del paciente crítico continúa enfrentando importantes desafíos relacionados con la disponibilidad de recursos humanos especializados, la capacidad instalada de los establecimientos de salud y las brechas de acceso entre Lima Metropolitana y las regiones. La Organización para la Cooperación y el Desarrollo Económicos señala que la pandemia evidenció importantes debilidades del sistema sanitario peruano, reflejadas en la insuficiente capacidad hospitalaria, la desigual distribución del personal especializado y las marcadas inequidades en el acceso a servicios de alta complejidad (7).

De acuerdo con el Ministerio de Salud (MINSA), el monitoreo permanente de camas hospitalarias y unidades de cuidados intensivos constituye una estrategia prioritaria para garantizar una respuesta oportuna frente a pacientes con enfermedades graves. Sin embargo, la capacidad instalada resulta insuficiente cuando no está acompañada por personal altamente capacitado para brindar cuidados críticos continuos y seguros (8).

Por su parte, el Instituto Nacional de Estadística e Informática (INEI) reporta que, aunque el número de enfermeras colegiadas ha mostrado un crecimiento progresivo durante la última década, persisten importantes diferencias entre departamentos respecto al número de habitantes por enfermera, situación que evidencia una distribución desigual del talento humano en salud. Estas brechas repercuten directamente en la oportunidad, continuidad y calidad del cuidado, siendo más evidentes en regiones alejadas de la capital, donde la disponibilidad de especialistas en cuidados intensivos continúa siendo limitada (9).

La región San Martín constituye uno de los principales centros de referencia de la Amazonía peruana y enfrenta importantes desafíos relacionados con la atención de pacientes que requieren cuidados especializados. De acuerdo con la información institucional recopilada para este estudio, el departamento alberga aproximadamente 940 143 habitantes y cuenta con 634 establecimientos de salud. Sin embargo, solo seis de estas instituciones disponen de servicios destinados a la atención de pacientes críticos, con alrededor de 50 camas de cuidados intensivos, atendidas por un número reducido de profesionales especializados, entre ellos aproximadamente ocho médicos intensivistas y 61 enfermeros especialistas.

Esta limitada disponibilidad de recursos humanos hace que, en determinados turnos, un solo enfermero deba asumir el cuidado simultáneo de hasta cuatro pacientes en condición crítica. Esta situación incrementa la carga asistencial y obliga a priorizar continuamente las intervenciones, en un contexto donde las decisiones deben tomarse con rapidez y precisión. Además, expone a los profesionales a situaciones de elevada tensión emocional y les exige no solo un sólido dominio clínico, sino también habilidades para afrontar dilemas éticos, gestionar sus emociones y mantener una comunicación efectiva con pacientes, familiares y el equipo de salud.

El Hospital II-1 EsSalud Tarapoto, Perú constituye el principal establecimiento de referencia para la atención de pacientes críticamente enfermos en la región San Martín. En sus unidades de Cuidados Intensivos, Unidad de Vigilancia Intensiva y Trauma Shock se atienden personas con patologías médicas, quirúrgicas y traumáticas de gran complejidad, que requieren vigilancia permanente, soporte vital avanzado y procedimientos altamente especializados. En estos escenarios, el profesional de enfermería desempeña un papel central, participando en la valoración continua del paciente, la administración de tratamientos, la monitorización clínica, la coordinación con el equipo interdisciplinario y el acompañamiento de las familias durante todo el proceso de atención.

No obstante, el cuidado del paciente crítico va mucho más allá de la ejecución de procedimientos y del manejo de la tecnología. La convivencia diaria con el sufrimiento, la incertidumbre y la posibilidad de la muerte convierte esta práctica en una experiencia profundamente humana. En este contexto, los enfermeros experimentan emociones diversas, como esperanza, satisfacción profesional, compromiso, pero también frustración, impotencia, ansiedad y tristeza. Estas vivencias influyen en la manera en que comprenden el cuidado y en la forma en que afrontan las exigencias de su práctica cotidiana (2)(3).

Aunque en los últimos años se han incrementado las investigaciones relacionadas con el síndrome de burnout, el estrés laboral, la fatiga por compasión y el bienestar de los profesionales de enfermería, la mayoría de estos estudios se ha desarrollado desde enfoques cuantitativos orientados a medir la frecuencia o intensidad de dichos fenómenos. En contraste, aún son escasas las investigaciones que buscan comprender, desde una perspectiva fenomenológico-hermenéutica, el significado que los propios enfermeros atribuyen a sus experiencias durante el cuidado del paciente crítico, especialmente en hospitales públicos del interior del país y en contextos amazónicos como la región San Martín. Esta situación limita la comprensión de las dimensiones humanas, éticas,

emocionales y relacionales que caracterizan el cuidado crítico y dificulta el diseño de estrategias institucionales centradas en las necesidades reales de quienes brindan el cuidado (1)(2).

Por ello, resulta pertinente desarrollar una investigación cualitativa con enfoque fenomenológico-hermenéutico que permita comprender las experiencias vividas por los enfermeros durante el cuidado del paciente crítico en un hospital público de Tarapoto. Los hallazgos no solo contribuirán al fortalecimiento del conocimiento disciplinar en enfermería, sino que también aportarán evidencia útil para la gestión del cuidado y para el diseño de estrategias orientadas al bienestar del personal y a la promoción de una atención más humana, segura y de calidad (5, 6).

1.2. Problema de investigación

El cuidado del paciente crítico representa una de las experiencias más complejas dentro de la práctica profesional de enfermería. La gravedad de las condiciones clínicas, la incertidumbre sobre la evolución de los pacientes y la necesidad de actuar con rapidez frente a situaciones que comprometen la vida exigen del enfermero una respuesta permanente y altamente especializada. En las unidades de cuidados críticos, el profesional asume responsabilidades relacionadas con la vigilancia continua, la ejecución de procedimientos complejos, la coordinación con el equipo de salud y el acompañamiento de pacientes y familiares en momentos de gran vulnerabilidad. Por ello, el cuidado crítico trasciende el ámbito técnico y se convierte en una experiencia profundamente humana, marcada por las relaciones, las emociones y el compromiso con la vida de las personas (1).

El trabajo cotidiano en estas unidades expone al enfermero a situaciones de gran intensidad emocional. La convivencia permanente con el sufrimiento, la posibilidad de la muerte, la incertidumbre frente a los resultados del tratamiento y la necesidad de sostener

emocionalmente a las familias generan experiencias que impactan de manera significativa en la vida profesional y personal. Diversos estudios han mostrado que estas vivencias pueden despertar sentimientos de satisfacción y realización profesional, al percibir que el cuidado brindado contribuye al bienestar del paciente, pero también emociones como frustración, impotencia, ansiedad y sufrimiento moral, especialmente cuando los resultados no son los esperados o las circunstancias limitan las posibilidades de actuación (10, 11).

A ello se suman las condiciones propias de los servicios de cuidados críticos, frecuentemente caracterizados por una elevada carga de trabajo, escasez de recursos y crecientes exigencias organizacionales. Estas situaciones no solo incrementan la complejidad del trabajo de enfermería, sino que también influyen en la manera en que los profesionales comprenden su práctica, construyen el significado del cuidado y afrontan las experiencias derivadas de su quehacer cotidiano (2).

A pesar de la creciente producción científica relacionada con el estrés laboral, el síndrome de *burnout*, la fatiga por compasión y el bienestar psicológico del personal de enfermería, la mayor parte de las investigaciones se ha desarrollado desde enfoques cuantitativos orientados a medir la frecuencia e intensidad de estos fenómenos mediante escalas e indicadores. En consecuencia, aún es limitado el conocimiento acerca del significado que los propios enfermeros atribuyen a sus experiencias durante el cuidado del paciente crítico, particularmente en hospitales públicos del interior del Perú y en contextos amazónicos como la región San Martín (11).

Desde la perspectiva fenomenológico-hermenéutica, acercarse a las experiencias de los enfermeros permite comprender aspectos del cuidado que van más allá de lo observable y medible. A través de sus relatos es posible conocer las emociones, los valores, los conflictos éticos y las relaciones humanas que se construyen en el contexto del cuidado del paciente

crítico, dimensiones que difícilmente pueden ser comprendidas únicamente mediante indicadores o mediciones cuantitativas.

En este contexto surge la necesidad de comprender las experiencias vividas por los enfermeros durante el cuidado del paciente crítico en un hospital público de Tarapoto, Perú, considerando que dichas experiencias constituyen una fuente valiosa de conocimiento para la disciplina de enfermería y para la mejora de la calidad del cuidado en escenarios de alta complejidad.

Pregunta de investigación

¿Cómo son las experiencias vividas por los enfermeros durante el cuidado del paciente crítico en el Hospital II-1 EsSalud Tarapoto, Perú, durante el año 2026?

1.3. Objetivos de la investigación

1.3.1 Objetivo general

Comprender las experiencias vividas por los enfermeros durante el cuidado del paciente crítico en el Hospital II-1 EsSalud Tarapoto, Perú, durante el año 2026.

1.3.2 Objetivos específicos

- Identificar las emociones experimentadas por los enfermeros durante el cuidado del paciente crítico en el Hospital II-1 EsSalud Tarapoto, Perú, durante el año 2026.
- Analizar la dinámica relacional entre los enfermeros, el paciente crítico y su familia durante el proceso de cuidado en el Hospital II-1 EsSalud Tarapoto, Perú, durante el año 2026.
- Examinar los desafíos y barreras que enfrentan los enfermeros durante el cuidado del paciente crítico en el Hospital II-1 EsSalud Tarapoto, Perú, durante el año 2026.

- Explorar las estrategias de organización del trabajo que emplean los enfermeros durante el cuidado del paciente crítico en el Hospital II-1 EsSalud Tarapoto, Perú, durante el año 2026.
- Analizar la influencia de la formación y la capacitación profesional en las experiencias vividas por los enfermeros durante el cuidado del paciente crítico en el Hospital II-1 EsSalud Tarapoto, Perú, durante el año 2026.

1.4. Justificación

1.4.1 Justificación social

La presente investigación posee una importante relevancia social porque permitirá comprender las experiencias vividas por los enfermeros durante el cuidado del paciente crítico en un hospital público de Tarapoto, un escenario donde convergen condiciones de alta complejidad clínica, limitaciones de recursos y una elevada demanda asistencial. Comprender estas experiencias permitirá visibilizar las necesidades emocionales, laborales y profesionales del personal de enfermería, favoreciendo el diseño de estrategias institucionales orientadas a fortalecer su bienestar, reducir el desgaste profesional y promover ambientes laborales más saludables.

Asimismo, los resultados contribuirán a fortalecer la calidad del cuidado brindado al paciente crítico, considerando que el bienestar del profesional de enfermería se encuentra estrechamente relacionado con la seguridad del paciente, la continuidad de los cuidados y la humanización de la atención. En este sentido, la evidencia generada podrá servir de base para la formulación de programas de capacitación, apoyo emocional, fortalecimiento del trabajo interdisciplinario y toma de decisiones por parte de gestores hospitalarios y autoridades sanitarias, favoreciendo el desarrollo de

políticas institucionales orientadas al mejoramiento continuo de los servicios de cuidados críticos.

Finalmente, esta investigación adquiere especial relevancia para la región San Martín, donde existe limitada evidencia científica sobre las experiencias de los enfermeros en unidades críticas. La información obtenida permitirá comprender una realidad poco explorada en el contexto amazónico peruano y aportará conocimientos útiles para futuras investigaciones y para el fortalecimiento de la práctica asistencial en establecimientos públicos de salud.

1.4.2 Justificación teórica

Desde el punto de vista teórico, esta investigación busca aportar al desarrollo del conocimiento disciplinar de enfermería al profundizar en la comprensión de las experiencias que viven los profesionales durante el cuidado del paciente crítico. Mientras que gran parte de las investigaciones previas se han centrado en medir fenómenos como el estrés, el síndrome de burnout o la satisfacción laboral, este estudio pretende comprender el significado que los propios enfermeros atribuyen a las situaciones que experimentan en su práctica cotidiana. De esta manera, se podrán visibilizar aspectos subjetivos, emocionales, éticos y relacionales que forman parte del cuidado crítico y que, con frecuencia, permanecen poco explorados desde otras perspectivas metodológicas.

La investigación se fundamenta en la Teoría del Cuidado Humano, que concibe el cuidado como una relación transpersonal basada en el respeto por la dignidad humana, la empatía y la construcción de vínculos significativos entre el profesional y la persona cuidada. Desde esta mirada, el cuidado del paciente crítico no se limita a la realización de procedimientos o al manejo de la tecnología, sino que se configura como una experiencia profundamente humana, en la que intervienen valores,

emociones, creencias y significados que se construyen en la interacción entre el enfermero, el paciente y su familia.

Asimismo, los hallazgos del estudio contribuirán a ampliar la comprensión de la fenomenología del cuidado en contextos de alta complejidad clínica y podrán constituirse en un referente para futuras investigaciones cualitativas desarrolladas en unidades de cuidados intensivos y en otros escenarios hospitalarios con características similares. En este sentido, la investigación no solo enriquecerá el conocimiento teórico de la disciplina, sino que también ofrecerá nuevas perspectivas para comprender el significado del cuidado crítico desde la experiencia de quienes lo viven cotidianamente.

1.4.3 Justificación metodológica

Desde el punto de vista metodológico, esta investigación contribuirá a fortalecer el uso del enfoque cualitativo con orientación fenomenológico-hermenéutica en el ámbito de la enfermería, al permitir comprender las experiencias de los profesionales desde la manera en que estas son vividas e interpretadas por ellos mismos. Este enfoque resulta especialmente pertinente para el estudio del cuidado crítico, ya que posibilita aproximarse al mundo de vida de los participantes y comprender los significados que construyen a partir de su práctica cotidiana, aspecto que difícilmente puede ser captado mediante otros diseños de investigación.

La información se obtendrá a través de entrevistas semiestructuradas en profundidad, una técnica que favorece el diálogo abierto y la expresión de experiencias, emociones y reflexiones de los participantes. Las narrativas obtenidas permitirán acceder a una comprensión más amplia y contextualizada del fenómeno estudiado, reconociendo la singularidad de cada experiencia y los significados que emergen de ella.

Posteriormente, el análisis se desarrollará mediante un proceso sistemático de lectura, codificación, construcción de categorías e interpretación hermenéutica, orientado a revelar el sentido de las experiencias relatadas. Asimismo, se garantizará el rigor científico del estudio mediante la aplicación de los criterios de credibilidad, transferibilidad, dependencia y confirmabilidad, con el propósito de asegurar la consistencia y la calidad de los hallazgos obtenidos.

Además, la investigación ofrecerá un referente metodológico para futuros estudios cualitativos en enfermería, especialmente aquellos orientados a comprender fenómenos relacionados con el cuidado humanizado, las experiencias profesionales y la gestión del cuidado en escenarios hospitalarios complejos.

1.4.4 Justificación epistemológica

La presente investigación se fundamenta epistemológicamente en el paradigma interpretativo, el cual reconoce que la realidad no constituye un fenómeno único, objetivo e independiente del sujeto, sino una construcción de significados elaborada por las personas a partir de sus experiencias e interacciones sociales. Desde esta perspectiva, el conocimiento se genera mediante el diálogo entre el investigador y los participantes, quienes construyen conjuntamente la comprensión del fenómeno estudiado.

El estudio adopta la fenomenología hermenéutica inspirada en el pensamiento de Martin Heidegger y desarrollada posteriormente por Max van Manen, la cual busca comprender el significado de la experiencia vivida más que describir únicamente los hechos observables. En consecuencia, el interés de la investigación no radica en medir variables o establecer relaciones causales, sino en interpretar cómo los enfermeros experimentan el cuidado del paciente crítico, cómo construyen sentido sobre su práctica profesional y qué significados emergen de dichas experiencias.

Desde esta postura epistemológica, el cuidado de enfermería es entendido como una experiencia humana situada, influenciada por el contexto institucional, las relaciones interpersonales, las emociones, los valores y la historia de vida de quienes participan en el proceso de cuidado. En consecuencia, comprender estas experiencias permitirá generar un conocimiento contextualizado que contribuya al fortalecimiento de la disciplina de enfermería, la humanización del cuidado y la toma de decisiones fundamentadas en la realidad vivida por los propios profesionales.

CAPÍTULO II: MARCO TEÓRICO

2.1 Antecedentes de la investigación

Antecedentes internacionales

McEvoy et al. (12) en 2025 realizaron en Irlanda un estudio orientado a analizar los factores relacionados con la retención del personal de enfermería en unidades de cuidados críticos. La investigación identificó que la permanencia de los profesionales en estas unidades depende no solo de aspectos económicos, sino también del reconocimiento institucional, las oportunidades de desarrollo profesional, el liderazgo, el apoyo emocional y la percepción de un ambiente laboral saludable. Los resultados evidenciaron que la sobrecarga asistencial, el agotamiento emocional y la insuficiente valoración del trabajo realizado constituyen factores que favorecen la intención de abandonar las unidades de cuidados intensivos. En contraste, el apoyo del equipo, el liderazgo participativo y las oportunidades de capacitación fortalecen el compromiso profesional y la permanencia en el servicio. Los autores concluyen que las estrategias dirigidas a mejorar el bienestar del personal de enfermería deben considerar tanto las necesidades individuales como los factores organizacionales que condicionan la práctica clínica cotidiana.

Dobrowolska et al. (13) en el año 2023 desarrollaron en Polonia un estudio cualitativo de orientación fenomenológica con el propósito de comprender las experiencias de las enfermeras que lideraban unidades de cuidados intensivos durante la pandemia por COVID-19. Participaron profesionales responsables de la organización y coordinación del cuidado en hospitales de alta complejidad, utilizando entrevistas en profundidad como técnica principal para la obtención de la información. Los hallazgos mostraron que las participantes vivieron de manera

constante sentimientos de incertidumbre, una profunda responsabilidad moral, presión derivada de las exigencias organizacionales y un importante desgaste emocional. Estas experiencias estuvieron relacionadas tanto con la gravedad y complejidad de los pacientes atendidos como con la responsabilidad de mantener el funcionamiento continuo de las unidades de cuidados críticos. Asimismo, las enfermeras reconocieron que el liderazgo, la comunicación efectiva y la resiliencia fueron recursos fundamentales para afrontar las demandas impuestas por el contexto sanitario. Concluyeron que la experiencia del cuidado en las unidades críticas va más allá del dominio de competencias técnicas y científicas. Por el contrario, se configura como una vivencia profundamente humana, en la que las emociones, los valores éticos y las condiciones organizacionales influyen de manera significativa en la forma en que los profesionales comprenden y ejercen el cuidado.

Parissopoulos et al. (14) en el 2023 realizaron en Grecia un estudio cualitativo cuyo propósito fue explorar las experiencias de enfermeros que laboraban en unidades de cuidados intensivos. Los resultados mostraron que los profesionales experimentaban simultáneamente emociones positivas y negativas durante su práctica asistencial. Entre las emociones negativas destacaron el miedo, la incertidumbre, el desgaste emocional y el sufrimiento asociado al deterioro clínico y fallecimiento de los pacientes. En contraste, las experiencias de recuperación clínica generaban sentimientos de satisfacción profesional, esperanza y fortalecimiento del compromiso con el cuidado. Asimismo, los participantes identificaron el trabajo colaborativo, el apoyo entre compañeros y la comunicación interdisciplinaria como factores protectores frente al desgaste emocional producido por la atención continua de pacientes en condición crítica. Los autores concluyeron que comprender las experiencias del personal de enfermería constituye un elemento indispensable para

fortalecer programas institucionales orientados al bienestar profesional y a la humanización del cuidado.

Fernández-Castillo et al. (15) en el año 2023 desarrollaron en España una investigación cualitativa con el propósito de comprender las experiencias de los profesionales de enfermería relacionadas con la humanización del cuidado en las unidades de cuidados intensivos. Los resultados mostraron que, aunque el entorno de las unidades de cuidados intensivos se caracteriza por una alta complejidad tecnológica, los participantes consideraron que el componente humano continúa siendo el eje central del cuidado. Destacaron la importancia de la empatía, la comunicación terapéutica, el acompañamiento a la familia y el respeto por la dignidad del paciente como elementos esenciales para brindar una atención integral. Los autores concluyeron que la tecnología no sustituye la esencia del cuidado enfermero; por el contrario, debe complementarse con intervenciones humanizadas que favorezcan la construcción de relaciones significativas entre el profesional, el paciente y su familia.

Vogt et al. (2) en el 2023 elaboraron en el Reino Unido un estudio con el objetivo de analizar los factores que explican la crisis mundial de la fuerza laboral de enfermería en cuidados críticos, el impacto de la pandemia por COVID-19 y las posibles estrategias para fortalecer el bienestar y la permanencia del personal especializado. Los autores identificaron que los enfermeros de cuidados críticos presentan una elevada prevalencia de agotamiento profesional, estrés postraumático, sufrimiento moral y fatiga emocional, fenómenos que incrementan significativamente la intención de abandonar la profesión. Asimismo, resaltan que el fortalecimiento de la resiliencia individual resulta insuficiente si no se acompaña de cambios organizacionales relacionados con mejores condiciones laborales, liderazgo efectivo,

reconocimiento profesional y dotación adecuada de personal. Como conclusión, sostienen que la crisis de la fuerza laboral en cuidados críticos constituye un problema estructural que requiere intervenciones institucionales sostenibles, orientadas no solo a mejorar el bienestar psicológico de los profesionales, sino también a fortalecer la calidad del cuidado y la seguridad del paciente.

Antecedentes nacionales

Irigoin et al. (16) desarrollaron en 2022 un estudio cualitativo de tipo descriptivo con el objetivo de describir, analizar y comprender la percepción de las enfermeras sobre los cuidados brindados al paciente con COVID-19 en la Unidad de Cuidados Intensivos de hospitales de Chiclayo. Como resultado emergieron tres categorías principales: describiendo el cuidado personalizado e integral al paciente con COVID-19 en la UCI; priorización de los cuidados según las necesidades del paciente; y actitudes y sentimientos durante el cuidado. Las participantes manifestaron que el cuidado brindado era exigente, especializado y profundamente humanizado, reconociendo al paciente como un ser integral con necesidades físicas, emocionales y espirituales. Asimismo, expresaron sentimientos de culpa, tristeza, ansiedad, estrés y preocupación por el riesgo de contagio, acompañados de actitudes de empatía, compromiso y resiliencia frente a las dificultades propias de la pandemia. Los autores concluyeron que el cuidado de enfermería en la unidad de cuidados intensivos constituye una práctica altamente especializada que trasciende la dimensión técnica, integrando componentes emocionales, éticos y humanísticos.

Fhon et al. (17) en el año 2023 realizaron un estudio cualitativo exploratorio en tres hospitales públicos del Perú con el propósito de analizar la percepción del enfermero sobre el cuidado brindado a pacientes hospitalizados por COVID-19. La información fue analizada mediante análisis temático, a partir del cual emergieron cinco temas

principales: el temor de contagiar a los familiares, los sentimientos de frustración e impotencia ante la evolución clínica de los pacientes, la escasez de recursos humanos y materiales, la necesidad de capacitación para la implementación de nuevos protocolos y el proceso de adaptación que los profesionales tuvieron que afrontar durante la emergencia sanitaria. Los resultados mostraron que las condiciones organizacionales y las elevadas exigencias asistenciales derivadas de la pandemia transformaron de manera significativa la práctica profesional de enfermería, dando lugar a experiencias marcadas por la incertidumbre, el sufrimiento y la necesidad de desarrollar una mayor capacidad de adaptación frente a escenarios de alta complejidad. Asimismo, los autores destacaron que, a pesar de las limitaciones institucionales y las dificultades del contexto, el compromiso y la responsabilidad profesional de las enfermeras fueron fundamentales para garantizar la continuidad del cuidado.

2.2 Estado de la cuestión

En la presente investigación se abordan los conceptos de experiencia, experiencia vivida, fenomenología hermenéutica, cuidado de enfermería, paciente crítico y experiencias del enfermero durante el cuidado del paciente crítico, integrando aportes de la filosofía fenomenológica y de la disciplina de enfermería para construir un marco interpretativo coherente con el enfoque metodológico del estudio.

2.2.1 La experiencia como objeto de conocimiento

La experiencia ha constituido, desde la filosofía clásica hasta el pensamiento contemporáneo, uno de los conceptos fundamentales para comprender la forma en que el ser humano construye conocimiento acerca de sí mismo y del mundo que lo rodea. Desde una perspectiva filosófica, la experiencia no se limita a la acumulación

de acontecimientos o vivencias aisladas, sino que representa un proceso dinámico mediante el cual la persona interpreta, resignifica y atribuye sentido a aquello que vive en interacción con los demás y con su entorno (18).

En la tradición aristotélica, la experiencia (empeiría) se entiende como el conocimiento que surge de la repetición de las acciones y de aquello que las personas viven y perciben en su realidad cotidiana. Para Aristóteles, la experiencia constituye el punto de partida del saber, ya que permite reconocer patrones, establecer relaciones y construir juicios basados en lo vivido. Desde esta perspectiva, la experiencia no se reduce a la simple acumulación de acontecimientos, sino que implica un proceso en el que se integran la percepción, la memoria y la reflexión, convirtiéndose en una fuente fundamental para comprender la realidad (18).

Posteriormente, el pensamiento moderno amplió la comprensión de este concepto. Para Kant, la experiencia se construye a partir de la interacción entre lo que el sujeto percibe y las estructuras cognitivas mediante las cuales interpreta aquello que percibe. En este sentido, la experiencia no constituye un reflejo pasivo del mundo, sino un proceso activo de construcción de significados, en el que las personas organizan e interpretan la realidad desde sus propias capacidades de comprensión (19).

Desde la hermenéutica filosófica, se plantea que la experiencia representa un proceso continuo de apertura hacia nuevas formas de comprensión, mediante el cual las personas transforman su manera de interpretar el mundo a partir del diálogo con los otros y con su propia historia (18). Esta perspectiva resulta especialmente valiosa para las ciencias de la salud, ya que permite entender que las experiencias profesionales no son hechos aislados ni meramente circunstanciales, sino vivencias

cargadas de significado que se modifican y enriquecen a medida que las personas interactúan con diferentes contextos, situaciones y relaciones humanas.

En enfermería, la experiencia constituye uno de los pilares sobre los que se construyen las competencias clínicas, éticas y humanas. El conocimiento profesional no se adquiere únicamente en los espacios formativos, sino que se desarrolla progresivamente a través de la práctica cotidiana, permitiendo al enfermero fortalecer su juicio clínico, priorizar intervenciones y comprender de manera más integral las necesidades de las personas bajo su cuidado (20). Desde esta mirada, la experiencia se convierte en una fuente de aprendizaje que transforma gradualmente la manera de comprender, interpretar y ejercer el cuidado.

En el contexto del cuidado del paciente crítico, la experiencia adquiere una complejidad particular, ya que el profesional se enfrenta diariamente a situaciones relacionadas con la vida, la muerte, la incertidumbre, la toma de decisiones inmediatas y el acompañamiento de pacientes y familias en condiciones de gran vulnerabilidad. Estas vivencias van más allá del dominio técnico y científico del cuidado y se configuran como experiencias profundamente humanas, en las que intervienen emociones, valores, responsabilidades éticas y significados que se construyen y resignifican a lo largo de la trayectoria profesional (20) (21).

Por ello, comprender la experiencia desde una perspectiva fenomenológica implica reconocer que el interés de la investigación no se limita a describir los acontecimientos vividos, sino a interpretar el significado que estos adquieren para quienes los experimentan. Desde esta comprensión se sustenta la presente investigación, cuyo propósito es aproximarse a las experiencias de los enfermeros durante el cuidado del paciente crítico, atendiendo al sentido que estas tienen en su

mundo de vida y en el contexto donde dichas experiencias se desarrollan y cobran significado.

2.2.2 La experiencia vivida desde la fenomenología

La experiencia vivida constituye el objeto central de estudio de la fenomenología y representa uno de los fundamentos filosóficos más importantes para comprender la manera en que las personas construyen significado sobre los acontecimientos que experimentan en su vida cotidiana. A diferencia de otros enfoques científicos que buscan explicar los fenómenos mediante relaciones causales o mediciones objetivas, la fenomenología se interesa por comprender cómo las personas viven, perciben e interpretan su realidad desde su propia conciencia y en el contexto donde desarrollan sus experiencias (22).

El origen de la fenomenología se atribuye a Edmund Husserl (1859-1938), quien propuso el retorno "a las cosas mismas" (*zu den Sachen selbst*) como principio fundamental para el estudio de la experiencia humana. Husserl sostuvo que el conocimiento científico debía partir de la descripción rigurosa de las experiencias tal como son vividas por las personas, suspendiendo los prejuicios, teorías o explicaciones previamente establecidas mediante el proceso denominado *epojé* o reducción fenomenológica. Desde esta perspectiva, el investigador busca aproximarse al fenómeno sin imponer interpretaciones externas, permitiendo que la esencia de la experiencia emerja a partir del relato de quienes la viven (23).

Para Husserl, toda conciencia es conciencia de algo, principio conocido como intencionalidad, mediante el cual explica que la experiencia siempre está dirigida hacia un objeto, una persona o una situación determinada. En consecuencia, las experiencias no constituyen hechos aislados, sino procesos intencionales donde el

sujeto atribuye significado a aquello que vive, construyendo una comprensión particular de su realidad (23).

Posteriormente, Martin Heidegger (1889-1976) amplió la propuesta husserliana al considerar que la comprensión del ser humano no podía limitarse a la descripción de la conciencia, sino que debía entenderse desde su existencia concreta en el mundo. En su obra *Ser y tiempo*, Heidegger introduce el concepto de *Dasein* (ser-ahí), señalando que las personas existen siempre en relación con un contexto histórico, social, cultural y relacional que condiciona la forma como interpretan sus experiencias. Desde esta perspectiva, comprender una experiencia implica interpretar el significado que adquiere para quien la vive, considerando las circunstancias en las que ocurre y las relaciones que establece con los otros (24).

Uno de los aportes más relevantes de Heidegger para la investigación cualitativa es el concepto de ser-en-el-mundo (In-der-Welt-sein), el cual plantea que el ser humano no puede comprenderse separado de su entorno, sino como un ser que construye permanentemente significados a partir de su interacción con las personas, las instituciones, la cultura y las situaciones que experimenta. Esta perspectiva resulta especialmente pertinente para la presente investigación, ya que las experiencias de los enfermeros durante el cuidado del paciente crítico se encuentran profundamente influenciadas por el contexto hospitalario, las relaciones con los pacientes, las familias, el equipo de salud y las condiciones organizacionales donde desarrollan su práctica profesional (24).

A diferencia de Husserl, quien proponía describir la esencia de la experiencia, Heidegger sostiene que toda comprensión implica necesariamente un proceso de *interpretación*. El investigador no permanece completamente ajeno al fenómeno estudiado, sino que participa en un diálogo permanente con los participantes,

interpretando sus relatos a partir del contexto donde estos adquieren significado. Este proceso recibe el nombre de *círculo hermenéutico*, mediante el cual la comprensión se construye continuamente al relacionar las partes del discurso con el significado del fenómeno en su totalidad (18).

Sobre la base del pensamiento heideggeriano, Max van Manen desarrolló la fenomenología hermenéutica aplicada a la investigación en ciencias humanas y de la salud. Para este autor, la finalidad de la investigación fenomenológica consiste en comprender el significado de la experiencia vivida (*lived experience*) tal como es narrada por quienes la experimentan, permitiendo revelar dimensiones profundas de la existencia humana que habitualmente permanecen implícitas en la vida cotidiana. Van Manen enfatiza que el investigador debe aproximarse a las narrativas de los participantes con sensibilidad interpretativa, buscando comprender aquello que la experiencia significa para ellos más que describir únicamente los hechos ocurridos (22).

Desde esta perspectiva, las narrativas de los participantes constituyen expresiones del mundo vivido (*lifeworld*), entendido como el espacio donde las personas desarrollan sus relaciones, construyen sus valores, enfrentan desafíos y atribuyen significado a sus acciones. En consecuencia, la fenomenología hermenéutica reconoce que las experiencias poseen una naturaleza contextual, histórica y relacional, por lo que únicamente pueden comprenderse considerando el entorno donde se producen (22).

En el ámbito de la enfermería, esta perspectiva resulta particularmente pertinente porque el cuidado constituye una experiencia profundamente humana que trasciende la realización de procedimientos técnicos. Durante la atención del paciente crítico, los enfermeros experimentan situaciones relacionadas con la incertidumbre, la responsabilidad, el sufrimiento, la esperanza, la satisfacción y la toma de decisiones

frente a escenarios de alta complejidad. Estas vivencias no pueden explicarse únicamente mediante indicadores cuantitativos, sino que requieren ser comprendidas desde los significados que los propios profesionales construyen durante su práctica asistencial (20, 21).

En ese sentido, la fenomenología hermenéutica proporciona el fundamento filosófico más apropiado para la presente investigación, ya que permite comprender las experiencias vividas por los enfermeros durante el cuidado del paciente crítico desde su propio mundo de vida, interpretando los significados que emergen de sus narrativas y reconociendo la influencia del contexto institucional, las relaciones humanas y la historia personal de cada participante. Así, el interés del estudio no se centra únicamente en conocer lo que hacen los enfermeros, sino en comprender *qué significa para ellos cuidar a una persona en condición crítica*, cómo interpretan esa experiencia y de qué manera esta transforma su práctica profesional y su comprensión del cuidado.

2.2.3 Fenomenología hermenéutica como fundamento para comprender las experiencias del cuidado

La fenomenología hermenéutica constituye un enfoque filosófico y metodológico orientado a comprender e interpretar el significado de las experiencias humanas en el contexto donde estas se desarrollan. A diferencia de la fenomenología descriptiva de Husserl, cuyo interés principal radica en identificar la esencia de la experiencia mediante la suspensión de presupuestos (*epojé*), la fenomenología hermenéutica reconoce que toda experiencia se encuentra inevitablemente mediada por la interpretación y por el contexto histórico, cultural, social y personal del individuo (22, 24).

Desde esta perspectiva, comprender una experiencia implica ir más allá de la descripción de los acontecimientos para interpretar los significados que las personas construyen a partir de aquello que viven. Desde esta perspectiva, la realidad no se entiende como algo objetivo y ajeno a las personas, sino como una construcción que se va configurando a partir de la relación entre el individuo y el mundo en el que vive (18). Esta mirada resulta especialmente pertinente en las ciencias de la salud, donde el cuidado involucra experiencias humanas complejas que difícilmente pueden explicarse únicamente mediante variables clínicas o indicadores cuantitativos.

Uno de los pilares de la fenomenología hermenéutica es el círculo hermenéutico, concepto inicialmente desarrollado por Heidegger y posteriormente ampliado por Gadamer. Este principio plantea que la comprensión de un fenómeno se construye a través de un proceso continuo de interpretación, en el que se establece un diálogo permanente entre las partes y el todo de la experiencia. Así, el significado de cada vivencia individual solo puede comprenderse plenamente cuando se relaciona con el contexto en el que ocurre, mientras que la comprensión del fenómeno en su conjunto se enriquece progresivamente a partir del análisis detallado de cada relato (18, 24).

En este proceso, el investigador no ocupa una posición de completa neutralidad, sino que participa de manera reflexiva reconociendo sus conocimientos previos, su experiencia y su propio horizonte de comprensión. Desde la hermenéutica, toda interpretación surge de la denominada fusión de horizontes, entendida como el encuentro entre la perspectiva del investigador y la del participante. Lejos de pretender eliminar la subjetividad, esta interacción permite una comprensión más profunda y contextualizada del fenómeno estudiado (18).

Otro concepto fundamental es el mundo de la vida (Lebenswelt), entendido como el conjunto de experiencias, relaciones, creencias, valores y significados que dan forma

a la existencia cotidiana de las personas. Se refiere al mundo tal como es vivido y experimentado antes de cualquier explicación científica o teórica. En el caso de la enfermería, el mundo de la vida del profesional se construye a partir de las experiencias acumuladas en la práctica asistencial, de la relación con pacientes y familiares, de las dinámicas del equipo de salud, de las condiciones institucionales y de las vivencias personales que influyen en la manera de comprender el cuidado. Por ello, estudiar las experiencias de los enfermeros implica acercarse a ese mundo vivido para comprender cómo se construye el significado del cuidado en escenarios de alta complejidad (18, 23)

La investigación fenomenológico-hermenéutica tiene como propósito revelar el significado esencial de las experiencias vividas mediante un proceso permanente de reflexión sobre los relatos de los participantes. Desde esta perspectiva, la escritura se convierte en una forma de análisis, ya que permite al investigador profundizar gradualmente en la comprensión del fenómeno, identificar temas esenciales y construir interpretaciones fundamentadas en las narrativas obtenidas durante el trabajo de campo. En consecuencia, el análisis fenomenológico no se limita a clasificar información, sino que busca develar los significados que subyacen en las experiencias relatadas por quienes las han vivido (22).

En la disciplina de enfermería, la fenomenología hermenéutica ha adquirido una creciente relevancia porque permite comprender fenómenos relacionados con el sufrimiento, el cuidado, la enfermedad, la esperanza, la resiliencia y las experiencias profesionales desde la perspectiva de quienes los experimentan. Diversas investigaciones desarrolladas en unidades de cuidados intensivos han mostrado que este enfoque favorece una comprensión más profunda de las dimensiones emocionales, éticas y relacionales del cuidado, aportando conocimientos valiosos

para fortalecer la práctica clínica, la formación profesional y la humanización de la atención (20, 22).

Particularmente en el cuidado del paciente crítico, la fenomenología hermenéutica posibilita comprender cómo los enfermeros experimentan la incertidumbre frente a la evolución clínica, la responsabilidad que implica la toma de decisiones, el sufrimiento asociado al deterioro o fallecimiento de los pacientes, la satisfacción que genera su recuperación y el significado que atribuyen a la relación establecida con las familias y el equipo interdisciplinario. Todas estas vivencias forman parte de su mundo vivido y solo pueden comprenderse plenamente mediante un proceso interpretativo profundo, centrado en las narrativas y en los significados que los propios participantes les otorgan.

Por ello, la elección de la fenomenología hermenéutica como fundamento filosófico y metodológico de la presente investigación responde a la necesidad de comprender las experiencias de los enfermeros desde la perspectiva de quienes las viven, reconociendo que estas se encuentran influenciadas por la historia personal, la trayectoria profesional, el contexto institucional y las relaciones humanas que se construyen en el cuidado del paciente crítico. Desde esta mirada, el estudio busca interpretar los significados que emergen de las narrativas de los participantes y comprender cómo dichas experiencias configuran su manera de entender y ejercer el cuidado de enfermería.

2.2.4 El cuidado de enfermería desde la Teoría del Cuidado Humano de Jean Watson

El cuidado constituye la esencia de la enfermería y el fundamento sobre el cual se construye la práctica profesional. Más allá de la realización de procedimientos o del cumplimiento de actividades asistenciales, cuidar significa establecer una relación humana orientada a preservar la dignidad, aliviar el sufrimiento y promover el

bienestar de las personas. Desde esta mirada, el cuidado no se limita al abordaje de la enfermedad, sino que reconoce al ser humano en toda su complejidad, considerando sus dimensiones física, emocional, social, cultural y espiritual (21).

Entre las teorías contemporáneas de enfermería, la Teoría del Cuidado Humano, propuesta por Jean Watson, se ha consolidado como uno de los referentes más importantes para comprender la naturaleza del cuidado profesional. Su propuesta surgió en la década de 1970 como respuesta a la creciente tecnificación de los servicios de salud y a la necesidad de recuperar la dimensión humana de la atención, resaltando la importancia de las relaciones auténticas entre el enfermero y la persona cuidada (21).

Desde esta perspectiva, el cuidado constituye un compromiso moral y ético que orienta el ejercicio profesional de la enfermería. Por ello, el propósito del cuidado no se reduce únicamente a favorecer la recuperación física del paciente, sino que busca promover su bienestar integral, respetando su dignidad, sus valores, sus creencias y la manera particular en que cada persona vive su experiencia de salud y enfermedad. En este proceso, el enfermero acompaña a la persona a lo largo de su trayectoria de cuidado, construyendo una relación basada en la empatía, la confianza, el respeto y la sensibilidad humana (21).

Uno de los conceptos centrales de la teoría de Watson es la relación transpersonal de cuidado, entendida como un encuentro genuino entre el profesional y la persona cuidada. Esta relación va más allá del contacto físico o de la realización de intervenciones asistenciales, ya que supone una conexión interpersonal en la que ambos participan de un proceso de comprensión, crecimiento y transformación mutua. Desde esta mirada, cada interacción representa una oportunidad para

preservar la dignidad humana y generar experiencias significativas tanto para quien recibe el cuidado como para quien lo brinda (21).

Con la evolución de su propuesta, Watson sustituyó los diez factores carativos por los Procesos Caritas®, concebidos como prácticas orientadas a fortalecer el cuidado humanizado. Estos procesos incluyen el cultivo de valores humanísticos y altruistas, la promoción de la fe y la esperanza, el desarrollo de la sensibilidad hacia uno mismo y hacia los demás, el establecimiento de relaciones de ayuda basadas en la confianza, la expresión auténtica de los sentimientos, el uso del razonamiento científico para la toma de decisiones, la enseñanza-aprendizaje transpersonal, la creación de entornos protectores y restauradores, la atención de las necesidades humanas básicas y la apertura hacia las dimensiones existenciales y espirituales del cuidado (21).

En el cuidado del paciente crítico, los Procesos Caritas adquieren un significado especial debido a la situación de extrema vulnerabilidad, incertidumbre y dependencia que experimentan estas personas y sus familias. Aunque las unidades de cuidados intensivos son escenarios altamente tecnificados, Watson sostiene que el componente humano del cuidado no debe perderse. La presencia auténtica del enfermero, la comunicación terapéutica, el respeto por la dignidad de la persona y el acompañamiento a la familia continúan siendo elementos esenciales para brindar una atención verdaderamente integral (21).

Diversas investigaciones realizadas en unidades de cuidados intensivos han mostrado que la aplicación de los principios del Cuidado Humano favorece la satisfacción de los pacientes y sus familias, fortalece la comunicación terapéutica, incrementa la percepción de un cuidado humanizado y contribuye al bienestar profesional del personal de enfermería. Asimismo, se ha observado que las relaciones de cuidado basadas en la empatía y la presencia consciente ayudan a disminuir el sufrimiento

emocional tanto de los pacientes como de los propios profesionales, quienes conviven cotidianamente con el dolor, la incertidumbre y la posibilidad de la muerte (21, 25).

En este sentido, el cuidado del paciente crítico no puede entenderse únicamente como vigilancia clínica o administración de tratamientos especializados. Cada encuentro con el paciente representa una oportunidad para reconocer su individualidad, comprender sus necesidades emocionales y espirituales y construir relaciones terapéuticas que favorezcan una atención integral. Esta visión coincide con las experiencias descritas por los enfermeros que laboran en áreas críticas, quienes con frecuencia señalan que el acompañamiento emocional, la comunicación con la familia y la presencia constante son tan importantes como las intervenciones técnicas para garantizar un cuidado de calidad.

Desde la perspectiva de Watson, el acto de cuidar también transforma al profesional. Las experiencias vividas frente al sufrimiento, la recuperación o el fallecimiento de los pacientes generan aprendizajes, fortalecen la sensibilidad humana y contribuyen a la construcción de la identidad profesional. Por ello, las experiencias de los enfermeros durante el cuidado del paciente crítico no solo reflejan el ejercicio de competencias clínicas, sino también la manera en que construyen significado sobre su práctica, desarrollan valores humanísticos y consolidan su compromiso ético con el cuidado de las personas.

En la presente investigación, la Teoría del Cuidado Humano constituye uno de los principales referentes disciplinares para interpretar las experiencias vividas por los enfermeros durante el cuidado del paciente crítico. Sus postulados permiten comprender cómo las relaciones establecidas con el paciente, la familia y el equipo de salud configuran significados relacionados con la empatía, la responsabilidad, la

esperanza, el sufrimiento, la satisfacción profesional y la humanización del cuidado, dimensiones que emergen de la experiencia cotidiana de los participantes.

2.2.5 La experiencia clínica en enfermería desde Patricia Benner

La experiencia constituye uno de los pilares sobre los que se construye el desarrollo profesional en enfermería. Si bien la formación universitaria proporciona los conocimientos científicos y técnicos indispensables para el ejercicio de la profesión, es en la práctica cotidiana donde el enfermero aprende a interpretar las situaciones clínicas, fortalecer su juicio profesional y desarrollar habilidades para la toma de decisiones. La interacción permanente con pacientes, familias y equipos de salud permite adquirir un conocimiento que va más allá de lo aprendido en las aulas y que se enriquece continuamente a partir de las experiencias vividas. Desde esta perspectiva, la experiencia se convierte en una fuente de aprendizaje que transforma progresivamente la manera de comprender y ejercer el cuidado (20).

Entre las teorías que han contribuido a explicar este proceso de desarrollo profesional destaca la propuesta de Patricia Benner, quien, a partir del modelo de adquisición de habilidades de Dreyfus y Dreyfus, desarrolló la teoría De novato a experto (From Novice to Expert). Esta teoría plantea que el conocimiento profesional se construye de manera progresiva mediante la experiencia práctica y la reflexión sobre la propia acción, permitiendo que el enfermero avance desde niveles iniciales de desempeño hasta alcanzar una práctica experta, caracterizada por un juicio clínico intuitivo y contextualizado (20).

Benner describe cinco niveles de desarrollo profesional: novato, principiante avanzado, competente, eficiente (proficient) y experto. El profesional novato se caracteriza por depender de normas, protocolos e instrucciones para orientar su actuación, debido a la limitada experiencia que posee frente a las situaciones clínicas.

Por su parte, el principiante avanzado comienza a reconocer situaciones recurrentes y desarrolla una mayor capacidad para identificar prioridades de cuidado; sin embargo, aún requiere apoyo y supervisión, especialmente en contextos de alta complejidad (20).

El profesional competente, generalmente con dos o tres años de experiencia en un mismo contexto clínico, logra planificar el cuidado de manera organizada, anticipar posibles complicaciones y establecer prioridades con mayor seguridad. Posteriormente, el nivel eficiente se caracteriza por una comprensión integral de las situaciones clínicas, permitiendo interpretar el estado del paciente desde una perspectiva global y responder de manera más flexible a los cambios del entorno asistencial. Finalmente, el experto desarrolla un conocimiento profundamente contextualizado que le permite actuar con rapidez, intuición clínica y juicio profesional, sin depender exclusivamente de reglas previamente establecidas (20) (26).

Según Benner, el conocimiento adquirido mediante la experiencia difiere del conocimiento puramente teórico porque se construye a partir del contacto directo con las personas, la reflexión sobre las situaciones vividas y la capacidad para reconocer patrones clínicos complejos. Este conocimiento experiencial permite al enfermero anticipar complicaciones, interpretar señales sutiles del estado del paciente y tomar decisiones oportunas incluso en escenarios caracterizados por incertidumbre y elevada presión asistencial (26).

En las unidades de cuidados intensivos, donde la condición clínica de un paciente puede cambiar en cuestión de minutos, la experiencia profesional adquiere un valor especialmente relevante. En estos escenarios, los enfermeros deben interpretar de manera permanente la información procedente del monitoreo continuo, los cambios

fisiológicos, la respuesta a los tratamientos y las condiciones del entorno para tomar decisiones oportunas que garanticen la seguridad y la continuidad del cuidado. Por ello, la experiencia acumulada se convierte en un recurso fundamental que favorece el desarrollo del juicio clínico, fortalece la confianza profesional y mejora la capacidad para responder a situaciones de gran complejidad (26).

Desde esta perspectiva, la experiencia clínica no puede entenderse únicamente como el transcurso de los años o la acumulación de tiempo de servicio. Por el contrario, representa un proceso continuo de aprendizaje, reflexión y transformación personal y profesional. Cada situación vivida durante el cuidado del paciente crítico se convierte en una oportunidad para aprender, replantear las propias prácticas y desarrollar una comprensión más profunda del sufrimiento humano. De esta manera, la experiencia contribuye al fortalecimiento de la identidad profesional y a la consolidación de competencias científicas, éticas y humanísticas que orientan el ejercicio del cuidado (20).

En la presente investigación, la teoría de Patricia Benner se constituye en un referente complementario de la fenomenología hermenéutica y de la Teoría del Cuidado Humano de Jean Watson. Mientras la fenomenología permite comprender el significado que los enfermeros atribuyen a sus experiencias y la teoría de Watson aporta una comprensión del cuidado como una relación profundamente humana y transpersonal, la propuesta de Benner ofrece elementos para interpretar cómo la experiencia profesional transforma progresivamente la manera en que los enfermeros perciben, comprenden y ejercen el cuidado del paciente crítico. La integración de estos referentes teóricos posibilita una comprensión más amplia y profunda del fenómeno estudiado y favorece una interpretación más rica de las experiencias narradas por los participantes.

2.2.7 Las experiencias del enfermero durante el cuidado del paciente crítico

Las experiencias del enfermero durante el cuidado del paciente crítico constituyen un fenómeno complejo, dinámico y multidimensional que integra conocimientos científicos, habilidades técnicas, relaciones interpersonales, valores éticos y respuestas emocionales construidas a partir de la práctica cotidiana. Desde la perspectiva fenomenológico-hermenéutica, estas experiencias representan la manera en que los profesionales interpretan y atribuyen significado a los acontecimientos vividos en su interacción permanente con pacientes en estado crítico, sus familias y el equipo interdisciplinario. Las experiencias vividas adquieren sentido cuando son reflexionadas e interpretadas desde el contexto en el que ocurren, y toda comprensión está condicionada por el mundo en el que el ser humano existe y se relaciona (22) (24). En consecuencia, comprender las experiencias del enfermero implica reconocer la influencia del contexto asistencial, la trayectoria profesional y las relaciones humanas que configuran el acto de cuidar.

Diversas investigaciones han puesto de manifiesto que el cuidado del paciente crítico expone al profesional de enfermería a experiencias de gran intensidad emocional. La atención permanente de personas en condiciones de extrema gravedad, la responsabilidad que implica la toma de decisiones y la constante exposición al sufrimiento humano generan, con frecuencia, agotamiento emocional, ansiedad, sufrimiento moral y fatiga por compasión. Asimismo, el síndrome de *burnout* continúa siendo uno de los principales problemas de salud ocupacional en enfermería, especialmente en las unidades de cuidados intensivos, donde la cercanía cotidiana con el dolor y la muerte incrementa el riesgo de desgaste profesional. Estos hallazgos evidencian que el cuidado crítico va más allá de las exigencias técnicas y

repercute de manera importante en el bienestar físico, emocional y psicológico de quienes lo ejercen (2) (3).

Sin embargo, las experiencias derivadas del cuidado crítico no se reducen únicamente al sufrimiento o al desgaste emocional. La evidencia científica también muestra que los enfermeros experimentan sentimientos de satisfacción, esperanza, orgullo y realización personal cuando observan la recuperación de un paciente o perciben que su intervención ha contribuido de manera significativa a preservar la vida. Estos momentos fortalecen el sentido de propósito, reafirman la vocación de servicio y favorecen el desarrollo del juicio clínico y de la identidad profesional. Desde esta perspectiva, las experiencias positivas se convierten en una fuente permanente de aprendizaje y crecimiento, permitiendo que los profesionales encuentren sentido y significado en su práctica cotidiana (14, 26).

Otra dimensión fundamental del cuidado crítico está relacionada con las relaciones que se construyen entre el enfermero, el paciente y la familia. El cuidado auténtico se sustenta en vínculos basados en la empatía, la confianza y el reconocimiento de la dignidad humana (21). En las unidades de cuidados intensivos, donde los pacientes suelen encontrarse en situaciones de gran vulnerabilidad, el profesional de enfermería se convierte en un puente entre la persona, su familia y el equipo de salud. Diversos estudios han demostrado que la comunicación efectiva, el acompañamiento emocional y la participación de la familia favorecen una experiencia más humanizada del cuidado, fortalecen la relación terapéutica e incrementan la satisfacción de quienes reciben la atención (21, 27).

Las experiencias del enfermero también están marcadas por los desafíos éticos que surgen en la atención del paciente crítico. La toma de decisiones relacionadas con tratamientos invasivos, la limitación del esfuerzo terapéutico, el final de la vida o la

priorización de recursos en contextos de alta demanda generan frecuentes dilemas morales que influyen en la vivencia profesional. El sufrimiento moral aparece cuando el profesional reconoce cuál sería la acción éticamente correcta, pero encuentra barreras institucionales o contextuales que le impiden llevarla a cabo (30). Este fenómeno ha sido ampliamente documentado en las unidades de cuidados intensivos y constituye uno de los factores asociados al agotamiento emocional y al desgaste profesional (2).

Las condiciones organizacionales representan otra dimensión que influye significativamente en la experiencia del cuidado crítico. La escasez de personal especializado, la elevada carga de trabajo, las limitaciones de recursos materiales y la presión asistencial modifican la manera en que los enfermeros viven y significan su práctica profesional. La evidencia internacional advierte que la distribución desigual de la fuerza laboral de enfermería continúa siendo uno de los principales desafíos de los sistemas de salud, afectando especialmente a los servicios de mayor complejidad (1). Del mismo modo, las brechas en la disponibilidad de recursos humanos repercuten directamente en la calidad del cuidado, la seguridad de los pacientes y el bienestar de los profesionales (6).

Frente a estas exigencias, los enfermeros desarrollan diversas estrategias que les permiten afrontar las demandas del cuidado crítico y mantener su equilibrio emocional. Entre ellas destacan el apoyo entre compañeros, el trabajo interdisciplinario, la reflexión sobre la práctica, la capacitación continua, la espiritualidad y la resiliencia. Asimismo, se ha observado que las instituciones que promueven un liderazgo participativo, espacios de apoyo emocional y oportunidades de desarrollo profesional favorecen una mayor permanencia del personal en las unidades de cuidados intensivos. Estas estrategias fortalecen la capacidad de

adaptación de los profesionales y contribuyen a preservar la calidad del cuidado incluso en contextos altamente demandantes (12).

Desde la perspectiva fenomenológico-hermenéutica, todas estas experiencias adquieren significado a partir de la manera en que cada enfermero las vive, las interpreta y las integra en su trayectoria profesional. La comprensión de la existencia humana se construye en relación con el mundo en el que la persona se desarrolla, interactúa y otorga sentido a sus vivencias, mientras que las narrativas constituyen una vía privilegiada para acceder al significado profundo de la experiencia vivida (22, 24).

En consecuencia, el cuidado del paciente crítico no puede comprenderse únicamente como un conjunto de procedimientos especializados o de intervenciones técnicas. Se trata de una experiencia profundamente humana y existencial, en la que convergen conocimientos científicos, emociones, valores, relaciones interpersonales y procesos permanentes de construcción de sentido. Desde esta perspectiva, las experiencias de los enfermeros constituyen una valiosa fuente de conocimiento para comprender la práctica profesional desde la mirada de quienes la ejercen cotidianamente. Por ello, la integración de la fenomenología hermenéutica de Heidegger y Van Manen, la Teoría del Cuidado Humano de Jean Watson y la teoría De novato a experto de Patricia Benner permitirá interpretar las narrativas de los participantes considerando la influencia de la experiencia, el contexto institucional, las relaciones humanas y el significado atribuido al cuidado, favoreciendo una comprensión más amplia y profunda del fenómeno estudiado.

CAPÍTULO III: METODOLOGÍA

3.1. Diseño de la investigación

La presente investigación se desarrolló desde el paradigma interpretativo, el cual concibe la realidad social como una construcción situada que adquiere significado a partir de las experiencias y las interpretaciones de las personas en un contexto determinado. Desde esta perspectiva, el conocimiento se construye mediante la interacción entre el investigador y los participantes, buscando comprender los significados que estos atribuyen a los fenómenos que experimentan. Este paradigma resulta pertinente para el estudio de experiencias humanas complejas, debido a que privilegia la comprensión contextualizada de los fenómenos desde la perspectiva de quienes los viven, en lugar de orientarse a la medición de variables o al establecimiento de relaciones causales (29, 30).

En concordancia con este paradigma, se adoptó un enfoque cualitativo, debido a que permitió explorar, comprender e interpretar las experiencias vividas por los enfermeros durante el cuidado del paciente crítico desde su contexto profesional y asistencial. La investigación cualitativa posibilita aproximarse al mundo de vida de los participantes mediante sus narrativas, discursos y experiencias, privilegiando la profundidad y riqueza de la información para comprender los significados atribuidos al fenómeno estudiado (30,31).

El diseño metodológico correspondió a la fenomenología hermenéutica, sustentada filosóficamente en el pensamiento de Martin Heidegger y orientada metodológicamente por la propuesta de Max van Manen (22,24). Desde esta perspectiva, la experiencia humana no se comprende como un hecho aislado ni como una realidad que pueda ser observada de manera objetiva, sino como una experiencia situada que adquiere significado en el mundo en el que la persona existe, se relaciona y desarrolla su vida cotidiana. En este sentido, el

propósito del estudio no se limitó a describir las experiencias de los enfermeros, sino a comprender e interpretar los significados que construyen a partir de sus vivencias durante el cuidado del paciente crítico.

La fenomenología hermenéutica se diferencia de la orientación descriptiva de la fenomenología trascendental de Husserl, en tanto reconoce que la comprensión de la experiencia se encuentra vinculada con la existencia, la historicidad y el contexto en el que esta ocurre (23,24). Desde el pensamiento de Heidegger, el ser humano es comprendido como ser-en-el-mundo (Dasein), cuya existencia se configura en relación con las personas, situaciones y circunstancias que conforman su cotidianidad (24). Este planteamiento resulta pertinente para la presente investigación, debido a que las experiencias de los enfermeros durante el cuidado del paciente crítico no pueden comprenderse de manera aislada de su contexto asistencial, las relaciones establecidas con los pacientes y sus familias, la interacción con el equipo de salud y las exigencias propias de las áreas críticas. En este sentido, comprender las experiencias de los enfermeros implicó aproximarse a su mundo vivido, reconociendo que el cuidado del paciente crítico se desarrolla en situaciones de elevada complejidad clínica, incertidumbre, sufrimiento, toma de decisiones y responsabilidad profesional. Las narrativas de los participantes permitieron acceder a las formas en que interpretan estas situaciones y a los significados que construyen a partir de ellas en su práctica cotidiana.

Desde el punto de vista metodológico, la propuesta de Van Manen considera la experiencia vivida como fuente fundamental para la comprensión de los fenómenos humanos y plantea un proceso reflexivo e interpretativo orientado a profundizar en los significados de dichas experiencias (22). En correspondencia con este planteamiento, las entrevistas realizadas a los enfermeros fueron consideradas expresiones de su mundo vivido y constituyeron la principal fuente para comprender e interpretar sus experiencias durante el cuidado del

paciente crítico. El proceso analítico contempló una aproximación progresiva a las narrativas mediante su lectura, reflexión e interpretación, buscando identificar aquellos significados relevantes para la comprensión del fenómeno.

La elección de este diseño respondió a la naturaleza de la pregunta de investigación: *¿Cómo son las experiencias vividas por los enfermeros durante el cuidado del paciente crítico en el Hospital II-1 EsSalud Tarapoto, Perú, durante el año 2026?* Esta interrogante requiere aproximarse al fenómeno desde la perspectiva de quienes lo experimentan, por lo que la fenomenología hermenéutica permitió comprender las vivencias de los participantes dentro del contexto en el que estas adquieren significado. De esta manera, el estudio trascendió la descripción de procedimientos o situaciones asistenciales para interpretar las dimensiones emocionales, relacionales, éticas, organizacionales y profesionales presentes en la experiencia de cuidar a personas en condición crítica (22,24,31).

Asimismo, el diseño fenomenológico-hermenéutico guarda coherencia con los referentes teóricos que sustentan la investigación. La fenomenología hermenéutica, desde Heidegger y Van Manen, proporcionó el fundamento filosófico y metodológico para comprender e interpretar la experiencia vivida (22,24). Por su parte, la Teoría del Cuidado Humano de Jean Watson aportó el referente disciplinar para interpretar el cuidado como una experiencia humana y transpersonal sustentada en la dignidad, la empatía, la presencia y las relaciones de cuidado (21). Asimismo, la teoría De novato a experto de Patricia Benner permitió comprender la influencia de la experiencia profesional en el desarrollo del juicio clínico, las competencias y las formas de afrontar las situaciones propias del cuidado crítico (20).

En consecuencia, la articulación de estos referentes permitió abordar el fenómeno desde diferentes niveles de comprensión: Heidegger y Van Manen sustentaron la perspectiva fenomenológico-hermenéutica; Watson aportó la mirada disciplinar del cuidado; y Benner

contribuyó a interpretar la dimensión de la experiencia y el desarrollo profesional de los enfermeros (20-24). Esta articulación favoreció una interpretación contextualizada de las narrativas y permitió comprender las experiencias vividas durante el cuidado del paciente crítico como un fenómeno complejo que integra dimensiones humanas, éticas, relacionales y profesionales.

Por tanto, el diseño fenomenológico-hermenéutico permitió aproximarse al mundo vivido de los enfermeros participantes e interpretar los significados construidos a partir de sus experiencias en el contexto del cuidado crítico, generando conocimiento contextualizado que puede contribuir al fortalecimiento de la disciplina de enfermería, la gestión del cuidado y la humanización de la atención en escenarios de alta complejidad.

3.2. Escenario de estudio y participantes

3.2.1 Escenario de estudio

El estudio se desarrolló en el Hospital II-1 EsSalud Tarapoto, establecimiento perteneciente a la Red Asistencial Tarapoto del Seguro Social de Salud (EsSalud), ubicado en la región San Martín, Perú. Este hospital constituye el principal centro de referencia para la atención especializada de pacientes asegurados de la región y de zonas cercanas de la Amazonía peruana. El escenario específico estuvo conformado por las áreas de Unidad de Vigilancia Intensiva I, Unidad de Vigilancia Intensiva II y Trauma Shock, servicios donde se brinda atención continua a personas en estado crítico que requieren vigilancia permanente, soporte vital y cuidados de enfermería altamente especializados (32).

El escenario específico estuvo conformado por las áreas de Unidad de Vigilancia Intensiva I (UVI I), Unidad de Vigilancia Intensiva II (UVI II) y Trauma Shock, servicios destinados a la atención de personas en estado crítico que requieren

vigilancia permanente, monitoreo continuo y cuidados altamente especializados. En estas unidades se atienden pacientes con enfermedades médicas y quirúrgicas complejas, traumatismos graves y otras condiciones que comprometen la vida, demandando intervenciones oportunas y un abordaje interdisciplinario permanente (32).

En este contexto, el profesional de enfermería desempeña un rol fundamental, participando en la valoración integral del paciente, el monitoreo de los parámetros clínicos, la administración de tratamientos especializados, la coordinación con el equipo multidisciplinario y el acompañamiento a los familiares durante todo el proceso de atención. La dinámica asistencial de estas unidades exige una toma de decisiones continua, capacidad de respuesta inmediata y un elevado compromiso humano y profesional frente a situaciones de alta complejidad.

La selección de este escenario respondió a criterios de pertinencia y relevancia metodológica, debido a que constituye el contexto natural donde se desarrolla el fenómeno objeto de estudio. En la investigación cualitativa, el escenario debe permitir al investigador aproximarse al contexto en el que las experiencias adquieren significado, favoreciendo una comprensión profunda del fenómeno investigado (31). Asimismo, los escenarios seleccionados deben ser ricos en información (*information-rich cases*), es decir, espacios en los que los participantes hayan vivido de manera amplia y significativa el fenómeno que se pretende comprender (33). En este sentido, las áreas críticas del Hospital II-1 EsSalud Tarapoto constituyeron un escenario idóneo para explorar e interpretar las experiencias de los enfermeros durante el cuidado del paciente crítico, debido a la complejidad de los casos atendidos y a la naturaleza de las interacciones que se generan en estos servicios.

El Hospital II-1 EsSalud Tarapoto reúne estas características al concentrar la atención de pacientes críticamente enfermos y constituirse en un referente para la atención especializada de la población asegurada de la región San Martín. Asimismo, la diversidad de patologías atendidas, la complejidad de los casos clínicos y las particularidades del contexto asistencial permitieron acceder a experiencias variadas relacionadas con el cuidado del paciente crítico, enriqueciendo la comprensión del fenómeno desde diferentes perspectivas profesionales (32).

3.2.2 Participantes

Los participantes estuvieron conformados por siete profesionales de enfermería que laboraban en las UCI, UVI y Trauma Shock del hospital donde se desarrolló la investigación. La selección de los participantes se realizó mediante muestreo intencional o por criterio, técnica ampliamente utilizada en investigación cualitativa para seleccionar personas que poseen experiencia directa con el fenómeno objeto de estudio (31) (33).

En los estudios fenomenológicos, la riqueza y profundidad de la información resultan más importantes que el tamaño de la muestra, debido a que el propósito consiste en comprender las experiencias vividas de los participantes y no en obtener representatividad estadística (34). En este sentido, se seleccionaron enfermeros que contaban con experiencia en la atención de pacientes críticos y que podían aportar narrativas significativas relacionadas con el fenómeno investigado.

El número final de participantes estuvo determinado por el criterio de saturación de la información, entendido como el momento en que las entrevistas dejaron de aportar nuevos significados, categorías o dimensiones relevantes para la comprensión del fenómeno. La saturación constituye uno de los principales criterios para determinar el tamaño muestral en la investigación cualitativa, ya que garantiza la suficiencia y

profundidad de la información obtenida para alcanzar una comprensión integral del fenómeno estudiado (34, 35).

La saturación teórica se alcanzó con la participación de siete enfermeros, momento en el que los discursos comenzaron a presentar recurrencias temáticas y no emergieron nuevos significados relevantes para la construcción de las categorías y subcategorías del estudio.

La selección de los participantes respondió al criterio de suficiencia de información propio de la investigación fenomenológico-hermenéutica. Durante el proceso de producción y análisis simultáneo de las entrevistas se observó que las narrativas comenzaban a presentar recurrencias en los significados relacionados con las experiencias del cuidado del paciente crítico, sin emerger dimensiones sustancialmente nuevas del fenómeno investigado. En consecuencia, se consideró alcanzada la suficiencia de información con siete participantes, al evidenciarse profundidad, riqueza y repetición interpretativa de las experiencias descritas, criterio reconocido en estudios fenomenológicos orientados a comprender la esencia de un fenómeno vivido.

Criterios de inclusión

Se consideraron los siguientes criterios de inclusión:

- Ser profesional licenciado(a) en Enfermería.
- Laborar en la Unidad de Cuidados Intensivos, Unidad de Vigilancia Intensiva o Trauma Shock del hospital seleccionado.
- Contar con un mínimo de un año de experiencia en el cuidado de pacientes críticos.
- Aceptar participar voluntariamente en la investigación mediante la firma del consentimiento informado.

- Disponer del tiempo necesario para participar en la entrevista en profundidad.

La experiencia mínima de un año se estableció considerando que este periodo permite al profesional desarrollar vivencias suficientes relacionadas con el fenómeno estudiado y construir significados sobre el cuidado del paciente crítico, en concordancia con los planteamientos de Benner respecto al desarrollo progresivo de la experiencia clínica (20).

Criterios de exclusión

Se excluyeron del estudio:

- Enfermeros que se encontraban realizando actividades administrativas sin atención directa a pacientes críticos.
- Profesionales con licencia médica, vacaciones o descanso durante el periodo de recolección de información.
- Enfermeros que decidieron retirarse voluntariamente del estudio antes de concluir la entrevista.
- Profesionales que participaron en la prueba piloto del instrumento, con el propósito de evitar sesgos derivados del conocimiento previo de las preguntas.

Con el fin de preservar la confidencialidad y el anonimato de los participantes, durante la presentación de los resultados se emplearon códigos alfanuméricos (E1, E2, E3… E7), evitando cualquier información que permitiera su identificación personal o laboral. Esta estrategia se fundamenta en las recomendaciones éticas internacionales para la investigación con seres humanos, particularmente en las directrices del Consejo de Organizaciones Internacionales de las Ciencias Médicas y en los principios de la Declaración de Helsinki, que enfatizan la protección de la privacidad y la confidencialidad de los participantes (36, 37).

La selección de participantes con diferentes años de experiencia profesional, edades y trayectorias laborales favoreció la obtención de narrativas diversas sobre el cuidado del paciente crítico, enriqueciendo el análisis fenomenológico e incrementando la profundidad interpretativa del estudio.

Cabe precisar que el criterio de suficiencia de la información se estableció mediante la saturación de significados. Esta se alcanzó con siete participantes, luego de realizar un análisis progresivo y simultáneo de las entrevistas. Después de cada entrevista se identificaron unidades de significado, se efectuó la codificación y se contrastaron los hallazgos con las entrevistas previamente analizadas. La suficiencia se determinó cuando los relatos posteriores mostraron recurrencia de los significados previamente identificados y no aportaron nuevas dimensiones sustanciales para la comprensión del fenómeno. Las entrevistas finales permitieron confirmar, profundizar y matizar las categorías y subcategorías previamente construidas, sin generar nuevas categorías relevantes. Por ello, se consideró que siete participantes proporcionaron información suficiente para alcanzar una comprensión profunda y contextualizada de las experiencias vividas por los enfermeros durante el cuidado del paciente crítico.

3.3. Estrategias de producción de datos

La producción de los datos se desarrolló mediante la entrevista individual semiestructurada en profundidad, técnica ampliamente utilizada en investigación cualitativa porque permite explorar las experiencias, percepciones, significados y formas de comprender un fenómeno desde la perspectiva de quienes lo viven (31) (33). De acuerdo con Van Manen, la entrevista fenomenológica constituye una conversación orientada a comprender la experiencia vivida, favoreciendo que el participante reconstruya sus vivencias mediante un relato libre, reflexivo y profundamente contextualizado (22).

La elección de esta técnica respondió a la naturaleza del fenómeno investigado, puesto que el propósito del estudio fue comprender las experiencias vividas por los enfermeros durante el cuidado del paciente crítico. En consecuencia, se privilegió una interacción abierta y flexible entre la investigadora y los participantes, permitiendo que estos expresaran libremente sus percepciones, emociones, significados y reflexiones acerca de su práctica profesional, sin restringir sus respuestas a categorías previamente establecidas (30).

Las entrevistas fueron realizadas en un ambiente privado previamente coordinado con cada participante, favoreciendo un espacio de confianza, escucha activa y apertura para la narración de experiencias personales. La investigadora utilizó preguntas abiertas y de profundización, permitiendo que las experiencias fueran relatadas libremente y respetando el ritmo narrativo de cada participante. Todas las entrevistas fueron grabadas en audio con autorización previa y posteriormente transcritas de manera textual para preservar la fidelidad de las narrativas (36, 37)

Como estrategia inicial para favorecer la narración de las experiencias, se formuló la siguiente pregunta detonadora:

¿Cómo han sido sus experiencias durante el cuidado de pacientes críticos en este hospital?

Posteriormente, la entrevista se desarrolló utilizando una guía de entrevista semiestructurada elaborada a partir de los objetivos de la investigación y de la matriz de categorización apriorística (Anexo 1). Las preguntas orientadoras permitieron profundizar progresivamente en aspectos relacionados con las experiencias del cuidado, las emociones, los significados atribuidos a la práctica profesional, la relación con los pacientes y sus familias, así como los desafíos enfrentados durante el cuidado de personas en condición crítica. La flexibilidad propia de este tipo de entrevista permitió incorporar preguntas

emergentes cuando fue necesario profundizar en aspectos relevantes expresados por los participantes (31) (33).

Con autorización previa de los participantes, todas las entrevistas fueron registradas mediante grabación de audio, lo que permitió conservar íntegramente los discursos y garantizar la fidelidad de la información obtenida. La duración de las entrevistas osciló entre 45 y 70 minutos, dependiendo de la amplitud de las narrativas y de la disponibilidad de cada participante. En aquellos casos en que fue necesario ampliar o aclarar algún aspecto, se realizaron preguntas complementarias durante la misma entrevista, respetando siempre el ritmo narrativo del participante.

Posteriormente, las grabaciones fueron transcritas de manera textual, respetando fielmente el contenido expresado por cada participante, incluyendo pausas significativas, expresiones espontáneas y elementos del lenguaje propios de la conversación. La transcripción se realizó siguiendo el procedimiento EMIC–ETIC, ampliamente utilizado en investigación cualitativa. La perspectiva EMIC permitió preservar el significado atribuido por los participantes a sus experiencias desde su propio contexto sociocultural, mientras que la perspectiva ETIC facilitó posteriormente el proceso interpretativo desarrollado por la investigadora durante el análisis fenomenológico (22).

Como parte del proceso de investigación, la investigadora llevó un diario de campo reflexivo en el que registró aspectos relacionados con el contexto en que se desarrollaron las entrevistas, las expresiones no verbales de los participantes, las emociones percibidas, las primeras impresiones analíticas y las reflexiones que fueron surgiendo durante el trabajo de campo. Este recurso permitió acompañar el proceso de interpretación desde una postura reflexiva, favoreciendo una comprensión más profunda de las experiencias narradas y aportando mayor transparencia y rigor al análisis de la información (38, 39).

Asimismo, durante el proceso de producción de la información se elaboraron memos analíticos, los cuales permitieron registrar ideas emergentes, posibles relaciones entre categorías y reflexiones preliminares sobre los significados expresados por los participantes. Estas anotaciones constituyeron un insumo importante para el proceso posterior de interpretación fenomenológica y fortalecieron la trazabilidad y el rigor del análisis (40).

Finalmente, la producción de los datos concluyó cuando se alcanzó la saturación fenomenológica, entendida como el momento en que las entrevistas dejaron de aportar nuevos significados relevantes para comprender el fenómeno investigado. La saturación constituye uno de los principales criterios de suficiencia de la información en los estudios cualitativos, garantizando la profundidad y riqueza interpretativa de los hallazgos (34) (35).

3.4. Estrategias de análisis de datos

El análisis de los datos se desarrolló de manera simultánea y progresiva al proceso de producción de la información, siguiendo los fundamentos de la fenomenología hermenéutica de Martin Heidegger y la propuesta metodológica de Max van Manen. Desde esta perspectiva, analizar las experiencias vividas no implicó únicamente organizar, clasificar o resumir la información obtenida, sino aproximarse reflexivamente a las narrativas de los participantes para comprender e interpretar los significados que atribuyen a sus experiencias durante el cuidado del paciente crítico, considerando el contexto en el que estas fueron vividas (22,24).

El proceso analítico se desarrolló de manera iterativa y reflexiva, estableciendo un diálogo permanente entre las partes y el conjunto de cada narrativa, entre las diferentes entrevistas y entre los hallazgos y los referentes teóricos que sustentaron la investigación. Esta dinámica permitió profundizar progresivamente en la comprensión del fenómeno,

reconociendo que el significado de una experiencia se configura en relación con el contexto, las circunstancias y las relaciones en las que esta ocurre. En este proceso, la investigadora mantuvo una actitud reflexiva respecto de sus propias interpretaciones y de los significados que emergían de los discursos, evitando establecer conclusiones anticipadas y procurando que la interpretación permaneciera vinculada a las experiencias expresadas por los participantes (22,24,38).

Una vez culminada cada entrevista, las grabaciones de audio fueron transcritas de manera textual, preservando las expresiones utilizadas por los participantes. Las transcripciones fueron revisadas conjuntamente con las grabaciones originales para verificar su fidelidad y evitar omisiones o modificaciones que pudieran alterar el sentido de las narrativas.

Posteriormente, se realizó múltiples lecturas de cada entrevista con el propósito de familiarizarse con el contenido y comprender de manera global la experiencia narrada. Durante esta etapa se registraron en el diario de campo las impresiones iniciales, aspectos contextuales, expresiones no verbales observadas durante las entrevistas y reflexiones surgidas durante el contacto con los participantes. Asimismo, se elaboraron memos analíticos para registrar ideas, preguntas, relaciones y posibles interpretaciones que posteriormente fueron revisadas durante el proceso de análisis. Estos recursos favorecieron la reflexividad y permitieron mantener la trazabilidad del proceso interpretativo (38,39).

De acuerdo con la propuesta metodológica de Van Manen, el análisis contempló tres formas de aproximación a las narrativas: lectura holística, lectura selectiva y lectura detallada (22).

> **Lectura holística.** En una primera aproximación, cada entrevista fue leída en su totalidad con el propósito de comprender el sentido global de la experiencia narrada. En esta etapa se buscó responder a la pregunta: *¿qué experiencia está siendo narrada y qué significado general adquiere para el participante?* Esta

lectura permitió aproximarse al relato como un todo antes de fragmentarlo en unidades de significado.

Lectura selectiva. Posteriormente, las entrevistas fueron revisadas nuevamente para identificar frases, expresiones o fragmentos que resultaran particularmente significativos para comprender el fenómeno estudiado. Se prestó especial atención a aquellos relatos relacionados con las emociones, relaciones interpersonales, dificultades, decisiones, formas de afrontamiento, organización del trabajo y experiencias de aprendizaje profesional. Los fragmentos seleccionados fueron considerados unidades significativas para profundizar posteriormente en su interpretación (22).

Lectura detallada. Finalmente, cada entrevista fue examinada de manera minuciosa, línea por línea, con el propósito de identificar unidades de significado relacionadas directamente con la experiencia del cuidado del paciente crítico. Cada fragmento fue analizado considerando tanto su contenido particular como su relación con el sentido global de la narrativa. Esta aproximación permitió profundizar en las expresiones de los participantes y evitar que los significados fueran interpretados de manera aislada del contexto en el que fueron narrados (22).

A partir de las lecturas realizadas se identificaron *unidades de significado*, entendidas como fragmentos de las narrativas que contenían información relevante para comprender las experiencias vividas por los enfermeros. Estas unidades fueron revisadas de manera comparativa dentro de cada entrevista y posteriormente entre las diferentes entrevistas, identificando semejanzas, diferencias, recurrencias y particularidades en los significados expresados.

Posteriormente se realizó la *codificación,* asignando códigos descriptivos e interpretativos a las unidades de significado seleccionadas. La codificación permitió organizar los fragmentos relacionados con un mismo significado y facilitó el tránsito desde las expresiones particulares de los participantes hacia una comprensión más amplia del fenómeno. Este proceso se desarrolló de manera flexible y reflexiva, permitiendo modificar, fusionar o reorganizar códigos conforme avanzaba la interpretación de las narrativas (40).

En esta etapa se mantuvo una relación constante entre las partes y el todo, siguiendo el principio del círculo hermenéutico, mediante el cual la comprensión de cada fragmento contribuyó a la comprensión de la totalidad de la experiencia y, a su vez, la comprensión global del fenómeno permitió reinterpretar los fragmentos particulares. De esta manera, el análisis no siguió una secuencia lineal, sino un proceso de aproximaciones sucesivas orientadas a profundizar en el significado de las experiencias narradas (22,24).

Los códigos fueron posteriormente comparados y agrupados de acuerdo con sus relaciones conceptuales y con los significados compartidos que expresaban. Este proceso permitió organizar las unidades de significado en *subcategorías y categorías*, considerando los objetivos específicos de la investigación como referentes orientadores, pero manteniendo apertura a los significados que emergieron de las narrativas de los participantes.

De esta manera, las categorías no fueron asumidas únicamente como clasificaciones previamente establecidas, sino como construcciones interpretativas derivadas del diálogo entre los discursos de los participantes, el proceso reflexivo de la investigadora y los fundamentos teóricos del estudio. La organización categorial permitió integrar experiencias particulares en unidades de significado más amplias, conservando la riqueza y diversidad de las narrativas.

Las cinco categorías que estructuraron la comprensión del fenómeno fueron: *experiencias emocionales de los enfermeros; dinámica relacional en el contexto hospitalario; desafíos y barreras durante el cuidado del paciente crítico; organización del trabajo; y formación y desarrollo profesional.* Cada categoría fue desarrollada mediante subcategorías y códigos que permitieron profundizar en las diferentes dimensiones de la experiencia vivida.

Una vez organizadas las categorías y subcategorías, se desarrolló un proceso de *interpretación fenomenológico-hermenéutica*, orientado a comprender los significados que subyacen a las experiencias narradas. La interpretación se realizó mediante un movimiento permanente entre las narrativas particulares, las categorías construidas y la comprensión global del fenómeno, retomando los discursos originales cada vez que fue necesario para verificar que las interpretaciones mantuvieran correspondencia con las experiencias expresadas por los participantes (22,24).

En esta fase se buscó trascender la descripción de los acontecimientos para comprender cómo los enfermeros viven, interpretan y otorgan significado a su experiencia de cuidar al paciente crítico. Para ello, se consideraron las dimensiones emocionales, relacionales, éticas, organizacionales y profesionales presentes en las narrativas, reconociendo que estas dimensiones se encuentran interrelacionadas dentro del mundo vivido de los participantes.

La interpretación también estableció un diálogo con los referentes teóricos de la investigación. Los planteamientos de Heidegger y Van Manen permitieron comprender la experiencia desde una perspectiva fenomenológico-hermenéutica; la Teoría del Cuidado Humano de Watson permitió interpretar los significados relacionados con la dimensión humana y relacional del cuidado; y la teoría De novato a experto de Benner contribuyó a comprender la relación entre experiencia profesional, aprendizaje y desarrollo de competencias en enfermería (20-24).

El análisis fue apoyado mediante el software *ATLAS.ti versión 9*, utilizado como herramienta para organizar, almacenar, recuperar y relacionar las unidades de significado, códigos, categorías y subcategorías identificadas durante el proceso analítico.

El software facilitó la gestión sistemática del corpus de entrevistas y permitió visualizar las relaciones entre los códigos y las categorías mediante redes semánticas. Sin embargo, *ATLAS.ti no constituyó el método de análisis*, sino una herramienta tecnológica de apoyo para la organización y trazabilidad de la información. La selección de unidades de significado, construcción de códigos, categorización e interpretación de los significados fueron realizadas por las investigadoras mediante un proceso reflexivo y fenomenológico-hermenéutico.

Finalmente, se realizó una integración de los hallazgos provenientes de las diferentes entrevistas, contrastando las experiencias narradas por los participantes e identificando convergencias y particularidades. Asimismo, se integraron las anotaciones del diario de campo y los memos analíticos generados durante el proceso de investigación, favoreciendo una interpretación reflexiva y contextualizada de los resultados (38,39).

La interpretación final se construyó mediante el diálogo entre las narrativas de los participantes, las categorías y subcategorías, las reflexiones de la investigadora, el diario de campo, los memos analíticos y los referentes teóricos. Este proceso permitió avanzar desde las experiencias particulares hacia una comprensión integrada del fenómeno estudiado, manteniendo como eje central los significados atribuidos por los enfermeros a sus experiencias durante el cuidado del paciente crítico.

3.5. Criterios de rigor

La calidad científica de la presente investigación se garantizó mediante la aplicación de criterios de rigor propios de la investigación cualitativa: **credibilidad, transferibilidad, dependencia y confirmabilidad** (29). Estos criterios permitieron valorar la consistencia

del proceso investigativo, la correspondencia entre las narrativas de los participantes y las interpretaciones construidas, así como la transparencia y trazabilidad de las decisiones metodológicas adoptadas durante la producción, análisis e interpretación de la información. Asimismo, se consideraron elementos relacionados con la calidad de la investigación cualitativa, particularmente la coherencia metodológica, la reflexividad y la transparencia del proceso interpretativo (39).

- **Credibilidad:** se refiere al grado en que los hallazgos representan de manera fiel y plausible las experiencias y significados expresados por los participantes (29).

  En la presente investigación, este criterio se favoreció mediante el establecimiento de un ambiente de confianza, respeto, empatía y escucha activa durante las entrevistas, propiciando que los enfermeros pudieran expresar libremente sus experiencias relacionadas con el cuidado del paciente crítico.

  Las entrevistas fueron grabadas en audio con autorización de los participantes, transcritas de manera textual y revisadas durante el proceso analítico, procurando conservar la riqueza y el sentido de las narrativas. Asimismo, se emplearon preguntas abiertas y preguntas de profundización que permitieron ampliar determinados aspectos de las experiencias relatadas y favorecer una comprensión más profunda del fenómeno (31).

  La credibilidad también se fortaleció mediante la triangulación de fuentes de información, considerando las narrativas de los diferentes participantes, así como el diario de campo y los memos analíticos elaborados durante el proceso de investigación. Esta información fue contrastada con los referentes teóricos que sustentaron el estudio, permitiendo identificar convergencias, diferencias y particularidades en los significados expresados (33).

De esta manera, la interpretación no se sustentó en una única narrativa ni en impresiones aisladas de la investigadora, sino en la revisión comparativa y reflexiva del conjunto de la información producida.

- **Transferibilidad:** hace referencia a la posibilidad de que los hallazgos puedan ser considerados pertinentes o útiles para comprender fenómenos semejantes en otros contextos que compartan características similares, sin pretender una generalización estadística (29).

  Para favorecer este criterio, se realizó una descripción contextualizada del escenario de estudio, considerando las características del Hospital II-1 EsSalud Tarapoto, los servicios donde se desarrolló la investigación y las características profesionales de los participantes. Asimismo, se describieron las condiciones en las que se produjo la información y las particularidades del fenómeno estudiado.

- La descripción detallada del contexto, de los participantes y del proceso metodológico permite que otros investigadores o profesionales valoren la posible pertinencia de los hallazgos en escenarios de atención crítica con características semejantes. En este sentido, la transferibilidad depende de la valoración del lector o investigador respecto de la similitud entre el contexto estudiado y aquel en el que pretende considerar los resultados (41).

- **Dependencia:** se relaciona con la consistencia y estabilidad del proceso investigativo, considerando que en la investigación cualitativa las decisiones metodológicas deben encontrarse suficientemente documentadas y ser coherentes con el enfoque y diseño adoptados (29).

  Para fortalecer este criterio, se documentaron las diferentes etapas de la investigación, incluyendo la selección de los participantes, la producción de las

entrevistas, la transcripción de las narrativas, el proceso de lectura y análisis, la construcción de códigos y categorías y la interpretación de los resultados.

Asimismo, se conservaron las grabaciones de audio, las transcripciones, el diario de campo, los memos analíticos y los archivos generados durante el procesamiento de la información en ATLAS.ti versión 9. Este conjunto de registros constituyó un **audit trail o ruta de auditoría**, permitiendo mantener la trazabilidad de las principales decisiones adoptadas durante el proceso investigativo y favoreciendo la transparencia metodológica (42).

La documentación sistemática permitió mantener la correspondencia entre las etapas del estudio y los fundamentos del diseño fenomenológico-hermenéutico, evitando modificaciones arbitrarias en el proceso de análisis.

- **Confirmabilidad:** busca garantizar que las interpretaciones y conclusiones se encuentren sustentadas en la información proporcionada por los participantes y en un proceso analítico explícito, reduciendo la influencia de las expectativas o preferencias personales de la investigadora (29). Para favorecer este criterio se desarrolló un proceso permanente de **reflexividad**, mediante el uso del diario de campo y de memos analíticos. En estos registros se documentaron decisiones metodológicas, reflexiones surgidas durante las entrevistas, aspectos contextuales y posibles supuestos de la investigadora que pudieran influir en la interpretación de las narrativas (38).

  Asimismo, durante el análisis se retornó de manera permanente a las transcripciones originales para contrastar las interpretaciones con los discursos de los participantes. Los códigos, subcategorías y categorías fueron construidos y revisados a partir de las unidades de significado identificadas en las narrativas,

manteniendo una relación explícita entre los datos, la interpretación y los objetivos de investigación.

La confirmabilidad se fortaleció también mediante el contraste de las interpretaciones con los referentes teóricos y la literatura científica, procurando diferenciar los significados expresados por los participantes de las interpretaciones desarrolladas por la investigadora (38,39).

- **Reflexividad de la investigadora:** Debido a la naturaleza interpretativa y fenomenológico-hermenéutica del estudio, la **reflexividad** constituyó un componente transversal del proceso investigativo. La investigadora reconoció que su presencia, experiencia profesional, conocimientos previos y posición frente al fenómeno podían influir en la manera de aproximarse a las narrativas y construir interpretaciones.

  Por ello, durante el trabajo de campo y el análisis se procuró mantener una actitud reflexiva, registrando en el diario de campo aquellas percepciones, emociones, supuestos o decisiones que pudieran influir en la comprensión del fenómeno. Los memos analíticos permitieron revisar posteriormente estas reflexiones y diferenciarlas de los significados expresados directamente por los participantes.

  La reflexividad no implicó eliminar la perspectiva de la investigadora —lo cual no resulta compatible con la naturaleza interpretativa del estudio—, sino hacer explícita su participación en el proceso de construcción del conocimiento y mantener una actitud crítica frente a las propias interpretaciones (38).

- **Triangulación:** Como estrategia transversal de fortalecimiento del rigor, se utilizó la **triangulación de la información**, contrastando las narrativas de los diferentes participantes con los registros del diario de campo y los memos analíticos. Asimismo, los hallazgos fueron puestos en diálogo con los referentes teóricos de Heidegger, Van Manen, Watson y Benner y con la literatura científica pertinente.

  Esta triangulación permitió reconocer coincidencias, diferencias y matices entre las experiencias narradas, evitando reducir el fenómeno a una única perspectiva. La

interpretación final se construyó a partir del diálogo entre las diferentes fuentes de información y los referentes utilizados para comprender el fenómeno.

En conjunto, la aplicación articulada de los criterios de credibilidad, transferibilidad, dependencia, confirmabilidad, reflexividad y triangulación permitió fortalecer la calidad y transparencia del proceso investigativo, manteniendo la coherencia entre el paradigma interpretativo, el diseño fenomenológico-hermenéutico, la producción de información, el análisis de las narrativas y la interpretación de los hallazgos.

3.6. Aspectos éticos

La presente investigación se desarrolló respetando los principios éticos que orientan la investigación con seres humanos, garantizando durante todas sus etapas el respeto por la dignidad, autonomía, privacidad, confidencialidad y bienestar de los participantes. Asimismo, se consideraron las disposiciones éticas internacionales aplicables a la investigación en salud y los principios éticos y deontológicos relacionados con el ejercicio profesional de enfermería en el Perú (36,37).

Los principios de autonomía, beneficencia, no maleficencia y justicia orientaron la selección de los participantes, la producción de la información, el tratamiento de las narrativas, el análisis de los datos y la presentación de los resultados.

- **Principio de autonomía:** fue respetado mediante la participación libre, voluntaria e informada de los enfermeros. Antes de cada entrevista, se proporcionó información clara y suficiente sobre el propósito de la investigación, los objetivos, el procedimiento de la entrevista, la utilización de las grabaciones, el manejo de la información y los posibles beneficios y riesgos derivados de la participación.

  Los participantes tuvieron la oportunidad de realizar preguntas y solicitar aclaraciones antes de decidir su participación. Quienes aceptaron participar

suscribieron el consentimiento informado, dejando constancia de su decisión libre y voluntaria. Asimismo, se les informó que podían abstenerse de responder cualquier pregunta, solicitar la interrupción de la entrevista o retirarse del estudio en cualquier momento, sin que ello generara consecuencias laborales, académicas o personales (36, 37)

- **Principio de beneficencia**: se orientó hacia la generación de conocimiento sobre las experiencias de los enfermeros durante el cuidado del paciente crítico, con potencial utilidad para fortalecer la gestión del cuidado, el bienestar profesional y la humanización de la atención.

  Durante las entrevistas se promovió un ambiente de respeto, empatía, escucha activa y ausencia de juicios de valor, favoreciendo que los participantes pudieran expresar sus experiencias y reflexiones con libertad. La investigadora respetó el ritmo narrativo de cada participante y permitió que desarrollara aquellos aspectos de su experiencia que considerara relevantes para el fenómeno estudiado (43).

- **Principio de no maleficencia:** estuvo orientado a prevenir posibles daños físicos, psicológicos, emocionales o laborales derivados de la participación. Si bien la investigación abordó experiencias profesionales y no intervino sobre la condición clínica de los participantes, se reconoció que la evocación de determinadas experiencias de cuidado crítico podía generar incomodidad, tristeza, tensión emocional o recuerdos desagradables.

  Por ello, las entrevistas fueron coordinadas previamente con cada participante y desarrolladas en espacios que favorecieran la privacidad y confidencialidad. Durante la entrevista se respetó el ritmo de cada narrativa y se evitó ejercer presión para obtener información. Los participantes fueron informados de su

derecho a omitir cualquier pregunta o suspender la entrevista si experimentaban incomodidad o malestar.

El estudio fue considerado de **riesgo mínimo**, debido a que no implicó procedimientos físicos, intervenciones clínicas ni modificación de las condiciones laborales de los participantes (36).

- **Principio de justicia:** se garantizó mediante la aplicación de criterios de inclusión y exclusión previamente establecidos, procurando que todos los profesionales que cumplieran las condiciones definidas tuvieran igualdad de oportunidades para participar.

  La selección se realizó considerando la relación de los participantes con el fenómeno estudiado y su experiencia directa en el cuidado de pacientes críticos, sin establecer diferencias basadas en características ajenas a los criterios metodológicos de la investigación. Todos los participantes recibieron el mismo trato durante las etapas de producción de información y sus narrativas fueron consideradas con igual respeto y confidencialidad (37).

- **Confidencialidad, anonimato y protección de la información:** La privacidad y confidencialidad de los participantes fueron protegidas durante la producción, análisis y presentación de los resultados. Para ello, se utilizaron códigos alfanuméricos E1, E2, E3, E4, E5, E6 y E7, en lugar de nombres u otros identificadores directos. Asimismo, se evitó incorporar en las narrativas o en la presentación de resultados información que pudiera permitir la identificación personal o laboral de los participantes.

  Las grabaciones de audio, transcripciones, diarios de campo, memos analíticos y demás documentos derivados de la investigación fueron almacenados en archivos digitales protegidos mediante contraseña, con acceso restringido a la

investigadora. Los archivos serán conservados durante el periodo establecido por las disposiciones institucionales correspondientes y posteriormente serán eliminados de manera segura, evitando su acceso o utilización por personas no autorizadas (36,37).

Asimismo, al presentar las narrativas de los participantes se mantuvo el uso de los códigos asignados, procurando que las características profesionales, servicios de procedencia o situaciones relatadas no permitieran identificar indirectamente a los participantes.

Esto resulta especialmente relevante debido a que las narrativas podían contener experiencias relacionadas con situaciones laborales, dificultades organizacionales, relaciones interprofesionales o vivencias emocionales vinculadas al cuidado crítico.

- **Consentimiento para la grabación y utilización de las narrativas:** antes de iniciar cada entrevista se solicitó autorización para realizar la grabación de audio, explicando que esta sería utilizada exclusivamente para fines de transcripción, análisis e interpretación de la información.

  Las grabaciones no fueron utilizadas con fines distintos a los establecidos en el consentimiento informado. Las transcripciones fueron empleadas como fuente para el análisis fenomenológico-hermenéutico y las citas textuales incorporadas en los resultados fueron presentadas utilizando únicamente el código correspondiente al participante, preservando su identidad.

- **Autorización institucional y aprobación ética:** El desarrollo del estudio contó con la autorización de la institución donde se realizó la investigación y con el cumplimiento de los procedimientos establecidos por la Universidad Norbert

Wiener para la realización de investigaciones con participación de seres humanos.

Asimismo, se respetaron las disposiciones institucionales relacionadas con la protección de la información y el acceso al escenario de estudio. La investigación mantuvo el compromiso de utilizar la información exclusivamente para los fines científicos y académicos declarados.

Finalmente, se mantuvo el compromiso de integridad científica mediante el reconocimiento adecuado de las fuentes consultadas y la revisión del manuscrito mediante el software institucional correspondiente para la identificación de similitudes, evitando el uso indebido de información de terceros.

CAPÍTULO IV: PRESENTACIÓN Y DISCUSIÓN DE LOS RESULTADOS

4.1. Resultados y triangulación

Tabla 1. Características sociodemográficas y profesionales de los participantes del estudio

Código	Edad	Sexo	Estado civil	Años de experiencia	Especialidad	Servicio
E1	47	Femenino	Casada	15	UCI	UVI I
E2	37	Masculino	Casado	10	Emergencia	Trauma Shock
E3	40	Femenino	Conviviente	5	UCI	UVI II
E4	51	Masculino	Casado	20	UCI	UVI I
E5	29	Femenino	Soltera	6	Emergencia	Trauma Shock
E6	55	Masculino	Conviviente	15	UCI	UVI II
E7	53	Femenino	Casada	15	UCI	UVI I

Interpretacion

Los participantes estuvieron conformados por siete profesionales de enfermería, cuatro de sexo femenino y tres de sexo masculino, con edades entre 29 y 55 años. La experiencia profesional osciló entre 5 y 20 años, predominando los especialistas en cuidados intensivos que laboran en las áreas de UVI I, UVI II y Trauma Shock del Hospital II-1 EsSalud Tarapoto.

4.2. Discusión de resultados

Las entrevistas fueron transcritas de manera textual y sometidas a un proceso de análisis fenomenológico-hermenéutico mediante lectura holística, selectiva y detallada, identificación de unidades de significado, codificación, categorización e interpretación, con apoyo del software ATLAS.ti versión 9. Las cinco categorías fueron establecidas como categorías orientadoras derivadas de los objetivos específicos de la investigación y, durante el proceso analítico, fueron enriquecidas, precisadas y desarrolladas a partir de los significados expresados por los participantes. De esta manera, las categorías permitieron organizar el fenómeno estudiado sin limitar la interpretación de las experiencias narradas. Cada categoría fue desarrollada mediante subcategorías construidas a partir del análisis de las unidades de significado, preservando la relación entre las narrativas particulares y la comprensión global del fenómeno.

Tabla 2. Categorías y subcategorías del estudio

Objetivo específico	Categoría	Subcategorías
OE1	Experiencias emocionales de los enfermeros	Emociones positivas; emociones negativas; estrategias de afrontamiento emocional
OE2	Dinámica relacional en el contexto hospitalario	Interacción enfermero-paciente; interacción enfermero-familia; relaciones interprofesionales
OE3	Desafíos y barreras durante el cuidado del paciente crítico	Carga de trabajo y estrés; recursos y condiciones laborales; dilemas éticos
OE4	Organización del trabajo durante el cuidado del paciente crítico	Estrategias de planificación y coordinación; uso de protocolos y guías; comunicación y trabajo en equipo
OE5	Formación y desarrollo profesional	Impacto de la formación inicial; formación continua; actualización profesional

Luego de codificar los datos obtenidos en las entrevistas, se realizó la categorización, con el fin de organizar la información hallada para su consiguiente análisis.

Objetivo específico 1

Identificar las emociones experimentadas por los enfermeros durante el cuidado del paciente crítico en el Hospital II-1 EsSalud Tarapoto, Perú, durante el año 2026

Tabla 3. Matriz de síntesis de la categoría

CATEGORÍA	DOMINIO DE ANÁLISIS	SUBCATEGORÍAS	CÓDIGOS
Experiencias emocionales de los enfermeros	Emociones vividas durante el cuidado del paciente crítico	Emociones positivas	Satisfacción profesional; sentido de propósito; compromiso; esperanza; motivación; identidad profesional.
		Emociones negativas	Frustración, impotencia, tristeza, ansiedad, preocupación, sufrimiento moral, incertidumbre.
		Estrategias de afrontamiento emocional	Autocontrol, apoyo entre colegas, resiliencia, reflexión, espiritualidad, experiencia profesional, aprendizaje.

CATEGORÍA 1: Experiencias emocionales de los enfermeros

Las narrativas de los participantes pusieron de manifiesto que las emociones forman parte inherente de la experiencia de cuidar al paciente crítico. Los enfermeros relataron que su práctica cotidiana está atravesada por una amplia gama de sentimientos que oscilan entre la satisfacción y la esperanza, pero también la tristeza, la frustración y la impotencia. Estas emociones surgen de la responsabilidad que implica el cuidado de personas en condición crítica,

de la incertidumbre frente a su evolución y de los vínculos que se construyen con los pacientes y sus familias. Del mismo modo, los participantes señalaron que, con el paso del tiempo y la experiencia acumulada, han desarrollado diversas formas de afrontar el impacto emocional propio de estas unidades, fortaleciendo gradualmente su capacidad de adaptación, resiliencia y compromiso con el cuidado.

El análisis fenomenológico-hermenéutico permitió precisar esta categoría en tres subcategorías: *emociones positivas, emociones negativas y estrategias de afrontamiento emocional.*

4.1.1 Subcategoría: Emociones positivas

Las entrevistas evidenciaron que el cuidado del paciente crítico genera en los enfermeros diversas emociones positivas asociadas principalmente con la satisfacción profesional, el compromiso, la esperanza y el sentido de propósito que encuentran en su labor cotidiana. Aunque reconocen la complejidad del trabajo en las unidades críticas, los participantes señalaron que la posibilidad de contribuir a la recuperación del paciente constituye una de las principales fuentes de motivación para continuar desempeñándose en este ámbito asistencial.

El participante **E1** manifestó:

"*Me genera satisfacción porque puedo brindar seguridad, confianza y profesionalismo en la atención de mis pacientes; siento que realmente puedo ayudarlos durante los momentos más difíciles de su enfermedad.*"

Por su parte, **E4** expresó:

"*Lo que más experimento es satisfacción profesional; siento que cuidar pacientes críticos le da sentido al propósito de mi vida como enfermero.*"

De manera similar, **E7** señaló:

"*Cuando un paciente mejora y puede regresar con su familia siento una enorme satisfacción; eso me recuerda por qué elegí esta profesión.*"

Las narrativas muestran que estas emociones positivas no dependen exclusivamente de la recuperación clínica del paciente, sino también de la percepción de haber brindado un cuidado oportuno, ético y humanizado. Para los participantes, la posibilidad de acompañar al paciente durante momentos de alta vulnerabilidad fortalece su identidad profesional y reafirma el significado del cuidado como esencia de la enfermería.

Desde la perspectiva fenomenológico-hermenéutica, las emociones positivas expresadas por los participantes revelan el profundo significado que el cuidado adquiere en su experiencia profesional. Sentimientos como la satisfacción, el compromiso y la esperanza emergen como vivencias que dan sentido a su quehacer cotidiano y fortalecen la manera en que los enfermeros comprenden su ser profesional dentro del contexto hospitalario. Estas experiencias muestran que el cuidado del paciente crítico va más allá de la ejecución de procedimientos o del cumplimiento de responsabilidades asistenciales, ya que se configura como una experiencia profundamente humana en la que el profesional encuentra propósito, crecimiento y realización personal a través del encuentro y la relación con el otro.

Las experiencias vividas adquieren significado cuando las personas reflexionan sobre ellas y las integran a su mundo cotidiano. Asimismo, el ser humano construye el sentido de su existencia a través del cuidado (*Sorge*), entendido como una forma de estar comprometido con el mundo y con los demás (22) (24). En el presente estudio, la satisfacción expresada por los participantes refleja precisamente esa manera de comprender el cuidado como parte constitutiva de su identidad profesional.

Los resultados encontrados coinciden con la Teoría del Cuidado Humano, la cual plantea que el cuidado constituye una relación transpersonal caracterizada por la

presencia auténtica, la empatía y el compromiso moral con la persona cuidada (21). Desde esta perspectiva, la satisfacción profesional expresada por los participantes surge como consecuencia del vínculo humano que se establece durante el proceso de cuidado, favoreciendo tanto el bienestar del paciente como el crecimiento personal y profesional del enfermero.

Asimismo, se ha evidenciado que los profesionales que desarrollan relaciones de cuidado humanizado experimentan mayores niveles de satisfacción laboral, compromiso organizacional y sentido de pertenencia hacia la profesión (41). De igual manera, la experiencia clínica fortalece progresivamente la confianza y el juicio profesional, permitiendo que el enfermero encuentre mayor seguridad y realización en la atención de pacientes con alta complejidad (20) (25).

Estos hallazgos también son consistentes con investigaciones recientes desarrolladas en unidades de cuidados intensivos, en las que se describe que la recuperación del paciente, el reconocimiento profesional y la posibilidad de brindar un cuidado humanizado constituyen importantes fuentes de satisfacción para los enfermeros que laboran en áreas críticas (2).

Desde una lectura fenomenológico-hermenéutica, la satisfacción expresada por los participantes no representa únicamente una respuesta positiva ante la recuperación clínica del paciente, sino una vivencia mediante la cual el enfermero reconoce significado en su propia existencia profesional. El sentirse capaz de brindar seguridad, acompañamiento y cuidado durante situaciones de extrema vulnerabilidad permite que el profesional se reconozca a sí mismo como alguien que puede contribuir significativamente a la vida del otro. En este sentido, la experiencia del cuidado se configura como un modo de estar-con-el-otro en el

mundo cotidiano del paciente crítico, donde la presencia del enfermero adquiere significado más allá de la ejecución técnica.

Asimismo, las narrativas muestran que el sentido de propósito no depende exclusivamente de obtener resultados clínicos favorables. Los participantes encuentran significado en la posibilidad de cuidar de manera oportuna, segura y humanizada, incluso cuando la recuperación del paciente no está garantizada. Esta interpretación permite comprender que la experiencia positiva del cuidado se encuentra vinculada con la identidad profesional y con la percepción de haber respondido éticamente frente a la vulnerabilidad de la persona cuidada.

En consecuencia, la emoción positiva adquiere un carácter transformador: fortalece la identidad profesional, reafirma el compromiso con el cuidado y permite que el enfermero encuentre sentido en una práctica desarrollada en un escenario caracterizado por la incertidumbre y la posibilidad permanente de pérdida.

4.1.2 Subcategoría: Emociones negativas

Las narrativas de los participantes revelaron que el cuidado del paciente crítico también está acompañado de emociones que generan una importante carga psicológica y emocional. Entre las experiencias descritas con mayor frecuencia emergieron sentimientos de frustración, impotencia, tristeza, ansiedad, preocupación y temor frente al deterioro clínico del paciente, la posibilidad de un desenlace fatal y la responsabilidad que implica la toma de decisiones en escenarios de alta complejidad.

Los enfermeros coincidieron en señalar que una de las experiencias más difíciles ocurre cuando, pese al esfuerzo realizado por todo el equipo de salud, la evolución clínica del paciente no es favorable. En estos momentos experimentan sentimientos

de impotencia al percibir que los recursos científicos y humanos disponibles no siempre son suficientes para modificar el curso de la enfermedad.

El participante **E3** manifestó:

"*Sentimos impotencia cuando vemos que, a pesar de todos los cuidados brindados, el paciente no responde al tratamiento y finalmente fallece; es una situación que nos afecta emocionalmente.*"

De manera similar, **E2** expresó que cada paciente crítico representa un desafío permanente debido a la incertidumbre de su evolución clínica.

"*Siempre existe preocupación porque un paciente puede complicarse en cualquier momento; debemos estar preparados para actuar rápidamente.*"

Por su parte, **E6** señaló:

"*Hay días en los que uno llega a casa pensando en los pacientes que no lograron recuperarse; esas situaciones son difíciles de olvidar.*"

Los participantes señalaron que el fallecimiento de pacientes jóvenes, la permanencia prolongada junto a personas en estado crítico y el sufrimiento de los familiares constituyen experiencias que incrementan el impacto emocional de su trabajo cotidiano. Aunque reconocen que la muerte forma parte de la realidad de las unidades de cuidados intensivos, manifestaron que cada pérdida continúa siendo una experiencia significativa que deja una huella emocional en su práctica profesional.

Desde la perspectiva fenomenológico-hermenéutica, las emociones negativas expresadas por los participantes reflejan el profundo compromiso que establecen con las personas a quienes cuidan. Sentimientos como la frustración, la tristeza y la impotencia trascienden una simple reacción afectiva frente a situaciones adversas y

se convierten en experiencias que confrontan al enfermero con los límites de la vida, la enfermedad y la muerte.

El encuentro permanente con la finitud humana transforma la manera en que los profesionales comprenden su realidad y otorgan significado a su práctica. En el contexto del cuidado crítico, esta experiencia se hace especialmente evidente, ya que los enfermeros conviven diariamente con situaciones en las que la vida se encuentra constantemente amenazada. En este sentido, las emociones adquieren significado a partir de la experiencia vivida y de la reflexión que cada profesional realiza sobre ella (24,22). Por ello, la tristeza y la impotencia expresadas por los participantes pueden entenderse como manifestaciones del vínculo que construyen con los pacientes y del profundo significado que atribuyen al acto de cuidar.

Estos hallazgos guardan relación con la Teoría del Cuidado Humano, la cual reconoce que el cuidado auténtico implica una apertura emocional hacia el sufrimiento de la persona cuidada. La presencia genuina y el compromiso con el otro favorecen la humanización del cuidado, pero también exponen al profesional a experimentar dolor, incertidumbre y vulnerabilidad frente al sufrimiento humano (21).

De igual manera, la experiencia profesional no elimina el impacto emocional del cuidado crítico. Por el contrario, permite reconocer con mayor claridad la complejidad de las situaciones clínicas y asumir con un sentido más profundo la responsabilidad de las decisiones que pueden influir en la vida de los pacientes (20).

La evidencia científica también muestra que los enfermeros que laboran en unidades de cuidados intensivos presentan elevados niveles de desgaste emocional debido a la exposición continua al sufrimiento, la muerte y la presión asistencial. La frustración, la fatiga emocional y el sufrimiento moral se describen como

experiencias frecuentes en estos escenarios y constituyen factores asociados al agotamiento profesional y, en muchos casos, al deseo de abandonar las unidades críticas (2) (12).

En consecuencia, las emociones negativas no deben interpretarse únicamente como respuestas al estrés laboral o a las exigencias del entorno. Desde una mirada fenomenológico-hermenéutica, representan expresiones del profundo compromiso humano que el enfermero establece con el paciente y su familia. La tristeza, la impotencia y la incertidumbre forman parte de su mundo vivido y revelan las dimensiones ética, relacional y existencial del cuidado de enfermería.

Los resultados de este estudio permiten comprender que estas emociones no constituyen una debilidad profesional, sino una manifestación de la sensibilidad y del compromiso que caracterizan el cuidado de personas en situación crítica. Las experiencias narradas muestran que la frustración, la preocupación y la tristeza emergen como respuestas humanas frente al sufrimiento y la posibilidad de pérdida, contribuyendo incluso a fortalecer la sensibilidad profesional y a profundizar la comprensión del significado del cuidado.

Desde la fenomenología hermenéutica, estas experiencias emocionales representan el encuentro permanente del enfermero con la vulnerabilidad humana y ponen de manifiesto que el cuidado del paciente crítico es, ante todo, una experiencia profundamente ética, relacional y humana.

4.1.3 Subcategoría: Estrategias de afrontamiento emocional

Las entrevistas permitieron comprender que, aunque los enfermeros experimentan emociones intensas durante el cuidado del paciente crítico, desarrollan diversas estrategias personales y profesionales para afrontar el impacto emocional derivado

de su práctica cotidiana. Los participantes coincidieron en señalar que estas estrategias les permiten mantener el equilibrio emocional, preservar la calidad del cuidado y continuar desempeñando sus funciones frente a situaciones de elevada complejidad clínica.

Entre las principales estrategias identificadas destacan el autocontrol emocional, el apoyo entre compañeros de trabajo, la experiencia profesional, la reflexión sobre la práctica, la espiritualidad y la satisfacción derivada de la recuperación de los pacientes. Estas experiencias muestran que el afrontamiento no depende de un único recurso, sino de un conjunto de estrategias construidos a partir de la experiencia personal y profesional.

El participante **E5** manifestó:

"*Uno aprende a controlar las emociones para poder seguir atendiendo; si nos dejamos llevar por la tristeza no podríamos ayudar al siguiente paciente.*"

Por su parte, **E1** señaló que el apoyo del equipo constituye un recurso fundamental para afrontar los momentos más difíciles.

"*Conversar con los compañeros después de una situación complicada ayuda mucho; entre nosotros nos entendemos porque vivimos las mismas experiencias.*"

Asimismo, **E7** expresó:

"*Cuando un paciente logra recuperarse siento que todo el esfuerzo valió la pena; eso me motiva a continuar trabajando con el mismo compromiso.*"

Los participantes también reconocieron que la experiencia acumulada les ha permitido desarrollar mayor fortaleza emocional para afrontar situaciones complejas, aprendiendo a mantener la calma, priorizar decisiones y brindar apoyo tanto al paciente como a sus familiares sin perder la sensibilidad humana que caracteriza el cuidado de enfermería.

Desde la perspectiva fenomenológico-hermenéutica, las estrategias de afrontamiento expresadas por los participantes pueden comprenderse como formas mediante las cuales los enfermeros significan, procesan e integran las experiencias emocionalmente exigentes que forman parte de su mundo vivido. El autocontrol referido por E5 no representa simplemente la capacidad de inhibir una emoción, sino una forma de situarse ante la responsabilidad del cuidado, reconociendo que la continuidad de la atención exige mantener la disposición para cuidar aun cuando la experiencia personal esté atravesada por tristeza o preocupación. De este modo, el enfermero aprende a convivir con sus emociones sin permitir que estas interfieran en su responsabilidad hacia el otro.

El apoyo entre compañeros adquiere igualmente un significado relacional. La expresión de E1, al señalar que conversar con quienes han vivido situaciones semejantes “ayuda mucho”, evidencia que el afrontamiento no constituye exclusivamente un proceso individual. La experiencia compartida permite reconocer al otro como alguien que comprende la situación desde una vivencia profesional similar, generando un espacio de acompañamiento y reconocimiento mutuo. Así, el equipo se convierte no solamente en una estructura funcional para organizar el trabajo, sino también en un espacio humano de contención frente a las experiencias difíciles del cuidado crítico.

Por otro lado, la experiencia profesional aparece como un elemento que transforma progresivamente la manera de afrontar las situaciones complejas. Los participantes señalan que con los años han aprendido a mantener la calma, priorizar decisiones y continuar brindando apoyo al paciente y su familia sin perder la sensibilidad humana. Esta experiencia puede comprenderse, desde Benner, como un proceso mediante el cual el conocimiento práctico se desarrolla progresivamente y permite

responder con mayor seguridad y capacidad de juicio ante situaciones clínicas complejas (20).

En concordancia con la Teoría del Cuidado Humano de Watson, el afrontamiento también implica reconocer que el profesional que cuida se encuentra involucrado humanamente en la relación de cuidado. La reflexión sobre la práctica, el autocuidado y el crecimiento personal favorecen la posibilidad de mantener una presencia auténtica ante el sufrimiento del otro (21). En este sentido, afrontar emocionalmente no significa distanciarse del paciente ni dejar de sentir, sino encontrar formas de sostener la relación de cuidado preservando simultáneamente el bienestar del profesional.

Asimismo, la motivación que experimentan los participantes cuando observan la recuperación del paciente constituye una fuente de significado que contribuye a afrontar las experiencias difíciles. El relato de E7 evidencia que percibir que “todo el esfuerzo valió la pena” permite resignificar el esfuerzo realizado y renovar el compromiso con el cuidado. La experiencia positiva derivada de la recuperación no elimina las dificultades vividas, pero puede otorgarles un sentido dentro de la trayectoria profesional.

Desde Van Manen, la reflexión sobre la experiencia vivida permite volver sobre aquello que se ha experimentado y preguntarse por su significado (22). En las narrativas analizadas, esta reflexión aparece vinculada con el aprendizaje obtenido de situaciones complejas, la experiencia acumulada y la capacidad de transformar acontecimientos difíciles en oportunidades para fortalecer la práctica profesional. Por su parte, la perspectiva de Heidegger permite comprender que estas experiencias no ocurren fuera del mundo del enfermero, sino dentro de su existencia

cotidiana y de las relaciones que establece con quienes cuida y con quienes comparte su práctica profesional (24).

Los hallazgos también guardan relación con investigaciones que señalan la importancia de la resiliencia, el apoyo entre colegas y el trabajo colaborativo como recursos frente al desgaste emocional en los profesionales que laboran en unidades de cuidados intensivos (2,12). Sin embargo, desde una comprensión fenomenológico-hermenéutica, estos recursos no deben interpretarse únicamente como estrategias destinadas a disminuir el estrés, sino como formas de responder y otorgar significado a experiencias que interpelan al enfermero en su dimensión personal, profesional y humana.

En consecuencia, las estrategias de afrontamiento identificadas en los participantes configuran un proceso dinámico construido a través de la experiencia. El autocontrol, el apoyo de los compañeros, la reflexión, la espiritualidad, la experiencia profesional y el aprendizaje permiten al enfermero transitar por situaciones de sufrimiento, incertidumbre y pérdida sin abandonar el compromiso con el cuidado. Más que eliminar las emociones difíciles, estas estrategias favorecen su integración en la trayectoria profesional y contribuyen a consolidar una identidad capaz de sostener un cuidado humanizado en escenarios de alta complejidad.

En síntesis, el afrontamiento emocional constituye una experiencia de aprendizaje y transformación. Los enfermeros no dejan de experimentar tristeza, preocupación o impotencia; aprenden progresivamente a convivir con estas emociones, interpretarlas y encontrar recursos personales y colectivos para continuar cuidando. Así, la experiencia emocional se transforma en conocimiento práctico y crecimiento

profesional, evidenciando que cuidar al paciente crítico también implica aprender a cuidarse para poder seguir cuidando al otro.

Objetivo específico 2

Analizar la dinámica relacional entre los enfermeros, el paciente crítico y su familia durante el proceso de cuidado en el Hospital II-1 EsSalud Tarapoto, Perú, durante el año 2026.

Tabla 4. Matriz de síntesis de la categoría

Categoría	Dominio de análisis	Subcategorías	Códigos
Dinámica relacional en el contexto hospitalario	Relaciones construidas durante el cuidado del paciente crítico	Interacción enfermero-paciente	Empatía, presencia terapéutica, dignidad, confianza, comunicación no verbal, acompañamiento.
		Interacción enfermero-familia	Escucha activa, apoyo emocional, comunicación empática, confianza, acompañamiento familiar, información clara.
		Relaciones interprofesionales	Trabajo en equipo, coordinación, liderazgo compartido, respeto mutuo, comunicación efectiva, colaboración interdisciplinaria.

CATEGORÍA 2. Dinámica relacional en el contexto hospitalario

Las narrativas de los participantes permitieron comprender que el cuidado del paciente crítico se construye en un entramado de relaciones que involucra al paciente, su familia y los demás profesionales de salud. Estas relaciones no se limitan al cumplimiento de funciones asistenciales, sino que constituyen experiencias mediante las cuales los enfermeros reconocen necesidades, expresan empatía, establecen vínculos de confianza y construyen significados sobre el cuidado dentro de su práctica cotidiana.

En correspondencia con el proceso de análisis fenomenológico-hermenéutico, esta categoría fue precisada en tres subcategorías: *interacción enfermero-paciente, interacción enfermero-familia y relaciones interprofesionales.* Estas subcategorías permitieron comprender las diferentes formas en que el enfermero vive y significa sus relaciones con los otros dentro del contexto del cuidado crítico.

4.2.1 Subcategoría: Interacción enfermero-paciente

Las narrativas de los participantes evidenciaron que el encuentro con el paciente crítico constituye una experiencia profundamente humana y significativa. Aunque la condición clínica de muchos pacientes limita la comunicación verbal, los enfermeros expresaron que buscan establecer una relación sustentada en la presencia, la empatía y el respeto por la dignidad de la persona. En este sentido, el cuidado trasciende las palabras y se manifiesta en pequeños gestos de acompañamiento, en la permanencia junto al paciente y en el reconocimiento de sus necesidades, aun cuando estas no puedan ser expresadas verbalmente.

Los enfermeros señalaron que la comunicación con el paciente trasciende el lenguaje verbal e incorpora gestos, expresiones faciales, contacto visual, lenguaje corporal y el tacto terapéutico como formas de transmitir tranquilidad y seguridad durante la atención.

El participante **E2** manifestó:

"*Aunque el paciente esté sedado o conectado al ventilador, siempre le hablo, le explico lo que voy a hacer y procuro transmitirle tranquilidad porque considero que sigue percibiendo nuestra presencia.*"

Del mismo modo, **E4** expresó:

"*Cada paciente merece ser tratado con respeto, independientemente de su estado de conciencia; el cuidado siempre debe conservar la dignidad de la persona.*"

Por su parte, **E7** señaló:

"*Muchas veces una mirada, tomar la mano del paciente o simplemente permanecer a su lado transmite más seguridad que muchas palabras.*"

Las narrativas de los participantes muestran que la relación terapéutica constituye una expresión permanente del cuidado y que la presencia del enfermero adquiere un significado que va más allá de la realización de procedimientos técnicos.

Desde una perspectiva fenomenológico-hermenéutica, el encuentro entre el enfermero y el paciente constituye una experiencia de **estar-con-el-otro** dentro de un mundo compartido de vulnerabilidad. Los relatos muestran que la imposibilidad de establecer una comunicación verbal convencional no significa ausencia de relación; por el contrario, el enfermero encuentra otras formas de acercarse al paciente mediante la mirada, el tacto, la palabra, la permanencia y la observación de expresiones corporales.

En este sentido, cuando E2 expresa que continúa hablando al paciente aun cuando se encuentra sedado o conectado a un ventilador, se evidencia que el cuidado no depende exclusivamente de la respuesta verbal del receptor. La acción de hablarle, explicarle lo que se realizará y transmitirle tranquilidad representa para el enfermero una forma de reconocerlo como persona aun en una condición de extrema dependencia.

Del mismo modo, el discurso de E4 permite interpretar que la dignidad constituye un principio que permanece presente independientemente del estado de conciencia del paciente. Para el enfermero, la condición crítica no disminuye el valor de la persona ni justifica reducirla a su diagnóstico, procedimiento o condición clínica. Así, la dignidad se convierte en un elemento que orienta la manera en que el profesional vive y desarrolla el cuidado.

La experiencia relatada por E7, relacionada con tomar la mano del paciente o permanecer a su lado, muestra que la presencia adquiere un significado propio. En situaciones donde las palabras pueden resultar insuficientes, el cuerpo, el contacto y la permanencia se convierten en formas de comunicación y acompañamiento. El cuidado se expresa entonces no solamente en lo que el enfermero hace, sino también en cómo está presente ante el otro.

Esta comprensión se articula con la Teoría del Cuidado Humano de Watson, desde la cual la relación enfermero-paciente constituye un espacio de encuentro humano en el que la presencia auténtica, la empatía, el respeto y la dignidad adquieren relevancia para el cuidado (21). En consecuencia, la experiencia narrada por los participantes permite comprender que humanizar el cuidado crítico no implica abandonar la dimensión técnica, sino integrar la competencia clínica con una presencia capaz de reconocer al paciente como sujeto de cuidado.

Asimismo, desde Van Manen, la experiencia adquiere significado cuando el profesional reflexiona sobre aquello que vive en su práctica cotidiana (22). Las narrativas muestran precisamente esta dimensión reflexiva: los enfermeros no solo describen acciones realizadas, sino que atribuyen significado a la presencia, al contacto, a la comunicación y al respeto por la persona en condición crítica.

En síntesis, la interacción enfermero-paciente se configura como una experiencia relacional en la que el cuidado adquiere significado a través de la presencia, la empatía, la comunicación y el reconocimiento de la dignidad. Los participantes muestran que incluso ante la sedación, la ventilación mecánica o la imposibilidad de una respuesta verbal, el paciente continúa siendo reconocido como persona. Desde esta perspectiva, la relación terapéutica constituye uno de los espacios donde el enfermero experimenta de manera concreta el sentido humano y ético de su práctica.

4.2.2 Subcategoría: Interacción enfermero-familia

El análisis de las entrevistas permitió comprender que la familia constituye un actor fundamental durante el cuidado del paciente crítico. Los participantes señalaron que la relación establecida con los familiares trasciende la transmisión de información clínica, convirtiéndose en un proceso permanente de acompañamiento, apoyo emocional y construcción de confianza. Los enfermeros reconocieron que el ingreso de un familiar a una unidad de cuidados críticos genera incertidumbre, temor y sufrimiento, circunstancias que demandan una comunicación empática y una actitud humanizada por parte del profesional de enfermería.

Los participantes manifestaron que brindar información clara, responder oportunamente a las inquietudes de los familiares y mantener una actitud de escucha activa favorecen un clima de confianza que facilita el proceso de cuidado. Asimismo, señalaron que la familia representa un apoyo importante para el paciente, por lo que consideran necesario involucrarla, en la medida de lo posible, en el proceso asistencial.

El participante **E1** expresó:

"*La familia necesita sentirse escuchada; muchas veces lo que más requieren es que alguien les explique con calma lo que está sucediendo y les transmita confianza.*"

De manera similar, **E5** manifestó:

"*Nosotros tratamos de brindar información clara y acompañarlos emocionalmente, porque entendemos que también están sufriendo junto con el paciente.*"

Por su parte, **E6** señaló:

"*Hay familiares que necesitan más apoyo que información; uno aprende a identificar cuándo requieren una palabra de aliento o simplemente sentirse acompañados.*"

Las narrativas evidenciaron que la comunicación con la familia representa una responsabilidad permanente para el enfermero, quien busca equilibrar la información clínica con el acompañamiento emocional, respetando la dignidad, las necesidades y las expectativas de cada grupo familiar.

Desde una perspectiva fenomenológico-hermenéutica, la familia forma parte del mundo relacional en el que se desarrolla la experiencia del cuidado. El enfermero no se encuentra únicamente frente a un paciente crítico, sino también ante familiares que experimentan incertidumbre, temor y sufrimiento frente a la posibilidad de pérdida. Por ello, la relación con la familia se convierte en una dimensión inseparable de la experiencia de cuidar.

El discurso de E1 evidencia que escuchar constituye una forma de cuidado. La familia no demanda únicamente información sobre el estado clínico, sino también la posibilidad de sentirse reconocida y acompañada en una situación de

incertidumbre. De manera similar, E5 muestra que la comunicación clara y el acompañamiento emocional permiten al enfermero establecer un vínculo de confianza con quienes viven la enfermedad desde otra posición.

Particularmente significativo resulta el relato de E6, quien distingue entre la necesidad de recibir información y la necesidad de recibir apoyo. Esta diferenciación evidencia que la comunicación humanizada requiere sensibilidad para reconocer que no todos los familiares afrontan la situación de la misma manera. El enfermero interpreta las necesidades emocionales del familiar y adapta su forma de acompañamiento a las circunstancias particulares.

El significado del cuidado emerge en la relación que se establece con el otro, donde la presencia y la escucha permiten comprender la experiencia vivida desde la perspectiva de quien la experimenta. En este estudio, el acompañamiento familiar constituye una expresión del cuidado que trasciende la dimensión informativa para convertirse en un acto de presencia auténtica y sensibilidad humana (22).

Desde la perspectiva de Watson, el cuidado humano implica establecer relaciones caracterizadas por la confianza, la presencia y la sensibilidad frente a las necesidades del otro (21). En este sentido, acompañar a la familia constituye también una expresión del cuidado, porque permite reconocer su sufrimiento y favorecer un proceso de afrontamiento más humano.

Desde Heidegger, estas experiencias pueden comprenderse en relación con el carácter relacional de la existencia humana, donde el ser se encuentra siempre situado en un mundo compartido con otros (24). La familia forma parte de ese

mundo de significados que rodea al paciente y, por tanto, también forma parte del mundo en el que el enfermero desarrolla su práctica cotidiana.

Asimismo, la participación de la familia en las unidades de cuidados intensivos mejora la satisfacción con la atención, fortalece la confianza en el equipo de salud y contribuye a disminuir la ansiedad experimentada durante la hospitalización del paciente crítico (25). De manera similar, la comunicación compasiva favorece el establecimiento de relaciones terapéuticas más sólidas y mejora la experiencia tanto de los familiares como de los profesionales de enfermería (27).

Por otra parte, la experiencia profesional permite al enfermero desarrollar habilidades para adaptar la comunicación según las necesidades particulares de cada familia, favoreciendo una atención más individualizada y humanizada (20). Los discursos analizados reflejan precisamente que los participantes han construido estas competencias a través de su experiencia cotidiana en las unidades críticas, aprendiendo a brindar información, apoyo emocional y acompañamiento de acuerdo con las necesidades y expectativas de cada familia.

En consecuencia, la interacción enfermero-familia se configura como una dimensión esencial del cuidado crítico, en la que la comunicación, la empatía y la presencia adquieren un significado trascendental. Desde la perspectiva fenomenológico-hermenéutica, el encuentro con las familias permite al enfermero comprender el sufrimiento humano desde una dimensión más amplia, fortaleciendo el sentido ético y relacional del cuidado y favoreciendo la construcción de experiencias de cuidado más humanizadas.

4.2.3 Subcategoría: Relaciones interprofesionales

Las narrativas de los participantes evidenciaron que el cuidado del paciente crítico es una labor que no puede desarrollarse de manera aislada, sino que requiere de una interacción permanente entre los diferentes profesionales que integran el equipo de salud. Los enfermeros señalaron que la coordinación con médicos intensivistas, técnicos de enfermería, fisioterapeutas, nutricionistas y otros profesionales resulta fundamental para garantizar la continuidad, la seguridad y la calidad de la atención brindada. Asimismo, destacaron que una comunicación clara y oportuna facilita la toma de decisiones, fortalece el trabajo conjunto y permite responder de manera más eficiente a los cambios clínicos y a las necesidades que surgen durante la atención del paciente crítico.

Los participantes destacaron que el trabajo interdisciplinario requiere respeto mutuo, confianza, liderazgo compartido y claridad en la distribución de responsabilidades. Estas condiciones fortalecen el desempeño del equipo y contribuyen a disminuir errores durante la atención.

El participante **E3** manifestó:

"*En la unidad crítica nadie trabaja solo; cada profesional aporta desde su experiencia y eso permite brindar un cuidado más completo al paciente.*"

Por su parte, **E4** expresó:

"*La comunicación con los médicos es constante porque cualquier cambio en el paciente debe ser informado inmediatamente; trabajar coordinadamente es fundamental para actuar oportunamente.*"

Asimismo, **E6** señaló:

"*Cuando existe buena comunicación entre todos los integrantes del equipo se trabaja con mayor tranquilidad y el paciente recibe una atención más segura.*"

Las narrativas de los participantes permiten comprender que las relaciones interprofesionales constituyen una dimensión inseparable de la experiencia de cuidar al paciente crítico. La complejidad de estos escenarios exige que el enfermero se encuentre permanentemente en interacción con otros profesionales, compartiendo información, coordinando intervenciones y participando en decisiones orientadas a responder a las necesidades del paciente.

Desde una perspectiva fenomenológico-hermenéutica, estas relaciones no pueden reducirse a una distribución funcional de tareas. El encuentro cotidiano con otros profesionales forma parte del mundo vivido del enfermero y condiciona la manera en que experimenta, interpreta y desarrolla su práctica. La comunicación, la confianza y la colaboración adquieren significado porque permiten construir una respuesta compartida frente a situaciones caracterizadas por la incertidumbre y la necesidad de actuar oportunamente.

En este contexto, trabajar en equipo significa para el enfermero reconocer que el cuidado del paciente crítico supera las posibilidades de una actuación individual. La experiencia profesional se desarrolla dentro de una red de relaciones en la que los conocimientos, habilidades y responsabilidades se complementan. La coordinación con otros profesionales permite integrar diferentes perspectivas y construir decisiones orientadas a la seguridad y bienestar del paciente.

Desde Heidegger, esta experiencia puede comprenderse a partir de la condición relacional del ser humano, expresada en el **Mitsein o ser-con-otros** (24). El enfermero desarrolla su existencia profesional en un mundo compartido con otros, por lo que su experiencia del cuidado también se configura mediante las relaciones que establece con quienes participan en la atención. Así, la colaboración interprofesional no constituye únicamente una condición organizativa, sino una forma concreta de vivir y construir el cuidado.

En correspondencia con Van Manen, las experiencias profesionales adquieren significado en el contexto concreto en el que son vividas y mediante la reflexión sobre aquello que acontece en la práctica cotidiana (22). Desde esta perspectiva, las relaciones interprofesionales relatadas por los participantes muestran que aprender a coordinar, comunicar y confiar en los demás también forma parte del aprendizaje de ser enfermero en escenarios críticos.

Estos hallazgos se articulan con la Teoría del Cuidado Humano de Watson, en cuanto el cuidado se desarrolla mediante relaciones caracterizadas por la confianza, el respeto y la colaboración (21). La humanización del cuidado, por tanto, no depende exclusivamente de la relación enfermero-paciente, sino también de la manera en que los profesionales se relacionan entre sí y construyen un ambiente que favorezca el cuidado.

Asimismo, la perspectiva de Benner permite comprender que la experiencia profesional favorece progresivamente la capacidad del enfermero para reconocer situaciones complejas, anticipar necesidades y participar de manera más segura en la toma de decisiones compartidas (20). El conocimiento práctico desarrollado a

través de la experiencia permite comprender la importancia de la coordinación y del intercambio de saberes dentro del equipo.

La evidencia científica considerada en el estudio también respalda la relevancia de la comunicación efectiva, el trabajo colaborativo y el liderazgo compartido para fortalecer la seguridad del paciente y favorecer el bienestar de los profesionales de enfermería (2,43,44).

En consecuencia, las relaciones interprofesionales representan una experiencia de **construcción colectiva del cuidado**. Para los enfermeros participantes, comunicarse, coordinar, colaborar y confiar en los demás profesionales permite afrontar la complejidad del cuidado crítico y compartir la responsabilidad frente a la vida y bienestar del paciente. El trabajo en equipo adquiere así un significado que trasciende la organización de tareas y se convierte en un espacio de aprendizaje, apoyo mutuo, reconocimiento profesional y humanización del cuidado.

.

Objetivo específico 3

Examinar los desafíos y barreras que enfrentan los enfermeros durante el cuidado del paciente crítico en el Hospital II-1 Tarapoto, Perú, durante el año 2026.

Tabla 5. Matriz de síntesis de la categoría

Categoría	Dominio de análisis	Subcategorías	Códigos
Desafíos y barreras durante el cuidado del paciente crítico	Experiencias derivadas de las exigencias asistenciales, organizacionales y éticas del cuidado crítico	Carga de trabajo y estrés	Sobrecarga asistencial, presión laboral, agotamiento, estrés físico y emocional, responsabilidad profesional, vigilancia continua.
		Recursos y condiciones laborales	Limitación de recursos, déficit de personal, reorganización del trabajo, adaptación, priorización de cuidados, creatividad, trabajo en equipo.
		Dilemas éticos	Dignidad humana, toma de decisiones, sufrimiento moral, incertidumbre, responsabilidad ética, final de la vida, compromiso moral.

CATEGORÍA 3. Desafíos y barreras durante el cuidado del paciente crítico

El análisis de las entrevistas permitió comprender que el cuidado del paciente crítico se desarrolla en un escenario caracterizado por múltiples desafíos, derivados tanto de la complejidad de las condiciones clínicas de los pacientes como de las exigencias organizacionales y las responsabilidades éticas propias del ejercicio profesional. Los participantes relataron que su práctica cotidiana implica responder de manera oportuna a situaciones que cambian constantemente, tomar decisiones en contextos de incertidumbre y afrontar las limitaciones de recursos que forman parte de la realidad de los servicios críticos.

Las experiencias narradas muestran que estos desafíos no solo afectan la organización y el desarrollo del trabajo diario, sino que también influyen en el bienestar emocional de los enfermeros y en la manera en que comprenden y otorgan significado al cuidado que brindan. Desde su experiencia, el cuidado del paciente crítico se vive como una práctica exigente, en la que convergen responsabilidades asistenciales, compromiso humano y la necesidad de responder éticamente ante situaciones de gran complejidad.

El análisis fenomenológico-hermenéutico permitió precisar esta categoría en tres subcategorías: *carga de trabajo y estrés, recursos y condiciones laborales y dilemas éticos*.

4.3.1 Subcategoría: Carga de trabajo y estrés

Las entrevistas evidenciaron que la elevada carga asistencial constituye uno de los principales desafíos experimentados por los enfermeros durante el cuidado del paciente crítico. Los participantes manifestaron que la complejidad clínica de los pacientes, la necesidad de vigilancia continua y la realización simultánea de múltiples procedimientos generan jornadas de trabajo intensas, donde el tiempo disponible resulta insuficiente para responder a todas las demandas asistenciales.

Los enfermeros señalaron que el ritmo acelerado del trabajo requiere mantener un alto nivel de concentración durante toda la jornada, ya que cualquier cambio en el estado clínico del paciente puede representar una emergencia que demande intervenciones inmediatas. Esta situación incrementa la presión laboral y favorece la aparición de estrés físico y emocional.

El participante **E2** manifestó:

"*Hay momentos en que todos los pacientes requieren atención al mismo tiempo y debemos actuar rápidamente sin descuidar ninguno; eso genera mucha presión durante el turno.*"

Por su parte, **E5** expresó:

"*El trabajo en cuidados críticos exige estar alerta permanentemente; uno termina el turno física y mentalmente agotado.*"

Asimismo, **E7** señaló:

"*La responsabilidad es muy grande porque cualquier descuido puede poner en riesgo la vida del paciente; eso hace que siempre trabajemos bajo presión.*"

Las narrativas muestran que el estrés experimentado por los participantes no se relaciona únicamente con la cantidad de actividades realizadas, sino también con la responsabilidad permanente de preservar la vida de personas en condición crítica.

Desde la fenomenología hermenéutica, la carga laboral adquiere un significado que trasciende el exceso de tareas o las exigencias propias de la organización del trabajo. Para los enfermeros, cada jornada representa la responsabilidad de cuidar a personas cuya vida se encuentra en una situación de gran vulnerabilidad, donde muchas veces una decisión o una intervención oportuna puede marcar una diferencia importante en su evolución. En este sentido, el estrés descrito por los participantes no se reduce únicamente a una respuesta frente a la sobrecarga asistencial, sino que expresa una vivencia profundamente humana, marcada por la responsabilidad, la incertidumbre y el compromiso permanente con el sufrimiento del otro.

El cuidado implica estar presente y asumir la responsabilidad de acompañar a la persona cuando su existencia se encuentra amenazada. En el presente estudio, los enfermeros experimentan el cuidado del paciente crítico como una responsabilidad constante que demanda vigilancia continua, capacidad de respuesta y un elevado compromiso profesional. Asimismo, las experiencias adquieren significado dentro del contexto en el que se desarrollan; por ello, el estrés relatado por los participantes refleja la intensidad con la que viven su compromiso con el cuidado y la responsabilidad que sienten frente al bienestar de los pacientes (22) (24).

Estos hallazgos guardan relación con la Teoría del Cuidado Humano, la cual reconoce que el cuidado auténtico exige una importante inversión emocional y profesional, especialmente en escenarios donde la vida del paciente se encuentra comprometida. La presencia permanente, la sensibilidad y el compromiso ético que demanda el cuidado crítico incrementan las exigencias emocionales del profesional de enfermería (21).

De igual manera, la experiencia clínica permite afrontar las situaciones complejas con mayor seguridad y desarrollar un juicio profesional más sólido; sin embargo, ello no elimina la presión inherente al cuidado crítico. Por el contrario, la experiencia hace que el enfermero sea aún más consciente de la responsabilidad que implica cada decisión y de las consecuencias que estas pueden tener sobre la vida de las personas bajo su cuidado (20).

La evidencia científica también ha señalado que la sobrecarga laboral constituye uno de los principales factores asociados al agotamiento profesional en las unidades de cuidados intensivos. La elevada demanda asistencial, la escasez de personal especializado y la creciente complejidad de los pacientes favorecen el desarrollo de

estrés laboral y sufrimiento moral (2). Del mismo modo, el déficit de enfermeros especializados continúa siendo uno de los grandes desafíos para los servicios de cuidados críticos a nivel mundial, afectando tanto la capacidad de respuesta de los sistemas de salud como el bienestar de los profesionales (1).

En consecuencia, la carga de trabajo y el estrés no pueden entenderse únicamente como problemas organizacionales o administrativos. Las experiencias narradas muestran que se trata de vivencias profundamente humanas que emergen del compromiso ético y profesional que los enfermeros establecen con la vida y el bienestar de las personas críticamente enfermas. Desde la fenomenología hermenéutica, estas experiencias revelan la complejidad del cuidado crítico y ponen de manifiesto la necesidad de promover entornos laborales que favorezcan el bienestar de los profesionales y contribuyan a la sostenibilidad del ejercicio de la enfermería en las unidades de cuidados intensivos.

4.3.2 Subcategoría: Recursos y condiciones laborales

Las narrativas de los participantes pusieron de manifiesto que la disponibilidad de recursos humanos, materiales y tecnológicos influye de manera significativa en la experiencia de cuidar al paciente crítico. Los enfermeros señalaron que las limitaciones relacionadas con el equipamiento biomédico, la escasez de insumos, la insuficiente dotación de personal y ciertas condiciones organizacionales incrementan las exigencias del trabajo cotidiano y los obligan a reorganizar permanentemente sus actividades para garantizar una atención segura y oportuna.

Los participantes expresaron que, a pesar de realizar todos los esfuerzos posibles para brindar un cuidado de calidad, las limitaciones institucionales representan un

desafío adicional durante la atención de personas en estado crítico. En muchas ocasiones, estas circunstancias los llevan a priorizar intervenciones, redistribuir recursos y tomar decisiones en escenarios marcados por la incertidumbre y la presión asistencial. Frente a esta realidad, los enfermeros reconocieron la importancia de la capacidad de adaptación, la creatividad y el compromiso profesional para responder de la mejor manera posible a las necesidades de los pacientes.

Desde una perspectiva fenomenológico-hermenéutica, estas experiencias muestran que el cuidado del paciente crítico no se desarrolla en un vacío, sino dentro de un contexto institucional que condiciona las posibilidades de actuación del profesional. Las limitaciones de recursos no solo representan dificultades operativas, sino que también forman parte del mundo vivido del enfermero y moldean la manera en que experimenta, comprende y otorga significado a su práctica cotidiana. Aun en condiciones adversas, los participantes evidenciaron una permanente disposición para buscar alternativas y mantener el compromiso con el bienestar y la seguridad de las personas bajo su cuidado.

El participante **E1** expresó:

"*Hay momentos en que debemos reorganizar nuestro trabajo porque algunos recursos son limitados; aun así, buscamos la mejor alternativa para que el paciente no resulte perjudicado.*"

Por su parte, **E4** manifestó:

"*La falta de personal hace que cada enfermero tenga mayor responsabilidad durante el turno; eso exige organizar mejor el trabajo y priorizar las intervenciones más urgentes.*"

Asimismo, **E6** señaló:

"*En ocasiones debemos resolver problemas con los recursos que tenemos disponibles; eso requiere experiencia y trabajo en equipo para garantizar la atención del paciente.*"

Las narrativas muestran que las limitaciones institucionales no disminuyen el compromiso profesional de los enfermeros; por el contrario, fortalecen su capacidad para adaptarse a escenarios cambiantes y mantener la continuidad del cuidado.

Desde la perspectiva fenomenológico-hermenéutica, las condiciones laborales forman parte del contexto en el que el enfermero vive y otorga significado a su práctica profesional. Las limitaciones de recursos no son percibidas únicamente como dificultades administrativas o problemas de gestión, sino como circunstancias que influyen de manera directa en la experiencia de cuidar y en la forma en que el profesional responde a las necesidades del paciente crítico.

El ser humano desarrolla su existencia dentro de un mundo que condiciona sus posibilidades de actuar y de relacionarse con los demás. En el presente estudio, los recursos disponibles forman parte de ese contexto en el que el enfermero ejerce el cuidado, obligándolo a tomar decisiones permanentes y a adaptarse continuamente para responder a situaciones de gran complejidad. Asimismo, comprender las experiencias vividas exige considerar las circunstancias en las que estas ocurren, ya

que el significado del cuidado se construye a partir de las realidades que los profesionales enfrentan en su práctica cotidiana (22) (24).

En este sentido, las experiencias narradas muestran que las limitaciones institucionales no son interpretadas únicamente como obstáculos para el desempeño profesional. Por el contrario, también representan situaciones que ponen en evidencia la capacidad de adaptación, la creatividad y el compromiso de los enfermeros para encontrar alternativas que permitan responder a las necesidades de los pacientes.

Estos hallazgos guardan relación con la Teoría del Cuidado Humano, la cual reconoce que la calidad del cuidado depende tanto de las competencias del profesional como de las condiciones que favorecen una práctica verdaderamente humanizada (21). Cuando el entorno presenta limitaciones, el enfermero realiza un esfuerzo adicional para preservar la dignidad, la seguridad y el bienestar de las personas bajo su cuidado.

De igual manera, la experiencia profesional fortalece la capacidad para responder con flexibilidad frente a situaciones complejas, permitiendo reorganizar prioridades, optimizar los recursos disponibles y tomar decisiones oportunas sin perder de vista las necesidades del paciente (20).

La evidencia científica también ha demostrado que una adecuada dotación de personal y la disponibilidad de recursos se asocian con mejores resultados clínicos y una menor ocurrencia de eventos adversos (44). En contraste, las limitaciones estructurales incrementan la carga de trabajo y afectan el bienestar de los profesionales de enfermería. Por ello, el fortalecimiento de los recursos humanos y

de las condiciones laborales continúa siendo una prioridad para garantizar la sostenibilidad de los servicios de cuidados críticos y la calidad de la atención (1) (2).

Las experiencias relatadas por los participantes permiten comprender que los recursos y las condiciones laborales influyen de manera significativa en la forma en que los enfermeros viven el cuidado del paciente crítico. Las limitaciones institucionales se convierten en desafíos permanentes que exigen capacidad de adaptación, organización y una constante toma de decisiones. Desde la fenomenología hermenéutica, estas experiencias muestran que el significado del cuidado se construye en estrecha relación con el contexto en el que ocurre y ponen de manifiesto la capacidad del enfermero para responder, con compromiso ético y profesional, a las necesidades de las personas aun en escenarios marcados por la escasez y la incertidumbre.

4.3.3 Subcategoría: Dilemas éticos

Las narrativas de los participantes permitieron comprender que el cuidado del paciente crítico implica enfrentarse, de manera permanente, a situaciones en las que las decisiones clínicas y asistenciales van más allá del ámbito técnico y adquieren una profunda dimensión ética. Los enfermeros manifestaron que, en su práctica cotidiana, deben tomar decisiones orientadas a preservar la vida, aliviar el sufrimiento y respetar la dignidad de las personas, aun cuando la evolución clínica de los pacientes se encuentra rodeada de incertidumbre y las respuestas no siempre son claras o inmediatas.

Los participantes describieron que estas situaciones generan importantes reflexiones y cuestionamientos sobre la mejor manera de actuar, especialmente cuando se enfrentan a pacientes con pronósticos desfavorables, al sufrimiento de las familias o a la necesidad de tomar decisiones en contextos de recursos limitados. En este sentido, el cuidado del paciente crítico se configura como una experiencia que exige no solo conocimientos científicos y habilidades técnicas, sino también sensibilidad humana, discernimiento ético y un profundo compromiso con el bienestar de las personas.

Desde sus experiencias, los enfermeros reconocieron que cada decisión representa una responsabilidad que trasciende el cumplimiento de funciones asistenciales, ya que involucra valores, principios y el permanente desafío de actuar de la manera que consideren más beneficiosa y digna para el paciente. Estas vivencias ponen de manifiesto que el cuidado crítico es, ante todo, una práctica profundamente humana, en la que las decisiones éticas forman parte inseparable de la experiencia de cuidar.

El participante E2 expresó:

"*Lo más difícil es cuando sabemos que el paciente tiene pocas posibilidades de recuperación; aun así, seguimos brindándole todos los cuidados con respeto y dignidad.*"

Por su parte, E5 manifestó:

"*Hay situaciones en las que debemos apoyar también a la familia porque atraviesan momentos muy difíciles; uno procura actuar siempre pensando en el bienestar del paciente.*"

Asimismo, E7 señaló:

"*Cada decisión debe tomarse pensando en lo mejor para el paciente; eso implica una gran responsabilidad ética para nosotros como enfermeros.*"

Las narrativas evidenciaron que los dilemas éticos no son acontecimientos aislados, sino experiencias presentes en la práctica cotidiana de los enfermeros que laboran en unidades críticas. Los participantes describieron que estas situaciones demandan reflexión constante, juicio profesional y una profunda sensibilidad humana para responder adecuadamente a las necesidades del paciente y su familia.

Desde la fenomenología hermenéutica, los dilemas éticos pueden entenderse como experiencias en las que el enfermero se enfrenta continuamente a la fragilidad de la vida y al profundo significado que adquiere el acto de cuidar. Tomar decisiones en escenarios marcados por la incertidumbre, el sufrimiento y la posibilidad de pérdida lleva al profesional a reflexionar sobre el valor de la vida, la dignidad de la persona y la responsabilidad que asume frente a quienes se encuentran en una situación de extrema vulnerabilidad.

El cuidado constituye una manera de estar con el otro y de comprometerse con su bienestar, especialmente cuando la existencia se encuentra amenazada. En el presente estudio, las decisiones relatadas por los participantes reflejan precisamente ese compromiso humano y profesional, en el que cada acción y cada elección adquieren un significado que trasciende el ámbito técnico y se convierten en expresiones de responsabilidad y de profundo respeto por la persona (24).

Asimismo, las decisiones que toman los enfermeros no pueden comprenderse únicamente desde las normas, los protocolos o los procedimientos establecidos. Las

experiencias narradas muestran que, en cada situación, confluyen conocimientos científicos, valores personales, principios éticos y la sensibilidad que surge del encuentro cotidiano con el sufrimiento humano (22). Por ello, los dilemas éticos representan experiencias complejas en las que el profesional busca actuar de la manera que considera más adecuada para preservar la dignidad y el bienestar del paciente.

Estos hallazgos guardan relación con la Teoría del Cuidado Humano, la cual reconoce que el cuidado ético se fundamenta en el respeto por la dignidad intrínseca de toda persona, independientemente de su condición clínica. Desde esta perspectiva, el cuidado se construye a partir de relaciones basadas en la compasión, el respeto y la responsabilidad moral, aspectos que estuvieron presentes en las experiencias descritas por los participantes (21).

De igual manera, la experiencia profesional favorece el desarrollo del juicio ético y fortalece la capacidad de tomar decisiones prudentes en situaciones de gran complejidad, permitiendo integrar el conocimiento científico con los valores humanos y profesionales que orientan la práctica de enfermería (20).

La evidencia científica también ha mostrado que los profesionales que trabajan en unidades de cuidados intensivos se enfrentan con frecuencia a situaciones de sufrimiento moral relacionadas con decisiones complejas sobre los tratamientos, el final de la vida y la limitación del esfuerzo terapéutico (28). Asimismo, los dilemas éticos se han identificado como una de las principales fuentes de desgaste emocional en los enfermeros que laboran en áreas críticas (2).

En conjunto, estos hallazgos permiten comprender que la dimensión ética constituye un componente inseparable del cuidado del paciente crítico y que las decisiones adoptadas por los enfermeros están profundamente orientadas por el compromiso con la dignidad, la seguridad y el bienestar de las personas bajo su cuidado.

Las experiencias relatadas muestran que los dilemas éticos forman parte de la cotidianidad de las unidades críticas. La necesidad de decidir en contextos de incertidumbre, preservar la dignidad de la persona y acompañar a las familias en momentos de gran vulnerabilidad convierte la práctica de enfermería en una experiencia profundamente humana y moral. Desde la fenomenología hermenéutica, estos dilemas representan espacios de reflexión y de construcción de significado, donde el enfermero reafirma su compromiso ético y su responsabilidad frente a la vida y al sufrimiento del otro.

Objetivo específico 4

Explorar las estrategias de organización del trabajo que emplean los enfermeros durante el cuidado del paciente crítico en el Hospital II-1 Tarapoto, Perú, durante el año 2026.

Tabla 6. Matriz de síntesis de la categoría

Categoría	Dominio de análisis	Subcategorías	Códigos
Organización del trabajo durante el cuidado del paciente crítico	Estrategias utilizadas por los enfermeros para garantizar la continuidad y seguridad del cuidado	Estrategias de planificación y coordinación	Priorización, gestión del tiempo, valoración integral, anticipación de complicaciones, planificación flexible, organización del turno.
		Uso de protocolos y guías clínicas	Seguridad del paciente, estandarización, práctica basada en evidencia, orientación de la práctica, actualización permanente, disminución de errores.
		Comunicación y trabajo en equipo	Comunicación efectiva, trabajo colaborativo, coordinación interdisciplinaria, confianza, liderazgo compartido, cooperación.

CATEGORÍA 4. Organización del trabajo durante el cuidado del paciente crítico

Las narrativas de los participantes permitieron comprender que la organización del trabajo es una parte esencial del cuidado del paciente crítico y se construye de manera dinámica en respuesta a las necesidades cambiantes de los pacientes. Los enfermeros describieron que el trabajo en las unidades críticas exige una planificación permanente, una distribución adecuada de las actividades y la capacidad de reorganizar las prioridades de manera continua según la evolución clínica de cada persona. En este contexto, la organización del cuidado no se vive como un conjunto de tareas predeterminadas, sino como un proceso de adaptación constante que busca garantizar la continuidad, la seguridad y la calidad de la atención.

Las experiencias relatadas muestran que la organización del trabajo trasciende la ejecución de tareas, configurándose como una estrategia que integra el juicio clínico, la experiencia profesional, la comunicación interdisciplinaria y el compromiso ético con el cuidado. El análisis fenomenológico-hermenéutico permitió precisar esta categoría en tres subcategorías: *estrategias de planificación y coordinación, uso de protocolos y guías, y comunicación y trabajo en equipo.*

4.4.1 Subcategoría: Estrategias de planificación y coordinación

Los participantes manifestaron que la planificación y la coordinación de las actividades constituyen aspectos fundamentales para responder de manera oportuna a las necesidades del paciente crítico. Debido a que el estado clínico de los pacientes puede cambiar en cualquier momento, señalaron que deben reorganizar constantemente sus prioridades, anticiparse a posibles complicaciones y aprovechar de la mejor manera el tiempo disponible durante cada turno.

Los enfermeros describieron que la organización del trabajo comienza desde el inicio de la jornada, a partir de una valoración integral de cada paciente, la revisión de los tratamientos indicados y la identificación de las intervenciones que requieren atención inmediata. Sin embargo, reconocieron que la planificación no es un proceso estático, sino una dinámica que se modifica continuamente conforme cambian las condiciones clínicas de los pacientes y surgen nuevas demandas asistenciales.

Las narrativas muestran que organizar el cuidado implica mantenerse en permanente estado de alerta, tomar decisiones oportunas y adaptar las acciones a

situaciones que muchas veces son impredecibles. Para los participantes, esta capacidad de reorganización constituye una competencia indispensable para garantizar la continuidad, la seguridad y la calidad del cuidado brindado en las unidades críticas.

El participante E2 manifestó:

"*Al iniciar el turno revisamos a todos los pacientes, identificamos quién requiere atención inmediata y organizamos las actividades según las prioridades clínicas.*"

Por su parte, E5 expresó:

"*En cuidados críticos todo puede cambiar en pocos minutos; por eso debemos reorganizar continuamente el trabajo para responder rápidamente a cualquier emergencia.*"

Asimismo, E7 señaló:

"*La experiencia nos ayuda a anticiparnos a las complicaciones y organizar mejor el cuidado durante todo el turno.”*

Las narrativas muestran que la planificación constituye una actividad flexible y dinámica que permite a los enfermeros responder eficazmente a la incertidumbre propia del cuidado crítico.

Desde la perspectiva fenomenológico-hermenéutica, la planificación representa mucho más que una secuencia de actividades; constituye una forma mediante la cual el enfermero interpreta continuamente la realidad clínica para responder responsablemente a las necesidades del paciente. La organización del trabajo refleja

una experiencia en la que el profesional integra conocimientos, intuición clínica y compromiso ético para actuar en escenarios caracterizados por una permanente incertidumbre.

La experiencia profesional se construye a partir de la reflexión constante sobre las situaciones vividas (22). En el presente estudio, la planificación expresa precisamente esa capacidad de comprender el contexto asistencial y adaptar las acciones conforme evolucionan las necesidades del paciente. Asimismo, el cuidado implica anticiparse a las posibilidades del otro, aspecto que se evidencia cuando los enfermeros organizan sus intervenciones considerando los posibles cambios en la condición clínica (24).

Los hallazgos de este estudio guardan relación con la teoría De novato a experto de Patricia Benner, que plantea que la experiencia clínica permite al enfermero desarrollar un juicio profesional más sólido, reconocer prioridades con mayor rapidez y organizar el cuidado de manera más efectiva (20). Los participantes señalaron precisamente que los años de práctica y las situaciones vividas les han permitido anticiparse a posibles complicaciones y tomar decisiones con mayor seguridad al momento de planificar el trabajo diario.

De igual manera, la Teoría del Cuidado Humano destaca que la organización del cuidado debe responder, ante todo, a las necesidades de la persona, integrando la eficiencia asistencial con la sensibilidad y el compromiso humano (21). En las narrativas de los participantes se evidenció que la planificación no se orienta únicamente a distribuir actividades o administrar recursos, sino a garantizar que el paciente reciba un cuidado seguro, oportuno y centrado en sus necesidades.

La evidencia científica también respalda estos hallazgos. Diversos estudios han mostrado que una adecuada organización del trabajo y una distribución clara de las responsabilidades contribuyen a mejorar los resultados clínicos y a disminuir la ocurrencia de eventos adversos en las unidades de cuidados intensivos (44). Asimismo, se reconoce que la planificación constituye una herramienta indispensable para afrontar la creciente complejidad de los servicios críticos y asegurar la continuidad del cuidado (2).

Las experiencias relatadas por los participantes permiten comprender que la planificación y la coordinación son competencias esenciales en el cuidado del paciente crítico. Estas estrategias facilitan la anticipación de riesgos, la priorización de intervenciones y la adaptación del trabajo frente a escenarios clínicos que cambian constantemente. Desde la perspectiva fenomenológico-hermenéutica, la planificación adquiere un significado que trasciende la dimensión administrativa, pues se convierte en una forma de expresar el compromiso profesional con la seguridad, la continuidad y la humanización del cuidado. En este sentido, planificar es también una manera de cuidar, ya que implica anticiparse a las necesidades del otro y responder de manera ética y responsable a la complejidad de su situación.

4.4.2 Subcategoría: Uso de protocolos y guías

Las narrativas de los participantes permitieron comprender que los protocolos y las guías clínicas representan un importante apoyo en el cuidado del paciente crítico. Los enfermeros manifestaron que estos instrumentos les brindan orientación para actuar frente a situaciones complejas, facilitan la toma de decisiones y contribuyen a organizar las intervenciones de manera más segura y ordenada, especialmente en contextos de emergencia donde el tiempo de respuesta resulta determinante.

Asimismo, los participantes señalaron que los protocolos les proporcionan mayor confianza en su práctica cotidiana, al ofrecer criterios claros para la actuación profesional y favorecer un lenguaje común entre los integrantes del equipo de salud. Desde su experiencia, estas herramientas no reemplazan el juicio clínico ni la experiencia profesional, sino que constituyen un respaldo que permite responder con mayor seguridad ante la complejidad y la incertidumbre propias del cuidado crítico.

Las narrativas muestran que el valor de los protocolos trasciende la simple estandarización de procedimientos. Para los enfermeros, estos instrumentos se convierten en recursos que facilitan la organización del cuidado y contribuyen a garantizar una atención más segura, oportuna y centrada en las necesidades del paciente.

El participante E1 manifestó:

"*Los protocolos nos ayudan a actuar de manera más ordenada y segura, sobre todo cuando se presentan situaciones de emergencia.*"

Por su parte, E4 expresó:

"*Las guías clínicas orientan nuestras decisiones y permiten que todos trabajemos siguiendo los mismos criterios de atención.*"

Asimismo, E6 señaló:

"*Cuando conocemos bien los protocolos podemos actuar más rápido y con mayor confianza frente a una situación crítica.*"

Las narrativas muestran que los protocolos y guías clínicas son percibidos como recursos que fortalecen el juicio profesional y favorecen la seguridad del paciente durante el proceso de cuidado.

Desde la perspectiva fenomenológico-hermenéutica, los protocolos no representan únicamente documentos normativos, sino herramientas que ayudan al enfermero a otorgar sentido a su práctica profesional en escenarios caracterizados por la incertidumbre y la complejidad. La utilización de guías clínicas permite construir un marco de referencia que orienta las acciones y proporciona mayor seguridad durante la toma de decisiones.

La práctica profesional se construye mediante la integración de conocimientos, experiencia y reflexión sobre la acción (22). En el presente estudio, los protocolos constituyen un soporte que facilita la comprensión y organización del cuidado, permitiendo que el profesional actúe con mayor confianza frente a situaciones críticas.

Asimismo, el ser humano interpreta y comprende el mundo a través de las herramientas que utiliza en su práctica cotidiana (24). En consecuencia, las guías clínicas y los protocolos adquieren significado en la medida en que facilitan la acción del enfermero y fortalecen su capacidad de responder a las necesidades del paciente crítico.

Los hallazgos encontrados guardan relación con la teoría De novato a experto, la cual sostiene que el conocimiento científico y la experiencia profesional se complementan para favorecer una práctica clínica competente (20). Aunque el profesional experto desarrolla un importante juicio intuitivo, las guías clínicas y los

protocolos continúan siendo herramientas fundamentales para respaldar la toma de decisiones y garantizar la seguridad del paciente.

De igual manera, la Teoría del Cuidado Humano señala que la calidad del cuidado depende de la integración entre conocimientos científicos y valores humanísticos, permitiendo que las intervenciones se desarrollen de manera segura y centrada en la persona (21).

Los resultados también coinciden con investigaciones recientes que destacan la importancia de la implementación de protocolos basados en evidencia en las unidades de cuidados intensivos. La estandarización de las prácticas clínicas contribuye a disminuir los eventos adversos y mejora los resultados de los pacientes (44). Asimismo, la capacitación permanente y la utilización de protocolos fortalecen la confianza profesional y favorecen la calidad del cuidado en contextos de alta complejidad (2).

Las experiencias relatadas por los participantes muestran que los protocolos y las guías clínicas desempeñan un papel importante en la organización del trabajo y en la seguridad del paciente crítico. Desde su experiencia, estos instrumentos les permiten orientar sus intervenciones, tomar decisiones con mayor confianza y actuar de manera más organizada frente a situaciones de gran complejidad.

Las narrativas evidencian que los protocolos no son percibidos únicamente como normas o procedimientos que deben cumplirse, sino como herramientas que brindan respaldo y seguridad en la práctica cotidiana. Su utilización favorece una atención más ordenada, disminuye la incertidumbre ante situaciones críticas y contribuye a ofrecer un cuidado más seguro y eficiente.

Desde la fenomenología hermenéutica, los protocolos adquieren significado porque forman parte de la experiencia vivida del cuidado y se convierten en recursos que ayudan al enfermero a comprender la situación clínica, organizar sus acciones y responder responsablemente a las necesidades del paciente. En este sentido, más que instrumentos normativos, representan apoyos que fortalecen la confianza profesional y permiten integrar el conocimiento científico con la experiencia y el compromiso humano que exige el cuidado del paciente crítico.

Así, las experiencias de los participantes permiten comprender que los protocolos y las guías clínicas no sustituyen el juicio clínico ni la sensibilidad del profesional; por el contrario, se convierten en herramientas que acompañan y respaldan la toma de decisiones, favoreciendo un cuidado ético, seguro y profundamente humanizado.

4.4.3 Subcategoría: Comunicación y trabajo en equipo

Las narrativas de los participantes evidenciaron que la comunicación y el trabajo en equipo constituyen elementos esenciales para garantizar la continuidad, seguridad y calidad del cuidado del paciente crítico. Los enfermeros manifestaron que el cuidado en las unidades críticas exige una interacción permanente entre los miembros del equipo de salud, debido a que las decisiones deben tomarse de manera rápida, coordinada y basada en información actualizada sobre el estado clínico del paciente.

Los participantes señalaron que la comunicación efectiva favorece la identificación oportuna de problemas, facilita la coordinación de intervenciones y disminuye el riesgo de errores durante la atención. Asimismo, reconocieron que el respeto, la

confianza y la colaboración entre los profesionales fortalecen el ambiente laboral y contribuyen a brindar un cuidado más seguro y humanizado.

El participante E3 manifestó:

"*La comunicación es fundamental; cualquier cambio en el estado del paciente debe ser informado inmediatamente para actuar de manera oportuna.*"

Por su parte, E5 expresó:

"*Cuando trabajamos unidos y existe buena comunicación, el cuidado es más organizado y el paciente recibe una mejor atención.*"

Asimismo, E7 señaló:

"*En cuidados críticos dependemos mucho del trabajo en equipo porque ningún profesional puede atender solo todas las necesidades del paciente.*"

Las narrativas muestran que la comunicación y la colaboración son percibidas como herramientas indispensables para afrontar la complejidad del cuidado crítico y garantizar una atención integral.

Desde la fenomenología hermenéutica, el trabajo en equipo representa una experiencia de construcción colectiva del cuidado. El significado de la práctica profesional se configura a partir de la interacción permanente con otros profesionales, donde el diálogo, la cooperación y la confianza posibilitan una comprensión compartida de las necesidades del paciente.

El ser humano existe siempre en relación con los otros (*Mitsein*), de modo que la experiencia del cuidado se construye dentro de un entramado de relaciones que

permiten actuar de manera conjunta (24). En el presente estudio, la comunicación emerge como un medio a través del cual los enfermeros comparten responsabilidades y construyen respuestas colectivas frente a situaciones de alta complejidad.

Asimismo, las experiencias profesionales adquieren significado dentro de los contextos sociales donde se desarrollan (22). En este sentido, el trabajo colaborativo descrito por los participantes representa una manera de vivir el cuidado desde la cooperación, el apoyo mutuo y la responsabilidad compartida frente a la vida y el bienestar del paciente crítico.

Estos hallazgos guardan relación con la Teoría del Cuidado Humano, la cual reconoce que el cuidado se construye a través de relaciones interpersonales basadas en la confianza, el respeto y la colaboración (21). Desde esta perspectiva, el trabajo en equipo no solo facilita la coordinación de las actividades asistenciales, sino que también favorece la creación de ambientes de cuidado más humanizados y centrados en las necesidades de la persona.

De igual manera, el desarrollo profesional del enfermero implica aprender a trabajar de forma coordinada con otros profesionales, reconociendo que la complejidad del cuidado crítico requiere integrar diferentes saberes, experiencias y perspectivas para responder adecuadamente a las necesidades del paciente (20).

La evidencia científica también respalda estos hallazgos. Diversos estudios han demostrado que una comunicación efectiva entre los integrantes del equipo de salud se asocia con mejores resultados clínicos y con una menor ocurrencia de eventos adversos (43). Asimismo, el trabajo colaborativo y el liderazgo compartido

fortalecen la seguridad del paciente y contribuyen al bienestar de los profesionales de enfermería (2).

En conjunto, estos resultados muestran que la comunicación y el trabajo en equipo constituyen pilares fundamentales para la organización del cuidado y para el desarrollo de una atención más segura, eficiente y humanizada.

Las experiencias relatadas por los participantes permiten comprender que la comunicación y el trabajo en equipo son recursos indispensables para afrontar la complejidad del cuidado del paciente crítico. La colaboración, la confianza y el intercambio permanente de información hacen posible construir respuestas colectivas frente a situaciones marcadas por la incertidumbre y favorecen una atención de mayor calidad.

Desde la fenomenología hermenéutica, estas experiencias revelan que el cuidado crítico es, ante todo, una práctica compartida, en la que el significado de la labor profesional se construye en el encuentro con los otros y en el compromiso conjunto con el bienestar de la persona. En este sentido, el trabajo en equipo trasciende la simple coordinación de tareas y se convierte en un espacio de aprendizaje mutuo, apoyo profesional y crecimiento compartido, donde cada integrante contribuye, desde su experiencia y conocimiento, a brindar un cuidado más humano, seguro e integral.

Objetivo específico 5

Analizar la influencia de la formación y la capacitación profesional en las experiencias vividas por los enfermeros durante el cuidado del paciente crítico en el Hospital II- 1 EsSalud Tarapoto, Perú, durante el año 2026.

Tabla 7. Matriz de síntesis de la categoría

Categoría	Dominio de análisis	Subcategorías	Códigos
Formación y desarrollo profesional	Experiencias relacionadas con el aprendizaje y el fortalecimiento de las competencias profesionales en el cuidado crítico	Impacto de la formación inicial	Bases del conocimiento, principios éticos, competencias básicas, identidad profesional, transición teoría-práctica.
		Formación continua	Capacitación permanente, fortalecimiento de competencias, seguridad profesional, confianza, especialización, crecimiento profesional.
		Actualización profesional	Práctica basada en evidencia, innovación científica, nuevas tecnologías, perfeccionamiento profesional, aprendizaje continuo, mejora del desempeño.

CATEGORÍA 5. Formación y desarrollo profesional

Las narrativas de los participantes permitieron comprender que la formación y el desarrollo profesional forman parte esencial de la experiencia de cuidar al paciente crítico. Los enfermeros manifestaron que trabajar en las unidades críticas exige mucho más que el dominio de procedimientos técnicos, ya que demanda conocimientos especializados, habilidades avanzadas y una permanente disposición para aprender y adaptarse a los cambios que se producen en la práctica asistencial.

Los participantes señalaron que el cuidado del paciente crítico se desarrolla en un contexto dinámico, marcado por la incorporación constante de nuevas tecnologías, la actualización de protocolos y la creciente complejidad de las necesidades de los pacientes. Esta realidad los impulsa a mantener un proceso continuo de aprendizaje y perfeccionamiento profesional, con el propósito de responder de manera más segura y efectiva a las exigencias de su práctica cotidiana.

Asimismo, reconocieron que la experiencia acumulada, la formación especializada y la actualización científica han fortalecido progresivamente su capacidad para tomar decisiones, afrontar situaciones complejas y brindar un cuidado más humano y seguro. Desde sus vivencias, el aprendizaje no se limita a la adquisición de conocimientos técnicos, sino que representa un proceso de crecimiento personal y profesional que les permite desarrollar mayor confianza, sensibilidad y compromiso con las personas bajo su cuidado.

Las experiencias relatadas muestran que la formación y el desarrollo profesional constituyen procesos permanentes de construcción y transformación, mediante los cuales los enfermeros fortalecen sus competencias y encuentran nuevas maneras de comprender y ejercer el cuidado del paciente crítico.

El análisis fenomenológico-hermenéutico permitió precisar esta categoría en tres subcategorías: *impacto de la formación inicial, formación continua y actualización profesional.*

4.5.1 Subcategoría: Impacto de la formación inicial

Las narrativas evidenciaron que la formación universitaria constituye la base para el desarrollo de las competencias necesarias en el cuidado del paciente crítico, al proporcionar conocimientos, principios éticos y habilidades esenciales para la práctica profesional. Sin embargo, los participantes reconocieron que la

complejidad de las unidades críticas exige competencias que se fortalecen y profundizan con la experiencia, el aprendizaje continuo y el ejercicio cotidiano de la profesión.

El participante **E2** manifestó:

"*La universidad nos dio las bases para ejercer la profesión, pero el cuidado crítico se aprende y se perfecciona mucho más cuando uno comienza a trabajar en estas áreas.*"

Por su parte, **E4** expresó:

"*La formación inicial fue importante porque nos permitió comprender los principios del cuidado, aunque la realidad de la unidad crítica exige desarrollar nuevas competencias.*"

Asimismo, **E6** señaló:

"*Muchas de las habilidades que utilizamos en cuidados intensivos las hemos adquirido con la experiencia y el aprendizaje permanente.*"

Las narrativas muestran que la formación inicial representa un punto de partida esencial, pero insuficiente por sí sola para responder a las demandas del cuidado crítico.

Desde la fenomenología hermenéutica, la formación inicial adquiere significado porque constituye el primer acercamiento del enfermero al mundo del cuidado profesional. La experiencia universitaria proporciona conocimientos y valores que

posteriormente son reinterpretados y enriquecidos a través de la práctica cotidiana y del encuentro con situaciones reales de cuidado.

La experiencia de aprendizaje se construye mediante la reflexión sobre las situaciones vividas y los significados que las personas atribuyen a ellas (22). En el presente estudio, los participantes reconocen que los conocimientos adquiridos durante la formación inicial cobran un nuevo significado al enfrentarse a la complejidad del cuidado del paciente crítico.

Asimismo, el ser humano construye continuamente nuevas formas de comprender su realidad a partir de sus experiencias (24). En consecuencia, la práctica profesional transforma y amplía los conocimientos adquiridos inicialmente, permitiendo al enfermero desarrollar nuevas maneras de comprender y ejercer el cuidado.

Los hallazgos encontrados guardan relación con la teoría De novato a experto, la cual sostiene que la formación inicial constituye el punto de partida del desarrollo profesional, mientras que las competencias avanzadas se adquieren progresivamente mediante la experiencia clínica y la exposición a situaciones de creciente complejidad (20).

De igual manera, la Teoría del Cuidado Humano plantea que la formación profesional debe promover no solo conocimientos técnicos, sino también sensibilidad humana, pensamiento crítico y compromiso ético, elementos que fueron reconocidos por los participantes como fundamentales para el cuidado del paciente crítico (21).

Diversos estudios resaltan la necesidad de fortalecer la formación en cuidados críticos desde el pregrado, promoviendo competencias relacionadas con el juicio clínico, la toma de decisiones, la seguridad del paciente y el cuidado humanizado (1). Las experiencias de los participantes muestran que la formación inicial constituye la base de la práctica profesional; sin embargo, la complejidad del cuidado crítico exige un aprendizaje permanente que se fortalece con la experiencia y la educación continua. Desde la fenomenología hermenéutica, la formación se comprende como un proceso de crecimiento y transformación constante, en el que cada experiencia de cuidado contribuye a ampliar la comprensión del enfermero sobre su práctica y sobre las necesidades de las personas críticamente enfermas.

4.5.2 Subcategoría: Formación continua

Las narrativas de los participantes permitieron comprender que la formación continua constituye una necesidad permanente para los enfermeros que laboran en unidades de cuidados críticos. Los participantes manifestaron que la complejidad de los pacientes, el avance de la tecnología y la constante actualización de los protocolos clínicos demandan una capacitación continua que les permita fortalecer sus competencias y responder adecuadamente a las exigencias del entorno asistencial.

Los enfermeros señalaron que la participación en cursos, diplomados, especialidades, capacitaciones institucionales y actividades científicas ha contribuido significativamente al fortalecimiento de su práctica profesional, permitiéndoles adquirir nuevos conocimientos y desarrollar mayor seguridad en la toma de decisiones.

El participante **E1** manifestó:

"*En cuidados críticos siempre estamos aprendiendo; cada capacitación nos ayuda a sentirnos más preparados para enfrentar situaciones complejas.*"

Por su parte, **E5** expresó:

"*Las capacitaciones nos permiten actualizar conocimientos y mejorar la calidad de la atención que brindamos a los pacientes.*"

Asimismo, **E7** señaló:

"*La formación continua nos da más confianza para actuar frente a emergencias y nos ayuda a tomar mejores decisiones.*"

Las narrativas muestran que la capacitación permanente es percibida como un proceso de crecimiento profesional que fortalece tanto las competencias técnicas como la seguridad y confianza del enfermero durante el cuidado del paciente crítico.

Desde la fenomenología hermenéutica, la formación continua representa una experiencia de transformación permanente del ser profesional. Los participantes comprendieron el aprendizaje como un proceso dinámico mediante el cual reinterpretan sus experiencias y adquieren nuevas formas de comprender el cuidado del paciente crítico.

El aprendizaje surge de la reflexión sobre la experiencia vivida y posibilita nuevas maneras de comprender la realidad (22). En el presente estudio, la formación continua constituye un espacio de reconstrucción del conocimiento, donde las

experiencias previas se integran con nuevos aprendizajes para fortalecer la práctica profesional.

Asimismo, el ser humano se encuentra en un permanente proceso de construcción y apertura hacia nuevas posibilidades de comprensión (24). En consecuencia, la capacitación continua representa una oportunidad para ampliar las competencias profesionales y desarrollar nuevas formas de responder al cuidado de las personas en situación crítica.

Los hallazgos encontrados coinciden con la teoría De novato a experto, la cual plantea que el desarrollo de las competencias profesionales se produce de manera progresiva mediante la experiencia y el aprendizaje continuo (20). Los participantes reconocieron que la capacitación permanente fortalece el juicio clínico, incrementa la seguridad profesional y mejora la capacidad para responder a situaciones complejas.

De igual manera, la Teoría del Cuidado Humano sostiene que el crecimiento profesional forma parte del compromiso ético del enfermero con el cuidado, ya que el desarrollo de nuevas competencias favorece la prestación de una atención más segura, competente y humanizada (21).

Diversos estudios recientes respaldan estos hallazgos. La educación continua constituye una estrategia prioritaria para fortalecer la capacidad de respuesta de los sistemas de salud y mejorar la calidad de la atención en servicios de alta complejidad (1). Asimismo, la formación permanente favorece la confianza profesional, la resiliencia y la permanencia del personal de enfermería en las unidades de cuidados intensivos (12).

Las experiencias relatadas por los participantes muestran que la formación continua constituye un proceso permanente de aprendizaje y crecimiento profesional que fortalece las competencias clínicas, la confianza y la capacidad para afrontar situaciones complejas. Desde la fenomenología hermenéutica, la capacitación adquiere significado como una experiencia de transformación que permite al enfermero repensar su práctica, aprender de las experiencias vividas y brindar un cuidado cada vez más reflexivo, competente y humano. En este sentido, la formación continua va más allá de la adquisición de conocimientos, convirtiéndose en un proceso de desarrollo personal y profesional que fortalece el compromiso ético con el cuidado de la vida.

4.5.3 Subcategoría: Actualización profesional

Las narrativas de los participantes evidenciaron que la actualización profesional constituye una necesidad permanente para los enfermeros que laboran en unidades de cuidados críticos. Los participantes reconocieron que los avances científicos, el desarrollo tecnológico y la aparición de nuevas evidencias en salud exigen mantener un aprendizaje constante para garantizar un cuidado seguro, oportuno y de calidad.

Los enfermeros manifestaron que la actualización profesional les permite fortalecer conocimientos, perfeccionar habilidades y responder con mayor seguridad a situaciones clínicas complejas. Asimismo, señalaron que el acceso a información científica actualizada favorece la implementación de prácticas basadas en evidencia y contribuye a mejorar la calidad de la atención brindada al paciente crítico.

El participante **E2** manifestó:

"*En cuidados intensivos la información cambia constantemente; por eso debemos mantenernos actualizados para brindar una atención segura y basada en evidencia.*"

Por su parte, **E4** expresó:

"*La actualización profesional nos permite conocer nuevas formas de tratamiento y nuevas tecnologías que benefician al paciente.*"

Asimismo, **E6** señaló:

"*El aprendizaje nunca termina; siempre hay algo nuevo que debemos conocer para mejorar nuestro desempeño profesional.*"

Las narrativas muestran que la actualización profesional es percibida como una responsabilidad inherente al ejercicio de la enfermería en cuidados críticos y como una estrategia indispensable para responder a las exigencias de un entorno asistencial en permanente transformación.

Desde la fenomenología hermenéutica, la actualización profesional representa una experiencia de apertura permanente hacia nuevas formas de comprender el cuidado. Los participantes reconocen que el conocimiento científico no es estático, sino un proceso dinámico que exige cuestionar las prácticas cotidianas y reconstruir continuamente el significado de la experiencia profesional.

La comprensión de la práctica profesional surge de la reflexión permanente sobre las experiencias vividas (22). En este sentido, la actualización profesional permite al enfermero replantear su manera de cuidar, incorporar nuevos aprendizajes y encontrar mejores formas de responder a las necesidades del paciente crítico.

> Asimismo, el ser humano se encuentra en un proceso continuo de apertura hacia nuevas formas de comprender su realidad (24); por ello, la actualización permanente se convierte en una oportunidad de crecimiento que fortalece el conocimiento, el juicio clínico y la capacidad para afrontar situaciones complejas.
>
> Estos hallazgos coinciden con la teoría De novato a experto, que reconoce el desarrollo profesional como un proceso continuo de adquisición de conocimientos y experiencias que fortalecen la toma de decisiones y la competencia clínica (20). Del mismo modo, la Teoría del Cuidado Humano plantea que el aprendizaje permanente constituye una expresión de responsabilidad ética, ya que favorece un cuidado más seguro, competente y humanizado (21).

En conjunto, los resultados permiten comprender que las experiencias de los enfermeros durante el cuidado del paciente crítico constituyen un fenómeno complejo y multidimensional, en el que las emociones, las relaciones humanas, las condiciones de trabajo y el desarrollo profesional se entrelazan y otorgan significado al cuidado. Desde la perspectiva fenomenológico-hermenéutica, estas experiencias muestran que el cuidado crítico trasciende la dimensión técnica y se configura como una vivencia profundamente humana, ética y existencial. A partir de la interpretación de las narrativas y de la integración de las categorías emergentes, se construyó la siguiente aproximación teórica, que sintetiza la comprensión alcanzada sobre las experiencias de los enfermeros durante el cuidado del paciente crítico en el Hospital II-1 EsSalud Tarapoto, Perú.



Figura 1. Aproximación teórica de las experiencias vividas por los enfermeros durante el cuidado del paciente crítico en el Hospital II-1 EsSalud Tarapoto, Perú, 2026

CAPÍTULO V: CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES

5.1. Conclusiones

- El cuidado de pacientes críticos no se limita a realizar procedimientos ni a manejar tecnología. Es una labor compleja que involucra emociones, relaciones humanas y desafíos cotidianos. Además, implica una gran responsabilidad, ya que exige atender a personas en una situación de máxima vulnerabilidad. Por ello, requiere aprendizaje constante y un compromiso profundo con la vida y con el sufrimiento humano.
- Las experiencias del personal de enfermería también muestran que el cuidado crítico despierta emociones muy diversas. La satisfacción de ver a un paciente recuperarse, la esperanza y el sentido de propósito conviven con la tristeza, la impotencia y el temor ante una posible pérdida. Aunque estas vivencias son intensas, también fortalecen la capacidad de afrontamiento y la resiliencia del profesional, permitiéndole continuar brindando cuidado con sensibilidad y compromiso.
- Asimismo, la relación con el paciente, la familia y el equipo de salud ocupa un lugar fundamental. La confianza, la comunicación, la escucha y el apoyo hacen que el cuidado diario sea más humano y favorecen una mejor respuesta a las necesidades de las personas en estado crítico.
- Del mismo modo, el cuidado del paciente crítico se desarrolla en medio de múltiples dificultades. La sobrecarga laboral, la falta de recursos y los dilemas éticos afectan el entorno de trabajo y enfrentan al personal no solo a exigencias técnicas y académicas, sino también a retos emocionales y morales relacionados con el bienestar del paciente.

- Además, la organización del trabajo es esencial en contextos de alta complejidad. Establecer prioridades, distribuir tareas, mantener una comunicación efectiva con la red de atención y apoyarse en protocolos contribuye a tomar decisiones más seguras y a garantizar la continuidad del cuidado.
- Por otro lado, estas experiencias evidencian que el aprendizaje en enfermería es permanente. La formación universitaria constituye solo el inicio, mientras que la capacitación diaria, la actualización constante y la búsqueda continua de conocimientos fortalecen la seguridad profesional y mejoran la capacidad de respuesta ante las demandas del cuidado crítico.
- Finalmente, las vivencias del personal que trabaja en unidades críticas permiten comprender el cuidado intensivo como una experiencia profundamente humana. Atender a una persona en estado crítico exige integrar conocimientos científicos y habilidades técnicas con empatía, sensibilidad y compromiso ético. Valorar estas experiencias no solo enriquece el conocimiento en enfermería, sino que también resalta la importancia de promover entornos laborales más humanizados, orientados a fortalecer la seguridad, la calidad del cuidado y la atención centrada en la persona.

5.2. Recomendaciones

- A las autoridades del hospital público de Tarapoto, implementar programas institucionales de apoyo emocional y bienestar laboral dirigidos a los enfermeros que laboran en las unidades de cuidados críticos, orientados a la prevención del estrés, el agotamiento profesional y el sufrimiento moral, mediante estrategias de acompañamiento psicológico, espacios de escucha y fortalecimiento de la resiliencia profesional. Asimismo, fortalecer la dotación de recursos humanos y materiales en las áreas de cuidados críticos, garantizando condiciones laborales que permitan brindar una atención segura y de calidad, disminuyendo la sobrecarga asistencial y favoreciendo el bienestar de los profesionales de enfermería.
- A la jefatura de enfermería y a las unidades de cuidados críticos, promover estrategias que fortalezcan la comunicación efectiva, el trabajo interdisciplinario y el acompañamiento a las familias de los pacientes críticos, mediante la implementación de protocolos de comunicación y espacios de reflexión sobre la práctica del cuidado humanizado. Asimismo, fomentar el desarrollo de programas de mentoría y acompañamiento profesional entre enfermeros con mayor experiencia y aquellos con menor tiempo de permanencia en las unidades críticas, favoreciendo el desarrollo de competencias clínicas y emocionales.
- A las instituciones de educación superior y programas de especialización, fortalecer la formación en cuidados críticos durante el pregrado y posgrado, incorporando contenidos relacionados con el manejo emocional, la comunicación con las familias, la toma de decisiones éticas, la seguridad del paciente y el cuidado humanizado en escenarios de alta complejidad. De igual manera, promover programas de educación continua y especialización que respondan a las necesidades reales de los profesionales que laboran en unidades de cuidados críticos.

- A los profesionales de enfermería, mantener una actitud permanente de aprendizaje y actualización científica, fortaleciendo las competencias relacionadas con el juicio clínico, la comunicación terapéutica, la gestión emocional y el trabajo colaborativo, con el propósito de brindar un cuidado seguro, ético y humanizado al paciente crítico. Asimismo, desarrollar estrategias de autocuidado y apoyo mutuo que favorezcan el bienestar emocional y contribuyan a la permanencia del profesional en las áreas de cuidados críticos.
- A los investigadores y futuros estudios, desarrollar nuevas investigaciones cualitativas y mixtas que profundicen en las experiencias de los enfermeros en unidades de cuidados críticos de diferentes contextos geográficos y niveles de atención, incorporando perspectivas relacionadas con la resiliencia, el sufrimiento moral, la salud mental y las estrategias de afrontamiento profesional. Asimismo, se recomienda realizar estudios de intervención orientados a evaluar el impacto de programas de apoyo emocional, capacitación y fortalecimiento del bienestar laboral en el personal de enfermería de cuidados críticos.
- Los hallazgos de la presente investigación evidencian la necesidad de reconocer al enfermero de cuidados críticos no solo como un profesional técnicamente competente, sino también como una persona que experimenta emociones, desafíos y procesos de crecimiento derivados de su práctica cotidiana. Por ello, las instituciones sanitarias y educativas deben implementar estrategias orientadas al fortalecimiento del bienestar profesional, el desarrollo de competencias y la humanización del cuidado, favoreciendo tanto la calidad de la atención como la permanencia del personal especializado en las unidades de cuidados críticos.

VI. REFERENCIAS

1. World Health Organization. *State of the world's nursing 2025: Investing in education, jobs and leadership*. Geneva: World Health Organization; 2025. Disponible en: https://www.who.int/publications
2. Vogt, K. S., Simms-Ellis, R., Grange, A., Griffiths, M. E., Coleman, R., Harrison, R., Shearman, N., Horsfield, C., Budworth, L., Marran, J., & Johnson, J. (2023). *Critical care nursing workforce in crisis: A discussion paper examining contributing factors, the impact of the COVID-19 pandemic and potential solutions*. *Journal of Clinical Nursing, 32*(19–20), 7125–7134. Disponible en: https://doi.org/10.1111/jocn.16642
3. Getie A, Ayenew T, Amlak BT, Gedfew M, Edmealem A, Kebede WM. Global prevalence and contributing factors of nurse burnout: an umbrella review of systematic review and meta-analysis. BMC Nurs. 2025;24(1):596. Disponible en: doi:10.1186/s12912-025-03266-8.
4. Adhikari, N. K. J., et al. (2023). *Critical care and the COVID-19 pandemic: Challenges and lessons learned*. Journal of Critical Care. Disponible en: https://doi.org/10.1007/s00134-020-06155-7
5. International Council of Nurses. *The global nursing workforce and the delivery of quality care*. Geneva: International Council of Nurses; 2025. Disponible en: https://www.icn.ch/
6. Organización Panamericana de la Salud. *La fuerza de trabajo en salud en las Américas: situación y desafíos*. Washington (DC): OPS; 2025. Disponible en: https://www.paho.org/es
7. Organisation for Economic Co-operation and Development. *OECD reviews of health systems: Peru 2025*. Paris: OECD Publishing; 2025. Disponible en: https://www.oecd.org/

8. Ministerio de Salud. *Monitoreo nacional de camas hospitalarias y unidades de cuidados intensivos*. Lima: Ministerio de Salud; 2025. Disponible en: https://www.gob.pe/minsa

9. Instituto Nacional de Estadística e Informática. *Perú: indicadores de recursos humanos en salud*. Lima: INEI; 2024. Disponible en: https://www.inei.gob.pe/

10. Jang HY, Yang JE, Shin YS. A phenomenological study of nurses' experience in caring for COVID-19 patients. Int J Environ Res Public Health. 2022;19(5):2924. Disponible en: doi:10.3390/ijerph19052924

11. Meneses-La-Riva ME, Fernández-Bedoya VH, Suyo-Vega JA, et al. Humanized care in nursing practice: A phenomenological study of professional experiences in a public hospital. Int J Environ Res Public Health. 2025;22(8):1223. Disponible en: doi:10.3390/ijerph22081223.

12. McEvoy NL, Credland N, Humphries N, O'Connor S, O'Brien B, Hegarty J, et al. Critical care nursing workforce retention from an Irish perspective: A national survey. Nurs Crit Care. 2025;30: e70094. Disponible en: https://doi.org/10.1111/nicc.70094

13. Dobrowolska B, Gutysz-Wojnicka A, Dziurka M, Ozdoba P, Ozga D, Penar-Zadarko B, Markiewicz R, Markiewicz-Gospodarek A, Palese A. Intensive care nurse managers' experiences during the first wave of the Covid-19 pandemic: Implications for future epidemiological crises. PLoS One. 2023 Aug 25;18(8): e0290722. Disponible en: doi: 10.1371/journal.pone.0290722. PMID: 37624792; PMCID: PMC10456190.

14. Parissopoulos S, Timmins F, Mpouzika M, Mantzorou M, Kapadochos T, Papagaroufali E. Intensive Care Nurses' Experience of Caring in Greece; A Qualitative Study. Healthcare (Basel). 2023 Jan 5;11(2):164. Disponible en: doi: 10.3390/healthcare11020164. PMID: 36673532; PMCID: PMC9859179.

15. Fernández-Castillo RJ, González-Caro MD, Arroyo-Muñoz FJ, Garnacho-Montero J. Encuesta nacional sobre cambios en las políticas de comunicación, visitas y cuidados al final de la vida en las unidades de cuidados intensivos durante las diferentes olas de la pandemia de COVID-19 (estudio COVIFAUCI). Enferm Intensiva. 2024;35(1):35-44. Disponible en: doi: 10.1016/j.enfi.2023.04.004.

16. Irigoin Mazabel JE, Constantino Facundo DA. Percepción de la enfermera sobre los cuidados brindados al paciente con COVID-19 en la Unidad de Cuidados Intensivos de hospitales de Chiclayo, 2021. ACC Cietna Rev Esc Enferm. 2022;9(2):96-110. Disponible en: doi:10.35383/cietna. v9i2.662

17. Fhon JRS, Silva LM, Leitón-Espinoza ZE, Partezani-Rodrigues RA. Perception of nurses regarding the care provided to hospitalized patients with COVID-19 in Peru: A qualitative study. Rev Esc Enferm USP. 2023;57: e20230226. Disponible en: doi:10.1590/1980-220X-REEUSP-2023-0226.

18. Gadamer HG. *Verdad y método I*. 12a ed. Salamanca: Ediciones Sígueme; 2012

19. Kant I. Crítica de la razón pura. Ribas P, traductor. Madrid: Alfaguara; 2009.

20. Benner P. *From novice to expert: Excellence and power in clinical nursing practice*. Menlo Park (CA): Addison-Wesley; 1984

21. Watson J. *Nursing: The philosophy and science of caring*. Rev ed. Boulder (CO): University Press of Colorado; 2008.

22. Van Manen M. Researching lived experience: Human science for an action sensitive pedagogy. 2nd ed. New York: Routledge; 2016.

23. Husserl E. Ideas relativas a una fenomenología pura y una filosofía fenomenológica. Gaos J, traductor. México: Fondo de Cultura Económica; 2013.

24. Heidegger M. Ser y tiempo. Rivera JE, traductor. Madrid: Trotta; 2003.

25. Wei H, Watson J. Healthcare interprofessional team members' perspectives on human caring: A directed content analysis study. Int J Hum Caring. 2019;23(1):5-13. Disponible en: doi:10.20467/1091-5710.23.1.5

26. Benner P, Sutphen M, Leonard V, Day L. *Educating nurses: A call for radical transformation*. San Francisco (CA): Jossey-Bass; 2010.

27. Davidson, J. E., et al. (2024). Family-centered care in adult intensive care units: Current evidence and future directions.

28. Rushton CH. *Moral resilience: Transforming moral suffering in healthcare*. New York: Oxford University Press; 2021.

29. Lincoln YS, Guba EG. *Naturalistic inquiry*. Beverly Hills (CA): Sage Publications; 1985.

30. Denzin NK, Lincoln YS, editors. *The SAGE handbook of qualitative research*. 5th ed. Thousand Oaks (CA): Sage Publications; 2018.

31. Creswell JW, Poth CN. Qualitative inquiry and research design: Choosing among five approaches. 4th ed. Thousand Oaks (CA): Sage Publications; 2018.

32. Seguro Social de Salud. Red Asistencial Tarapoto [Internet]. Lima: EsSalud; 2024 [cited 2026 Jul 9]. Disponible en: https://www.gob.pe/red-asistencial-tarapoto

33. Patton MQ. *Qualitative research and evaluation methods: Integrating theory and practice*. 4th ed. Thousand Oaks (CA): Sage Publications; 2015.

34. Morse, J. M. (2015). *Critical analysis of strategies for determining rigor in qualitative inquiry*. Qualitative Health Research, 25(9), 1212–1222. https://doi.org/10.1177/1049732315588501

35. Saunders B, Sim J, Kingstone T, Baker S, Waterfield J, Bartlam B, et al. Saturation in qualitative research: Exploring its conceptualization and operationalization. Qual Quant. 2018;52(4):1893-1907. Disponible en: doi:10.1007/s11135-017-0574-8.

36. Council for International Organizations of Medical Sciences. *International ethical guidelines for health-related research involving humans*. Geneva: CIOMS; 2023. Disponible en: https://cioms.ch/

37. World Medical Association. World Medical Association Declaration of Helsinki: Ethical principles for medical research involving human participants. JAMA. 2024;331(12):1055-1061. Disponible en: https://doi.org/10.1001/jama.2024.2742

38. Finlay L. Negotiating the swamp: The opportunity and challenge of reflexivity in research practice. Qual Res. 2002;2(2):209-230. Disponible en: doi:10.1177/146879410200200205

39. Tracy SJ. Qualitative quality: Eight "big-tent" criteria for excellent qualitative research. Qual Inq. 2010;16(10):837-851. Disponible en: doi:10.1177/1077800410383121.

40. Saldaña J. *The coding manual for qualitative researchers*. 4th ed. Thousand Oaks (CA): Sage Publications; 2021

41. Polit DF, Beck CT. *Nursing research: Generating and assessing evidence for nursing practice*. 11th ed. Philadelphia (PA): Wolters Kluwer; 2021.

42. Nowell LS, Norris JM, White DE, Moules NJ. Thematic analysis: Striving to meet the trustworthiness criteria. Int J Qual Methods. 2017;16(1):1-13. Disponible en: doi:10.1177/1609406917733847

43. Beauchamp TL, Childress JF. *Principles of biomedical ethics*. 8th ed. New York: Oxford University Press; 2019.

44. Aiken, L. H., Sloane, D. M., Ball, J., Bruyneel, L., Rafferty, A. M., & Griffiths, P. *Patient satisfaction with hospital care and nurses: An observational study*. BMJ Open. 2021 Disponible en: https://doi.org/10.1136/bmjopen-2020-042866

VII. ANEXOS

Anexo 1: Matriz de categorización apriorística

Problema de investigación	Pregunta de investigación	Objetivo General	Objetivos específicos	Categorías	Subcategorías	Pregunta orientadora	Metodología
Dificultades de los enfermeros en el ejercicio de sus funciones por las limitaciones propias de la unidad de cuidados críticos.	¿Cómo son las experiencias del Enfermero durante el cuidado del paciente crítico en el Hospital II-1 EsSalud Tarapoto, Perú - 2026?	Comprender las experiencias del Enfermero durante el cuidado del paciente crítico en el Hospital II-1 EsSalud Tarapoto, Perú - 2026	Identificar las emociones experimentadas por los enfermeros durante la atención a pacientes críticos en el Hospital II-1 EsSalud Tarapoto, Perú - 2026.	Experiencias emocionales de los enfermeros.	Emociones positivas	¿Qué emociones positivas experimentan los enfermeros durante el cuidado de pacientes críticos? ¿Cómo influyen estas emociones en su trabajo?	**Paradigma:** Interpretativo **Enfoque:** Cualitativo **Diseño:** Fenomenológico-hermenéutico **Técnica:** Entrevista en profundidad semiestructurada **Instrumento:** Guía de entrevista
					Emociones negativas	¿Qué emociones negativas surgen en el cuidado de pacientes críticos? ¿Cómo manejan estas emociones los enfermeros?	
					Estrategias de afrontamiento emocional.	¿Qué estrategias utilizan los enfermeros para gestionar sus emociones en el contexto del cuidado crítico?	
			Analizar la dinámica relacional entre los enfermeros, los pacientes críticos y sus familias en el contexto hospitalario en el Hospital II-1 EsSalud Tarapoto, Perú 2026.	Dinámica relacional en el contexto hospitalario	Interacción enfermero-paciente.	¿Cómo describen los enfermeros su interacción con los pacientes críticos? ¿Qué desafíos y satisfacción encuentran?	
					Interacción enfermero-familia.	¿Cómo desarrolla la comunicación y colaboración con las familias de los pacientes críticos? ¿Qué papel juega la familia en el cuidado?	
					Relaciones interprofesionales	¿Cómo es la relación con los demás profesionales de la salud?	

Problema de investigación	Pregunta de investigación	Objetivo General	Objetivos específicos	Categorías	Subcategorías	Pregunta orientadora	Metodología
			Examinar los desafíos y barreras que enfrentan los enfermeros en su práctica diaria en la atención a pacientes críticos en el Hospital II-1 EsSalud Tarapoto, Perú - 2026	Desafíos y barreras	Carga de trabajo y estrés.	¿Cuáles son los principales desafíos relacionados con la carga de trabajo y el estrés en el cuidado crítico?	Sujetos de estudio: Participarán 7 enfermeros titulados con especialidad en cuidados críticos y/o emergencias, que laboran en áreas críticas del, Hospital II-1 EsSalud Tarapoto El número final de participantes se definirá conforme al principio de saturación teórica. Escenario de estudio: Áreas de manejo de pacientes críticos: UVI 1, UVI 2, Trauma Shock del Hospital II-1 EsSalud Tarapoto, Perú - 2026
					Recursos y condiciones laborales.	¿Cómo influyen los recursos disponibles y las condiciones laborales en la práctica diaria de los enfermeros?	
					Dilemas éticos	¿Qué dilemas éticos enfrentan los enfermeros en el cuidado de pacientes críticos? ¿Cómo toman decisiones en estas situaciones?	
			Explorar las estrategias de organización del trabajo de los enfermeros, en la atención a pacientes críticos en el Hospital II-1 EsSalud Tarapoto, Perú - 2026	Organización del Trabajo	Estrategias de planificación y coordinación.	¿Cómo planifican y coordinan los enfermeros sus tareas en el cuidado crítico?	
					Uso de protocolos y guías.	¿Cómo utilizan los protocolos y guías clínicas en su práctica diaria?	
					Comunicación y trabajo en equipo	¿Cómo se comunican y colaboran los enfermeros con otros miembros del equipo de salud?	
			Analizar la influencia de la formación y la capacitación profesional en las experiencias vividas por los enfermeros durante el cuidado del paciente crítico en el Hospital II-1 EsSalud Tarapoto, Perú, durante el año 2026.	Formación y desarrollo profesional	Impacto de la formación inicial	¿Cómo influye la formación inicial en la preparación de los enfermeros para el cuidado crítico?	
					Formación continua	¿Qué necesidades de capacitación continua identifican los enfermeros para mejorar su práctica?	
					Actualización profesional	¿Cómo influye la capacitación continua en las experiencias de los enfermeros durante el cuidado del paciente crítico?	

Anexo 2: Instrumento de recolección de datos

Instrumento de recolección de datos

Guía de entrevista semiestructurada

SEUDÓNIMO: …….

Somos licenciadas en enfermería, que estamos realizando los estudios de Maestría en enfermería con mención en Gestión del cuidado de enfermería de la Universidad Norbert Wiener, Sebastiana T. Abarca Cabanillas con Código de alumna: a2023900311, Teresa M. Zavaleta Hidalgo con código de alumna a2023900186 y estamos realizando una investigación titulada: **Experiencia del enfermero durante el cuidado del paciente crítico en un hospital público de Tarapoto - 2026.** El objetivo es: Comprender las experiencias del cuidado del paciente crítico de los enfermeros del hospital público de Tarapoto.

Por tal razón solicitamos su colaboración para responder las preguntas planteadas, su identidad se protegerá a través de un seudónimo, además le aseguramos que los datos obtenidos serán utilizados con fines estrictamente de investigación.

I. Datos Generales

Sociodemográficos:

- Edad:
- Estado civil:
- Procedencia:
- N° de hijos

Académicos

- Grado de instrucción
- Años de experiencia en el área
- Especialidad en el área
- Lugar de trabajo

II. Datos específicos

1. ¿Qué emociones positivas experimentan los enfermeros durante el cuidado de pacientes críticos?
2. ¿Cómo influyen estas emociones en su trabajo?
3. ¿Qué emociones negativas surgen en el cuidado de pacientes críticos?
4. ¿Cómo manejan estas emociones los enfermeros?

5. ¿Qué estrategias utilizan los enfermeros para gestionar sus emociones en el contexto del cuidado crítico?
6. ¿Cómo describen los enfermeros su interacción con los pacientes críticos?
7. ¿Qué desafíos y satisfacción encuentran?
8. ¿Cómo desarrolla la comunicación y colaboración con las familias de los pacientes críticos?
9. ¿Qué papel juega la familia en el cuidado?
10. ¿Cómo es la relación con los demás profesionales de la salud?
11. ¿Cuáles son los principales desafíos relacionados con la carga de trabajo y el estrés en el cuidado crítico?
12. ¿Cómo influyen los recursos disponibles y las condiciones laborales en la práctica diaria de los enfermeros?
13. ¿Qué dilemas éticos enfrentan los enfermeros en el cuidado de pacientes críticos?
14. ¿Cómo toman decisiones en estas situaciones?
15. ¿Cómo planifican y coordinan los enfermeros sus tareas en el cuidado crítico?
16. ¿Cómo utilizan los protocolos y guías clínicas en su práctica diaria?
17. ¿Cómo se comunican y colaboran los enfermeros con otros miembros del equipo de salud?
18. ¿Cómo influye la formación inicial en la preparación de los enfermeros para el cuidado crítico?
19. ¿Qué necesidades de capacitación continua identifican los enfermeros para mejorar su práctica?
20. ¿Cómo impacta la capacitación continua en el cuidado del paciente crítico

Anexo 3: Evaluación de rigurosidad del instrumento (un experto)

EXPERIENCIA DEL ENFERMERO DURANTE EL CUIDADO DEL PACIENTE CRÍTICO EN UN HOSPITAL PÚBLICO TARAPOTO 2026

CATEGORIAS / SUBCATEGORIAS		Pertinencia 1		Relevancia 2		Claridad 3		Sugerencias
CATEGORIA 1: Experiencia Emocional		SI	NO	SI	NO	SI	NO	
SUBCATEGORIA: Emociones positivas	¿Qué emociones positivas experimentan los enfermeros durante el cuidado de pacientes críticos? ¿Cómo influyen estas emociones en su trabajo?	X		X		X		
SUBCATEGORIA: Emociones Negativas	¿Qué emociones negativas surgen en el cuidado de pacientes críticos? ¿Cómo manejan estas emociones los enfermeros?	X		X		X		Completar ¿Cómo manejan estas emociones los enfermeros en el cuidado de pacientes críticos?
SUBCATEGORIA: Mecanismo de afrontamiento emocional	¿Qué estrategias utilizan los enfermeros para gestionar sus emociones en el contexto del cuidado crítico?	X		X		X		
CATEGORIA 2: Dinámica relacional en el contexto hospitalario		**SI**	**No**	**Si**	**No**	**Si**	**No**	
SUBCATEGORIA: Interacción enfermero-paciente.	¿Cómo describen los enfermeros su interacción con los pacientes críticos? ¿Qué desafíos y satisfacción encuentran?	X		X		X		Completar ¿Qué desafíos y satisfacción encuentran durante la interacción?
SUBCATEGORIA: Interacción enfermero-familia	¿Cómo desarrolla la comunicación y colaboración con las familias de los pacientes críticos? ¿Qué papel juega la familia en el cuidado?	X		X		X		
SUBCATEGORIA: Relaciones interprofesionales	¿Cómo es la relación con los demás profesionales de la salud?	X		X		X		
CATEGORIA 3: Desafíos y barreras		**Si**	**No**	**Si**	**No**	**Si**	**No**	
SUBCATEGORIA: Carga de trabajo	¿Cuáles son los principales desafíos relacionados con la carga de trabajo y el estrés en el cuidado crítico?	X		X		X		
SUBCATEGORIA: Recursos y condiciones laborales	¿Cómo influyen los recursos disponibles y las condiciones laborales en la práctica diaria de los enfermeros?	X		X		X		
SUBCATEGORIA: Dilemas éticos	¿Qué dilemas éticos enfrentan los enfermeros en el cuidado de pacientes críticos? ¿Cómo toman decisiones en estas	X		X		X		
	situaciones?							

Nº CATEGORIAS / SUBCATEGORIAS		Pertinencia 1		Relevancia 2		Claridad 3		Sugerencias
CATEGORIA 4: Organización del Trabajo		SI	NO	SI	NO	SI	NO	
SUBCATEGORIA: Estrategias de planificación y coordinación.	¿Cómo planifican y coordinan los enfermeros sus tareas en el cuidado crítico?	X		X		X		
SUBCATEGORIA: Uso de protocolos y guías.	¿Cómo utilizan los protocolos y guías clínicas en su práctica diaria?	X		X		X		Completar ¿Cómo utilizan los protocolos y guías clínicas en su práctica diaria de la atención del paciente crítico?
SUBCATEGORIA: Comunicación y trabajo en equipo	¿Cómo se comunican y colaboran los enfermeros con otros miembros del equipo de salud?	X		X		X		
CATEGORIA 5: Formación y desarrollo profesional		SI	No	Si	No	Si	No	
SUBCATEGORIA: Impacto de la formación inicial.	¿Cómo influye la formación inicial en la preparación de los enfermeros para el cuidado de pacientes críticos?	X		X		X		Completar ¿Cómo influye la formación inicial en la preparación de los enfermeros para el cuidado de pacientes críticos?

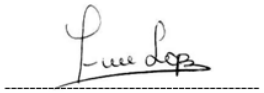
SUBCATEGORIA: Preferencia en la formación continua	¿Qué necesidades de capacitación continua identifican los enfermeros para mejorar su práctica?	**X**		**X**		**X**		Completar ¿Qué necesidades de capacitación continua identifican los enfermeros para mejorar su práctica en la atención del paciente crítico?
SUBCATEGORIA: Actualización profesional	¿Cómo impacta la capacitación continua en el cuidado del paciente crítico?	**X**		**X**		**X**		

Observaciones (precisar si hay suficiencia): _____ **Opinión de aplicabilidad: Aplicable [X] Aplicable después de corregir [ ] No aplicable [ ]**

Apellidos y nombres del juez validador. Dr/ Mg**: Franchesca Katherine Lopez Llerena DNI: 42705485 Especialidad del validador: Metodólogo**

[1]**Pertinencia:** El ítem corresponde al concepto teórico formulado. [2]**Relevancia:** El ítem es apropiado para representar al componente o dimensión específica del constructo, exacto y directo [3]**Claridad:** Se entiende sin dificultad alguna el enunciado del ítem, es conciso. **Nota**: Suficiencia, se dice suficiencia cuando los ítems planteados son suficientes para medir la dimensión

2 de marzo del 2026



Firma del Experto Informante

Anexo 4: Consentimiento informado

Consentimiento informado en un estudio de investigación

<table>
<tr><td colspan="2">FORMULARIO DE CONSENTIMIENTO INFORMADO
(Para trabajos de investigación cuyo objeto de estudio involucren personas)</td></tr>
<tr><td colspan="2">Título del Proyecto de Investigación: Experiencias del enfermero durante el cuidado del paciente crítico en un Hospital II-1 EsSalud Tarapoto - 2026</td></tr>
<tr><td colspan="2">Autor Responsable: Zavaleta Hidalgo, Teresa Magali.</td></tr>
<tr><td colspan="2">Autor 2 (Opcional para casos de estudiantes/bachilleres/egresados): Abarca Cabanillas, Sebastiana Teodosia.</td></tr>
<tr><td colspan="2">Universidad /Institución: Norbert Wiener</td></tr>
<tr><td colspan="2">I. INVITACIÓN</td></tr>
<tr><td colspan="2">Estimado(a) participante:

Le invitamos a participar en un estudio de investigación titulado: “Experiencias del enfermero durante el cuidado del paciente crítico en un Hospital II-1 EsSalud Tarapoto - 2026”, desarrollado por investigadores de la Universidad Privada Norbert Wiener S.A. (UPNW). A continuación, le proporcionamos información detallada sobre el estudio y su participación.</td></tr>
<tr><td colspan="2">II. INFORMACIÓN</td></tr>
<tr><td>2.1</td><td>Propósito del estudio:

Objetivo General es:

• Comprender las experiencias del enfermero durante el cuidado del paciente crítico en el Hospital II-1 EsSalud Tarapoto, Perú – 2026
Objetivos específicos son:

• Identificar las emociones experimentadas por los enfermeros durante la atención a pacientes críticos en el Hospital II-1 EsSalud Tarapoto, Perú - 2026.
• Analizar la dinámica relacional entre los enfermeros, los pacientes críticos y sus familias en el contexto hospitalario en el Hospital II-1 EsSalud Tarapoto, Perú - 2026.
• Examinar los desafíos y barreras que enfrentan los enfermeros en su práctica diaria en la atención a pacientes críticos en el Hospital II-1 EsSalud Tarapoto, Perú – 2026.
• Explorar las estrategias de organización del trabajo de los enfermeros, en la atención a pacientes críticos en el Hospital II-1 EsSalud Tarapoto, Perú - 2026.
• Evaluar el impacto de la formación y capacitación en las experiencias del cuidado a los pacientes críticos en el Hospital II-1 EsSalud Tarapoto, Perú - 2026
Los resultados de esta investigación ayudarán a mejorar la forma en que se organiza el trabajo de los enfermeros y a fortalecer la relación con los pacientes y sus familias. Además, podrán servir de guía para diseñar programas de formación y capacitación más efectivos. Los hallazgos también ofrecerán información valiosa para una mejor gestión hospitalaria y para promover una atención más humana y cercana, beneficiando tanto al personal de salud como a los pacientes y sus familias.</td></tr>
<tr><td>2.2</td><td>Duración del estudio: 6 meses</td></tr>
<tr><td>2.3</td><td>Número esperado de participantes: 7 enfermeros.</td></tr>
<tr><td>2.4</td><td>Criterios de Inclusión y exclusión:

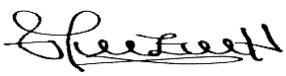
Criterios de inclusión</td></tr>
</table>

	• Enfermeros con título profesional y especialidad en cuidados críticos y/o emergencias en ejercicio activo en las unidades de las áreas críticas de UVI 1, UVI 2, Trauma Shock el Hospital II-1 EsSalud Tarapoto, Perú • Experiencia mínima de 5 años en el cuidado de pacientes críticos. • Voluntariedad y firma del consentimiento informado. **Criterios de exclusión** • Licenciados en enfermería en periodo de vacaciones o licencia prolongada. • Enfermeros que hayan participado en estudios cualitativos similares sobre la experiencia en unidades críticas durante los últimos 12 meses • Personal sometido a sanción disciplinaria o suspensión laboral.
2.5	**Procedimientos del estudio**: Este estudio se realizará en un hospital público de Tarapoto, para la aplicación del instrumento de investigación, primero se solicitará la autorización a la Universidad para ejercer la investigación, segundo una vez obtenida la autorización, se solicitará el permiso a la alta dirección del hospital mencionado para aplicar el instrumento en los servicios UVI 1, UVI 2 y Trauma shock, tercero se realizarán entrevistas semiestructuradas a los 7 enfermeros con título profesional y especialidad en cuidados críticos y/o emergencias en ejercicio activo en las unidades de las áreas críticas de UVI 1, UVI 2, Trauma Shock, siguiendo preguntas alineadas con los objetivos de la investigación. Las entrevistas se llevarán a cabo en un ambiente tranquilo y cómodo, respetando el tiempo y la privacidad de cada participante, quienes darán su consentimiento informado antes de iniciar. Se utilizará una pregunta principal para motivar la narración de experiencias: "¿Cómo son las experiencias de los enfermeros al cuidar a pacientes críticos en un hospital público?" Luego se harán preguntas orientadoras relacionadas con emociones, relaciones, desafíos, organización del trabajo y capacitación. Las entrevistas se grabarán con autorización y se analizarán de manera individual para interpretar lo que cada participante compartió. Todos los resultados serán confidenciales y de ser necesario, se entregarán de forma individual, asegurando la privacidad y el respeto a la información de los participantes.
2.6	**Riesgos:** Los participantes podrían experimentar incomodidad o estrés emocional al recordar experiencias difíciles con pacientes críticos. No se esperan riesgos físicos. Para protegerlos, las entrevistas se harán en un ambiente privado, se respetará el consentimiento informado, y los resultados se mantendrán confidenciales, garantizando el anonimato de los participantes.
2.7	**Beneficios:** Los participantes podrán reflexionar sobre sus experiencias y obtener un mayor autoconocimiento sobre su práctica profesional. Además, sus aportes ayudarán a mejorar la atención a pacientes críticos, fortalecer la relación con familias y colegas, y servirán como base para futuras investigaciones y programas de capacitación en el área de enfermería. Así, su participación contribuye tanto a su desarrollo personal como al beneficio de la comunidad científica y hospitalaria.
2.8	**Costos e incentivos:** La participación en este estudio no tendrá ningún costo y no recibirán incentivos económicos ni materiales. Su colaboración se basará únicamente en la voluntad de compartir sus experiencias, lo que contribuirá al conocimiento y mejora de la atención en el hospital.
2.9	**Confidencialidad:** Su información será codificada para proteger su identidad. Si los resultados del estudio se publican, no se incluirá ninguna información que permita identificarlo. Los datos estarán disponibles solo para el equipo de investigación.
2.10	**Derechos del participante:** Su participación es completamente voluntaria. Puede negarse a participar o retirarse del estudio en cualquier momento, sin ninguna penalización o pérdida de derechos.

<table>
<tr><td>2.11</td><td>Preguntas/Contacto:

Si tiene preguntas o inquietudes, puede comunicarse con el autor responsable Teresa Magali Zavaleta Hidalgo, Cel: 944401768, correo electrónico tmzavaleta4@gmail.com. También, puede contactar al Comité de Ética que validó este estudio a través del Presidente del Comité Institucional de Ética e Integridad Científica de la UPNW, al correo comite.etica@uwiener.edu.pe</td></tr>
<tr><td>2.12</td><td>Ocurrencias/Reclamos:
En caso de existir alguna ocurrencia o reclamo, puede contactar al Comité de Ética que validó este estudio a través del presidente del Comité Institucional de Ética e Integridad Científica de la UPNW, al correo comite.etica@uwiener.edu.pe</td></tr>
<tr><td colspan="2">III. DECLARACIÓN DEL CONSENTIMIENTO</td></tr>
<tr><td colspan="2">Declaro haber leído y comprendido el contenido de este Formulario de Consentimiento Informado. He recibido una explicación clara sobre el objetivo, procedimiento y finalidad del estudio, así como respuesta a todas mis preguntas. Entiendo que mi participación es voluntaria y tengo derecho a retirar mi consentimiento en cualquier momento, sin que esto me perjudique de ninguna manera. Recibiré una copia firmada de este Formulario.</td></tr>
</table>

<table>
<tr><td></td><td></td><td rowspan="2">___ /___ / 202__.
FECHA
(dd/mm/aaaa)</td></tr>
<tr><td>FIRMA DEL PARTICIPANTE

Nombre del Participante:
DNI/Carné de Extranjería/Otros:</td><td>HUELLA DACTILAR
(opcional)</td></tr>
<tr><td></td><td></td><td rowspan="2">09/02/ 2026.
FECHA
(dd/mm/aaaa)</td></tr>
<tr><td>FIRMA DEL AUTOR RESPONSABLE

Nombre del Autor Responsable: TERESA MAGALI ZAVALETA HIDALGO.
DNI/Carné de Extranjería/Otros: DNI: 40987753</td><td>HUELLA DACTILAR
(opcional)</td></tr>
</table>

NOTA:

- La firma del testigo o representante legal será obligatoria solo si el participante tiene una discapacidad que le impida firmar o no saber leer ni escribir.

- Si otro integrante del equipo de investigación es asignado para aplicar este consentimiento informado deberá firmar en este documento.

- Recuerde que no se debe reclutar voluntarios de grupos "vulnerables" (presos, soldados, aborígenes, marginados, estudiantes o empleados con relaciones académicas o económicas con el investigador, etc.), salvo que el diseño de investigación beneficie directamente a dicha población.

Anexo 5: Carta de aprobación de la institución para investigación

PERÚ | Ministerio de Trabajo y Promoción del Empleo | Seguro Social de Salud EsSalud | EsSalud | EsSalud

Firmado digitalmente por RIOS VILLAGOMEZ Renan FAU 20131257750 hard
Motivo: Soy el autor del documento
Fecha: 06.04.2026 10:43:59-0500

"Decenio de la Igualdad de oportunidades para mujeres y hombres"
"Año de la Esperanza y el Fortalecimiento de la Democracia"

CARTA N° 000090-DRATAR-ESSALUD-2026
Tarapoto, 06 de Abril del 2026

Señor:
Khristian Vigil Vega
Secretario General
Universidad Privada Norbert Wiener
Lima.

Asunto: **AUTORIZA EJECUCIÓN DE TRABAJO DE INVESTIGACIÓN.**

Referencia: **ACTA N° 0001-2026. COMITÉ DE ETICA EN INVESTIGACIÓN DE LA RED ASISTENCIAL TARAPOTO**

Expediente : 0150220260001126

Es grato dirigirme a usted, para saludarlo cordialmente y al mismo tiempo informarle que en merito al documento de la referencia, los miembros del Comité Institucional de Ética en Investigación se reunieron para la revisión respectiva del Proyecto de Investigación titulado **"EXPERIENCIAS DEL ENFERMERO DURANTE EL CUIDADO DEL PACIENTE CRÍTICO EN UN HOSPITAL PÚBLICO DE TARAPOTO 2026"**, concluyendo en opinión favorable, por lo que el director de la Red Asistencial ESSALUD Tarapoto autoriza la recolección de datos para el mencionado estudio.

Al término de la presente investigación los investigadores deberán presentar al área de capacitación los resultados del estudio, así mismo se les recuerda que para publicar cualquier resultado deberá solicitar el permiso respectivo a la Institución.

Se expide el presente documento a solicitud de la interesada, para los fines que estime pertinente.

Sin otro particular, me suscribo de usted.

Atentamente,

Firmado digitalmente por
RENAN RIOS VILLAGOMEZ
DIRECCION RED ASISTENCIAL TARAPOTO
ESSALUD

Anexo 6: Aprobación del comité de ética

Universidad Norbert Wiener

COMITÉ INSTITUCIONAL DE ÉTICA E INTEGRIDAD CIENTÍFICA

CONSTANCIA DE APROBACIÓN DEL PROYECTO DE INVESTIGACIÓN

Lima, 10 de febrero del 2026.

Autor Responsable:
TERESA MAGALI ZAVALETA HIDALGO

Exp. Nº: 0199-2026

De mi consideración:
Es grato expresarle mi cordial saludo y a la vez informarle que el Comité Institucional de Ética e Integridad Científica (CIEIC) de la Universidad Privada Norbert Wiener evaluó y **APROBÓ** el siguiente proyecto de investigación:

Proyecto Titulado: **"Experiencias del enfermero durante el cuidado del paciente crítico en un hospital público de Tarapoto - 2026"**
Versión Nro. 1, aprobada por el asesor en fecha 09/02/ 2026.

El cual tiene como Autor(es) a:
TERESA MAGALI ZAVALETA HIDALGO
SEBASTIANA TEODOSIA ABARCA CABANILLAS

La **APROBACIÓN** otorgada comprende la verificación del cumplimiento de las buenas prácticas éticas, la adecuada evaluación del balance riesgo/beneficio, la idoneidad del equipo de investigación y la garantía de confidencialidad en el manejo de los datos, entre otros aspectos éticos y metodológicos pertinentes.

El investigador deberá considerar los siguientes puntos detallados a continuación:

- La aprobación otorgada por el CIEIC tiene una **vigencia de veinticuatro (24) meses** contados desde la fecha de emisión del presente documento. Esta vigencia es exclusiva para los procedimientos éticos revisados por el Comité y no sustituye ni aplica a los trámites administrativos ante la Oficina de Grados y Títulos.
- La constancia de aprobación por el CIEIC **no garantiza** la **aceptación** por parte de las **instituciones** en las que se planea realizar la investigación.
- En caso de requerir una **enmienda**, entendida como una modificación menor que **no altera de manera sustantiva** el proyecto aprobado, esta deberá ser presentada al CIEIC y no podrá ejecutarse sin su aprobación previa. **Cualquier cambio sustantivo deberá tramitarse como proyecto nuevo** ante el CIEIC.

Es cuanto informo a usted para su conocimiento y fines pertinentes.

Atentamente,

Mg. Angelica Karina Minaya Galarreta
Presidente
Comité Institucional de Ética e Integridad Científica
Universidad Privada Norbert Wiener

6% Similitud general

El total combinado de todas las coincidencias, incluidas las fuentes superpuestas, para ca...

Filtrado desde el informe

- Bibliografía
- Texto citado
- Texto mencionado
- Coincidencias menores (menos de 10 palabras)

Fuentes principales

4% Fuentes de Internet
0% Publicaciones
3% Trabajos entregados (trabajos del estudiante)

Marcas de integridad

N.º de alertas de integridad para revisión

No se han detectado manipulaciones de texto sospechosas.

Los algoritmos de nuestro sistema analizan un documento en profundidad para buscar inconsistencias que permitirían distinguirlo de una entrega normal. Si advertimos algo extraño, lo marcamos como una alerta para que pueda revisarlo.

Una marca de alerta no es necesariamente un indicador de problemas. Sin embargo, recomendamos que preste atención y la revise.

Fuentes principales

4% Fuentes de Internet
0% Publicaciones
3% Trabajos entregados (trabajos del estudiante)

Fuentes principales

Las fuentes con el mayor número de coincidencias dentro de la entrega. Las fuentes superpuestas no se mostrarán.

1 Internet
www.coursehero.com <1%

2 Trabajos entregados
Blackboard on 2026-07-04 <1%

3 Trabajos entregados
Universidad Wiener on 2026-09-29 <1%

4 Trabajos entregados
Universidad Wiener on 2025-10-17 <1%

5 Internet
repositorio.uwiener.edu.pe <1%

6 Trabajos entregados
Universidad Catolica de Oriente on 2026-06-04 <1%

7 Internet
www.slideshare.net <1%

8 Trabajos entregados
Aliat Universidades on 2026-06-28 <1%

9 Trabajos entregados
Blackboard on 2026-06-26 <1%

10 Trabajos entregados
Universidad Cesar Vallejo on 2026-07-21 <1%

11 Trabajos entregados
Universidad del Istmo de Panamá on 2026-07-09 <1%