

**Impacto psicosocial en familiares de pacientes en
UCI: Cómo la hospitalización en UCI afecta al nivel de
estrés que adquieren los familiares en el Hospital
Universitario de La Palma.**

Jennifer Toste López

Tutor: José Antonio Clemente Concepción

TRABAJO DE FINAL DE GRADO

GRADO EN ENFERMERÍA

FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD: SECCIÓN ENFERMERÍA

SEDE LA PALMA

UNIVERSIDAD DE LA LAGUNA

Mayo 2024



Resumen

El ingreso en las Unidades de Cuidados Intensivos (UCI) representa una situación extremadamente estresante tanto para los pacientes como para sus familiares. Esta experiencia puede desencadenar una variedad de emociones intensas y una considerable carga emocional para ambos. Los pacientes, al encontrarse en un entorno clínico altamente controlado, pueden sentir una mezcla de miedo, incertidumbre y ansiedad sobre su estado de salud y su recuperación. Al mismo tiempo, los familiares se enfrentan a sentimientos de impotencia al no poder aliviar el sufrimiento del paciente y depender del personal sanitario para obtener información y tomar decisiones cruciales. Además de contar con la incertidumbre sobre conocer la condición del paciente, así como la duración de la estancia y el pronóstico general.

Por ello, se llevará a cabo un proyecto de investigación, que tiene como objetivo examinar el nivel de estrés que conlleva el ingreso en las UCI para los familiares de primer grado incluyendo a los cónyuges.

Se realizará un estudio descriptivo prospectivo con una muestra de 167 familiares de pacientes internados en la Unidad de Cuidados Intensivos del Hospital Universitario de La Palma. Los datos se recogerán a través del cuestionario “Escala de Estrés Percibido (EEP)”, que valorará el nivel de estrés adquirido al comienzo de la hospitalización.

Palabras clave: Unidad de Cuidados Intensivos; Familiares; Pacientes.



Abstract

Admission to Intensive Care Units (ICUs) represents an extremely stressful situation for both patients and their families. This experience can trigger a variety of intense emotions and a considerable emotional burden for both parties. Patients, being in a highly controlled clinical environment, may feel a mix of fear, uncertainty, and anxiety about their health status and recovery. At the same time, family members face feelings of helplessness as they are unable to alleviate the patient's suffering and must rely on healthcare staff for information and crucial decision-making. Additionally, they must cope with the uncertainty regarding the patient's condition, the length of stay, and the overall prognosis. A research project will be conducted to examine the level of stress associated with admission to the ICU for family members.

Therefore, a research project will be conducted with the aim of examining the level of stress experienced by first-degree relatives, including spouses, due to admission to the ICUs. A prospective descriptive study will be carried out with a sample of 167 relatives of patients admitted to the Intensive Care Unit of the University Hospital of La Palma. Data will be collected using the "Perceived Stress Scale (PSS)" questionnaire, which will assess the level of stress acquired at the beginning of hospitalization.

Keywords: Intensive Care Unit; Family; Patient.



Índice

1. Introducción	4
1.1. Antecedentes	5
1.2. Marco teórico o estado actual del tema	7
1.2.1. Unidad de cuidados intensivos	7
1.2.2. Unidad de Cuidados Intensivos del HULP	8
1.2.3. Las necesidades de los familiares	10
1.2.4. Impacto producido durante la estancia en la UCI	12
1.2.5. Estrés presente en los familiares	15
1.2.6. Humanización de los cuidados	17
1.3. Pregunta de investigación	18
1.4. Justificación y definición del problema	18
2. Objetivos	20
2.1. Objetivo general:	20
2.2. Objetivos específicos:	20
3. Metodología	21
3.1. Tipo de estudio	21
3.2. Población, muestra y criterios de inclusión y exclusión	21
3.3. Variables e instrumentos de medida	23
3.4. Recogida de datos	25
3.5. Análisis de datos	26
3.6. Limitaciones y consideraciones éticas	26
3.5. Cronograma	27
3.6. Presupuesto	28
3.7. Utilidad de los resultados	28
4. Bibliografía	30
5. Anexos	38



1. Introducción

“La familia constituye un sistema en todo el sentido de la palabra, en tanto que está formada por un conjunto organizado de elementos (sus miembros) que se relacionan e interactúan entre sí de tal manera que cualquier acción, alteración o cambio en uno de ellos repercute en todos los demás y viceversa”. Silbestein D, 1997. (1)

Una persona afectada gravemente por una enfermedad aguda va a necesitar de la atención en una unidad de cuidados intensivos (UCI). Estas unidades se identifican por tener un ambiente donde prima la tecnología y la efectividad práctica sobre el vínculo humano. (2,3)

Está comprobado que el ingreso a un paciente en una UCI puede causarle a los familiares trastornos a nivel tanto psicológico como social, requiriendo en ciertos casos ayuda de tratamiento especializado. Además, también se ha podido observar que muchos necesitan de un proceso de adaptación para poder asimilar la nueva situación del familiar ingresado, por lo que pasan a convertirse así mismo en sujetos de cuidados. (3,4)

Por ello, la familia necesita tanto apoyo emocional como una comunicación clara y precisa acerca del estado de salud del paciente para mejorar la calidad del cuidado proporcionado, estableciendo criterios que permitan a los profesionales ser más sensibles al prestar atención, un aspecto que contribuirá al fortalecimiento de la imagen personal, profesional e institucional. (5)

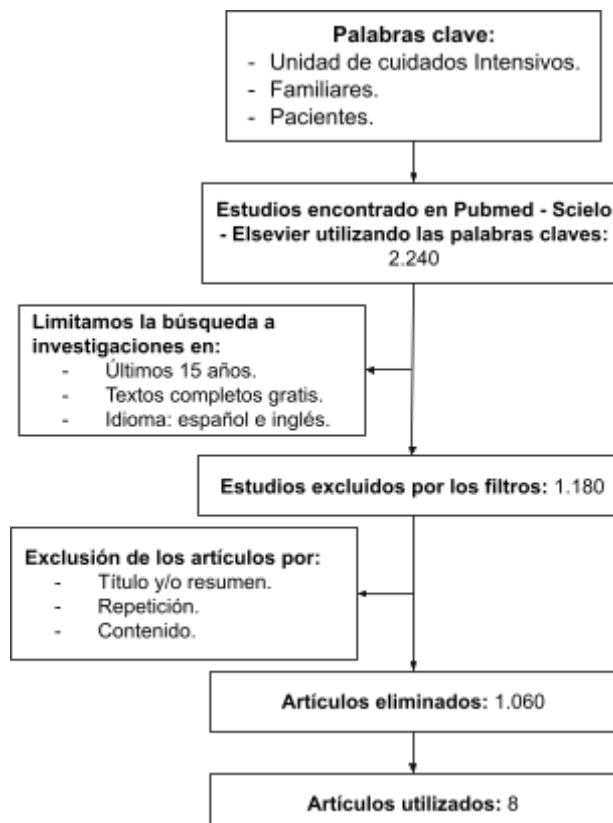


1.1. Antecedentes

Previo a la realización de este proyecto, se ha realizado una exhaustiva búsqueda bibliográfica siguiendo una serie de pasos secuenciales y coordinados, la cual incluyó la consulta de bases de datos, la revisión de artículos en varias revistas, algunas tesis doctorales y una selección de artículos destacados de la bibliografía relevante.

Para comenzar, iniciamos con una búsqueda de palabras clave mediante la base de datos de Descriptores de Ciencias de la Salud (DeCS). Identificamos tres DeCS que son adecuados para la realización de este estudio, los cuales son: Cuidados intensivos, familiares y pacientes.

A continuación, iniciamos una búsqueda bibliográfica en diversas bases de datos, incluyendo Scielo, Elsevier y PubMed, a las que accedimos a través de Punto Q y Google Académico. También, realizamos consultas directas en organizaciones de salud como fue la OMS o el Ministerio de Sanidad.





De todos los resultados obtenidos, seleccionamos ocho artículos que se enfocarán en el impacto psicosocial que experimentan los familiares de pacientes ingresados en UCI, mientras que otros también abordaron su aplicación en temas relacionados con ello, obteniendo las siguientes conclusiones.

La hospitalización en la UCI va a suponer un cambio tanto en la vida de la persona que se encuentra críticamente enferma como en la de sus familiares, implicando una incertidumbre sobre su futuro, lo que suele conllevar a un estrés para ambos, originado no solo por la gravedad que supone un ingreso en estas unidades sino también por verse afectado en la comunicación entre el familiar y el paciente. (2)

El paciente en estado crítico se define como aquel que presenta alteraciones fisiopatológicas tan severas que logran alcanzar un nivel de gravedad que representa una amenaza real o potencial para su vida, pero que por otra parte pueden ser tratadas con posibilidades de recuperación. Coucero en 2003 propuso que para identificar al paciente crítico deben cumplirse al menos dos de estas cuatro condiciones: (6)

1. Amenaza grave para la vida.
2. Enfermedad potencialmente recuperable.
3. Necesidad para asistirlo y de vigilancia continua de sus funciones vitales (monitorización).
4. Necesidad de recurrir a medidas de soporte vital con el fin de prolongar el tiempo necesario para que se produzca una recuperación espontánea o para permitir que surtan efecto las intervenciones terapéuticas implementadas. (7)

Y el paciente ingresado en estas unidades se encuentra alejado de su entorno, de su hogar y distanciado de sus seres queridos, está sometido a diferentes técnicas invasivas lo que provoca dolor y sufrimiento, pudiendo sentir un fuerte acercamiento a la muerte. (8)

Según Bergbom y Aswall en 2000, esto a su vez, supone un ambiente desconocido para sus familiares, teniendo siempre presente que un suceso trágico pueda pasarle,



desconociendo si esas puedan ser las últimas horas que estén a su lado o si por el contrario pueda quedar incapacitado para lo que le queda de vida.

Granberg en 1998 declaró que a causa de la inestabilidad que presenta el paciente, el profesional sanitario se enfoca principalmente en la observación y monitorización de éste, de modo que, a pesar de que considere que es de igual importancia tener en cuenta las necesidades de la familia, la realidad es que quedan en otro plano, olvidando que cualquier impacto adverso que afecte a alguno de ellos, repercutirá negativamente sobre el resto, ocasionando una situación de crisis y desestabilización, desconociendo, que los familiares cercanos pueden neutralizar las amenazas, los sentimientos de alejamiento y el miedo que puede sufrir una persona con una enfermedad crítica, al estos sentirse en contacto con algo real. (2,3,8)

Pelar y Tarkka en 2003 defendieron que el personal de enfermería, es el responsable de proporcionar cuidados integrales y holísticos, además de adquirir un papel significativo para poder identificar las necesidades de los familiares, pudiéndoles solucionar sus dudas y afrontar sus miedos, ya que según la teoría del cuidado de Watson (2010), estos deben extenderse a la familia del paciente crítico, ya que se considera una unidad donde todos sus miembros mantienen un estrecho vínculo, y cualquier cambio en uno de ellos tendrá repercusiones en los demás, considerando la familia un elemento esencial dentro del proceso de recuperación de todo individuo. (3, 9, 5)

1.2. Marco teórico o estado actual del tema

1.2.1. Unidad de cuidados intensivos

El Ministerio de Sanidad y Política Social define las Unidades de Cuidados Intensivos como: “Una organización de profesionales sanitarios que ofrece asistencia multidisciplinar en un espacio específico del hospital, que cumple unos requisitos funcionales, estructurales y organizativos, de forma que garantiza las condiciones de seguridad, calidad y eficiencia adecuadas para atender pacientes que, siendo susceptibles de recuperación, requieren soporte respiratorio o que precisan soporte respiratorio básico



junto con soporte de, al menos, dos órganos o sistemas; así como todos los pacientes complejos que requieran soporte por fallo multiorgánico, La UCI puede atender a pacientes que requieren un menor nivel de cuidados". (10)

El concepto de "cuidados intensivos" tiene sus raíces en la labor de la enfermera Florence Nightingale en 1854, durante la Guerra de Crimea. Nightingale consideró esencial separar a los soldados según la gravedad de sus heridas para brindarles cuidados especializados, lo que resultó en una reducción significativa de la tasa de mortalidad. Posteriormente, en 1950, el anestesiólogo Peter Safar, considerado el primer intensivista, estableció una zona de cuidados críticos donde los pacientes eran mantenidos sedados y ventilados. En 1953, debido a la necesidad de monitoreo y ventilación continua, se creó en Copenhague la primera unidad de cuidados intensivos en respuesta a una epidemia de poliomielitis. Estas iniciativas han llevado, con el tiempo, a la expansión de estas unidades en hospitales de todo el mundo. Gracias al avance tecnológico y al desarrollo de la medicina, hoy en día existen unidades especializadas en diversas ramas de la salud. (6,11)

1.2.2. Unidad de Cuidados Intensivos del HULP

La Unidad de Cuidados Intensivos de La Palma abrió sus puertas el 1 de mayo de 1998 en la clínica de Las Nieves donde solamente contaba con 5 camas. Dos años más tarde, en el año 2000, esta unidad se trasladó al Hospital Universitario de La Palma. (12)

Actualmente, esta unidad cuenta con 10 habitaciones modernas y bastante bien equipadas (respirador, aspirador, monitor, toma de oxígeno, vías intravenosas, suero, bombas para infusión, perfusores, etc). Hay una ratio paciente/enfermera en la mayoría de los días 1/1, menos cuando la unidad está muy llena de pacientes, esto cambia a 2/1. Los horarios del personal de enfermería son: diurno (08:00-20:00), nocturno (20:00-08:00) y una enfermera fija de mañana (8:00-15:00). En lo que corresponde el turno diurno/nocturno hay 4 enfermeras (algunos días suelen poner una enfermera de refuerzo, habiendo un total de 5 enfermeras).



La información sobre el estado del paciente se da una vez al día y la da el médico a los familiares a lo largo de la mañana.

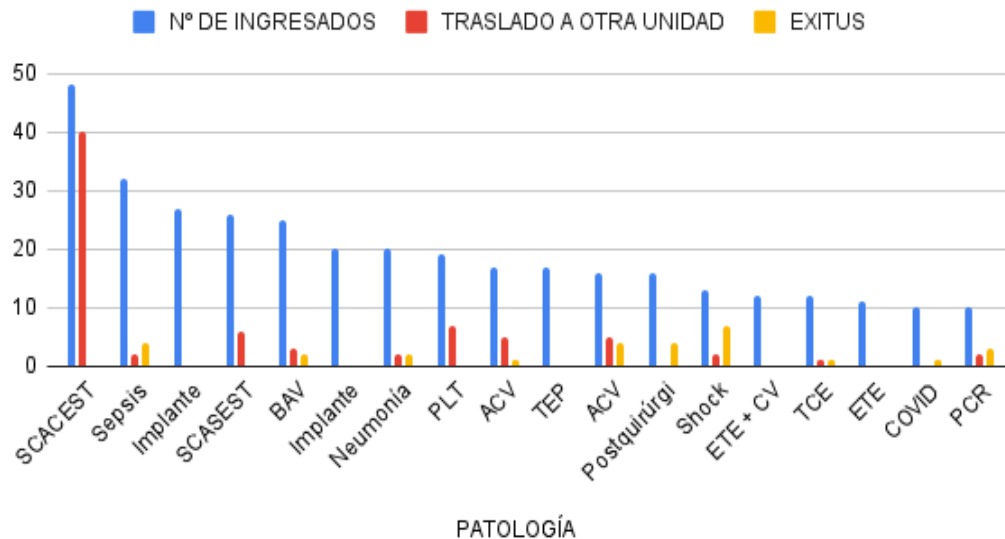
En cuanto al horario de las visitas, en esta unidad, este se divide en dos períodos diarios, de 13:30 a 14:30 horas y de 17:30 a 19:00 horas, estando permitido solo dos acompañantes por paciente, en esta visita se puede hacer el uso de teléfonos móviles, realizar videollamadas con otros familiares e incluso poner música sin que el sonido moleste al resto de pacientes. Sin embargo, si al momento del ingreso, ya pasó la hora de visitas y está lejos de la siguiente, una vez el paciente se encuentre estabilizado, puede pasar un familiar para estar estos primeros momentos de la hospitalización con él. Lo mismo pasa en los últimos momentos de la vida del paciente, donde se les permite a los familiares estar presente y acompañarlo para estar con él estas últimas horas y poder despedirse.

En el año 2023, la UCI del Hospital de La Palma, recibió a 473 pacientes, teniendo un índice de mortalidad del 7.40%, el cual ha disminuido en comparación con hace 7 años, donde había un índice de mortalidad del 11%. Las patologías más frecuentes en el año 2023 fueron; 48 pacientes ingresados por SCACEST, 32 pacientes por sepsis, a 27 pacientes se le implantaron marcapasos, 26 tuvieron un SCASEST, etc. Siendo así las patologías coronarias las más frecuentes que habitan por esta unidad. *(Anexo 1)*



Gráfica 1. Nº de ingresados según patología en la UCI del HULP en el año 2023.

UNIDAD DE CUIDADOS INTENSIVOS DEL HOSPITAL GENERAL DE LA PALMA



Fuente: Base de datos UCI, HULP.

Elaboración propia.

1.2.3. Las necesidades de los familiares

La primera vez que se habló de la atención de la familia de pacientes críticos y sus necesidades fue en 1979 en la tesis realizada por Molter dónde expuso el primer borrador del Critical Care Familiars Needs Inventory (CCFNI), apoyada por una revisión exhaustiva y la práctica clínica. Los ítems fueron expuestos por una entrevista que se le realizó a 23 estudiantes de enfermería quienes enumeraron las necesidades que creían que requieren los familiares de pacientes en situación crítica según sus experiencias. Más tarde, Leske en 1991, terminó de desarrollar la versión definitiva del cuestionario CCFNI. Esta última versión consiste en un inventario de 45 ítems, donde los familiares indican la importancia que atribuyen a diversas necesidades planteadas. Se evalúan cinco aspectos: información, apoyo por parte de los profesionales, comodidad o confort, cercanía al paciente y la seguridad de que su familiar está bien atendido (Tabla 1). Pero no fue hasta el



año 2011 que fue validada por Gómez Martínez et al a la versión española, la cual consta de 11 ítems, estructurado en 4 subescalas las cuales evalúan: (4, 13, 14) (Anexo 2)

- Cuidado médico del paciente.
- Atención personalizada al familiar.
- Comunicación e información entre el médico y el paciente.
- Mejoras potenciales identificadas. (15)

Pardavila y Vivar (2012) en su investigación sobre las necesidades de las familias en las UCIs, señalan que la falta de una comunicación efectiva con los familiares de los pacientes críticos puede generar sentimientos como preocupación, ansiedad, frustración, estrés, soledad, desánimo, enfado, tristeza y miedo. (5)

Carlson et al en 2015 en un estudio sobre el cuidado en la UCI, añadió a parte de los síntomas anteriores, el trastorno de estrés postraumático (TEPT). Por esta razón, para mitigar el sufrimiento de las familias, Álvarez y Kirby (2006) enfatizaron en la importancia de que la información que el familiar reciba debe ser honesta, entendible y proporcionada a tiempo. Así mismo, para los familiares es esencial establecer un vínculo con el profesional encargado del cuidado del paciente, sin embargo, esta necesidad se ve afectada cuando hay más de un médico atendiendo al paciente o cuando hay varios cambios de enfermera. (5)

En cuanto a la cercanía al paciente, los familiares expresan la necesidad de una política de visitas más flexible sin tantas restricciones en el horario de visita, la justificación de esto suele ser el manejo de las infecciones nosocomiales o la mejora de la atención al paciente y generar un ambiente tranquilo y sin estrés, en cambio, hay pocos estudios que demuestren que un régimen de visitas restrictivo frente a uno más liberal sea beneficioso. (15,16)

En términos de seguridad, se ha comprobado que la percepción de los familiares de que el paciente esté siendo atendido por profesionales competentes y compasivos genera un sentimiento de seguridad y esperanza en las familias. (15)



Tabla 1. Las 5 grandes dimensiones de necesidades (CCFNI, Leske JS) (17)

Necesidad de los familiares	Definición
Seguridad	Necesidad de esperar el resultado deseado, así como de sentir seguridad y confianza en el profesional que lo atiende.
Información	Necesidad de estar informado sobre el entorno del paciente, incluyendo la observación directa del paciente y su cuidado, así como el contacto con el personal que lo atiende.
Proximidad	Necesidad de mantener contacto con el paciente y estar cerca de él, tanto física como emocionalmente.
Confort	Necesidad de comodidad física, con mobiliario adecuado, acceso a un teléfono, buena alimentación, y una actitud de aceptación por parte del personal del hospital.
Apoyo	Necesidad de recibir ayuda, asistencia y apoyo para expresar sus sentimientos y emociones y para manejar sus problemas.

1.2.4. Impacto producido durante la estancia en la UCI

En 2001, Coyle estableció que la adaptación a un ingreso en una UCI, puede dar lugar a diversas alteraciones psicológicas. Entre estas, se destaca el temor que aparece a causa de cambios en las rutinas y procedimientos de monitorización, influyendo en el bienestar emocional del paciente. (18)

Según Gómez, Monsalve, Soriano y de Andrés en 2007, durante una estancia prolongada en estas unidades, los pacientes suelen experimentar con mayor frecuencia ansiedad, estrés, depresión y el llamado síndrome de cuidados post -intensivos. (18)

La aparición de estas alteraciones vienen dadas debido a factores como un excesivo ruido que entorpece el sueño y el descanso, el dolor y las medidas utilizadas para la ventilación que hace que la comunicación efectiva de los pacientes quede limitada. A esto



se le suma, el sentimiento de déficit de autocontrol, siendo esta una de las necesidades más demandadas por el paciente y la que más ausencia tiene; la sensación de seguridad y de conocer “lo que le está pasando”. (19)

De acuerdo a los autores previamente nombrados, las alteraciones emocionales pueden persistir durante varios meses después del alta hospitalaria, llegando incluso a desarrollar un TEPT, lo que demuestra que es de gran importancia llevar un seguimiento para detectar y tratar adecuadamente estas condiciones. (18)

Estas alteraciones no son únicas del paciente ingresado en UCI, también lo son para sus familiares, quienes se ven forzados de manera drástica a realizar cambios en sus rutinas y en sus tareas habituales. Se ha observado que, durante la estancia, es común que los familiares experimenten signos de TEPT, síntomas depresivos y otras afecciones emocionales específicas, los cuales pueden permanecer incluso pasado tres meses desde la hospitalización del paciente. En familiares de pacientes cuyo riesgo de fallecer es elevado, se ha estudiado que existe una alta prevalencia de sensación de miedo, ansiedad, depresión y tristeza. Un estudio de Jennifer Lea McAdam realizado en California reveló que hasta un 43% de los familiares presentaban, después de un año de la estancia del paciente, síntomas depresivos, los cuales en la mayoría de casos tendieron a disminuir. También se pudo registrar que existe una prevalencia de entre el 13% y el 56% de estrés postraumático, siendo mayor el porcentaje en los familiares de pacientes de mayor edad. (20, 21, 22, 23)

No solo perjudican en la salud, sino que además complican la toma de decisiones, que a menudo debe hacerse responsable los familiares. Por todo esto, es importante considerar a las familias como posibles receptores de cuidados, prestando atención a cómo superan el ingreso del paciente en la UCI. (21)

Una de las alteraciones físicas, psicológicas y cognitivas que ocurren con más frecuencia en estas unidades, es el llamado Síndrome Post-UCI. Este síndrome fue descrito en el año 2012, en una conferencia convocada por la Sociedad de Medicina de Cuidados



Críticos (SCCM) donde reunió tanto a profesionales relacionados con la medicina intensiva como a grupos de pacientes y familiares a los cuales exploró las respuestas físicas, cognitivas y mentales que se puede experimentar en estas unidades críticas y lo definió como: “Nuevos o empeoramiento de los problemas de salud física, mental o cognitiva relacionados con la enfermedad crítica que persisten al alta del hospital en el sobreviviente”. Además, relacionó este término con los familiares o cuidadores, Post-Intensive Care Syndrome–Family (PICS-F), ya que estos también pueden experimentar complicaciones en su salud mental como resultado de la enfermedad crítica del paciente. (24)

Definiendo entonces al PICS-F como al conjunto de manifestaciones y síntomas, de carácter principalmente psicológico además de físicos y cognitivos, experimentados por los familiares de pacientes hospitalizados en unidades de cuidados intensivos durante su estancia y que pueden perdurar hasta después del alta médica, lo que suele conllevar a un impacto negativo en la calidad de vida, como puede ser experimentar episodios de fatiga, verse reducidas las horas de trabajo o directamente haber un cese en la actividad laboral (aumentando las bajas por enfermedad), también puede interferir en las horas de descanso, afectando la calidad del sueño (aparición de trastornos como insomnio) percibir dificultades financieras que puedan perjudicar la economía del hogar. Todo esto retroalimenta la respuesta de estrés provocando un ciclo de consecuencias negativas. (20, 25, 26)

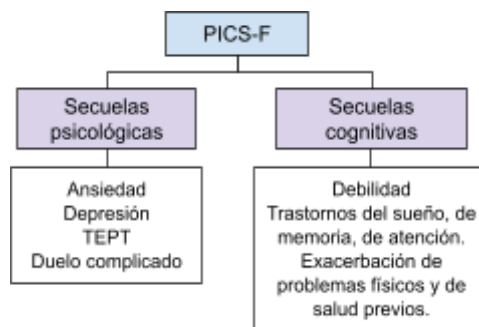
Según estudios de Petrowski K, et al., Dettling D, et al. y Araújo R, et al., el grupo de familiares con mayor riesgo de desarrollar PICS-F, tiende a incluir a individuos de sexo femenino, de menor edad y con nivel educativo más bajo. Además de estos factores descritos, existen circunstancias adicionales que aumentan la vulnerabilidad de los familiares ante el desarrollo de PICS-F. Entre estas se encuentran el ser un niño y tener que asumir responsabilidades de adulto debido a la situación, ser el cónyuge, ya que hay un cambio de rol en la unidad familiar y mayor probabilidad de que aparezcan problemas financieros, sufrir de trastornos mentales, participar en decisiones cruciales sobre el



paciente, lidiar con el duelo, enfrentar la gravedad de la enfermedad aguda y sentir insatisfacción con la información proporcionada. (27)

Por ello, es de gran importancia que los profesionales de la salud reconozcan que la atención en la UCI no se limita exclusivamente al paciente, sino que también deben considerar a los familiares como pacientes secundarios. Al comprender el vínculo entre el paciente-familia como una sola unidad de cuidado, es necesario brindar intervenciones específicas tanto para prevenir como para tratar las posibles secuelas mentales, cognitivas y físicas que pueden surgir del PICS-F. (27)

Figura 1. Diagrama conceptual del síndrome de cuidados post intensivos (PICS)



Fuente: Improving long-term outcomes after discharge from intensive care unit: report from a stakeholders' conference. Elaboración propia.

1.2.5. Estrés presente en los familiares

“La Unidad de Cuidados Intensivos es una de las áreas del Hospital donde más estrés se genera, tanto en los pacientes críticos ingresados en ella como en los miembros de su familia”. Duque Delgado, L., Rincón Elvira, E., & León Gómez, V. 2020 (5)

Según Verhaeghe, Van Zuuren, Grypdonck, Duijnstee & Defloor, 2010, el ingreso de un paciente en la UCI desencadena una situación traumática e inestable, no solo para el paciente, sino también para sus familiares. En 2006, Chien, Chiu, Lam & Ip exponen que la enfermedad crítica a menudo resulta en un deterioro abrupto, lo que lleva a realizar un



ingreso de manera precipitada, lo que requiere que las familias se adapten rápidamente a cambios drásticos en sus rutinas y roles habituales. Escudero, Viña & Calleja en 2014 declararon que el entorno de la UCI, caracterizado por ser altamente interventivo y ruidoso, a menudo carece de humanidad y deja a los familiares fuera de las unidades, limitando, e incluso eliminando, su capacidad de comunicarse con los profesionales y el paciente. Todos estos factores exigen respuestas de las familias que a menudo superan sus recursos de adaptación además de experimentar una alteración en su bienestar emocional al enfrentarse a una situación completamente nueva como es ver a un pariente en esta unidad, lo que provoca sentimientos de angustia, incertidumbre, miedo y estrés, generando una crisis en el entorno familiar. En consecuencia de todo ello, Malia en 2006 muestra que el estrés familiar puede verse como un proceso complejo de cambio influenciado por las respuestas tanto del sistema familiar en su conjunto como de cada individuo en particular .(28, 29)

Los familiares se enfrentan a mayores desafíos, ya que sus necesidades incluyen el deseo de tener contacto con el paciente y con los profesionales de la salud (como cercanía, mantener la esperanza, recibir información y confiar en que su ser querido está en buenas manos). Estas necesidades a menudo se experimentan en silencio y pueden pasar desapercibidas para el personal de salud, generando estrés y ansiedad en los familiares cuando no se satisfacen. (30)

Aunque se reconoce que el contexto de la UCI es estresante tanto para los familiares como para los pacientes, la mayor parte de los estudios se basa en cómo estos factores estresantes afectan a los pacientes, tanto desde la perspectiva del propio paciente como desde la de su familia, por lo que existe una falta de investigación sobre los factores estresantes específicos que afectan a los propios familiares. Un estudio realizado por Da Costa et al. (2010) en una UCI de un hospital público en Brasil evaluó a 53 familiares de pacientes críticos. Los autores encontraron que los factores que más estrés generaban estaban relacionados con el paciente y su sufrimiento. Específicamente, los principales factores estresantes fueron el motivo y la duración del ingreso, el estado en el que se



encontraba el paciente, la incapacidad para comunicarse y la imposibilidad de estar junto a él. (31)

Otra investigación llevada a cabo por Bach. Chinchay Ardiles, Julaise Paola en 2019 en la UCI del Hospital Eleazar Guzmán Barrón, la cual incluyó a 30 familiares en los meses de marzo a julio, donde presentaron niveles de estrés alto y moderado en iguales porcentajes (50.0%), sin presentar ningún caso de bajo estrés. (32)

Estos coinciden con García & Vargas en 2012 en un estudio de carácter cuantitativo titulado "Sobrecarga de roles en el estrés del cuidador familiar del adulto mayor con dependencia funcional". Concluyeron que el 5.0% de los participantes mostraron estrés bajo, el 25.0% presentó estrés moderado y el 70.0% experimentó estrés alto. Resultados similares fueron obtenidos por Morán & Ramírez, 2019 en su investigación descriptiva-correlacional de corte transversal titulada "Nivel de estrés asociado al apoyo que brinda la enfermera al familiar cuidador en la unidad de cuidados intensivos Hospital Belén de Trujillo, 2019", donde concluyó que el 31.3% de los familiares cuidadores tuvieron un nivel medio de estrés, mientras que el 28.1% experimentaron un nivel alto, y solo el 6.3% mostró un nivel bajo de estrés. En contraste, los resultados del presente estudio difieren de los de Vargas, 2018 en su investigación cuantitativa sobre "Niveles de estrés en los familiares de los pacientes atendidos en la unidad de cuidados intensivos de un hospital general". Obteniendo que el 90% de los familiares tenían algún nivel de estrés, mientras que el 10% no presentaron estrés. Dentro del grupo que mostró estrés, el 50% tuvo un nivel bajo, el 30% un nivel medio y el 10% un nivel alto. (32)

1.2.6. Humanización de los cuidados

El ingreso de un paciente en la Unidad de Cuidados Intensivos conlleva importantes cambios para el núcleo familiar, uno de ellos, el alto riesgo de inadaptación emocional. Los miembros de la familia experimentan diversas alteraciones físicas, emocionales y muchos se ven afectados económicamente. Por ello, la familia se enfrenta a una crisis que requiere de la actuación y humanización de la UCI por parte de los profesionales de



la salud para así fomentar su capacidad de adaptación y afrontamiento a esta nueva situación. Manteniendo una comunicación respetuosa y amable con el familiar, comprendiendo su nivel de estrés y su capacidad de afrontamiento y adaptación, de modo que se le pueda brindar el apoyo necesario durante el mismo problema o situación difícil, evitando que se sienta olvidado. (33)

El enfoque de humanización en la UCI implica considerar a la familia como un elemento central en todas las acciones de atención, ya que una familia involucrada activamente es más capaz de enfrentar la desesperanza asociada con el ingreso de un paciente en cuidados intensivos. Los profesionales de enfermería, al demostrar empatía, amabilidad, acompañamiento y proporcionar explicaciones claras durante los procedimientos, generan confianza, calma y están receptivos a escuchar activamente a la familia. Esto contribuye a que la familia perciba la atención como de alta calidad, lo que puede influir en su nivel de satisfacción, tanto de manera positiva como negativa. (34)

Por tanto, es crucial para la enfermería concienciar y humanizar su función en lo que respecta a la interacción, apoyo y comunicación efectiva que debe brindar a las familias de los pacientes en estas unidades. Esto es fundamental para satisfacer las necesidades de las familias y orientar los cuidados hacia ellas de manera adecuada. (34)

1.3. Pregunta de investigación

¿Qué nivel de estrés supone la hospitalización de un familiar en una Unidad de Cuidados Intensivos en el Hospital Universitario de La Palma?

1.4. Justificación y definición del problema

Desde tiempos inmemoriales, la familia ha sido un pilar fundamental en el cuidado de los enfermos. Años atrás, cuando la atención se brindaba en casa, la responsabilidad de cuidar al paciente recaía exclusivamente en los seres queridos. Sin embargo, con la



expansión de la atención hospitalaria, se ha evidenciado que la presencia familiar en el hospital no solo implica una participación más activa en los cuidados, sino que también se convierte en una fuente de apoyo tanto para el paciente como para el personal médico. (35)

A lo largo de los años, el enfoque de los cuidados se ha centrado mayormente en el paciente, descuidando en ocasiones el papel crucial que desempeña su familia. No obstante, la literatura científica sostiene firmemente que la familia es esencial en el día a día del paciente, y facilitar su presencia y participación debe ser una prioridad para el personal de enfermería tanto en hospitales como en atención primaria. (35)

La importancia de la presencia y apoyo familiar se hace aún más patente en el caso de pacientes ingresados en unidades de cuidados críticos, ambientes conocidos por su naturaleza desafiante en el ámbito hospitalario donde con frecuencia sufren de ansiedad (70%), depresión (35%) y estrés pos-traumático (35%), que puede perdurar años. Por consiguiente, comprender las experiencias de las familias de pacientes críticos y reconocer los factores que generan estas alteraciones, proporcionará al personal estrategias que ayuden a mejorar la calidad del cuidado ofrecido a estas familias. (35)

Siendo consciente del papel que desempeña el familiar en el proceso de hospitalización de un paciente y las implicaciones que este rol tiene para el paciente, se reconoce que los familiares son un recurso invaluable para el bienestar de la persona ingresada, y que asumir el papel de cuidador en estas unidades puede tener efectos negativos en su salud, siendo el estrés el más destacado.

La ausencia de estudios realizados en España que aporten datos de prevalencia de estrés en los familiares ni sobre factores de riesgo que puedan generarlo, permitiendo ser tenidos en cuenta para su prevención, hace necesario esta investigación en el marco del Hospital Universitario de La Palma, no descartando ampliar el ámbito de estudio en el futuro.



2. Objetivos

2.1. Objetivo general:

- Conocer el nivel de estrés en familiares de pacientes en la Unidad de cuidados intensivos en el Hospital Universitario de La Palma.

2.2. Objetivos específicos:

- Conocer si la patología del ingresado tiene o no relación con el estado emocional del familiar.
- Indicar cual es el perfil de los familiares afectados con más vulnerabilidad a sufrir estrés.



3. Metodología

3.1. Tipo de estudio

El tipo de estudio que se empleará para este proyecto de investigación será de tipo descriptivo prospectivo. Esto quiere decir que se va a basar en describir comportamientos o condiciones que alteren el nivel de estrés que sufre la muestra a estudiar y se irá recogiendo los datos una vez desarrollado el evento.

En este caso los datos serán recogidos mediante encuestas en las que se detallará si existe cambios de estrés considerables en los familiares ingresados en UCI, a lo largo de un período definido de tiempo sin intervenir en el entorno.

3.2. Población, muestra y criterios de inclusión y exclusión

La población a estudiar estará formada por los familiares mayores de edad, que sean de primer grado y cónyuges, eso quiere decir, padre/madre, hijos, hermanos, marido o mujer que estén ingresados en la Unidad de Cuidados Intensivos del Hospital Universitario de La Palma.

Actualmente el horario de visitas de la UCI del HULP permite el acceso de dos familiares por paciente en el horario de mañana y tarde. Consideraremos el estudio de un familiar por paciente para equiparar el número de encuestados por paciente ya que salvo casos excepcionales por exceso o por defecto todos los pacientes cuentan con al menos una visita. Para seleccionar la muestra de familiares de los pacientes críticos del HULP, se tendrá en cuenta el número de pacientes ingresados en el último año, siendo este 473. Se ha utilizado la siguiente fórmula que nos ayudará a determinar el tamaño muestral: (36)

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

En donde:



- N: Total de la población, 473.
- Z_{α}^2 : Nivel de confianza. Corresponde en este caso al 95%, lo que equivale a 1.96.
- p: Proporción de la población con las características que estamos buscando, queriendo un 50%= 0.5.
- d: Precisión que queremos obtener, (en este caso se quiere del 3%).
- q: 1-p, siendo este 1-0.5= 0.5.

$$n = \frac{473 \cdot 1.96^2 \cdot 0.5 \cdot 0.5}{0.03^2 \cdot (473-1) + 1.96^2 \cdot 0.5 \cdot 0.5}$$

$$n \approx 142$$

Ajustamos la muestra a las pérdidas con la siguiente fórmula:

$$\text{Muestra ajustada a las pérdidas} = n \cdot \frac{1}{1-R}$$

Donde:

- R: proporción esperada de pérdida (15%= 0.15).
- n : 142.

$$\text{Muestra total} = 142 \cdot \frac{1}{1-R}$$

$$\text{Muestra total} \approx 167$$

Por lo tanto, será necesario una muestra de 167 personas.

La participación en dicho proyecto será de forma voluntaria, teniendo en cuenta los diferentes criterios de inclusión y exclusión que encontraremos a continuación:

Criterios de inclusión

- Sujetos con familiar ingresado en la UCI.
- Sujetos con familiar en la UCI de primer grado, incluidos cónyuges.
- Sujetos con familiar mayor de 18 años.



Criterios de exclusión

- Sujetos con familiar en UCI con barrera idiomática que le dificulte entender el cuestionario.
- Sujetos con familiar en UCI con deficiencia cognitiva.
- Sujetos con familiar en UCI que no firme el consentimiento informado.
- Sujetos con familiar en UCI que no quiera responder el cuestionario.
- Haber sido diagnosticado de algún trastorno psicológico reciente que pueda influir en la evaluación, ocultando los efectos psicológicos que pueda ocasionar la hospitalización de un familiar en la UCI.

3.3. Variables e instrumentos de medida

Variables sociodemográficas

- Edad: Corresponde a una variable cuantitativa, expresada de forma numérica.
- Estado civil: Casado, pareja de hecho, soltera, divorciada, viuda. Variable cualitativa politómicas nominal.
- Sexo: masculino/ femenino. Variable cualitativa dicotómica.
- Parentesco: Padre, madre, hijo/a, hermano/a. Variable cualitativa politómicas nominal.
- Nivel socioeconómico: Alto, medio, bajo. Variable cualitativa politómicas nominal.
- Nivel de estudios: ESO, Bachillerato, FP, Universidad. Variable cualitativa politómicas nominal.

Variables de estudio

- Nivel de estrés de los familiares. Estrés bajo, estrés moderado, estrés alto. Variable cualitativa politómicas nominal.



Instrumentos de medida

Los instrumentos de medida que utilizaremos para la realización de este proyecto de investigación serán cuestionarios y escalas. Estos serán de carácter anónimo y voluntario, es decir, podrá realizarlo cualquier persona que cumpla con los criterios de inclusión y sus datos serán tratados con total anonimato según lo estipulado por la Ley Orgánica 3/2018, de 5 de diciembre, de Protección de Datos Personales y Garantía de los Derechos Digitales. Además, cabe recalcar que con estos instrumentos de medidas no tratamos de diagnosticar ninguna enfermedad mental, están pensados como una herramienta que ayuda a evaluar el estado de salud del encuestado. (37)

- Hoja de registro de datos sociodemográficos de los familiares

Con el fin de lograr los objetivos de esta investigación, se deberán de obtener datos sociodemográficos de los familiares utilizando un formulario de registro diseñado para este propósito. (Anexo 3)

- Escala de Estrés Percibido (EEP)

La Escala de Estrés Percibido (EPP) es una versión española de la Perceived Stress Scale (PSS) de Cohen, Kamarck y Mermelstein (1983), adaptada al español por el Dr. Eduardo Remor. Cohen, creó esta escala con el propósito de medir el grado en que las personas valoran las situaciones de sus vidas como estresantes, aunque también incluye preguntas destinadas a evaluar el nivel actual de estrés experimentado por el sujeto. El resto de sus ítems evalúan cómo las personas perciben la vida como impredecible, incontrolable o abrumadora. Estos tres aspectos han sido consistentemente identificados como elementos fundamentales de la experiencia de estrés en diversas investigaciones; Averill, 1973; Cohen, 1978; Glass & Singer, 1972; Lázaro, 1966; Seligman, 1975. (38,39)

Se ha elegido esta escala ya que está ampliamente reconocida como la herramienta principal para medir el estrés emocional en estudios clínicos y epidemiológicos. (40)



Está formada por 14 ítems, cada uno tiene un patrón de respuesta de cinco opciones: nunca, casi nunca, de vez en cuando, a menudo y muy a menudo, que dan puntuaciones de cero a cuatro. En cambio, los ítems 4, 5, 6, 7, 9, 10 y 13 tienen un patrón de puntuación reverso de cuatro a cero. El resultado final de este instrumento (entre 0 y 56) indica que la mayor puntuación corresponde con un mayor nivel de estrés percibido. (33, 41, 42)

Los rangos finales de la calificación son:

- Estrés bajo: El valor obtenido es de entre 0-17.
- Estrés moderado: El valor obtenido es de entre 18-36.
- Estrés alto: El valor obtenido es de entre 37-56. (Anexo 4) (43)

Se pasará en la medida de lo posible en las primeras horas del ingreso, ya que según los autores Płaszewska-Żywko & Gazda, 2012, Mitchell & Courtney, 2004, Fumis et al., 2015 los niveles de ansiedad, estrés, nerviosismo e incertidumbre tienden a disminuir después de 48-72 horas en comparación con el momento inicial del ingreso. (44)

3.4. Recogida de datos

En primer lugar, una vez obtenidas las autorizaciones necesarias para llevar a cabo el proyecto, se procederá a contactar con 1 enfermero de la unidad para explicarle los detalles del estudio, incluyendo sus objetivos, los cuestionarios y cómo deben ser completados. Este será responsable de informar a los familiares que cumplan con los criterios de inclusión acerca de la investigación que se llevará a cabo y cómo deben rellenar los cuestionarios en cuestión.

La entrega de los cuestionarios a los familiares empezará una vez se tengan los permisos necesarios y se terminará una vez alcanzados los 167 familiares.



3.5. Análisis de datos

Los datos obtenidos por la “Hoja de registro de datos sociodemográficos de los familiares” y por la “Escala de Estrés Percibido” serán recogidos mediante una hoja de cálculo en el programa Excel. Estos serán analizados mediante el programa estadístico SPSS para PC, v.25.0. (45)

En cuanto al tratamiento y análisis de los datos, se emplearán métodos estadísticos descriptivos. En el caso de las variables cuantitativas, se aplicarán medidas de tendencia central como la media, la desviación estándar, la mediana, los valores mínimos y máximos y la T de Student, sin embargo, las variables cualitativas serán analizadas en función de sus frecuencias, porcentajes y se aplicará la prueba de “chi cuadrado”.

Por otro lado, realizaremos una descripción utilizando tablas de contingencia y gráficos de barras para examinar el nivel de estrés en la población estudiada, en donde expondremos las relaciones existentes entre las variables a estudiar, en el caso de que las hubiera, mediante el coeficientes de correlación de Pearson.

3.6. Limitaciones y consideraciones éticas

La participación en esta investigación es de carácter completamente voluntaria, lo que significa que se respeta el derecho de los individuos a decidir no participar. En lo que refiere la recopilación de información, hemos precisado de datos personales relacionados con la salud de los participantes con los cuales se seguirá lo estipulado por la Ley Orgánica 3/2018, de 5 de diciembre, de Protección de Datos Personales y Garantía de los Derechos Digitales, donde deberán cumplimentar un consentimiento informado (Anexo 5), en el que se manifiesta la utilización de sus datos para la realización de este estudio, asegurando la confidencialidad de cada participante y destruyendo los formularios utilizados una vez recogida la información a estudiar.



Así mismo, se presentará una carta de solicitud ante la Gerencia del Hospital Universitario de La Palma (Anexo 6) para obtener los permisos necesarios para llevar a cabo el estudio, así como ante el Comité de Ética e Investigación Clínica del Servicio Canario de Salud. (Anexo 6)

3.5. Cronograma

Etapas	Tiempo en meses						
	Sept	Oct	Nov - Febr	Marzo	Abril- Nov	Diciembre	Enero
Planificación							
Elección del tema							
Búsqueda bibliográfica							
Elaboración del proyecto							
Organización							
Solicitud de los permisos al hospital							
Análisis de datos							
Recogida y análisis de datos							
Elaboración de conclusiones							
Informe final							



3.6. Presupuesto

Los gastos generados se destinarán a cubrir los recursos materiales y humanos. A continuación se mostrará dicho presupuesto en una tabla con el material, el coste y la cantidad que será necesaria usar.

	Concepto	Cantidad	Total en €
Recursos humanos	Enfermero/a	1	1400
	Investigador	1	2500
Recursos materiales	Impresora y tinta	1	80
	Folios	Pack de 500	10
	Bolígrafos y grapadora	Varios	20
TOTAL			4010€

3.7. Utilidad de los resultados

La realización de este trabajo, independientemente de los resultados que obtengamos, nos ofrecerá la oportunidad de identificar fortalezas para mantener y potenciar así como áreas de mejora. Todo esto nos permitirá no solo mejorar el sistema de salud y el entorno de cuidados, sino que también estaremos ofreciendo un apoyo más efectivo y compasivo a quienes atraviesan momentos difíciles durante la hospitalización de sus seres queridos en la UCI.



4. Bibliografía

1. Stephen D. Silberstein. La familia, un paciente olvidado. Revista ROL de enfermería. 1997. N° 223: 25-30. Disponible en:
<https://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=3558197>
2. Engström, Å., & Söderberg, S. The experiences of partners of critically ill persons in an intensive care unit. Intensive & Critical Care Nursing: The Official Journal of the British Association of Critical Care Nurses. 2004; 20(5), 299–308. Disponible en: <https://doi.org/10.1016/j.iccn.2004.05.009>
3. Llamas-Sánchez, F., Flores-Cordón, J., Acosta-Mosquera, M. E., González-Vázquez, J., Albar-Marín, M. J., & Macías-Rodríguez, C. Necesidades de los familiares en una Unidad de Cuidados Críticos. Enfermería intensiva. 2009; 20(2), 50–57. Disponible en:
<https://www.elsevier.es/en-revista-enfermeria-intensiva-142-articulo-necesidades-l-os-familiares-una-unidad-13138296>
4. Hidalgo Fabrellas I., Vélez Pérez Y., Pueyo Ribas E. Qué es importante para los familiares de los pacientes de una Unidad de Cuidados Intensivos. Enferm Intensiva. 2007;18 (3):106-14. Disponible en:
<https://www.elsevier.es/es-revista-enfermeria-intensiva-142-pdf-13109369>
5. Delgado, L. D., Elvira, E. E. R., & Gómez, V. E. L. Apoyo emocional de las familias a los pacientes en unidades de cuidados intensivos: revisión bibliográfica. Revista Ene. 2020; 14(3). Disponible en:
<http://www.ene-enfermeria.org/ojs/index.php/ENE/article/view/1125/apoyoemocional>
6. Aguilar García César Raúl, Martínez Torres Claudia. La realidad de la Unidad de Cuidados Intensivos. Med. crit. (Col. Mex. Med. Crit.). 2017; 31(3): 171-173. Disponible en:



[http://www.scielo.org.mx/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S2448-89092017000300171&lng=es.](http://www.scielo.org.mx/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S2448-89092017000300171&lng=es)

7. Vidal, A. C. Tecnología, dolor y sufrimiento en las unidades de críticos. Universidad Autónoma. Madrid. Redallado.es. Disponible en:
https://www.redallado.es/pluginfile.php/162/mod_page/content/3/PS%2B5_TECNOLOG%20C3%8DA%20DOLOR%20Y%20SUFRIMIENTO%20EN%20LAS%20UNIDADES%20DE%20CR%20C3%8DTICOS.pdf
8. Brevis Urrutia, Ivonne; Silva Garrido, Pamela. Creencias, sentimientos e incertidumbre frente a la enfermedad en familiares de pacientes ingresados a UCI. Rev. chil. med. intensiv. 2011; 26(1): 27-34. Disponible en:
https://www.academia.edu/6495395/Creencias_Sentimientos_e_Incertidumbre_frente_a_la_enfermedad_en_familiares_de_pacientes_ingresados_a_UCI
9. Vázquez Calatayud, M., & Eseverri Azcoiti, M. C. . El cuidado de las familias en las unidades de cuidados intensivos desde la perspectiva de Jean Watson. Enfermería intensiva. 2010; 21(4): 161–164. Disponible en:
<https://www.elsevier.es/es-revista-enfermeria-intensiva-142-articulo-el-cuidado-las-familias-las-S1130239910000593>
10. Ministerio de sanidad y política social. Unidad de cuidados intensivos: estándares y recomendaciones. 2010. Disponible en:
<https://www.sanidad.gob.es/areas/calidadAsistencial/excelenciaClinica/docs/UCI.pdf>
11. Tema 1. Organización de una Unidad de Críticos. Salusplay.com. Disponible en:
<https://www.salusplay.com/apuntes/cuidados-intensivos-uci/tema-1-organizacion-de-una-unidad-de-criticos>
12. Medina, E. R. . “En la UCI luchamos para que el paciente no solo salga vivo sino que pueda saludarte en la calle”. elDiario.es. 2016. Disponible en:



https://www.eldiario.es/canariasahora/lapalmaahora/sociedad/uci-hospital-la-palma-doctor-ramos_1_3944366.html

13. Molter NC. Needs of relatives of critically ill patients: a descriptive study. *Heart Lung*. 1979; 8 (2): 332-9. Disponible en:
<https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/253712/>
14. Padilla CF. Most Important Needs of Family Members of Critical Patients in Light of the Critical Care Family Needs Inventory. *Invest Educ Enferm*. 2014; 32 (2): 306-316. Disponible en:
<https://revistas.udea.edu.co/index.php/iee/article/view/19969/17069>.
15. Gómez Martínez S, Ballester Arnal R, Gil Juliá B. El Cuestionario de Necesidades de los Familiares de Pacientes de Cuidados Intensivos (CCFNI) versión breve: adaptación y validación en población española. *Anales del Sistema Sanitario de Navarra*. 2011; 34 (3): 349–61. Disponible en:
<https://dx.doi.org/10.4321/S1137-66272011000300002>
16. Ramona Bernat Bernat. Necesidades de la familia del paciente crítico: revisión bibliográfica. *Nursing*. 2008; 26 (9). Disponible en:
<https://www.elsevier.es/es-revista-nursing-20-pdf-S0212538208708069>
17. Saida Fernández Sotelo. Las necesidades de los familiares del paciente crítico en una Unidad de Cuidados Intensivos. TFG. Escuela universitaria de enfermería A Coruña. 2015. Disponible en:
https://ruc.udc.es/dspace/bitstream/handle/2183/15330/Fernandez_Saida_TFG_2015.pdf
18. Vivar VMC, Rodríguez JC, Sasig NGM, Franco MAC. Consecuencias que generan a los pacientes ingresados en la unidad de terapia intensiva. *RECIMUNDO*. 2021; 29;5(Especial 1):179–85. Disponible en:
<https://www.recimundo.com/index.php/es/article/view/1486/192>



19. P. Gómez-Carretero, V. Monsalve, J.F. Soriano, J. De Andrés. Alteraciones emocionales y necesidades psicológicas de pacientes en una Unidad de Cuidados Intensivos Med Intensiva. 2007;31 (6): 318-25. Disponible en: <https://medintensiva.org/es-pdf-13108551>
20. M^o T, Casillas L. Estrategias de prevención y control frente a la aparición del Síndrome Post-UCI en el paciente crítico y la familia. Una revisión narrativa. TFG. 2021 Disponible en: https://repositorio.uam.es/bitstream/handle/10486/698181/mata_garcia%20notario_lucia%20de%20latfg.pdf?sequence=1
21. Martínez-Villamea S, Alonso-Rodríguez A, Sánchez-Vallejo A, Gallego-Lorenzo J. Estilos de afrontamiento de los familiares de pacientes ingresados en una unidad de cuidados intensivos: una revisión sistemática. Tiempos de enfermería y salud. 2019; 2 (6): 22–9. Disponible en: <https://tiemposdeenfermeriaysalud.es/journal/article/view/29/17>
22. C.Padilla-Fortunatti, N. Rojas-Silva, M.Amthauer-Rojas, Y.Molina-Munoz. Necesidades de los familiares de pacientes críticos en un hospital académico de Chile. Enfermería Intensiva. 2017; 29 (1): 32-40 Disponible en: <https://www.elsevier.es/es-revista-enfermeria-intensiva-142-pdf-S1130239917300974>
23. McAdam, JL. Symptom Experiences of Family Members of Intensive Care Unit Patients at High Risk of Dying. UCSF. escholarship.org. 2008. Disponible en: <https://escholarship.org/uc/item/84r619mz>
24. Rojas V. Humanización de los cuidados intensivos. Revista Médica Clínica Las Condes. 2019; 30 (2): 120–5. Disponible en: <https://www.elsevier.es/es-revista-revista-medica-clinica-las-condes-202-articulo-humanizacion-de-los-cuidados-intensivos-S0716864019300240>



25. Da A, Meisong L, Pérez S. Análisis del síndrome post-uci en el hospital universitario de canarias. TFG. 2023. Disponible en:
<https://riull.ull.es/xmlui/bitstream/handle/915/33259/Analisis%20del%20Sindrome%20Post-UCI%20en%20el%20Hospital%20Universitario%20de%20Canarias.pdf?sequence=1&isAllowed=y>
26. Kang J. Being devastated by critical illness journey in the family: A grounded theory approach of post-intensive care syndrome-family. Intensive and Critical Care Nursing. 2023; 78:103448. Disponible en:
<https://doi.org/10.1016/j.iccn.2023.103448>
27. Cobos Medina M. Prevención del síndrome post-unidad de cuidados intensivos en familiares. TFG. Repositorio Urv Cat. 2021. Disponible en:
<https://repositori.urv.cat/fourrepopublic/search/item/TFG%3A3231?lang=es>
28. Martínez S, Dirigido V, Gallego J, Antonio L, Vallejo S. Estilos de afrontamiento de los familiares de pacientes ingresados en una UCI. TFM. Universidad de León 2017 Disponible en:
https://buleria.unileon.es/bitstream/handle/10612/7116/2017_Silvia_Mart%C3%ADnez_Villamea_4313770.pdf?sequence=1&isAllowed=y
29. Huaman. B, Nina, K, Silvia M. Nivel de afrontamiento y grado de ansiedad de los familiares del paciente hospitalizado en la unidad de cuidados intensivos de un hospital nacional. Lima. Tesis. Universidad Nacional del Callao . Perú. 2022. Disponible en:
<https://repositorio.unac.edu.pe/bitstream/handle/20.500.12952/7799/TESIS%20NINA%20-%20HUAMAN%20-%20SILVA.pdf?sequence=1&isAllowed=y>
30. Estefanía Bravo Serrano. Abordaje de enfermería al familiar del paciente crítico y sus necesidades en las unidades de cuidados intensivos. TFG. 2019. Repositorio



- institucional de la Universidad de La Laguna. Disponible en:
<http://riull.ull.es/xmlui/handle/915/15096>
31. Juliá G. Afectación emocional asociada al ingreso en una Unidad de Cuidados Intensivos. Universitat Jaume I. 2012. Disponible en:
<http://hdl.handle.net/10803/386520>
32. Julaise Paola CA, Flores Bonifacio V. Nivel de estrés en familiares de pacientes en la unidad de cuidados intensivos. Hospital Eleazar Guzmán Barrón - Nuevo Chimbote, 2019 [Internet]. Universidad Nacional del Santa; 2019. Disponible en:
<https://repositorio.uns.edu.pe/bitstream/handle/20.500.14278/3477/49939.pdf?sequence=1&isAllowed=y>
33. Gladys Pérez Vázquez L. Tesis Estrés Percibido y su Relación Afrontamiento-Adaptación en el Familiar del Paciente de la UCI. Benemérita Universidad Autónoma de Puebla. 2017. Disponible en:
<https://hdl.handle.net/20.500.12371/469>
34. Bautista Rodríguez LM, Arias Velandia MF, Carreño Leiva ZO. Percepción de los familiares de pacientes críticos hospitalizados respecto a la comunicación y apoyo emocional. Revista CUIDARTE. 2016. 1;7(2):1297. Disponible en:
<https://revistas.udes.edu.co/cuidarte/article/view/330>
35. Martín Delgado MC, García de Lorenzo y Mateos A. Sobrevivir a las unidades de cuidados intensivos mirando a través de los ojos de la familia. Med Intensiva. 2017; 41 (8): 451–3. Disponible en:
<http://dx.doi.org/10.1016/j.medin.2017.02.003>
36. Determinación del tamaño muestral - Fisterra. 2010 [Internet]. www.fisterra.com. Disponible en:
<https://www.fisterra.com/formacion/metodologia-investigacion/determinacion-tamano-muestral/>



37. BOE.es - BOE-A-2018-16673 Ley Orgánica 3/2018, de 5 de diciembre, de Protección de Datos Personales y garantía de los derechos digitales. [Internet]. www.boe.es. Disponible en: <https://www.boe.es/eli/es/lo/2018/12/05/3/con>
38. Carballo Ortega Betsaida, Sánchez Cabrera María Vanesa. El manejo del estrés laboral en la planta de hospitalización de pacientes COVID-19. Revista Ene. [Internet]. 2021; 15 (1): 748. Disponible en: http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1988-348X2021000100002&lng=es
39. Eduardo Remor. Psychometric properties of a European Spanish version of the perceived stress scale (PSS). The Spanish Journal of Psychology. Universidad Complutense de Madrid España. 2006; 9 (1): 86-93. Disponible en: <https://www.redalyc.org/pdf/172/17290110.pdf>
40. Campo-Arias A, Oviedo HC, Herazo E. Escala de Estrés Percibido-10: Desempeño psicométrico en estudiantes de medicina de Bucaramanga, Colombia. Revista de la Facultad de Medicina. 2015; 62 (3): 407–13. Disponible en: <http://dx.doi.org/10.15446/revfacmed.v62n3.43735>
41. Carballo Ortega Betsaida, Sánchez Cabrera María Vanesa. El manejo del estrés laboral en la planta de hospitalización de pacientes COVID-19. Revista Ene. 2021; 15 (1): 748. Disponible en: http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1988-348X2021000100002&lng=es.
42. M.C. Cuadros Cáceres Marco FrankCáceres. Nivel de estrés y ansiedad en familiares de pacientes del área de cuidados intensivos en tiempo de Covid19, Hospital III Goyeneche, Arequipa, 2020-2021. Universidad Católica de Santa María . 2022 Disponible en:



<https://repositorio.ucsm.edu.pe/server/api/core/bitstreams/7f6f8cad-4316-4840-a96e-c48a306657bf/content>

43. Analy L. Nivel de estrés y estrategias de afrontamiento en los familiares de pacientes en áreas críticas en un hospital de Lima, 2022". UMA Universidad María Auxiliadora. 2023. Disponible en:

<https://hdl.handle.net/20.500.12970/1649>

44. Mezquita MJR. Revisión de la literatura sobre la ansiedad y el estrés en familiares de pacientes ingresados en la Unidad de Cuidados Intensivos. TFG. Universitat Internacional de Catalunya. Uic.es. 2016. Disponible en:

https://repositori.uic.es/bitstream/handle/20.500.12328/900/TFG_Mar%C3%ADa%20Jes%C3%BAs%20Rabad%C3%A1n%20Mezquita_2016.pdf?sequence=7&isAllowed=y

45. Gamarra Astuhuaman G, Wong F, Oscar C, Pujay E, Tito C, Rivera Espinoza A. Estadística e investigación con aplicaciones de spss. Nombre de la Editorial (). 2015. [Internet]. Disponible en:

<http://librodigital.sangregorio.edu.ec/librosusgp/B0031.pdf>

46. Eduardo Remor. Psychometric Properties of a European Spanish Version of the Perceived Stress Scale (PSS). The Spanish Journal of Psychology. 2006; 9 (1): 96-93. Disponible en:

https://core.ac.uk/reader/38810438?utm_source=linkout



5. Anexos

Anexo 1. Número de ingresados en la UCI del Hospital Universitario de La Palma en el año 2023, según patología. Información aportada por el equipo de la UCI.

PATOLOGÍA	Nº DE INGRESADOS	TRASLADO A OTRA UNIDAD	EXITUS
SCACEST	48	40	
Sepsis	32	2	4
Implante marcapasos	27		
SCASEST	26	6	
BAV	25	3	2
Implante catéter diálisis	20		
Neumonía	20	2	2
PLT	19	7	
ACV isquémico	17	5	1
TEP	17		
ACV hemorrágico	16	5	4
Post Quirúrgico abdominal	16		4
Shock séptico	13	2	7
ETE + CV	12		
TCE	12	1	1
ETE	11		
COVID	10		1
PCR recuperada	10	2	3
CAD	9		
Shock hemorrágico	9	1	1



Angor inestable	7	1	
Crisis asmática	7		
FA lenta	7		
Gripe A	7		
Implante PICC- Midline	7		
Intoxicación medicamentosa	6		
ICC- EAP	5	1	
Crisis convulsivas	4		
Implante Holter subc	4		
Insuficiencia renal aguda	4		
Taponamiento cardiaco	4		
Derrame pleural masivo	3		
Pancreatitis	3		1
Recambio marcapasos	3		
Síncope	3		
Colecistitis	2		
Emergencia HTA	2		
Encefalitis	2		
EPOC reagudizado	2		
Insuf. respiratoria	2		2
Pericarditis	2		
Ahogamiento	1	1	
Aneurisma cerebral	1		
Atragantamiento	1		1



Disfunción DAI	1	1	
Edema de glotis	1		
Empiema	1		
GEA	1		
HDA	1		
Hidrocefalia	1	1	
Intoxicación enólica	1		
Linfoma	1		1
Meningitis	1		
Neumonía nosocomial	1		
Neurocisticercosis	1		
Perforación vesical	1		
Quemado	1		
Rabdomiolisis	1		
Shock medular	1	1	
TOTAL	473	83	35



Anexo 2. Cuestionario CCFNI versión breve, válida en población española (Gómez Martínez et al, 2011).

- 1. ¿Usted siente que se le están dando los mejores cuidados posibles?**
 Casi todas las veces. Solo algunas veces.
 La mayoría de las veces. Nunca.
- 2. ¿Usted siente que el personal del hospital se preocupa por el paciente?**
 Casi todas las veces. Solo algunas veces.
 La mayoría de las veces. Nunca.
- 3. ¿Le dan explicaciones sobre el estado del paciente en términos que usted pueda comprender?**
 Casi todas las veces. Solo algunas veces.
 La mayoría de las veces. Nunca.
- 4. ¿Usted siente que le están dando información sincera respecto al estado y progreso del paciente?**
 Casi todas las veces. Solo algunas veces.
 La mayoría de las veces. Nunca.
- 5. ¿Usted comprende lo que le está sucediendo al paciente y por qué motivos le están haciendo cosas (pruebas, técnicas...)?**
 Casi todas las veces. Solo algunas veces.
 La mayoría de las veces. Nunca.
- 6. ¿Están siendo los miembros del equipo atentos con usted?**
 Casi todas las veces. Solo algunas veces.
 La mayoría de las veces. Nunca.
- 7. ¿Muestra algún miembro del equipo interés por cómo está usted?**
 Casi todas las veces. Solo algunas veces.
 La mayoría de las veces. Nunca.
- 8. ¿Le ha explicado el personal del hospital el equipamiento que está utilizándose?**
 Casi todas las veces. Solo algunas veces.
 La mayoría de las veces. Nunca.



9. Yo estoy muy satisfecho con las atenciones médicas recibidas por el paciente

- | | |
|---|--|
| <input type="checkbox"/> Casi todas las veces. | <input type="checkbox"/> Solo algunas veces. |
| <input type="checkbox"/> La mayoría de las veces. | <input type="checkbox"/> Nunca. |

10. ¿Usted se siente solo y aislado en la sala de espera?

- | | |
|---|--|
| <input type="checkbox"/> Casi todas las veces. | <input type="checkbox"/> Solo algunas veces. |
| <input type="checkbox"/> La mayoría de las veces. | <input type="checkbox"/> Nunca. |

11. ¿Hay algunas cosas respecto a los cuidados médicos recibidos por el paciente que podrían ser mejoradas?

- | | |
|---|--|
| <input type="checkbox"/> Casi todas las veces. | <input type="checkbox"/> Solo algunas veces. |
| <input type="checkbox"/> La mayoría de las veces. | <input type="checkbox"/> Nunca. |



Anexo 3. Hoja de Registro de datos sociodemográficos de los familiares.

A continuación, rellene los siguientes apartados con su información, esto nos permitirá conocer características sociales y demográficas útiles para el estudio.

Impacto psicosocial en familiares de pacientes en UCI: Cómo la hospitalización en UCI afecta al nivel de estrés que adquieren los familiares en el Hospital Universitario de La Palma.	
- Género:	- Nivel socioeconómico:
<input type="checkbox"/> Mujer. <input type="checkbox"/> Hombre. <input type="checkbox"/> Otro: _____.	<input type="checkbox"/> Alto. <input type="checkbox"/> Medio. <input type="checkbox"/> Bajo.
- Edad: _____.	- Estado civil:
- Relación que mantiene con el familiar ingresado:	<input type="checkbox"/> Casado. <input type="checkbox"/> Pareja de hecho. <input type="checkbox"/> Soltera. <input type="checkbox"/> Divorciada. <input type="checkbox"/> Viuda.
<input type="checkbox"/> Padre/ madre. <input type="checkbox"/> Hermano/a. <input type="checkbox"/> Hijo/a. <input type="checkbox"/> Cónyuge.	
- Nivel máximo de estudios alcanzados:	- Situación laboral:
<input type="checkbox"/> Sin estudios. <input type="checkbox"/> Primarios. <input type="checkbox"/> Secundarios/ Bachillerato. <input type="checkbox"/> Formación profesional. <input type="checkbox"/> Universitarios.	<input type="checkbox"/> Estudiante. <input type="checkbox"/> Desempleado/a. <input type="checkbox"/> Trabajador/a. <input type="checkbox"/> Jubilada/o. <input type="checkbox"/> Otro: _____.



Anexo 4. Escala de Estrés Percibido (EEP) (46)

A continuación, encontrará una serie de preguntas que debe responder con sinceridad y basándose en sus propias experiencias. Debe marcar la casilla que indique la frecuencia con la que ha experimentado cada situación durante los últimos días. Solo puede seleccionar una alternativa en cada caso.

1. En el último mes, ¿con qué frecuencia ha estado afectado por algo que ha ocurrido inesperadamente?

- Nunca.
- Casi nunca.
- De vez en cuando.
- A menudo.
- Muy a menudo.

2. En el último mes, ¿con qué frecuencia se ha sentido incapaz de controlar las cosas importantes en su vida?

- Nunca.
- Casi nunca.
- De vez en cuando.
- A menudo.
- Muy a menudo.

3. En el último mes, ¿con qué frecuencia se ha sentido nervioso o estresado?

- Nunca.
- Casi nunca.
- De vez en cuando.
- A menudo.
- Muy a menudo.

4. En el último mes, ¿con qué frecuencia ha manejado con éxito los pequeños problemas irritantes de la vida?

- Nunca.
- Casi nunca.
- De vez en cuando.



- A menudo.
- Muy a menudo.

5. En el último mes, ¿con qué frecuencia ha sentido que ha afrontado efectivamente los cambios importantes que han estado ocurriendo en su vida?

- Nunca.
- Casi nunca.
- De vez en cuando.
- A menudo.
- Muy a menudo.

6. En el último mes, ¿con qué frecuencia ha estado seguro sobre su capacidad para manejar sus problemas personales?

- Nunca.
- Casi nunca.
- De vez en cuando.
- A menudo.
- Muy a menudo.

7. En el último mes, ¿con qué frecuencia ha sentido que las cosas le van bien?

- Nunca.
- Casi nunca.
- De vez en cuando.
- A menudo.
- Muy a menudo.

8. En el último mes, ¿con qué frecuencia ha sentido que no podía afrontar todas las cosas que tenía que hacer?

- Nunca.
- Casi nunca.
- De vez en cuando.
- A menudo.
- Muy a menudo.



9. En el último mes, ¿con qué frecuencia ha podido controlar las dificultades de su vida?

- Nunca.
- Casi nunca.
- De vez en cuando.
- A menudo.
- Muy a menudo.

10. En el último mes, ¿con qué frecuencia ha sentido que tenía todo bajo control?

- Nunca.
- Casi nunca.
- De vez en cuando.
- A menudo.
- Muy a menudo.

11. En el último mes, ¿con qué frecuencia ha estado enfadado porque las cosas que le han ocurrido estaban fuera de su control?

- Nunca.
- Casi nunca.
- De vez en cuando.
- A menudo.
- Muy a menudo.

12. En el último mes, ¿con qué frecuencia ha pensado sobre las cosas que le quedan por hacer?

- Nunca.
- Casi nunca.
- De vez en cuando.
- A menudo.
- Muy a menudo.



13. En el último mes, ¿con qué frecuencia ha podido controlar la forma de pasar el tiempo?

- Nunca.
- Casi nunca.
- De vez en cuando.
- A menudo.
- Muy a menudo.

14. En el último mes, ¿con qué frecuencia ha sentido que las dificultades se acumulan tanto que no puede superarlas?

- Nunca.
- Casi nunca.
- De vez en cuando.
- A menudo.
- Muy a menudo.



Anexo 5. Consentimiento informado

Nos dirigimos a usted para informarle de la presente investigación donde se le propone participar llevado a cargo por Jennifer Toste López la cual tiene como objetivo determinar el impacto psicosocial en familiares de pacientes en UCI en el Hospital Universitario de La Palma.

Queremos asegurarnos de que reciba toda la información necesaria y precisa para que pueda tomar una decisión sobre si desea o no participar en este estudio. Estaremos disponibles para responder cualquier pregunta que pueda surgir después de la explicación.

Si decide participar, se le solicitará que responda las preguntas de las encuestas presentadas. La participación es voluntaria y la información recopilada será confidencial, utilizada únicamente para este estudio. Sus respuestas serán codificadas para mantener su anonimato. Si tiene alguna pregunta durante su participación, puede hacerla en cualquier momento. También tiene derecho a retirarse del estudio sin consecuencias. Si alguna pregunta le resulta incómoda, puede optar por no responderla. Agradecemos de forma anticipada su participación en este estudio.

Yo, _____ (nombre y apellidos) de ____ (edad) y DNI _____ doy mi consentimiento para participar en el estudio de investigación “Impacto psicosocial en familiares de pacientes en UCI en el Hospital Universitario de La Palma”. Por lo cual y para que conste en acta, al firmar este consentimiento, se garantiza que los datos serán tratados con absoluta confidencialidad y utilizados únicamente para fines de investigación, sin considerar ningún conflicto de interés en el estudio.

En Santa Cruz de La Palma, a ____ de _____ de 2024

Firma del familiar:

Firma del investigador:



Anexo 6. Carta de solicitud

Jennifer Toste López

Estudiante de 4º curso, Grado de Enfermería.

Ctra. Las Nieves, 24-23, 38713 Santa Cruz de la Palma.

Marzo 2024.

Jennifer Toste López estudiante de 4º curso del Grado de Enfermería, solicita permiso para llevar a cabo el estudio titulado "impacto psicosocial en familiares de pacientes en UCI en el Hospital Universitario de La Palma". El objetivo principal de esta investigación es analizar cómo la hospitalización de un paciente en la unidad de Cuidados Intensivos perjudica emocionalmente a los pacientes. Se utilizarán cuestionarios de carácter anónimo con el único objetivo de comprender la situación de los familiares. Los participantes deberán otorgar su consentimiento mediante la firma del documento de "Consentimiento informado".

Agradezco de antemano la colaboración y el tiempo dedicado a considerar esta propuesta, independientemente de la decisión final sobre el permiso. Se adjunta el proyecto de investigación para su revisión.

Atentamente,

Jennifer Toste López.