



**PONTIFICIA UNIVERSIDAD CATÓLICA DEL ECUADOR**

**COORDINACIÓN NACIONAL MAESTRÍA EN GESTIÓN DEL CUIDADO**

**SÍNDROME DE POSTCUIDADO CRÍTICO FAMILIAR EN UNIDADES DE CUIDADOS  
INTENSIVOS ADULTOS**

**FAMILY CRITICAL CARE SYNDROME IN ADULT INTENSIVE CARE UNITS**

Artículo profesional previo a la obtención del título de Magíster en Gestión del Cuidado con  
mención en Unidades de Emergencia y Unidades de Cuidados Intensivos

**Línea de Investigación:** Salud y grupos vulnerables.

Autora:

**KATHERINE GERMANIA ZAMBRANO BENAVIDES**

Directora:

**Mg. ALISSON PATRICIA MUÑOZ GUANGA**

Santo Domingo– Ecuador

Febrero, 2025



**PONTIFICIA UNIVERSIDAD CATÓLICA DEL ECUADOR**

**COORDINACIÓN NACIONAL MAESTRÍA EN GESTIÓN DEL CUIDADO**

**HOJA DE APROBACIÓN**

**SÍNDROME DE POSTCUIDADO CRÍTICO FAMILIAR EN UNIDADES DE CUIDADOS  
INTENSIVOS ADULTOS**

**FAMILY CRITICAL CARE SYNDROME IN ADULT INTENSIVE CARE UNITS**

**Línea de Investigación:** Salud y grupos vulnerables.

Autora:

**KATHERINE GERMANIA ZAMBRANO BENAVIDES**

Alisson Patricia Muñoz Guanga, Mg.

DIRECTORA DE TRABAJO DE TITULACIÓN

Maricelys Jimenez Barrera, Dr. Sc.

LECTORA DE TRABAJO DE TITULACIÓN

Ana Lucila Moscoso Mateus, Mg.

COORDINADOR/A MAESTRÍA EN GESTIÓN DEL CUIDADO

Santo Domingo – Ecuador

Febrero, 2025

## DECLARACIÓN DE AUTENTICIDAD Y RESPONSABILIDAD

Yo, Katherine Germania Zambrano Benavides portadora de la cédula de ciudadanía No. 131464775-9 declaro que los resultados obtenidos en la investigación que presento como informe final, previo la obtención del Título de Magíster en Gestión del Cuidado con mención en Unidades de Emergencia y Unidades de Cuidados Intensivos son absolutamente originales, auténticos y personales.

En tal virtud, declaro que el contenido, las conclusiones y los efectos legales y académicos que se desprenden del trabajo propuesto de investigación y luego de la redacción de este documento son y serán de mi sola y exclusiva responsabilidad legal y académica.

Igualmente declaramos que todo resultado académico que se desprenda de esta investigación y que se difunda, tendrá como filiación la Pontificia Universidad Católica del Ecuador, Sede Santo Domingo, reconociendo en las autorías al director del Trabajo de Titulación y demás profesores que amerita. Estas publicaciones presentarán el siguiente orden de aparición en cuanto a los autores y coautores: en primer lugar, a los estudiantes autores de la investigación; en segundo lugar, al director del trabajo de titulación y, por último, siempre que se justifique, otros colaboradores en la publicación y trabajo de titulación.

Además, declaró que el presente trabajo, producto de las actividades académicas y de investigación, forma parte del capital intelectual de la Pontificia Universidad Católica del Ecuador, Sede Santo Domingo, de acuerdo con lo establecido en el artículo 16, literal j), de la Ley Orgánica de Educación Superior.

En tal razón, autorizo a la Pontificia Universidad Católica del Ecuador, Sede Santo Domingo, para que pueda hacer uso, con fines netamente académicos, del Trabajo de Titulación, ya sea de forma impresa, digital y/o electrónica o por cualquier medio conocido o por conocerse, siendo el presente documento la constancia del consentimiento autorizado; y, para que sea ingresado al Sistema Nacional de Información de la Educación Superior del Ecuador para su conocimiento público, en cumplimiento del artículo 103 de la Ley Orgánica de Educación Superior.



Katherine Germania Zambrano Benavides

CI: 131464775-9

## **INFORME DE TRABAJO DE TITULACIÓN ESCRITO DE POSTGRADO**

Ana Lucila Moscoso Mateus, Mg.

**Coordinación de Maestría en Gestión del Cuidado**

**Pontificia Universidad Católica del Ecuador Sede Santo Domingo**

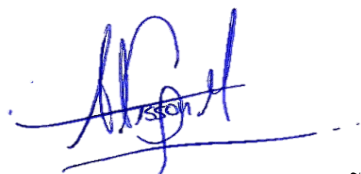
De mi consideración,

Por medio del presente informe en calidad de director/a del Trabajo de Titulación de Postgrado de MAESTRÍA EN GESTIÓN DEL CUIDADO CON MENCIÓN EN UNIDADES DE EMERGENCIAS Y UNIDADES DE CUIDADOS INTENSIVOS, titulado SÍNDROME DE POSTCUIDADO CRÍTICO FAMILIAR EN UNIDADES DE CUIDADOS INTENSIVOS ADULTOS realizado por la maestrante: Katherine Germania Zambrano Benavides con cédula 131464775-9-1, previo a la obtención del Título de Magíster en Gestión del Cuidado con mención en Unidades de Emergencia y Unidades de Cuidados Intensivos, informo que el presente trabajo de titulación escrito se encuentra finalizado conforme a la guía y el formato de la Sede vigente.

Además, certifico haber verificado la originalidad y autenticidad del trabajo de titulación por medio del programa antiplagio Turnitin, en respuesta a la normativa institucional vigente.

Santo Domingo, Febrero 2025

Atentamente.



**ALISSON PATRICIA MUÑOZ GUANGA**

**Profesor Titular Auxiliar I**

## **AGRADECIMIENTOS**

Quiero expresar mi más profundo agradecimiento a Dios por darme las fuerzas y bendiciones para seguir adelante en cada paso de mi vida, a todas las personas que hicieron posible la realización de este trabajo. A los profesionales de la salud que, con generosidad y paciencia, compartieron sus experiencias y conocimientos, brindando una perspectiva invaluable para este estudio.

Asimismo, agradezco a mi familia y amigos, que con su apoyo incondicional me acompañaron durante todo este proceso. Su aliento constante fue una fuente de fortaleza en cada paso del camino de mis estudios profesionalmente.

Finalmente, dedico este trabajo a los pacientes y sus familias, cuya resiliencia y humanidad inspiran cada esfuerzo por avanzar en la calidad y humanización de los cuidados de salud. Que este artículo sea un aporte significativo a la práctica clínica y un reflejo del compromiso de ofrecer una atención de calidad.

## **DEDICATORIA**

A las familias que enfrentan, con fortaleza y amor, los desafíos de acompañar a sus seres queridos en momentos críticos durante la hospitalización. Este trabajo es un homenaje a su resiliencia y al papel esencial que desempeñan en el proceso de recuperación, incluso cuando cargan con el peso invisible del síndrome de postcuidado crítico.

Dedico este esfuerzo a los profesionales de la salud que reconocen la importancia de cuidar no solo al paciente, sino también a quienes están a su lado, trabajando incansablemente para ofrecer apoyo integral en situaciones de extrema vulnerabilidad.

Finalmente, a todas las personas que han compartido sus vivencias para que este estudio sea posible. Su testimonio y experiencia fueron el impulso a crear nuevas estrategias que favorezcan la humanización en su cuidado.

## RESUMEN

**Introducción:** Las UCI son entornos donde los familiares de pacientes críticos enfrentan una gran carga emocional, lo que puede desencadenar el síndrome de postcuidado crítico familiar. Este síndrome genera ansiedad, depresión y estrés postraumático, afectando su bienestar y la calidad del cuidado. El estudio busca visibilizar este fenómeno, identificar factores de riesgo y evaluar estrategias de intervención enfatizando la necesidad de humanizar las UCI y brindar apoyo a los familiares para mitigar su impacto y mejorar la experiencia de cuidado.

**Metodología:** El estudio tiene un enfoque cualitativo, descriptivo y con diseño fenomenológico. La población estuvo conformada por familiares de pacientes del HGDC, con una muestra de 7 participantes seleccionados mediante muestreo no probabilístico. Se utilizó la entrevista semiestructurada como técnica de recolección de datos, validada con una prueba piloto. El análisis se realizó con ATLAS.ti, asegurando la confidencialidad y el anonimato de los participantes, con entrevistas transcritas mediante Speech N.

**Resultados:** Los participantes fueron exclusivamente mujeres, quienes compartieron sus experiencias sobre el impacto emocional del síndrome de postcuidado crítico. A través del análisis de sus respuestas, se identifican tres categorías principales: 1) Factores estresantes, destacando el temor a la pérdida y la incertidumbre sobre el estado del paciente. 2) Cambios emocionales y psicológicos, donde la ansiedad fue la respuesta más frecuente. 3) Estrategias del personal de salud para mitigar el impacto, resaltando la empatía como herramienta clave.

**Conclusión:** El estudio evidencia que el temor a la pérdida y la incertidumbre generan ansiedad y angustia en los familiares de pacientes en UCI. La empatía y la comunicación del personal de salud son claves para mitigar el impacto emocional. Se recomienda fortalecer la humanización, el apoyo psicológico y la información clara.

**Palabras clave:** Unidades de Cuidados Intensivos, factores estresantes, factores de riesgo, incertidumbre, empatía.

## ABSTRACT

**Introduction:** UCIS are environments where family members of critically ill patients face a great emotional burden, which can trigger family critical post-care syndrome. This syndrome generates anxiety, depression and post-traumatic stress, affecting their well-being and the quality of care. The study seeks to make this phenomenon visible, identify risk factors and evaluate intervention strategies. It emphasises the need to humanise the ICU and provide support to family members to mitigate its impact and improve the care experience.

**Methodology:** The study has a qualitative, descriptive and phenomenological design. The population consisted of relatives of HGDC patients, with a sample of 7 participants selected by non-probabilistic sampling. A semi-structured interview was used as the data collection technique, validated with a pilot test. The analysis was carried out with ATLAS.ti, ensuring the confidentiality and anonymity of the participants, with interviews transcribed using Speech N.

**Results:** Participants were exclusively women, with a total of seven respondents, who shared their experiences of the emotional impact of post-critical care syndrome. Through the analysis of their responses, three main categories were identified: 1) Stressors, with fear of loss and uncertainty about the patient's condition standing out. 2) Emotional and psychological changes, where anxiety was the most frequent response. 3) Health staff strategies to mitigate the impact, highlighting empathy as a key tool.

**Conclusion:** The study shows that fear of loss and uncertainty generate anxiety and distress in relatives of ICU patients. Empathy and communication from health staff are key to mitigate the emotional impact. Strengthening humanisation, psychological support and clear information is recommended.

**Keywords:** Intensive care units, stressors, risk factors, uncertainty, empathy.

## ÍNDICE DE CONTENIDOS

<b>1. INTRODUCCIÓN</b>	<b>7</b>
<b>1. REVISIÓN DE LA LITERATURA</b>	<b>12</b>
2.1. Antecedentes	12
2.2. Marco teórico	13
2.2.1. Teoría del estrés y afrontamiento de Lazarus y Folkman.	13
<b>2.2.2. Teoría de la Resiliencia Familiar (Walsh).</b>	<b>14</b>
2.3. Marco conceptual	14
<b>2.3.1. Síndrome de post cuidado crítico familiar</b>	<b>14</b>
<b>2.3.2. Humanización en la Unidad de Cuidados Intensivos</b>	<b>15</b>
2.3.3. Estrés familiar en situaciones críticas	15
2.3.4. Unidades de Cuidados Intensivos	16
2.3.5. Factores de riesgo relacionados con el síndrome de post cuidado crítico familiar.	16
<b>3. MATERIALES Y MÉTODOS</b>	<b>18</b>
3.1. Enfoque, diseño y tipo de investigación	18
3.2. Población y muestra	18
<b>4. RESULTADOS</b>	<b>21</b>
<b>5. DISCUSIÓN</b>	<b>22</b>
<b>6. CONCLUSIONES</b>	<b>27</b>
<b>7. RECOMENDACIONES</b>	<b>28</b>
<b>8. REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS</b>	<b>29</b>
<b>9. ANEXOS</b>	<b>35</b>

## 1. INTRODUCCIÓN

Las Unidades de Cuidados Intensivos (UCI) son ambientes de alta complejidad en los que la vida y la muerte se encuentran en una constante y delicada interacción. En este contexto, los familiares de los pacientes pasan a ser parte del este proceso de atención, enfrentando intensas emociones y una carga psicológica significativa. Este escenario puede dar lugar al síndrome de postcuidado crítico familiar, un fenómeno que aunque se considera poco visible, tiene repercusiones profundas y duraderas en el bienestar físico, emocional y mental de los familiares.

El síndrome de postcuidado crítico familiar es un conjunto complejo de respuestas emocionales, psicológicas y sociales experimentadas por los familiares cercanos de pacientes que atraviesan situaciones médicas críticas. Este fenómeno no se limita a la preocupación natural por la salud del ser querido, sino que se convierte en un proceso dinámico que involucra una carga emocional considerable. En consecuencia, los familiares, al ser testigos de la fragilidad y la gravedad de la situación de su ser querido, enfrentan desafíos como la incertidumbre, la ansiedad y la sensación de impotencia (Hernández, 2022).

La tensión emocional, la incertidumbre y las decisiones difíciles transforman las UCI en espacios donde los familiares atraviesan sus propias crisis. Ansiedad, depresión y síntomas de estrés postraumático son comunes entre aquellos que, desde fuera de las camas hospitalarias, intentan ofrecer apoyo y esperanza mientras gestionan su propio sufrimiento. Este síndrome no solo abarca el estrés generado por la hospitalización, sino que también puede tener efectos duraderos sobre la salud mental de los familiares. La exposición prolongada a situaciones de alto riesgo puede desencadenar trastornos como el estrés postraumático, ansiedad y depresión en quienes asumen el rol de cuidadores y observadores de la enfermedad grave de sus seres queridos (Mateo et al., 2022).

En este sentido, el presente estudio pretende además de identificar el síndrome de postcuidado crítico familiar en dicha área, proponer estrategias que ayuden a reducir su impacto negativo en la estabilidad familiar. Se pretende cubrir un enfoque integral que reconozca a las familias como una parte esencial del proceso de atención, ya que cuidar al paciente no solo implica atender al enfermo, sino también cuidar a quienes lo acompañan, maximizando la humanización de las UCI contemplando a todos los afectados por la experiencia crítica.

Además se realiza un énfasis en explorar el impacto del síndrome de postcuidado crítico en familiares de pacientes ingresados en UCI de adultos en hospitales pertenecientes al sistema público, con el objetivo de analizar el impacto psicológico y emocional del síndrome de postcuidado crítico familiar en los familiares de pacientes ingresados en unidades de cuidados intensivos de adultos, identificando los factores que lo predisponen y evaluando estrategias de intervención implementadas por el equipo de salud para mitigar sus efectos y promover su bienestar integral.

Por otra parte, existe una necesidad urgente de explorar e implementar intervenciones efectivas como profesionales en las diversas instituciones de salud que promuevan el bienestar de los familiares y contribuyan a la humanización de la atención en estos entornos de alta complejidad donde la incertidumbre es uno de los factores principales, por lo que se plantea los siguientes objetivos específicos:

- Describir cuales son los principales factores estresantes que enfrentan los familiares durante la hospitalización de un paciente en una unidad de cuidados intensivos de adultos.

- Detallar qué síntomas psicológicos y emocionales caracterizan el síndrome de postcuidado crítico familiar y cómo se manifiestan en los familiares directos.
- Determinar qué intervenciones específicas pueden implementar los profesionales de la salud para prevenir o reducir el impacto del síndrome de postcuidado crítico familiar en los familiares, promoviendo su bienestar integral.

El síndrome de postcuidado crítico familiar es un tema relevante en el ámbito de la salud, especialmente dentro del contexto de la atención a pacientes en Unidades de Cuidados Intensivos (UCI), donde los familiares y cuidadores enfrentan elevados niveles de estrés, ansiedad, depresión y otros trastornos de salud mental debido a las múltiples emociones presentadas durante estas estancias prolongadas. Estos problemas surgen debido a la incertidumbre, la presión y las decisiones críticas que deben tomar durante el periodo de hospitalización, lo que puede tener efectos duraderos en su bienestar emocional a corto y largo plazo si no se abordan adecuadamente.

El estado emocional de los familiares y cuidadores tiene un impacto directo en la calidad del cuidado proporcionado al paciente en la UCI. El síndrome de postcuidado puede influir en la capacidad de tomar decisiones, la comunicación con el equipo médico y la participación activa en el proceso de atención, lo que podría afectar negativamente el pronóstico y la recuperación del paciente.

A pesar de la importancia de este síndrome, muchas veces el profesional de salud no reconoce ni ofrece suficiente apoyo a los familiares y cuidadores de los pacientes en UCI. Por lo tanto, resulta esencial desarrollar estrategias y programas que brinden apoyo emocional, información y recursos adecuados para ayudarles a enfrentar los desafíos y demandas

asociados con el cuidado de un ser querido, además de generar conciencia y empatía al tener un contacto con todo el círculo familiar.

Abordar el síndrome de postcuidado no solo favorece a los familiares y cuidadores, sino que también mejora la experiencia del paciente en la UCI, creando un entorno más positivo y centrado en su bienestar, teniendo en cuenta que esto promueve una comunicación efectiva y colaboración entre el equipo médico, el paciente y sus familiares.

La justificación para tratar este tema se centra en la necesidad de comprender y minimizar el impacto negativo que pueden sufrir los familiares de pacientes que cruzan por momentos críticos en su salud. Además, es fundamental analizar e implementar estrategias que como profesionales se puedan aplicar para aliviar estos efectos y mejorar la calidad de vida de los pacientes durante y después de su estancia en las unidades de cuidados intensivos. Sensibilizar sobre las dificultades que enfrentan estos familiares mejora la comunicación con el personal médico, facilita una toma de decisiones informada y fortalece la colaboración en el proceso de atención.

Siguiendo este enfoque, la investigación contribuirá al campo teórico en el área de la salud desde una perspectiva psicológica, proporcionando una comprensión más empática y profunda de las experiencias y retos enfrentados por los familiares de pacientes críticos. A partir de la literatura existente, se enriquecerá la base teórica sobre el impacto emocional y psicológico de la hospitalización en situaciones críticas. Esto también servirá de base para la identificación de estrategias de intervención y la formulación de nuevos modelos teóricos que respondan específicamente a las necesidades de este grupo vulnerable.

Este estudio tiene como objetivo llenar el vacío de conocimiento en torno al síndrome de postcuidado crítico familiar en las UCI, un tema que ha sido poco explorado. Aunque se ha

investigado la atención al paciente crítico, el impacto en los familiares aún no ha recibido suficiente atención, es por ello que este trabajo profundizará en los factores de riesgo, las consecuencias y las estrategias de afrontamiento que enfrentan los familiares, lo que permitirá desarrollar intervenciones y políticas de apoyo más efectivas. Además, servirá de base para futuras investigaciones sobre la humanización del cuidado en la UCI. Este estudio también contribuye a cumplir el Objetivo 6 del Plan de Creación de Oportunidades 2021-2025, al promover un enfoque integral de atención que no solo se centre en el paciente, sino también en el bienestar de sus familiares, garantizando el derecho a una salud integral, gratuita y de calidad.

Al identificar los factores de riesgo y las necesidades emocionales de los familiares, el estudio contribuirá a la mejora de la calidad del cuidado en las UCI, promoviendo la igualdad en el acceso a un sistema de salud gratuito y de calidad, sensibilizando sobre la importancia de una atención humanizada y fortaleciendo políticas públicas que contemplen el bienestar de todos los involucrados en el proceso de salud.

# 1. REVISIÓN DE LA LITERATURA

## 2.1. Antecedentes

Existen varias investigaciones las cuales han abordado las repercusiones de una estancia prolongada en las UCI, evidenciando el impacto negativo tanto en el bienestar emocional como psicológico de los pacientes y sus familiares. Un ejemplo de ello es el estudio de Duque et al. (2021), quienes realizaron una revisión bibliográfica donde concluyeron que la UCI es uno de los entornos con mayores niveles de estrés, debido a los múltiples factores estresantes que afectan tanto a los pacientes como a sus familiares. La investigación resalta la importancia del apoyo emocional por parte de los profesionales y cuidadores como un factor clave en la recuperación.

En otro estudio, Charco et al. (2021) señalan que en las UCI los pacientes, sus familiares y el personal sanitario conviven con el dolor, la incertidumbre y el miedo durante toda la estancia hospitalaria e incluso luego del alta. Los resultados sugieren que es esencial implementar iniciativas que mejoren la calidad del cuidado, proporcionando evidencia científica de que la humanización no solo es viable, sino que también tiene un impacto positivo en los resultados clínicos, es costo-efectiva y, lo más importante, mejora la experiencia del paciente durante este proceso difícil ayudando a que la familia y el equipo de salud logre dignificar el proceso de atención.

Por su parte, el estudio de Da Rosa et al. (2023) se centra en evaluar la satisfacción de los familiares de pacientes ingresados en la UCI, además de analizar los síntomas de ansiedad, depresión, estrés postraumático y la calidad de vida de los mismos. Los resultados muestran que tres meses después del alta, los familiares de los pacientes que no sobrevivieron presentaron niveles significativamente más altos de depresión, estrés postraumático y puntuaciones más bajas en calidad de vida en comparación con los familiares de los pacientes

sobrevivientes. Estos hallazgos subrayan la importancia de proporcionar atención de seguimiento emocional o psicológico a los familiares tras la hospitalización en la UCI, así como la necesidad de profundizar en el análisis de la satisfacción de los familiares con la atención brindada por el equipo de salud.

Finalmente, López et al. (2021) llevaron a cabo una revisión de metaanálisis sobre los diferentes aspectos que componen el síndrome post-UCI, definiéndolo como un conjunto de problemas físicos, psicológicos y cognitivos que afectan a los pacientes luego de su tratamiento en la UCI. En su análisis, evaluaron las prácticas clínicas que han demostrado reducir la incidencia de disfunciones cognitivas, psicológicas y físicas, destacando la importancia de no solo centrarse en la supervivencia y el ingreso del paciente, sino también en la calidad de vida posterior a la hospitalización y reanimación.

## **2.2. Marco teórico**

### **2.2.1. Teoría del estrés y afrontamiento de Lazarus y Folkman.**

Esta teoría resulta clave para entender cómo la familia percibe y trata de disminuir el estrés derivado de la hospitalización de un ser querido en una unidad de cuidados intensivos. Según Lázaro y Folkman (1986), el estrés es un fenómeno que involucra tanto aspectos individuales, en términos psicológicos y fisiológicos, como dimensiones colectivas, debido a la interacción humana en sociedad. El principio central de esta teoría sostiene que aunque las personas pueden enfrentar exigencias similares, su impacto como estresores depende de la evaluación cognitiva particular de cada individuo, es por ello que cada atención debe ser individualizada y propia a cada situación. Hasta algunos interpretan ciertas demandas como amenazas, otras cosas que se consideran oportunidades. Este enfoque se fundamenta en postulados de la psicología cognitiva, dado que sus elementos esenciales son la evaluación cognitiva y afronta el desarrollo (Cuevas y García, 2012).

Gracias a este modelo, ha sido posible analizar cómo los individuos experimentan el estrés en su vida diaria y cómo reaccionan ante situaciones de difícil adaptación. Desde esta perspectiva, el estrés es el resultado de la interpretación subjetiva que cada persona hace de una situación, entendiéndose como un proceso dinámico y multifactorial. Este proceso implica una evaluación constante tanto de las circunstancias como de los recursos disponibles para afrontarlas (Lazarus y Folkman, 1986). En este sentido, el estrés se manifiesta a través de respuestas psicológicas, fisiológicas y conductuales, las que surgen cuando un individuo percibe las exigencias del entorno (Camacho et al., 2024).

### **2.2.2. Teoría de la Resiliencia Familiar (Walsh).**

Esta teoría analiza cómo las familias enfrentan y superan situaciones difíciles, destacando el papel clave de los recursos tanto internos como externos. La resiliencia familiar se basa en diversos enfoques, entre ellos la psicopatología del desarrollo, el estudio de la familia, el enfoque sistémico, la teoría del estrés y la psicología positiva. Desde la perspectiva de Walsh y McGoldrick, la resiliencia familiar se define como el conjunto de procesos de adaptación y superación que ocurren dentro de la familia como una unidad funcional. El estudio de la resiliencia en el ámbito familiar busca entender y fortalecer mecanismos esenciales que permiten afrontar crisis y eventos estresantes, no solo en el presente, sino también a lo largo del tiempo (Benítez et al., 2021).

## **2.3. Marco conceptual**

### **2.3.1. Síndrome de post cuidado crítico familiar**

El Síndrome de Postcuidado Crítico Familiar comprende una serie de alteraciones emocionales, psicológicas y sociales que impactan a los familiares de pacientes que han sido hospitalizados en una UCI durante tiempos prologados. Estas afectaciones pueden comprometer el bienestar de los cuidadores tanto a corto como a largo plazo. Las secuelas,

conocidas como el síndrome de postcuidado, se manifiestan rápidamente durante la hospitalización y pueden persistir en el alta. Un abordaje multidisciplinario resulta fundamental para su detección temprana y tratamiento oportuno, con la finalidad de prevenir consecuencias que interfieran con la vida social, familiar y laboral del cuidador (Heredia et al., 2021).

### **2.3.2. Humanización en la Unidad de Cuidados Intensivos**

La humanización en las Unidades de Cuidados Intensivos (UCI) es un enfoque que busca convertir estos entornos altamente tecnificados en espacios donde se priorice la dignidad, el bienestar emocional y la calidad de la vida tanto de los pacientes como de sus familias. Es por ello que garantizar la humanización en la atención debe ser una prioridad en todas las instituciones de salud, colocar al paciente en el centro del cuidado durante su estancia. La evidencia real respalda los beneficios significativos de este enfoque no solo para los pacientes y sus familias, sino también para el equipo de salud. Sin embargo, en muchos países, la falta de aplicación de esta iniciativa contribuye a la deshumanización, un fenómeno descrito en la literatura como endémico. Aunque sus causas son múltiples y complejas, existen estrategias efectivas para abordarlo y mitigar su impacto (Martínez R., 2021).

### **2.3.3. Estrés familiar en situaciones críticas**

El estrés se manifiesta como una reacción ante un estímulo externo percibido por el individuo, el que puede afectar su equilibrio psicológico. Este estado surge cuando una persona enfrenta situaciones que altera la capacidad de adaptación, se puede desarrollar como un factor que genera tensión o cambios significativos en lo que experimenta. Debido a su naturaleza, el estrés impuesto directamente en el bienestar de los individuos, aunque en muchos casos su presencia pasa desapercibida hasta que aparecen señales como alteraciones físicas, emocionales o dificultades para gestionar los pensamientos. Si no se maneja, puede

derivar en problemas de salud más graves. En este sentido, el bienestar familiar dependerá de gran medida de la capacidad para afrontar los retos que surgen en la vida cotidiana (Bravo y Oviedo, 2020).

#### **2.3.4. Unidades de Cuidados Intensivos**

Las UCI son servicios dentro del marco institucional hospitalario, creadas con la finalidad de recuperación y que poseen una estructura diseñada para mantener las funciones vitales de pacientes en riesgo de perder la vida, la medicina intensiva o medicina crítica es la rama que se ocupa del paciente en estado crítico, que se define como aquél que presenta alteraciones fisiopatológicas que han alcanzado un nivel de gravedad tal que representan una amenaza real o potencial para su vida y que al mismo tiempo son susceptibles de recuperación, además es un sector en el que trabajan profesionales especializados y educados para dar la atención debida (Aguilar y Martínez, 2017).

#### **2.3.5. Factores de riesgo relacionados con el síndrome de post cuidado crítico familiar.**

Para profundizar en los factores de riesgo asociados al síndrome de postcuidado crítico familiar, es fundamental analizar los elementos que influyen en la experiencia de cuidado y su impacto en la salud de las familias. Según Palacio (2020), la intensidad y la duración del cuidado son factores determinantes. Cuanto más sea el cuidado que necesite un paciente en estado crítico, será mayor el desgaste emocional y físico para las familias, es por ello que las estancias hospitalarias, procedimientos médicos complejos y la incertidumbre sobre el pronóstico real del paciente aumentan significativamente el riesgo de desarrollar este síndrome.

El apoyo social y familiar es otro factor relevante. Raurell et al. (2019) señalan que la ausencia de redes de apoyo sólidas aumenta la carga emocional sobre los cuidadores. La

percepción de estar solos frente a la responsabilidad del cuidado puede generar sentimientos de aislamiento, estrés y agotamiento, lo que contribuye al desarrollo del síndrome.

Por otro lado, los niveles de estrés preexistentes también deben tenerse en cuenta. Las personas que ya experimentan altos niveles de estrés o los antecedentes de trastornos pueden ser más vulnerables. El estrés adicional derivado del cuidado de un paciente crítico puede agravar problemas de salud mental preexistentes, la probabilidad de desarrollar el síndrome de postcuidado crítico.

### **3. MATERIALES Y MÉTODOS**

#### **3.1. Enfoque, diseño y tipo de investigación**

Con la finalidad de analizar el impacto psicológico y emocional del síndrome de postcuidado crítico en los familiares de pacientes ingresados en unidades de cuidados intensivos, se ha realizado un estudio con enfoque cualitativo de tipo descriptivo y con un diseño fenomenológico. Según Hernández y Mendoza (2018), la investigación cualitativa se limitó a entender los fenómenos a través de la exploración de la visión de los participantes, tomando en cuenta su entorno y el contexto en el que ocurren. Esta metodología ha dado el ejemplo de la literatura científica disponible para reconocer los factores clave vinculados a la problemática tratada, sus manifestaciones y las estrategias de intervención que se han mostrado para reducir sus impactos promover y el bienestar de los cuidadores en este contexto.

El diseño fenomenológico, por otro lado, se enfocó en comprender y explorar las experiencias desde la perspectiva individual de cada participante. Según Castillo et al. (2022), este enfoque se presenta como un modelo adecuado para investigar los significados y vivencias, un proceso en el que los participantes vean como sujetos activos y no solo como objetos de análisis. De manera similar, el enfoque descriptivo tiene como objetivo detallar las características esenciales de fenómenos homogéneos, aplicar criterios sistemáticos para entender su estructura o comportamiento, e información que sea comparable con otras fuentes (Guevara et al., 2020).

#### **3.2. Población y muestra**

Según Bernal (2016), la población se refiere al conjunto total de elementos o individuos que comparten características comunes y sobre los cuales se desea realizar inferencias. En

este caso, la población estuvo compuesta por los familiares de pacientes ingresados en las UCI del Hospital General Dávila Córdova Chone (HGDC). Por otro lado, la muestra es una parte representativa de esa población, seleccionada para realizar las mediciones y observaciones pertinentes de las variables, y estuvo conformada por 7 familiares que fueron entrevistados. Se empleó un muestreo no probabilístico, que, según Hernández et al. (2014), es un método de reclutamiento en investigaciones cualitativas donde los participantes iniciales sugieren a otros posibles participantes, creando así una cadena de contactos para el estudio. Los criterios de inclusión del estudio consideraron a los familiares de pacientes con estancias prolongadas en las UCIs, mientras que se excluyó a aquellos que estuvieran hospitalizados en otras áreas del hospital.

### **3.3. Técnicas e instrumentos de recogidas de datos**

La La técnica de recogida de datos utilizada en el estudio fue la entrevista, y el instrumento empleado fue la guía de información. Según Díaz et al. (2013), la entrevista es una herramienta esencial en la investigación cualitativa para obtener datos, y se definen como una conversación con un propósito claro, que va más allá de un intercambio simple verbal. Por otro lado, la guía semiestructurada ofrece un nivel adecuado de flexibilidad, se mantiene al tiempo a la misma uniformidad necesaria para obtener en las necesidades con los objetivos del estudio. La guía estructurada fue validada a través de una prueba piloto, la que consiste en un estudio pequeño o anteproyecto realizado para evaluar la viabilidad o factibilidad de los aspectos metodológicos antes de llevar a cabo un estudio más grande o complejo (Díaz, 2020).

### **3.4. Técnicas de análisis de datos**

La información recopilada en el estudio se utilizará exclusivamente con fines investigativos, garantizando en todo momento la confidencialidad y el anonimato de los participantes. Los datos fueron obtenidos durante el mes de enero del año 2025. Un total de siete familiares de pacientes ingresados en UCI participaron en la investigación. Todos ellos firmaron un consentimiento informado, el cual les permitió ser grabados y autorizar el uso de la información proporcionada. Las entrevistas se llevaron a cabo a través de la plataforma Zoom, con una duración aproximada de entre 15 y 20 minutos cada una. Posteriormente, las respuestas obtenidas fueron transcritas cuidadosamente mediante la utilización de Speech notes, lo que facilitó su análisis y comprensión.

Además, se utilizó ATLAS.ti, una herramienta basada en bases de datos conceptuales diseñadas específicamente para el análisis de datos cualitativos. Esta herramienta facilita el proceso de recopilación, transcripción y codificación de los datos, así como la creación de conceptos, su vinculación en redes, la formulación de preguntas sobre la información y el origen de los relatos (Wijngaarden, 2025).

## 4. RESULTADOS

Los participantes de la investigación fueron exclusivamente de género femenino, con un total de siete entrevistadas que respondieron de manera autónoma y veraz. Cada entrevista tuvo una duración entre 20 y 30 minutos. Las entrevistadas eran familiares de pacientes que se vertieron por un período prolongado en las unidades de cuidados intensivos del HGDC. Del análisis de sus respuestas, se identificaron tres unidades establecidas como categorías empíricas: 1) Principales factores estresantes que enfrentan los familiares; se reconocieron dos subcategorías: temor a la pérdida e incertidumbre sobre el estado real del paciente. 2) Cambios del estado emocional y psicológico que experimentan los familiares; se reconoció una subcategoría: la ansiedad como respuesta emocional. 3) Estrategias del personal de salud para reducir el impacto emocional en las familiares; se reconoció una subcategoría: la empatía como herramienta clave en el profesional de salud.

**Tabla 1.**

**Matriz de análisis: Categorías y subcategorías definidas a posteriori.**

Categorías	Subcategorías
Principales factores estresantes que enfrentan los familiares	Temor a la pérdida Incertidumbre sobre el estado real del paciente.
Cambios del estado emocional y psicológico que experimentan los familiares	La ansiedad como respuesta emocional
Estrategias del personal de salud para reducir el impacto emocional en las familiares	La empatía como herramienta clave en el profesional de salud.

*Fuente. Elaborado por: Katherine Zambrano.*

## 5. DISCUSIÓN

### **Categoría 1. Principales factores estresantes que enfrentan los familiares.**

Existen múltiples factores estresantes que enfrentan los familiares de los pacientes que se encuentra en una sala de cuidados intensivos, la presente categoría se encuentra relacionada con el primer objetivo el cual es describir cuales son estos factores estresantes, en base a la similitud de respuestas se crean dos subcategorías que se detallan a continuación:

#### **Subcategoría 1. Temor a la pérdida**

El temor a la pérdida es una de las principales fuentes de angustia en los familiares de pacientes en la UCI. La posibilidad de perder a un ser querido genera estrés, ansiedad e incertidumbre, afectando su bienestar emocional y psicológico. Este miedo se intensifica por la gravedad de la enfermedad que padece el paciente y la falta de control sobre la situación, lo que puede interferir en su toma de decisiones y en su capacidad de afrontar los problemas. Lo antes mencionado se evidencia en las siguientes respuestas de los entrevistados:

*“La hospitalización de un ser querido en la UCI es una experiencia emocionalmente compleja la incertidumbre sobre la salud del paciente, el temor a la pérdida, no tener el control de la situación ni la capacidad de ayudar provocando frustración e impotencia, cansancio físico y emocional” (E2).*

*“La preocupación de perder la vida del familiar sería la principal, el estar afuera sin tener un espacio adecuado como sala de espera, no tener contacto directo” (E3).*

#### **Subcategoría 2. Incertidumbre sobre el estado real del paciente**

La incertidumbre sobre el estado del paciente es otra de las principales fuentes de estrés en los familiares de dichos pacientes. La falta de información precisa y real de la evolución clínica de sus seres queridos generan ansiedad, angustia e incluso una sensación de impotencia. Esta situación puede igualmente afectar su bienestar emocional y dificultar su proceso de afrontamiento, aumentando la necesidad de apoyo y comunicación efectiva por parte del personal de salud. En este contexto se evidencia los siguientes testimonios:

*“La incertidumbre sobre la salud del paciente y no tener el control de la situación ni la capacidad de ayudar provocando frustración e impotencia, cansancio físico y emocional” (E2).*

*“Considero que los periodos de espera desde una visita a la siguiente es estresante verlo por unos minutos y no saber en qué condiciones lo voy a encontrar” (E4).*

*“El ver a mi familiar en estado crítico y al estar seguro que va a mejorar su estado de salud” (E6).*

En este contexto, Duque y Arias (2022) destacan que las familias de pacientes en la UCI experimentan una carga emocional considerable y niveles elevados de estrés al cuidado de su ser querido, lo que refleja su esfuerzo por enfrentar la situación. La familia en la UCI atraviesa una crisis situacional marcada por múltiples emociones intensas, diversas y negativas, que agota la predisposición de los mismos. Ante esta situación, las familias inician un proceso de reorganización con la finalidad de restablecer el equilibrio en la dinámica familiar, lo que les permite hacer frente a la situación y superar las adversidades.

Por otro lado, Flores et al. (2018) sostienen que la gravedad de cada caso, la amenaza de una muerte inminente y los eventos inesperados generan una gran incertidumbre y vulnerabilidad en los pacientes y sus familiares, dificultando la búsqueda de un sentido positivo o favorable en la recuperación en la UCI. La gravedad del caso y las expectativas vinculadas al compromiso con la salud generan incertidumbre sin importar el tipo de enfermedad que padezca el paciente.

## **Categoría 2. Cambios del estado emocional y psicológico que experimentan los familiares.**

Las familiares de pacientes que se encuentran hospitalizados en unidades de cuidados intensivos cruzan cambios emocionales y psicológicos significativos, marcados por ansiedad, angustia y temor ante la incertidumbre del pronóstico o evolución del paciente. La preocupación constante, el agotamiento y la carga emocional pueden derivar en desórdenes, estrés de esperanza, afectando su bienestar y capacidad de enfrentar la situación presente. Es por ello que esta categoría se relaciona con el segundo objetivo de la investigación la misma que hace referencia al detallar que síntomas psicológicos y emocionales que caracterizan el síndrome de post cuidado crítico familiar. A continuación se crea la siguiente subcategoría:

### **Subcategoría 1. La ansiedad como respuesta emocional**

La ansiedad es una reacción emocional frecuente en los familiares de pacientes hospitalizados, sobretodo en la UCI, originada por la preocupación constante, la incertidumbre y el estrés de permanecer en un hospital por periodos prolongados de tiempo. Se manifiesta a través de síntomas como inquietud, insomnio, dificultad para concentrarse, angustia persistente e incluso depresión. Esta respuesta puede afectar su bienestar psicológico, emocional y su capacidad para afrontar la situación, haciendo imprescindible el apoyo del personal de salud. Como evidencia a lo antes expuesto se encuentran los siguientes testimonios:

*“Ansiedad, problemas de sueño, falta de apetito y diferentes situaciones de tensión, porque se desea lo mejor para la recuperación completa del paciente y continuar de forma positiva la recuperación y poder recuperar la tranquilidad de la familia”. (E1)*

*“Claro que sí, el estado emocional lógicamente se altera, experimentando un estado de ansiedad e impotencia de no poder ayudar a mejorar el estado de salud del familiar”. (E3)*

En el mismo contexto, Carlson et al. (2016) señalan que el malestar emocional de los familiares puede aumentar su necesidad de comunicación y apoyo emocional, al tiempo que afecta su bienestar, es en este contexto donde también influye la empatía por parte del profesional de salud. Estudios sobre familias en la UCI revelan que, con frecuencia, los miembros experimentan síntomas de ansiedad, depresión y trastorno de estrés postraumático (TEPT).

Por otro lado, Fonseca et al. (2019) afirman que las enfermedades agudas impactan todas las dimensiones de la vida tanto personal, como social de los pacientes y sus familias, provocando una alteración en la dinámica familiar que exige una reorganización para adaptarse a la nueva realidad que están afrontando. La hospitalización de un ser querido en la UCI puede generar problemas psicológicos graves que repercuten en la salud física y mental de la familia. La adaptación a un entorno desconocido junto con la incertidumbre sobre la evolución positiva del paciente, puede llevar a la familia a una crisis con efectos significativos durante y después de la hospitalización.

### **Categoría 3. Estrategias del personal de salud para reducir el impacto emocional en las familiares.**

El personal de salud puede apoyar en la reducción del impacto emocional de los familiares en las unidades de cuidados intensivos. A través de una comunicación clara, el apoyo emocional y la orientación sobre el estado del paciente, de esta manera ayudan a mitigar la ansiedad y la incertidumbre de los mismos. Estrategias como la humanización de la atención y la inclusión de las familiares en el proceso de cuidado fortalecen su bienestar y afrontamiento positivo. La categoría antes mencionada se relaciona al tercer objetivo el cual se centra en determinar que intervenciones específicas pueden implementar los profesionales de la salud para prevenir o reducir el impacto del síndrome de postcuidado. Una de las claves principales se evidencia en la siguiente subcategoría.

#### **Subcategoría 1. La empatía como clave en el profesional de salud.**

*La empatía es una herramienta fundamental en el ámbito intrahospitalario, el brindar apoyo emocional a los familiares de pacientes en la UCI puede marcar una experiencia positiva a pesar de cruzar por un momento de adversidad. A través de una comunicación comprensiva y cercana, se logra generar confianza, reducir la ansiedad y fortalecer el afrontamiento de la situación. La capacidad de ponerse en el lugar del otro permite atender sus necesidades emocionales, mejorar la relación terapéutica y humanizar la atención en un contexto de alta vulnerabilidad. Bajo este contexto se exponen los siguientes testimonios:*

*“Informar con empatía la condición del paciente, animar al familiar es importante que se explique el problema de salud de forma comprensiva para el paciente y la familia, e indicar que tiempo requiere para su recuperación y sugerencias prácticas a realizar juntos como familia” (E1).*

*“Deben de ser empáticos y tratar con el familiar de una manera sutil ya que los familiares se encuentran en un estado emocionalmente frágil, así mismo los médicos informar a los familiares en cada jornada del estado del paciente y a los directivos de los hospitales que se adecue una sala de espera para familiares con un ambiente cómodo” (E3).*

En este contexto, Bautista et al. (2016) destacan que el personal médico y de enfermería debe ofrecer apoyo emocional tanto al paciente como a sus familiares,

promoviendo la empatía, la confianza, la comprensión y la sensibilidad frente a la situación. Asimismo, es esencial que mantenga una comunicación efectiva, tanto verbal como no verbal, con los familiares. Al proporcionar información, debe considerar aspectos clave como el contenido del mensaje, su claridad, simplicidad, credibilidad y adaptabilidad. Además, Bunin et al. (2021) demuestran que la empatía del personal de salud mejora la manera en que los pacientes comunican sus síntomas, su participación en el proceso de atención, el cumplimiento de las indicaciones y su satisfacción en general. Estos autores recomiendan varios pasos para optimizar la empatía en la UCI: definir claramente la empatía, abordar de forma transparente los riesgos y beneficios, proporcionar educación sobre la práctica reflexiva y fomentar entornos de apoyo.

## 6. CONCLUSIONES

La investigación permite identificar cuáles son los principales factores estresantes que atraviesa un círculo familiar al tener un ser querido en un área crítica como es la UCI, los cuidadores experimentan un sin número de alteraciones que afectan su estado emocional y psicológico durante y después de una hospitalización, las mismas que se manifiestan a corto, mediano y largo plazo; la ansiedad y la incertidumbre son las principales alteraciones presentes en el estado psicológico y emocional de los familiares, el mantener un estado de angustia persistente influye mucho en la calidad de vida y su manera de afrontar situaciones de adversidad. Y es que la posibilidad de una pérdida se convierte en una fuente de estrés ante la cual la falta de control de emociones se intensifica.

Por otra parte la implementación de estrategias que promuevan la humanización del personal de salud hacia los familiares es una técnica significativa en una atención integral y de calidad, en este contexto la empatía emerge como una herramienta clave para reducir el impacto emocional en los familiares, al ofrecer una comunicación clara, veraz y brindada a través de apoyo emocional se contribuye a fortalecer la confianza y mejorar la capacidad de estrés y afrontamiento.

En conclusión, la hospitalización prolongada en la UCI no solo afecta a los pacientes, sino también a sus familias, quienes enfrentan una crisis emocional significativa que puede afectar durante toda su vida, es por ello que es crucial que las instituciones de salud implementen estrategias que promuevan una atención integral, con énfasis en la comunicación efectiva, la empatía y el apoyo psicológico, para mejorar la experiencia y el bienestar tanto de los pacientes como de sus familiares ayudando a disminuir significativamente los niveles de estrés y angustia que presentan independientemente de su evolución o enfermedad.

## 7. RECOMENDACIONES

A través de la investigación se crea la necesidad de recomendar la adaptación de espacios en las UCI en donde exista una mejor comunicación entre el personal y los familiares, reduciendo al máximo el estrés y ansiedad de no poder obtener una información acerca del estado del paciente, disponer de áreas de espera confortables que puedan ayudar a reducir las emociones negativas de los cuidadores, haciendo que la experiencia en una unidad crítica sea un poco más positiva, pues el mejorar el bienestar de los familiares ofreciendo actos de confianza ayudara el proceso de evolución de cada caso en particular.

Por otra parte se sugiere la creación e implementación de programas de apoyo psicológico y emocional en la UCI, con el fin de proporcionar tácticas en el manejo de la ansiedad, estrés e incertidumbre que trae consigo el atravesar por momentos difíciles en una enfermedad de un ser querido, además se recomienda realizar estudios que permitan evaluar varias estrategias que optimicen recursos y reduzcan costos hospitalarios sin comprometer la calidad e integralidad en la atención.

También se sugiere la capacitación continua del personal de salud en técnicas de comunicación efectiva y empatía, con el objetivo de promover una atención más humanizada y centrada en el bienestar del paciente y su familia. Para ello, es recomendable desarrollar programas de formación que incluyan simulaciones, talleres prácticos y evaluaciones periódicas sobre la calidad de la interacción con los familiares. La capacitación debe enfocarse en mejorar la sensibilidad del personal de salud ante la vulnerabilidad de los pacientes y sus familiares, fomentando un trato más cercano, respetuoso y comprensivo. Además, promover un ambiente laboral adecuado que permita generar una experiencia hospitalaria más positiva para los cuidadores.

## 8. REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- Aguilar, C. y Martínez, C. (2017). La realidad de la Unidad de Cuidados Intensivos. *Medicina crítica*, 21(3).  
[https://www.scielo.org.mx/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S2448-89092017000300171](https://www.scielo.org.mx/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S2448-89092017000300171)
- Bautista, L., Arias, M. y Carreño, Z. (2016). Percepcion de los familiares de pacientes críticos hospitalizados respecto a la comunicación y apoyo emocional. *Revista Cuidarte* 7(2).  
[http://www.scielo.org.co/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S2216-09732016000200007](http://www.scielo.org.co/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S2216-09732016000200007)
- Bernal, C. (2016). Metodología de la Investigación 4ta edición. *Pearson educación*.  
[https://www.academia.edu/44228601/Metodologia\\_De\\_La\\_Investigaci%C3%B3n\\_Bernal\\_4ta\\_edicion](https://www.academia.edu/44228601/Metodologia_De_La_Investigaci%C3%B3n_Bernal_4ta_edicion)
- Bravo, B. y Oviedo, A. (2020). Estrés emocional debido al aislamiento social por la pandemia covid-19 en padres de familias vulnerables. *Polo del conocimiento* 5(9).  
<https://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=9092705>
- Benítez, L., Martínez, R. y Tartakowsky, V. (2021). La importancia del vinculo en la resiliencia familiar durante el covid-19. *Revista de la Universidad Granada*, 18 (173-191). <https://revistaseug.ugr.es/index.php/dedica/article/view/18015/20421>
- Bunin, J., Shohfi, E., Meyer, H., Ely, W. y Varpio, L. (2021). La carga que soportan: una revisión exhaustiva de la empatía de los médicos en la unidad de cuidados intensivos. *Revista de cuidados intensivos*, 65(156-163).  
<https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S0883944121000940>

- Camacho, O., Pedroza, O., Navarro, G., De La Roca, J. y Fulgencio, M. (2024). Modelo transaccional del estrés y estilos de afrontamiento en investigación psicológica del estrés: análisis crítico. *Uaricha*, 22 (42-53).  
<http://www.revistauaricha.umich.mx/index.php/urp/article/view/708/687>
- Carlson, E., Spain, D., Muhtadie, L., McDade, L. y Macia, K. (2016). Cuidados y cuidados en la UCI: angustia de los familiares y percepciones sobre las habilidades del personal, la comunicación y el apoyo emocional. *National Library of Medicine*. 30(3).  
[https://pmc.ncbi.nlm.nih.gov.translate.google/articles/PMC4414707/?\\_x\\_tr\\_sl=en&\\_x\\_tr\\_tl=es&\\_x\\_tr\\_hl=es&\\_x\\_tr\\_pto=wa](https://pmc.ncbi.nlm.nih.gov.translate.google/articles/PMC4414707/?_x_tr_sl=en&_x_tr_tl=es&_x_tr_hl=es&_x_tr_pto=wa)
- Castillo, M., Romero, E. y Mínguez R. (2022). El método fenomenológico en investigación educativa: una revisión sistemática. *Revista Latinoamericana de Estudios Educativos*, 18 (2). <https://www.redalyc.org/journal/1341/134175706011/html/>
- Cuevas, M. y García, T. (2012). Análisis crítico de tres perspectivas psicológicas de estrés en el trabajo. *Trabajo y sociedad*, 19.  
[https://www.scielo.org.ar/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1514-68712012000200005](https://www.scielo.org.ar/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1514-68712012000200005)
- Charco, L., Martínez, G., Gómez, M. y Jiménez, J. Integración de la Psicología Clínica en la Unidad de Cuidados Críticos: Prevención y tratamiento del síndrome post-UCI. *Interacciones*, 7.  
[http://www.scielo.org.pe/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S2413-44652021000100015#B1](http://www.scielo.org.pe/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S2413-44652021000100015#B1)
- Da Rosa, D., Brehm, L., De Oliveira, K., Pinheiro, P., Petri, J., Teixeira, C. y De Souza C. (2023). Calidad de vida y satisfacción de los familiares de pacientes ingresados en

unidades de cuidados intensivos. *Cogitare Enferm*, 28.

<https://www.scielo.br/j/cenf/a/G3rpdXfyJvP4pwfDwcP8ZSM/?lang=es#>

Díaz, G. (2020). Metodología del estudio piloto. *Revista chilena de radiología*, 26(3), 100-104.

[https://www.scielo.cl/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0717-93082020000300100](https://www.scielo.cl/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0717-93082020000300100)

Díaz, Laura., Torruco, Uri., Martínez, Mildred. y Varela, M. (2013). La entrevista, recurso flexible y dinámico. *Investigación en educación médica*, 2(7), 162-167.

[http://www.scielo.org.mx/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S2007-5057201300030009&lng=es&tlng=es](http://www.scielo.org.mx/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S2007-5057201300030009&lng=es&tlng=es)

Duque, O. y Arias, M. (2022). La familia en la unidad de cuidados intensivos frente a una crisis situacional. *Elsevier enfermería intensiva*. 33(1).

<https://www.elsevier.es/es-revista-enfermeria-intensiva-142-articulo-la-familia-unidad-cuidados-intensivos-S1130239921000584>

Duque, L., Rincón, E. y León V. (2021). Apoyo emocional de las familias a los pacientes en Unidades de Cuidados Intensivos: revisión bibliográfica. *Ene*, 14 (3).

[https://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1988-348X2020000300008](https://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1988-348X2020000300008)

Fonseca, G., Freitas, K., Filho, A., Portela, P., Fontoura, E. y Oliveira, M. (2019). Ansiedad y depresión en familiares de personas hospitalizadas en una unidad de cuidados intensivos. *Psicología: teoría y práctica*, 21(1).

[https://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1516-368720190001000](https://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1516-368720190001000)

- Flores, I., Montalvo, S. y Romero, E. (2018). Asociación entre el nivel de incertidumbre y el tipo de enfermedad en pacientes hospitalizados en UCI. *Avances en enfermería*, 36(3). [http://www.scielo.org.co/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0121-4500201800030028](http://www.scielo.org.co/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0121-4500201800030028)
- Guevara, G., Verdesoto, A. y Castro, N. (2020). Metodologías de investigación educativa (descriptivas, experimentales, participativas, y de investigación-acción). *Revista Científica Mundo de la Investigación y el Conocimiento*. (163-173). <https://dialnet.unirioja.es/descarga/articulo/7591592.pdf>
- Heredia, V., Suarez, M., Badía, E., Gracia, C., Torralba, L. y Prieto, C. (2021). Síndrome post-cuidados intensivos en la unidad de cuidados intensivos. *Revista Sanitaria de Investigación*, 2. <https://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=8277384>
- Hernández, M. (2022). Plan de alta para manejo integral en el hogar de paciente post cuidado crítico por COVID 1. *Repositorio Institucional de la Universidad Autónoma de San Luis Potosí*. <http://repositorioinstitucional.uaslp.mx/xmlui/bitstream/handle/i/7555/TesinaE.FEN.2022.Plan.Hern%c3%a1ndez.%20pdf.pdf?sequence=1&isAllowed=y>
- Hernandez, R. y Mendoza, C. (2018). Metodología de la investigación. Las rutas cuantitativa, cualitativa y mixta *Revista Universitaria Digital de Ciencias Sociales*. <https://virtual.cuautitlan.unam.mx/rudics/?p=2612>
- Hernández, R., Fernández, C. y Baptista, P. (2014). Metodología de la investigación. *México: Mc Graw Hill*. <https://dialnet.unirioja.es/servlet/libro?codigo=775008>

López, S., Hernanz, G., Padrón, O. y Ojeda, N. (2021). Síndrome Post-UCI. EL precio de sobrevivir a reanimación. *AnestesiaR*, 13 (9).

<https://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=8090850>

Martínez, R. (2021). Humanización en la Unidad de Cuidados Intensivos. *Medicina crítica*, 35.

[https://www.scielo.org.mx/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S2448-89092021000300](https://www.scielo.org.mx/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S2448-89092021000300144)

[144](https://www.scielo.org.mx/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S2448-89092021000300144)

Mateo, E., Puchades, F., Ezzeddine, A., Asensio, J., Saiz, C., & López, M. D. (2022).

Síndrome post cuidados intensivos en COVID-19. Estudio piloto unicéntrico. *Revista Medicina Clínica*, 159(7), 321-326.

<https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S0025775321007211/pdf?md5=c11>

[baca5c2a06ca839c1c7f3df574e4f&pid=1-s2.0-S0025775321007211-main.pdf](https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S0025775321007211/pdf?md5=c11)

Palacio, M. (2020). El estrés en el paciente crítico: Realidad y cuidados de enfermería. Una revisión sistemática. *Revista Conocimiento Enfermero*, 3(7), 49-61.

<https://dialnet.unirioja.es/descarga/articulo/8043556.pdf>

Raurell, M., Arias, S., Martí, J. D., Frade, M. J., Zaragoza, I., Gallart, E., Velasco, T., San

José. A. y Blázquez, E. (2019). Grado de implementación de las estrategias preventivas del síndrome post-UCI: Estudio observacional multicéntrico en España. *Revista Enfermería Intensiva*,

*Intensiva*, 30(2), 59-71.

<https://www.sciencedirect.com/science/article/abs/pii/S113023991830052X?via%3Dih>

[ub](https://www.sciencedirect.com/science/article/abs/pii/S113023991830052X?via%3Dih)

Secretaría Nacional de Planificación. (2021). Plan de creación de oportunidades 2021-2025.

<https://www.planificacion.gob.ec/wp-content/uploads/2021/09/Plan-de-Creacio%CC%81n-de-Oportunidades-2021-2025-Aprobado.pdf>

Wijngaarden, V. (2025). La aplicación de ATLAS.ti en diferentes estrategias de análisis de datos cualitativos.

<https://atlasti.com/es/research-hub/la-aplicacion-de-atlas-ti-en-diferentes-estrategias-de-analisis-de-datos-cualitativos>

## 9. ANEXOS

### 9.1. Anexo 1. Consentimiento informado

#### CONSENTIMIENTO INFORMADO

Al estar desarrollando el proyecto investigativo titulado: “SÍNDROME DE POSTCUIDADO CRÍTICO FAMILIAR EN UNIDADES DE CUIDADOS INTENSIVOS ADULTOS”, después de haberseme explicado en que consiste el procedimiento a realizar, proporciono mi autorización a los investigadores de la Maestría de Gestión del Cuidado con Mención en Unidades de Emergencia y Unidades de Cuidados Intensivos de la Pontificia Universidad Católica del Ecuador Sede Santo Domingo para realizarme la entrevista, misma que será grabada de forma audiovisual a través del sistema de videoconferencias ZOOM, asegurándome que la información proporcionada se le dará estricta confidencialidad y que será utilizada rigurosamente con fines de la investigación.

**A continuación, debe firmar su aceptación:**

**Nombres y Apellidos:** \_\_\_\_\_

**C.I:** \_\_\_\_\_

**Firma del sujeto de estudio:** \_\_\_\_\_

**Firma de la investigadora**

\_\_\_\_\_

KATHERINE GERMANIA ZAMBRANO BENAVIDES

CI: 131464775-9

## 9.2. Anexo 2. Guía de entrevista semiestructura

### INSTRUMENTO DE RECOLECCIÓN DE DATOS

“SÍNDROME DE POSTCUIDADO CRÍTICO FAMILIAR EN UNIDADES DE CUIDADOS INTENSIVOS ADULTOS”:

#### I. Introducción

Un cordial saludo, gratificamos su presencia y voluntad en la presente sesión virtual, la misma tiene como finalidad recolectar información sobre las vivencias de los familiares de pacientes que se encuentran hospitalizados en UCI con el fin de comprender y mitigar el impacto negativo que pueden experimentar al atravesar situaciones críticas de salud en sus seres queridos. Cabe recalcar que los datos proporcionados por su persona se mantendrán reservados a través del anonimato.

Agradeciéndoles de antemano su gentil colaboración.

#### II. Datos generales

a) Nombres completos \_\_\_\_\_

b) Edad \_\_\_\_\_ años cumplidos.

c) Sexo F ( ) M ( )

d) Estado Civil Soltera/o ( ) Casada ( ) Unión libre ( )

#### III. Datos específicos: Preguntas generadoras del instrumento

- 1) ¿Cuáles considera que son los principales factores estresantes que enfrenta usted como familiar durante la hospitalización de un ser querido en la unidad de cuidados intensivos (UCI)?
- 2) ¿Ha notado algún cambio en su estado emocional o psicológico desde que su ser querido está en cuidados intensivos? ¿Qué síntomas o sensaciones ha experimentado usted o los demás familiares?

- 3) En su opinión, ¿qué podrían hacer los médicos, enfermeras o psicólogos para ayudar a los familiares a sobrellevar mejor esta situación y reducir el impacto emocional que genera el estar cuidando a un paciente en la UCI?

#### **IV. Cierre de la sesión**

Se les agradece el tiempo brindado en este encuentro virtual, recordándoles que la información entregada es confidencial.

Muchas gracias.