



**ESCUELA
DE ENFERMERÍA
Y FISIOTERAPIA**



SAN JUAN DE DIOS

Trabajo Fin de Grado

**Ansiedad y depresión en familiares de pacientes en UCI:
un estudio observacional.**

Alumno: Lucía Saborido León

Director: Ana Sofía Fernandes Ribeiro

Madrid, Mayo de 2023

Índice

Resumen.....	6
<i>Abstract</i>	7
Presentación.....	8
Estado de la cuestión.....	11
1. Fundamentación.....	11
2. Historia y evolución de las unidades de cuidados intensivos.....	11
3. Importancia de la profesionalización de enfermería en una Unidad de Cuidados Intensivos.....	13
4. El paciente crítico y su familia.	14
5. Cuidados centrados en la familia.....	16
6. Síndrome post-cuidados intensivos.....	17
7. Justificación	17
Proyecto de Investigación Estudio Observacional	19
1. Objetivos.	19
2. Metodología.	19
2.1 Diseño del estudio.	19
2.2 Sujetos de estudio.	20
2.3 Variables.	21
2.3.1. Escala de Ansiedad de Hamilton.	22
2.3.2. Escala de autoevaluación de la Depresión del Dr. Zung.	23
2.4. Procedimiento de recogida de datos.....	23
2.5. Fases del estudio, cronograma.....	24
2.6. Análisis de datos.....	24
3. Aspectos éticos.....	25
4. Limitaciones del estudio.	26
Bibliografía	27
Anexos	31
Anexo 1: Hoja de recogida de datos del familiar.	31
Anexo 2: Hoja de encuesta de escala de ansiedad de Hamilton (26).....	32
Anexo 3: Hoja de Escala de Autoevaluación para la depresión de Zung (27).....	33
Anexo 4: Hojas informativas para familiares.....	34

Anexo 5: Consentimiento Informado.....	36
---	-----------

Resumen

Hace más de un siglo que se reconoce la unidad de cuidados intensivos (UCI). Desde entonces se ha intentado mejorar su diseño. Al principio, depositando todos los esfuerzos en conocimientos y tecnologías, pero a día de hoy una de las grandes prioridades es poder garantizar una atención de calidad y humanizada ya no solo a los pacientes, sino a sus familias.

Aquí es donde se centran los objetivos de nuestro estudio, siendo estos conocer la cantidad de familiares de pacientes en UCI que padecen ansiedad y depresión durante el ingreso y que factores predisponentes de estos pueden guardar relación.

Desde aquí y con esta intención, se desarrolla el siguiente proyecto de investigación observacional que se realizará mediante una hoja de recogida de datos del familiar, una encuesta de valoración de la depresión y otra de la ansiedad que se entregarán en las UCIS de los hospitales de Getafe y Valdemoro.

Una vez obtenidos estos datos, se realizará un análisis descriptivo de variables cuantitativas y cualitativas para poder estudiar si las variables objeto de investigación tienen influencia sobre la aparición de ansiedad y/o depresión.

Palabras clave: unidad de cuidados intensivos, cuidados críticos, familia, ansiedad, depresión.

Abstract

The intensive care unit has been recognized for more than a century. Since then, has been trying to improve its design. At first, depositing all efforts in knowledges and technologies, but today one of the big priorities is to be able secure quality and humanized care, not only to patients, but to their families.

This is where the objectives of our study are focused, being these to know the number of relatives of patients in the ICU who suffer from anxiety and depression during admission and what predisposing factors may be related.

Whit this intention, the following observational research project is developed, which will be carried out through a data collection sheet of the family member, a depression assessment survey and another on anxiety that will be delivered in the ICUS of the Getafe and Valdemoro hospitals.

Once these data are obtained, a descriptive analysis of quantitative and qualitative variables will be carried out to study whether the variables under investigation have an influence on the appearance of anxiety and/or depression.

Key words: intensive care unit, critical care, family, anxiety, depression.

Presentación

Ser enfermera no es algo que yo haya elegido desde la primera vez que me preguntaron: ¿Qué quieres ser de mayor?, simplemente iba creciendo, entendiendo en qué consistía la salud y la enfermedad, la muerte y la vida, y sobre todo, la importancia de que en un momento tan duro como la aparición de una patología sin un pronóstico esperanzador, o el miedo de una persona durante un ingreso en un hospital, haya alguien que te quiera ayudar a sentirte especial, único, no un paciente más, no una cama ocupada del hospital, una persona, con su vida pasada auestas, sus manías y sus gustos, a lo que tenemos derecho todos nosotros en esta vida, y que no es justo que perdamos por la aparición de algo tan imprevisible como una enfermedad.

No diría que han sido horribles ni maravillosas las experiencias que yo he vivido en hospitales por algún familiar ingresado o incluso por mi propia estancia, sin embargo, lo que me marcó definitivamente para elegir esta profesión y querer luchar por ella, fue la misma razón por la que ahora escojo este tema para mi Trabajo de Fin de Grado. Viví muy de cerca la ansiedad y el miedo que te genera saber ya no solo que tienes un ser querido en estado crítico, sino que nadie va a resolver tus dudas y de ser así, sentir que ese tiempo invertido en darte información, es tiempo que le estas restando al resto de pacientes, incluso a tu propio familiar.

Creo que se estudia y se trabaja bastante sobre como humanizar el cuidado en las unidades de pacientes críticos, pero no sé si se investiga tanto a cerca de lo importante que es enfocar estos cuidados para cada persona, a cada situación familiar y personal concreta, a la diferente necesidad que tendrán las familias según su situación laboral, su desarrollo económico o su desconocimiento pleno de la situación.

Es por eso que con este trabajo, pongo todas mis fuerzas en contribuir en lo posible, a que sabiendo quienes son las personas más vulnerables ante estas situaciones y porque, se pueda trabajar con ellas y se puedan focalizar estas intervenciones a las características y condiciones de cada uno.

Estado de la cuestión

1. Fundamentación.

Mediante las bases de datos PubMed, Dialnet y Scielo, se ha realizado una búsqueda bibliográfica, para las que se ha empleado el operador booleano and para combinar descriptores de búsqueda, a lo largo de los meses de Octubre, Noviembre, Diciembre y Enero, por la que se ha recogido la información necesaria para abordar los temas presentados en el estado de la cuestión del trabajo de fin de grado. Se busca aportar información acerca de la evolución en el tiempo de las unidades de cuidados intensivos, así como ha ido alcanzando la importancia que merece la humanización del cuidado y la admisión de la familia en el marco del paciente obteniendo una clara mejora en la percepción para ambos.

Tabla 1. Selección de descriptores según pregunta PICO.

Pregunta PICO	Palabra Clave	Descriptor en Ciencias de la Salud (DeCS)	Descriptor en Medical Subject Heading en Medline (MeSH)
P (Patients)	Unidad de Cuidados Intensivos	Unidades de Cuidados Intensivos	Intensive Care Units
	Familia	Características de la familia	Family Characteristics
I (Intervention)	Cuidados críticos	Cuidados críticos	Critical care
C (comparison)	No procede	No procede	No procede
O (outcomes)	Ansiedad	Ansiedad	Anxiety
	Depresión	Depresión	Depression

Fuente: elaboración propia.

2. Historia y evolución de las unidades de cuidados intensivos.

Aunque no se hablara de unidades de cuidados intensivos como tal, desde tiempos remotos se reconoce la necesidad de tratar a pacientes de mayor gravedad de una manera prioritaria con respecto a otros por su nivel de lesiones derivadas, en la mayoría de ocasiones, por las guerras propias de la época. Por lo que hace más de un siglo ya se

comenzaron a separar a estos pacientes, labor en la que participo Florence Nightingale durante la guerra de Crimea en 1854. Consiguió que la mortalidad de dicha guerra se redujera considerablemente y apareció el concepto de cuidados intensivos que en aquella fecha se centraban en la sedación y la ventilación de los pacientes más graves. A día de hoy podemos definir la unidad de cuidados intensivos como un área destinada a la vigilancia y monitorización de pacientes en estado grave con compromiso vital, en la que deben existir los recursos necesarios para dicho fin (1,2).

En España se desarrolla la primera unidad de cuidados intensivos en el año 1965 en la Fundación Jiménez Díaz, donde las enfermeras eran conscientes tanto de la importancia de la especialización de los cuidados que se iban a dar a los pacientes, así como de la creación de una asociación científica con el objetivo de aumentar los conocimientos en este área así como especializar los cuidados destinados a pacientes críticos. Comenzaron siendo reuniones poco afamadas con la participación de menos de 100 enfermeros, pero poco a poco fueron ganando la importancia que tienen a día de hoy donde se agrupan hasta 500 profesionales sanitarios, es lo que conocemos como la Sociedad Española de Enfermería Intensiva y Unidades Coronarias (SEEIUC) (2).

Junto con la posición que va ganando el cuidado crítico, sigue siendo un elemento fundamental la ventilación de los pacientes, y añadido al surgimiento de las revoluciones tecnológicas y científicas llega la aparición de la ventilación mecánica con presión positiva, que será el detonante final para comenzar a diseñar un plan de disposición en las unidades de cuidados intensivos con el fin de que su organización permita un buen control de los pacientes mediante monitores y recursos tecnológicos con los que anteriormente no se contaba. Es imprescindible que se entienda, que en cuanto a la historia se refiere, la aparición y al comienzo del uso de tecnologías en unidades de cuidados intensivos no solo habla de aparatos tecnológicos como puede ser una bomba de infusión o un ventilador mecánico, sino también de la adquisición de nuevos conocimientos así como nuevas técnicas de enfermería (2).

Si se clasifica la tecnología que presenta una UCI en España existirían tres tipos (3):

- a. Blanda: abarca las relaciones enfermero-paciente, enfermero-familia y relaciones entre el equipo de trabajo, así como las gestiones necesarias del servicio.
- b. Blanda-dura: engloba la estructura del proceso de enfermería. El profesional enfermero tiene un papel muy importante en la toma de decisiones clínicas, algo que previo al desarrollo de esta técnica no existía ya que enfermería tan

solo se ceñía al cumplimiento de órdenes mandadas por los médicos. Aquí es vital la creación de un proceso que de manera sistemática y racional permitiera a la enfermera hacer una valoración propia que garantizaba a los pacientes unos cuidados de calidad y completos en todas sus esferas. En este contexto y con este mismo fin, surgen las escalas, *guidelines*, y otros tipos de instrumentos de evaluación.

- c. Dura: son puramente aparatos tecnológicos, mejoras de los que ya existían así como nuevas creaciones. Entre estas, cabe destacar de los últimos 50 años avances importantes en hemodinámica, diálisis en pacientes renales en UCI, control de saturación de oxígeno con alta precisión y sistemas de alarma, etc.

Se entiende y debe ser clara y compartida la idea de que estas tecnologías, en especial la considerada dura, tienen un objetivo, y que es por este por el que son usadas, evitando así su inclusión en la atención sin el conocimiento real de la necesidad. Esto facilita y mejora la atención integral del paciente y la eficacia del tratamiento (3).

Por otro lado, son unidades que se encuentran cercanas a los pacientes, próximas a los quirófanos, urgencias y unidades de reanimación postquirúrgica; y aunque el tamaño de esta dependerá según el hospital en el que se encuentre y si es una unidad de cuidados críticos especializados o polivalente, debe acoger un 10% del total de las camas del hospital. Un exceso o defecto de estas podrían generar conflictos de gestión (4).

En los últimos años se ha acogido una visión más holística del paciente crítico, donde reconociendo la importancia de la dimensión física de la persona, no se olvidan las dimensiones psico-socio-culturales-espirituales (4).

3. Importancia de la profesionalización de enfermería en una Unidad de Cuidados Intensivos.

Como se comenta en el punto anterior la disposición de la unidad es estratégica con el fin de que se disponga de lo necesario en el momento que se precise. Por ello el control de enfermería es el centro de control tanto visual como de monitorización de cada paciente (4).

Es un trabajo multidisciplinar y en equipo fundamental para el correcto funcionamiento de la unidad. Está compuesto por médicos intensivistas y residentes, anestesistas, enfermeros, TCAES (técnicos en cuidados auxiliares de enfermería) y

fisioterapeutas. Se trata de una especialización necesaria para la enfermería, que supone mayor comunicación, motivación asistencial y coordinación (5).

La enfermera de la unidad de cuidados intensivos es la profesional que más atención presta a los pacientes y la que más tiempo y cuidados destina hacia ellos cumpliendo completamente sus necesidades básicas, siguiendo generalmente el modelo de Virginia Henderson y su teoría de necesidades (6). Es aquella que administra cuidados de forma directa a pacientes con lesiones o patologías de gravedad, y para una mayor distinción, en algunos estudios se habla de ocho competencias que deben estar presentes entre las funciones de enfermería en cuidados intensivos (7):

- Indagación clínica
- Juicio clínico
- Compasión
- Defensoría
- Pensamiento de sistemas
- Facilitadora del aprendizaje
- Respuesta a la diversidad
- Colaboración

Cuando un paciente ingresa en una UCI, es importante saber que al problema de salud física por el que este requiere de intervenciones intensivas, se le añade un desequilibrio psicológico y funcional familiar, que sufre un gran cambio en su estructura que puede producir en ella un gran desequilibrio en su dinámica de familia. Aquí, es lo que se menciona anteriormente, como la importancia de añadir una visión amplia de las dimensiones psico-socio-culturales-espirituales tanto del paciente como de la familia. Para ello los profesionales de enfermería deben tener una formación adecuada y especializada para estas situaciones (4).

4. El paciente crítico y su familia.

Como es sabido, la medicina intensiva es la rama que se ocupa del paciente crítico, y este se define como aquel que presenta alterados uno o varios sistemas de manera que precisa de soporte vital para su mantenimiento y que es susceptible de recuperación. Además se describen cuatro rasgos fundamentales para poder hablar de un paciente crítico (1):

- Potencialmente grave.
- Susceptible de la desaparición de la enfermedad.
- Necesidad de vigilancia y cuidados continuos.
- Necesidad de una unidad especializada y tecnificada.

El perfil mayoritario de paciente critico es aquel que presenta alguna patología derivada de un accidente de tráfico, caída de altura o atropello como puede ser traumatismo craneoencefálico o de tórax; así como cuadros sintomáticos graves derivados de patologías renales, cardiovasculares y cerebrovasculares entre otras (4).

El entorno familiar del paciente lo componen todas aquellas personas que están vinculadas a él afectivamente, por sentimientos o por lazos consanguíneos. Es interesante el modelo ecológico de Bronfenbrenner, donde explica que cada miembro de la familia experimenta de un modo u otro angustia o preocupación ante la enfermedad y/u hospitalización de un ser querido (8).

Las UCIS están planteadas para acoger pacientes durante una estancia media o larga, sin embargo no es así para los familiares de estos; las condiciones medioambientales de alta tecnología, ruidos e iluminación no son buenos factores para mitigar el estrés o ansiedad que genera la estancia en un hospital. Algunos familiares describen las UCIS como salas llenas de aparatos, cables, máquinas y pacientes que en estado grave son llevados allí para morir, sienten que son sacadas de su zona de confort hacia un territorio hostil, desconocido y que en la mayoría de los casos genera miedo, angustia y malestar (9). Esto también está condicionado por los regímenes de visita impuestos en estas unidades que no permiten ni al paciente ni a los familiares sentir una sensación de seguridad y apoyo continuo (10,11).

En 1960 con la aparición de las primeras unidades de cuidados intensivos se crea un régimen de visitas con carácter cerrado debido al desconocimiento de las causas que estas podrían tener para los pacientes, sin embargo, en 1979, se realiza un primer estudio donde se valoran las necesidades de los familiares respecto a sus seres queridos en estado crítico. Entre estas necesidades se encuentran el deseo de poder permanecer con el paciente el tiempo que quieran o del que dispongan, ser informados por el mismo profesional a diario, tener conocimiento de procedimientos y traslados (12).

En esta misma línea la bibliografía nos muestra numerosas investigaciones en las que se demuestra la importancia que tiene el papel de la familia en la recuperación de un paciente crítico. El primer estudio que valora esta cuestión es el cuestionario CCFNI (*Critical*

Care Family Needs Inventory) que mide la importancia que los familiares le otorgan a los sentimientos de seguridad, apoyo, información, proximidad y comodidad. Este estudio se realizó con familiares que tenían pacientes en la UCI del Hospital Dr. Josep Trueta de Girona en otoño de 2003. Los resultados expresaron que la necesidad más relevante fue la de seguridad con un 50,3% seguida de la de apoyo con un 47,2% (13).

Las intervenciones de los cuidados de enfermería tienen como objetivo reducir estos factores que generan tensión y condiciones adversas, con el fin de mantener la salud, la estabilidad y la adaptación (14).

5. Cuidados centrados en la familia

El cuidado centrado en la familia es un concepto que no aparece hasta la segunda mitad del siglo XX ya que este se basaba únicamente en el paciente y en la enfermedad. Cuando un familiar vive la experiencia de tener un ser querido en estado crítico, se encuentra con una situación que puede sobrepasar su capacidad de afrontamiento, por lo que también requiere una serie de cuidados. Algunos de los más demandados son (15):

- Recibir información clara y precisa sobre el estado del paciente.
- Sentirse cerca del paciente.
- Sentir esperanza, ya no solo de recuperación, sino de muerte digna sin sufrimiento o de tiempo que pasar con el paciente.
- Alivio de su ansiedad y estrés.
- Sentir que el paciente recibe cuidados de calidad.

Una de las necesidades esenciales que asumen tanto los pacientes como los familiares cuando se habla de una unidad de cuidados críticos es la de comunicación. Es una herramienta básica y es vital que esta sea bidireccional, clara y comprensible por parte de los afectados ya que de lo contrario el sentimiento de incomodidad, angustia, ansiedad y estrés que genera una UCI se ve gravemente empeorada. Además varias bibliografías demuestran que es el factor más importante y satisfactorio que los familiares perciben durante el ingreso de un familiar (16).

Hasta hace pocos años, la comunicación con los familiares por parte de los profesionales se consideraba una actividad adicional, que aunque necesaria, poco rentable y alejada del objetivo fundamental de la práctica clínica. Pero esta mentalidad ha ido

cambiando con el paso del tiempo, estudios y la contemplación de que muchas de estas personas acompañantes de pacientes críticos han sufrido un cambio drástico en sus vidas diarias y puede que incluso esta comunicación con los profesionales de la salud sea el único nexo que presenten con sus seres queridos (17).

6. Síndrome post-cuidados intensivos

Con el avance en las tecnologías, la medicina y la profesionalización de los cuidados cada vez son más los pacientes que sobreviven a su paso por las UCIS, pero un porcentaje importante de estos se convertirán en pacientes crónicos, donde entre el 30-50% sufre lo que se denomina como síndrome de post-cuidados intensivos (PICS) que pueden estar presentes durante meses e incluso años. Este síndrome abarca las secuelas físicas, principalmente respiratorias y musculares; cognitivas, como falta de memoria y atención; y psíquicas, generalmente estrés y ansiedad, que sufre un paciente tras su paso por la unidad de cuidados críticos (18).

Para prevenir este síndrome, es imprescindible reducir el tiempo de inmovilización del paciente mediante rehabilitación temprana reduciendo así las posibles secuelas físicas, identificar pacientes con mayor riesgo de sufrir un síndrome de estrés postraumático, como son por ejemplo los que permanecen largo periodo de tiempo en una unidad de cuidados intensivos, o abordar el deterioro de la función cognitiva detectando de forma temprana durante el ingreso (19,20).

Pero este síndrome, no solo es proyectado en el paciente, sino también en sus familiares (PICS-f) que los han acompañado durante el proceso (19). Entre los síntomas más frecuentes que padecen los familiares del paciente se encuentran ansiedad (70%), depresión (35%) y estrés postraumático (35%), donde se centrará la investigación de este trabajo (18).

7. Justificación

La elección del tema del presente estudio tiene como finalidad destacar los posibles riesgos a los que los familiares de pacientes ingresados en una UCI se enfrentan tras una corta o larga estancia en el hospital, así como que factores predisponentes tanto del enfermo como del familiar pueden interferir en la aparición de un mayor impacto emocional.

La enfermería es una profesión que centra muchos de sus esfuerzos en humanizar el cuidado en cada tipo de paciente. Cuando hablamos de una UCI, es muy importante que esta humanización se extienda de tal manera que llegue también a los familiares, y es necesario que para ello se vele por la comunicación y la relación enfermero-paciente-familia; de esta manera será más fácil conocer los factores de riesgo predisponentes tanto de los pacientes como de los familiares que pueden afectar al impacto emocional que estos últimos sufran durante la estancia en un hospital (21).

Se busca que mediante la obtención de estos datos se pueda trabajar con mayor precisión sobre cada paciente y sus familiares con el objetivo de paliar estos efectos negativos sobre la percepción de las personas durante la estancia en la UCI.

El estudio se realizará mediante un proyecto de investigación de Estudio observacional de corte transversal donde se incluirán algunas posibles variables predisponentes de los pacientes, así como de los familiares, que se desarrollaran posteriormente y que aporten datos por los que estos últimos pueden sufrir un mayor impacto emocional, que en este caso desemboque en ansiedad y depresión, en comparación a otros, al enfrentarse a una situación de ingreso de un ser querido en una UCI.

Es necesario el estudio de estas variables ya que se encuentran numerosas bibliografías acerca de la humanización de los cuidados en UCI y de posibles actuaciones a realizar en estas para su mejora, pero existe un desconocimiento importante en cuanto a los factores más influyentes en el impacto emocional que sufren las familias de pacientes ingresados en UCIS.

Proyecto de Investigación Estudio Observacional

1. Objetivos.

El presente trabajo de fin de grado tiene como **objetivo principal** conocer que diferentes características presentes en las familias tienen influencia sobre el impacto emocional (ansiedad y depresión) que sufren estas cuando viven una situación de ingreso en UCI de un miembro de dicha unidad familiar.

De este objetivo principal, podemos enunciar algunos **objetivos específicos** como son:

- Conocer qué porcentaje de familiares sufre ansiedad y/o depresión tras cinco días en la UCI.
- Conocer los factores determinantes para la aparición de la ansiedad y depresión.

2. Metodología.

2.1 Diseño del estudio.

Para la realización de este estudio, se ha escogido un **estudio observacional descriptivo de corte transversal**.

Hablamos de un diseño observacional porque lo que se busca es hacer una recopilación de información acerca de las variables, pero sin intentar influir sobre los acontecimientos (22).

Se hará un estudio descriptivo, es decir, se describirán los datos que se obtengan de la muestra poblacional, sin intervención alguna durante el proyecto (23).

Se realizará de manera transversal, es decir, los sujetos de estudio serán observados una sola vez en el tiempo a través de una encuesta, no se hará un seguimiento de ellos.

La elección de este tipo de estudio se basa en el objetivo del trabajo, que es observar los datos que aportan las encuestas acerca de la presencia en los familiares de

ansiedad y depresión y poder relacionarlos con características previas personales tanto de estos como de los pacientes ingresados.

El estudio se llevará a cabo a lo largo de 6 meses, durante los cuales se irán pasando las encuestas a los familiares de pacientes que lleven en la unidad ingresados al menos 5 días.

2.2 Sujetos de estudio.

El ámbito de estudio de este trabajo serán las Unidades de Cuidados Intensivos polivalentes del Hospital General Universitario de Getafe y el Hospital Universitario Infanta Elena de Valdemoro ubicados al sur de la Comunidad de Madrid. El primero cuenta con 24 camas específicas para pacientes críticos y realiza unos mil ingresos anuales (24). Por otro lado el segundo cuenta con 13 específicas para cuidados críticos y realiza alrededor de 700 ingresos anuales (25).

La **población diana** del estudio serán los familiares de pacientes ingresados en una UCI.

Como **población accesible** encontramos a aquellas personas que tengan un familiar de primer grado (padre, madre, hermano/a o hijo/a) ingresado en la UCI durante al menos 5 días atrás de los hospitales de Getafe y Valdemoro.

Para la obtención de la **población elegible** se llevarán a cabo los siguientes criterios de selección.

Criterios de inclusión:

- Que el participante tenga un familiar de primer grado ingresado en la UCI.
- Que el ingreso del familiar haya sido de cinco o más días.
- Que tanto el paciente como el participante sean mayores de edad.
- Que quiera participar.

Criterios de exclusión:

- Que el familiar presente alguna patología que le impida entender o expresarse.
- Que el familiar no entienda el idioma.
- Que el familiar presente ansiedad o depresión previa a la situación de ingreso.
- Rechazo a firmar el consentimiento informado (CI).

En cuanto al tamaño y la división de la muestra, debemos tener en cuenta que, en los hospitales en los que se va a realizar el estudio, se producen aproximadamente 1700 ingresos anuales en sus UCIs. El estudio se realizará durante 6 meses, con lo cual mediante la fórmula de estimación poblacional, obteniendo una muestra de 285 individuos para estimar, con una confianza del 95% y una precisión de +/- 3 unidades porcentuales, un porcentaje de población que previsiblemente será de alrededor del 10%.

La calculadora empleada para el cálculo de la estimación muestral fue la Calculadora de Tamaño Muestral GRANMO, Versión 7.12 Abril 2012.

2.3 Variables.

Para este estudio se deben tener en cuenta las siguientes **variables demográficas**. (Tabla 2. Variables de estudio.)

Variable	Tipo	Medida	Herramienta
Edad	Cuantitativa ordinal.	18 años o más	Ficha de recogida de datos. Ver Anexo 1.
Sexo	Cualitativa dicotómica.	Masculino Femenino	Ficha de recogida de datos.
Parentesco familiar	Cualitativa politómica.	Hermano/a Padre/madre Hijo/a	Ficha de recogida de datos.
Nivel de estudios	Cualitativa politómica.	Educación secundaria obligatoria Estudios superiores	Ficha de recogida de datos.
Situación laboral	Cualitativa politómica.	En activo Desempleado/a	Ficha de recogida de datos.

Días de estancia en UCI	Cuantitativa politómica.	5 días – 20 días 21 días o más	Ficha de recogida de datos.
Estado civil	Cualitativa politómica.	Soltero Casado Viudo	Ficha de recogida de datos.
Experiencia previa en UCI como familiar	Cualitativa dicotómica.	Sí No	Ficha de recogida de datos.
Causa del ingreso	Cualitativa politómica.	Accidente Patología crónica Patología aguda	Ficha de recogida de datos.
Técnicas invasivas al paciente	Cualitativa dicotómica.	Sí No	Ficha de recogida de datos.
Complicaciones en el paciente durante el ingreso	Cualitativa dicotómica.	Sí No	Ficha de recogida de datos.
Ansiedad	Cualitativa dicotómica.	Sí No	Escala de ansiedad de Hamilton. Ver Anexo 2.
Depresión	Cualitativa dicotómica.	Sí No	Escala de autoevaluación de depresión del Dr. Zung. Ver Anexo 3.

Fuente: elaboración propia

Estas variables serán recogidas mediante una hoja de recogida de datos de los familiares en la que se plantearán las diferentes cuestiones de tal manera que las variables politómicas sean contestadas escritas por los familiares, mientras que las dicotómicas requieran de si o no.

Será imprescindible para el desarrollo del trabajo y para conocer si existe relevancia entre las diferencias que presentan los grupos de personas señalado. Y de ser así, cuales de estas variables tanto de los pacientes como de los familiares son las que generan un mayor nivel de ansiedad y depresión durante la experiencia de ingreso en una UCI.

2.3.1. Escala de Ansiedad de Hamilton.

La escala de Hamilton de valoración de la ansiedad es una escala hetero administrada que va dirigida a la población general. Se puntuará del 0 al 4 en cada ítem,

siendo: 1- ausente, 2- leve, 3- moderado, 4- grave, 5- muy grave/incapacitante; de tal manera que además de la manifestación de la ansiedad, valora su intensidad y su frecuencia. Aunque esta escala ofrece la posibilidad de hacer una distinción entre ansiedad somática y psíquica, en nuestro estudio contabilizaremos ambos tipos juntos con el objetivo de conocer cuántos de ellos presentan esta patología frente a los que no (26).

2.3.2. Escala de autoevaluación de la Depresión del Dr. Zung.

Con esta escala se consigue identificar los síntomas de la depresión, centrándose en los somáticos y los cognitivos. Cuenta con 20 frases relacionadas con la depresión, siendo la mitad formuladas de manera positiva y la otra mitad negativa. La escala puntúa del 1 al 4 siendo: 1- muy pocas veces, 2- algunas veces, 3- muchas veces, 4- casi siempre. En cuanto a los resultados, se medirá la presencia de depresión, y de ser así, en que grado se encontraría(27):

- Menor o igual que 28 puntos $\Rightarrow$ ausencia de depresión
- Entre 29 – 41 puntos $\Rightarrow$ depresión leve
- Entre 42 – 52 puntos $\Rightarrow$ depresión moderada
- Mayor o igual a 53 puntos $\Rightarrow$ depresión grave

Aunque para otro tipo de investigación también sería muy interesante tener en cuenta en que grado de depresión se encuentra el paciente, para el proyecto presente evaluaremos la presencia o no de la enfermedad.

2.4. Procedimiento de recogida de datos.

Para la realización del estudio, se hará entrega a los enfermeros de la UCIS de los hospitales objeto de estudio los siguientes apartados, de tal manera que estos se los puedan facilitar a los familiares interesados en participar:

- Hoja de recogida de datos del familiar.
- Hoja de encuesta de escala de ansiedad de Hamilton.
- Hoja de Escala de Autoevaluación para la depresión de Zung.
- Hojas informativas a cerca del estudio con la que el posible participante entenderá las bases y objetivos de este. Ver Anexo 4.

- Consentimiento Informado. No podrán recibir las encuestas ni participar en el estudio aquellas personas que no firmen y entreguen este documento al personal de enfermería. Ver Anexo 5.

Se han escogido ambas encuestas por ser las más adecuadas para el estudio propuesto.

2.5. Fases del estudio, cronograma.

Fase I. Conceptualización y búsqueda bibliográfica: se comenzó a preparar el esquema del proyecto de investigación en Octubre del 2022. A partir de este mismo mes se comenzó la búsqueda bibliográfica y la elaboración del estado de la cuestión hasta el mes de Enero de 2023.

Fase II. Desarrollo del proyecto de investigación: una vez finalizada la búsqueda bibliográfica y elegido el tipo de proyecto de investigación a realizar, se comenzó a diseñar el estudio y a definir todas sus partes durante los meses de Enero, Febrero, Marzo y Abril de 2023.

Fase III. Presentación del proyecto de investigación: en el mes de Mayo de 2023 se realizará la entrega definitiva del Trabajo de Fin de Grado teniendo que ser a su vez presentado en el mismo mes ante tribunal para su aprobación y evaluación.

Para facilitar la comprensión de las fases del proyecto de investigación se podrá observar el siguiente cronograma. (Tabla 4. Cronograma de las fases de estudio.)

	Octubre	Noviembre	Diciembre	Enero	Febrero	Marzo	Abril	Mayo
Fase I								
Fase II								
Fase III								

2.6. Análisis de datos.

Todos los datos obtenidos en las valoraciones serán trasladados a una base de datos Microsoft Excel (MS Excel. Versión 16.20. Redmond, WA: Microsoft Corp.). Una vez depurada, estos datos pasarán al programa estadístico SPSS para Windows, versión 24.0, (IBM Corp. Released 2016. IBM SPSS Statistics for Windows, Versión 24.0. Armonk, NY: IBM Corp.) para su análisis.

Para comenzar el análisis estadístico se realizará lo primero un análisis descriptivo de los datos obtenidos para las variables cuantitativas del estudio incluyendo: media, mediana y desviación estándar (SD); y para las variables cualitativas, las frecuencias absolutas y relativas.

Posteriormente se realizará un análisis inferencial para ver las diferencias entre los familiares sujetos del estudio y la correlación con las distintas variables. Estas asociaciones entre variables se buscarán en función de la Chi-cuadrada o Prueba exacta de Fisher para variables cualitativas, o mediante el coeficiente de correlación de Pearson o Spearman en función de la normalidad de las variables cuantitativas.

A demás se aplicarán test estadísticos paramétricos (T- student para muestras independientes o relacionadas) o sus correspondientes pruebas no paramétricas para el contraste de hipótesis estadísticas en función del tipo de variable y distribución normal de la variable cuantitativa.

La distribución de las variables cuantitativas analizadas se comprobará mediante el test de Kolmogórov-Smirnov. Las diferencias encontradas en la estadística bivalente serán consideradas estadísticamente significativas para un nivel de confianza de 95%.

3. Aspectos éticos.

El trabajo de fin de grado presente será presentado al Comité Ético de Investigación para su valoración y aprobación en cumplimiento de la Ley de Investigación Biomédica. Se llevará a cabo siguiendo los principios éticos de la Declaración de Helsinki para las investigaciones médicas en seres humanos. Además, es responsabilidad del estudiante que se haga un buen uso de este y de que sean respetados los principios fundamentales de toda investigación educativa que conlleve la participación de seres humanos. Estos principios son el respeto, el beneficio y la justicia (28).

Las instituciones y sujetos que participarán en el estudio deberán previamente ser informados (Ver Anexo 4) acerca de este y firmar el consentimiento informado (Ver Anexo 5) por el que otorga su autorización para participar en el estudio.

En este proyecto de investigación los riesgos potenciales de los sujetos participantes se minimizan, frente a los beneficios tanto para estos como para la sociedad. Por lo tanto los beneficios son proporcionales o exceden a los riesgos asumidos. Este requisito fundamental, engloba a los principios de no-maleficencia y beneficencia.

Toda la información relacionada con el estudio es estrictamente confidencial y tratada de acuerdo con el Reglamento Europeo 2016/679 del 27 de abril del 2016 y la Ley Orgánica 3/2018 de Protección de Datos Personales y garantía de los derechos digitales.

4. Limitaciones del estudio.

Al realizar un estudio observacional encontramos limitaciones ya que no es posible comprobar la seguridad y la fiabilidad al 100%. Este tipo de estudio presenta más riesgo de que exista un sesgo observacional que un estudio experimental.

Cabe destacar la no aleatorización previa de la muestra, que impide garantizar que los sujetos de estudio sean realmente comparables.

A demás, este estudio no permite establecer causalidad, es decir, solo pueden dar una asociación entre los factores conocidos y observados.

Bibliografía

1. García CRA, Torres CM. La Realidad de la Unidad de Cuidados Intensivos. 2017;3(31):171–3. Available from: <https://www.scielo.org.mx/pdf/mccmmc/v31n3/2448-8909-mccmmc-31-03-171.pdf>
2. Historia – Sociedad Española de Enfermería Intensiva y Unidades Coronarias [Internet]. [cited 2022 Nov 7].
3. Kuerten Rocha P, Prado ML do, Almeida Cabral PF de, Jatobá de Souza AI, Anders JC. El cuidado y la tecnología en las unidades de cuidados intensivos. 2013 [cited 2022 Nov 7];22(3):156–60. Available from: https://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_abstract&pid=S1132-12962013000200009&lng=es&nrm=iso&tlng=es
4. Fuentes PS, Monge FJC, Sanz ES. Enfermería en cuidados críticos. 28019 Madrid: Editorial Universitaria Ramón Sánchez; 2011.
5. Merino ÁV. Los gestores de enfermería como promotores hacia el desarrollo profesional y la excelencia en enfermería. 2017;(116):35–40. Available from: <https://www.enfervalencia.org/ei/116/ENF-INTEG-116.pdf>
6. Monfillo SB, Mohamed MM, Bijji EOEM, Mohamedi MM, Espinosa DA, Carvajal MDLÁG. Funciones del profesional de enfermería en la unidad de cuidados intensivos. 2022;3(12). Available from: <https://revistasanitariadeinvestigacion.com/funciones-del-profesional-de-enfermeria-en-la-unidad-de-cuidados-intensivos>.
7. Terry CL, Weaver A. Enfermería de Cuidados Intensivos . Manual Moderno; 2012.
8. Carneros PÁ. La Teoría Ecológica de Urie Bronfenbrenner. 2015; Available from: <https://psicologiymente.com/desarrollo/teoria-ecologica-bronfenbrenner>.

9. Urrutia IB, Garrido PS. Creencias, Sentimientos e Incertidumbre frente a la enfermedad en familiares de pacientes ingresados a UCI . 2011;26(1):27–34.
10. Gil B, Ballester R, S.Gómez, Ruiz E, Giménez C. Síntomas de ansiedad y depresión tras la hospitalización en una unidad de cuidados intensivos. 2010;(15):293–304.
11. Sánchez-Vallejo A, Fernández D, Pérez-Gutiérrez A, Fernández-Fernández M. Analysis of needs of the critically ill relatives and critical care professional's opinion. 2016 Dec 1;40(9):527–40.
12. B.Errasti-Ibarrondo, S.Tricas-Sauras. La visita flexible en unidades de cuidados intensivos: beneficios para familiares de pacientes críticos. 2021;4(23):179–88.
13. Fabrellas IH, Pérez YV, Ribas EP. Qué es importante para los familiares de los pacientes de una Unidad de Cuidados Intensivos. 2007;3(18):106–14.
14. Avendaño DJG, Ochoa MCE, Alvarado MG, Canales ABA. Efectividad del modelo de cuidado de enfermería para la familia de paciente con infarto agudo al miocardio en la unidad de cuidados intensivos. 2015 [cited 2022 Oct 11];6(1):923–31. Available from: <https://revistas.udes.edu.co/cuidarte/article/view/166>
15. Hervás CG. Humanización. Cuidados centrados en la familia. 2017;73(1):79–82.
16. Mendieta FRA, Vera MEZ. Relevancia de la comunicación con los familiares de los pacientes de las Unidades de Cuidados Críticos del Hospital IESS Milagro: Evaluación de la calidez de la atención. 2014;
17. Lluvia C. Cuidados críticos: la comunicación como terapia imprescindible. 2008;5(2–3):233–43.

18. Torres J, Carvalho D, Molinos E, Vales C, Ferreira A, Dias CC, et al. The impact of the patient post-intensive care syndrome components upon caregiver burden. 2017 Nov 1;41(8):454–60.
19. Inoue S, Hatakeyama J, Kondo Y, Hifumi T, Sakuramoto H. Post-intensive care syndrome: its pathophysiology, prevention and future directions. 2019;6:233–46.
20. Díez VBH, Gorris M del PS, Romano EB, Gracia CM, Elía LT, Sancho CP. Síndrome post-cuidados intensivos en la unidad de cuidados intensivos. 2021; Available from: <https://revistasanitariadeinvestigacion.com/sindrome-post-cuidados-intensivos-en-la-unidad-de-cuidados-intensivos/>
21. Rodríguez MD, Rubio LA, García DA, Cristóbal EP, Valera MC. Orientaciones formativas para un cuidado humanizado en enfermería: una revisión integrativa de la literatura. 2020 [cited 2023 Mar 18];(58). Available from: <https://scielo.isciii.es/pdf/eg/v19n58/1695-6141-eg-19-58-640.pdf>
22. Jorge Dagnino S. Tipos de Estudios. 2014 [cited 2023 Mar 20];(43):104–8. Available from: https://www.sachile.cl/upfiles/revistas/54e63653e200e_05_tipos-2-2014_edit.pdf
23. Estudios observacionales (I). Estudios transversales. Medidas de frecuencia. Técnicas de muestreo [Internet]. 2013 [cited 2023 Mar 27]. Available from: <https://evidenciasenpediatria.es/articulo/6396/estudios-observacionales-i-estudios-transversales-medidas-de-frecuencia-tecnicas-de-muestreo>
24. Unidad de Cuidados Intensivos [Internet]. 2018 [cited 2023 Mar 28]. (Hospital Universitario de Getafe). Available from: <https://www.comunidad.madrid/hospital/getafe/profesionales/servicios-centrales/unidad-cuidados-intensivos>
25. Muñoz EA. Así es la situación en el hospital de Valdemoro: se estancan los ingresos por covid-19 pero aumentan las entradas en UCI [Internet]. ZIGZAGDIGITAL.COM; 2021 [cited 2023 Mar 28]. (ZIGZAGdigital Información de

Pinto, Ciempozuelos, Valdemoro, San Martín de la Vega y sur de Madrid). Available from: <https://zigzagdigital.com//art/21964/asi-es-la-situacion-en-el-hospital-de-valdemoro-se-estancan-los-ingresos-por-covid-19-pero-aumentan-las-entradas-en-uci>

26. Escala de Ansiedad de Hamilton. [cited 2023 Mar 28]. Available from: file:///C:/Users/lucia/Downloads/escala_de_ansiedad_de_hamilton.pdf

27. Escala de Depresión de Zung [Internet]. 2021 [cited 2023 Mar 28]. Available from: https://es.wikipedia.org/w/index.php?title=Escala_de_Depresi%C3%B3n_de_Zung&oldid=136731796

28. Otero LR, Casado-Muñoz R. Guía ética para la investigación educativa. [Internet]. Londres: BERA; 2019 [cited 2023 Apr 17]. 23 p. Available from: file:///C:/Users/lucia/Downloads/BERA_Guia-%C3%89tica-para-la-Investigacion-Educativa.pdf

Anexos

Anexo 1: Hoja de recogida de datos del familiar.

FICHA DE RECOGIDA DE DATOS			
Edad	 Años		
Sexo	Mujer	Hombre	
Parentesco familiar	Hermano/a	Padre/Madre	Hijo/a
Nivel de estudios	Estudios superiores	Educación secundaria obligatoria	
Situación laboral	En activo	Desempleado	
Días de estancia en UCI	De 5 – 20 días	21 días o más	
Estado civil	Soltero/a	Casado/a	Viudo/a
Experiencia previa en UCI como familiar	SÍ	NO	
Causa del ingreso	Accidente	Patología crónica	Patología aguda
Técnicas invasivas al paciente	SÍ	NO	
Complicaciones en el paciente durante ingreso	SÍ	NO	

Fuente: elaboración propia

Anexo 2: Hoja de encuesta de escala de ansiedad de Hamilton (26).

SÍNTOMAS DE LOS ESTADOS DE ANSIEDAD	AUSENTE	LEVE	MODERADO	GRAVE	MUY GRAVE
Estado de ánimo ansioso: preocupaciones, anticipación temerosa, irritabilidad.	0	1	2	3	4
Tensión: incapacidad para relajarse, inquietud, temblores, llanto fácil.	0	1	2	3	4
Temores: a desconocidos, a la soledad, a multitudes, tráfico.	0	1	2	3	4
Insomnio.	0	1	2	3	4
Cognitivo: dificultad para concentrarse, mala memoria.	0	1	2	3	4
Estado de ánimo deprimido: pérdida de interés, cambios de humor	0	1	2	3	4
Síntomas musculares: dolores, rigidez, contracciones, crujir de dientes.	0	1	2	3	4
Síntomas sensoriales: visión borrosa, sofocos y escalofríos, debilidad.	0	1	2	3	4
Síntomas cardiovasculares: taquicardia, palpitaciones, sensación de desmayo, dolor en pecho.	0	1	2	3	4
Síntomas respiratorios: opresión en pecho, disnea, sensación de ahogo.	0	1	2	3	4
Síntomas gastrointestinales: gases, disfagia, ardor, vómitos, diarrea, pérdida de peso, estreñimiento.	0	1	2	3	4
Síntomas genitourinarios: micción urgente, amenorrea, impotencia.	0	1	2	3	4
Síntomas autónomos: boca seca, rubor, palidez, vértigos.	0	1	2	3	4
Comportamiento en la entrevista: tenso, temblor de manos, tragar saliva, frecuencia respiratoria, sudor.	0	1	2	3	4

“Elaboración propia a partir de Escala de Ansiedad Hamilton, 26/03/2023”.

Anexo 3: Hoja de Escala de Autoevaluación para la depresión de Zung (27).

Enunciado relacionado con la depresión.	Muy pocas veces.	Algunas veces.	Muchas veces.	Casi siempre.
Me siento decaído y triste.	1	2	3	4
Me siento mejor por la mañana.	1	2	3	4
Siento ganas de llorar.	1	2	3	4
Tengo problemas para dormir.	1	2	3	4
Mantengo el apetito de antes.	1	2	3	4
Todavía disfruto del sexo.	1	2	3	4
Estoy perdiendo peso.	1	2	3	4
Tengo problemas intestinales.	1	2	3	4
Tengo el pulso acelerado.	1	2	3	4
Me canso sin razón alguna.	1	2	3	4
Mi mente esta tan clara como siempre.	1	2	3	4
Tengo la misma facilidad que antes para hacer lo mismo.	1	2	3	4
Me siento nervioso y no puedo estar quieto.	1	2	3	4
Siento esperanza en el futuro.	1	2	3	4
Estoy más irritable que antes.	1	2	3	4
Me siento útil y necesitado.	1	2	3	4
Me es fácil tomar decisiones.	1	2	3	4
Mi vida me llena y satisface.	1	2	3	4
Siento que los demás estarían mejor si yo muriera.	1	2	3	4
Sigo disfrutando de igual manera de las cosas que hacía antes.	1	2	3	4

“Elaboración propia a partir de Escala de Autoevaluación para la depresión de Zung, 26/03/2023”.

Anexo 4: Hojas informativas para familiares.

HOJAS DE INFORMACIÓN AL PARTICIPANTE

TÍTULO DEL ESTUDIO: Ansiedad y depresión en familiares de pacientes en UCI, ¿Qué factores son los más influyentes?

INVESTIGADOR PRINCIPAL: Lucía Saborido León

CENTRO: Hospital Universitario de Getafe / Hospital Universitario Infanta Elena

INTRODUCCIÓN

Nos dirigimos a usted para ofrecerle información sobre el proyecto de investigación al que se le invita a participar. Nuestro objetivo es que tras leer este documento obtenga la información correcta y necesaria para decidir libremente si acepta participar o no en este estudio. Para ello tómese el tiempo que precise y pregunte al investigador ante cualquier duda que le surja.

Si decidiera participar, se le solicitaría su firma en el consentimiento informado del que obtendrá una copia del documento original para que la conserve.

PROPÓSITO DEL ESTUDIO

Usted ha sido invitado como participante en el estudio por tener un familiar ingresado en la Unidad de Cuidados Intensivos. Se relaciona la estancia de un paciente en la unidad con altas tasas de ansiedad y depresión en los familiares. Lo que se investiga con este proyecto, es una posible relación entre la aparición de estas patologías con factores personales previos de los familiares así como de los pacientes.

Los beneficios esperados van derivados para el sujeto y la sociedad. Con este estudio no se espera que usted vaya a obtener beneficios para su salud, sin embargo, puede contribuir a que otras personas en el futuro si los obtengan. Por otro lado, no se prevé ningún riesgo derivado de su participación.

DESCRIPCIÓN DEL ESTUDIO

Este estudio se llevará a cabo en las Unidades de Cuidados Intensivos de dos centros hospitalarios donde participaran alrededor de 850 personas. Se trata de un proyecto de investigación observacional, es decir, se hará una recogida de datos sin la realización de intervenciones durante el estudio, con los cuales después se realizará un estudio descriptivo. Si usted lo desea, se le facilitará un resumen de los resultados obtenidos con el estudio.

Los resultados de este estudio pueden ser remitidos a publicaciones científicas para su difusión, sin tramitar ningún dato que pueda llevar a la identificación del participante, será siempre de manera totalmente anónima.

La cesión y tratado de datos se hará conforme a lo dispuesto por la Ley Orgánica 15/1999, de 13 de Diciembre, de protección de datos de carácter personal. Usted podrá acceder a sus datos y corregirlos o anularlos en cualquier momento comunicándoselo al investigador, siendo este y las autoridades sanitarias los único con acceso a estos.

Anexo 5: Consentimiento Informado.

CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA PARTICIPANTES DEL PROYECTO DE INVESTIGACIÓN.

Yo _____, declaro que he recibido y leído la hoja de información y participo voluntariamente en el Proyecto de Investigación: Ansiedad y depresión en familiares de pacientes en UCI, ¿Qué factores personales son más influyentes? conducido por Lucía Saborido León, estudiante de Grado de Enfermería de la Universidad Pontificia Comillas.

Se me comunica que la información que yo aporte al estudio será estrictamente confidencial y no será usada con ningún otro propósito.

Se me ha otorgado el tiempo necesario para la realización de las encuestas y se me han resuelto las dudas planteadas durante estas.

Otorgo mi consentimiento de manera completamente voluntaria y se que soy libre de revocar mi decisión en cualquier fase del estudio.

Firmo por duplicado, quedándome una copia.

Fecha:

Firma del participante:

