

**NIVELES DE ESTRÉS EN LOS FAMILIARES DE LOS PACIENTES ATENDIDOS EN LA UNIDAD DE CUIDADOS INTENSIVOS DE UN HOSPITAL GENERAL.<sup>1</sup>**  
**STRESS LEVELS IN THE PATIENT'S FAMILY TREATED IN A GENERAL HOSPITAL'S INTENSIVE CARE UNIT.**

---

**Jaime Ernesto Vargas-Mendoza<sup>2</sup> y Esmeralda Libertad Aguilar-García**

Asociación Oaxaqueña de Psicología A. C.  
Centro Regional de Investigación en Psicología  
Instituto Mexicano del Seguro Social, Hospital General de Zona Número 1, Oaxaca.  
México

**Resumen:** Se examinaron los niveles de estrés en 10 familiares que ejercían el rol de cuidadores primarios de pacientes ingresados en la unidad de cuidados intensivos (UCI) en un Hospital General. Se utilizó la Escala de Estrés Percibido PSS-10 como instrumento de evaluación. Los resultados mostraron que el 90% de ellos tenían datos de estrés, la mayoría de estrés bajo (50%). Se consideró deseable sugerir un paquete de ayuda psicológica mediante un protocolo de recepción y manejo apoyado en folletos de información para el momento del ingreso a UCI y cuando se les traslada a la sala de cuidados generales, un curso de control del estrés para los familiares durante su estancia en UCI y posibles servicios de psicoterapia posteriores a su alta del Hospital.

**Palabras Clave:** depresión, pacientes crónicos, insuficiencia renal, cáncer.

**Abstract:** 10 patient relatives were examined for stress levels while their patients received treatment in an intensive care unit. The Perceived Stress Scale PSS-10 was employed. Results show 90% of them with stress, half of the subjects report low levels. Nevertheless, it was considered appropriate the offer of a supportive psychological intervention based on booklets of adequate information for both settings, intensive care unit and general care floor. Also were suggested a brief education program for groups of relatives during hospitalization and perhaps a psychotherapeutic management with all family posterior to the experience of the critical care.

**Keywords:** intensive care, relatives stress, psychological support.

<sup>1</sup> Recibido el 13 de septiembre del 2010 y aceptado el 17 de septiembre del 2010

<sup>2</sup> Calzada Madero 1304, Centro, Oaxaca, México. C.P. 68000 E-mail: [je\\_vargas@yahoo.com.mx](mailto:je_vargas@yahoo.com.mx), Sitio web: <http://www.conductitlan.net>

Los aspectos emocionales que forman parte de la experiencia de pacientes y sus familiares, cuando estos son internados en una unidad de cuidados intensivos (UCI) son fenómenos que apenas recientemente se han empezado a estudiar y que ahora se piensa que deben formar parte de un tratamiento integral ajustado a estándares de calidad en la oferta de servicios médicos. La afirmación de que todos los familiares de pacientes que han estado en la UCI deberían ser examinados para descartar estrés postraumático y, si han perdido al paciente, también debería descartarse en ellos un proceso de duelo complicado, la podemos encontrar en varios reportes que empiezan a considerar con seriedad esta problemática. Así vemos, en un estudio reciente llevado a cabo en un hospital universitario de Pittsburg que se aplicaron cuestionarios para medir la ansiedad y la depresión en los familiares de 50 pacientes ingresados a la UCI, posteriormente se volvieron a evaluar un mes después (39 de ellos) y seis meses después (34 de ellos). Al comienzo, el 42% de las personas sufrían angustia, que disminuía hasta el 21% y el 15% al mes y a los 6 meses, respectivamente. La prevalencia de la depresión era del 16% al comienzo del estudio y descendía al 8% y al 6% al mes y a los 6 meses de seguimiento. A pesar del descenso de los síntomas de estos 2 trastornos hasta valores similares a los de la población general, a los 6 meses, el 35% de los participantes tenía síntomas de estrés postraumático y el 46% de los que habían perdido a un familiar tenían síntomas de duelo complicado [Anderson, 2008].

En otro estudio llevado a cabo en Sevilla, España, con 57 familiares de pacientes traumatizados graves ingresados en la UCI se empleó una encuesta psicosocial y se valoró el clima social de la familia y el temor a la muerte. Los datos de los familiares de pacientes ingresados a la UCI se compararon con ellos mismos cuatro años después del ingreso, obteniendo puntuaciones más elevadas en hipocondría, depresión suicida, agitación, depresión ansiosa, culpabilidad-resentimiento, paranoia, psicastenia, desajuste psicológico y expresividad, y menor en el temor al proceso de morir propio [Rodríguez y

Pérez San Gregorio, 2005]. El estrés experimentado por los familiares aumenta el riesgo de que ellos manifiesten comportamientos poco saludables como serían un descanso inadecuado, falta de ejercicio y consumo de una dieta pobre. Es así que, los familiares corren el riesgo de no atender a sus propias necesidades [Fuller-Jonap y Haley, 1995, Mendonca y Warren, 1998]. Estos familiares también están en riesgo de sufrir de problemas cardiovasculares, de acuerdo con investigaciones que muestran que se dan incrementos en la presión arterial de mujeres que juegan el papel de cuidadoras de enfermos ingresados a una UCI [King, Oka y Young, 1994].

La necesidad universal en los parientes de los pacientes ingresados a una UCI es la necesidad de esperanza. Otras necesidades importantes se refieren a recibir información honesta y adecuada para sentir que los trabajadores del hospital se preocupan realmente por su paciente [Molter, 1979]. La evaluación de las necesidades y experiencias de los miembros de la familia es un paso inicial necesario para poder proporcionar un cuidado apropiado tanto de estos familiares como del paciente que ingresa a una UCI. Las necesidades pueden clasificarse en cuatro categorías: cognitivas, emocionales, sociales y necesidades prácticas [Verhaeghe et al, 2005]. El personal de enfermería se ha percatado de estas necesidades al reconocer que las unidades de cuidados intensivos han sido tradicionalmente lugares cerrados, con normas estrictas, en las que, por encima de cualquier otra dimensión, se atiende la parte física del paciente. Son, por lo tanto, sus emociones y sentimientos los grandes olvidados de la atención que se les presta. María del Carmen Larraondo Marín, por ejemplo, afirma que "la atención a los familiares de nuestros pacientes es una parte más de nuestros cuidados, que en muchos casos se queda desatendida" [Larraondo, 2007]. El movimiento de la Enfermería Basada en la Evidencia ha estimulado la realización de investigaciones por parte de estas profesionales de la salud, también en nuestros países latinoamericanos. En un estudio, de hace unos pocos años, se aplicó una encuesta

a 24 familiares de los pacientes ingresados en una Unidad de Cuidados Intensivos, encontrando que el 41.7 % de ellos manifestaba la necesidad de una mayor información, al 50% le preocupaba que su paciente experimentara sufrimiento, el 58.3% decía preocuparse por que viviera y pudiera valerse por sí mismo, también un 58.3 % de ellos confesaban sentirse angustiados y deprimidos [Rodríguez Borrego et al, 2005].

Los psicólogos también han conducido investigaciones sobre las condiciones emocionales que atraviesan los familiares de los pacientes ingresados en una UCI. Uno de estos trabajos se llevó a cabo en el Hospital Universitario de Valencia, España. Estos investigadores consideraron que resulta de la mayor importancia la comunicación con los médicos para informarse del estado de su paciente y para la toma de decisiones, por lo que una información adecuada y honesta resultaría vital para la salud psicosocial y la satisfacción de la familia del paciente crítico [Gómez-Carretero et al, 2006]. También se ha documentado que la percepción de las necesidades de los familiares de pacientes en cuidados intensivos es diferente desde el punto de vista del profesional comprado con el punto de vista de los familiares mismos. El profesional sobreestima las necesidades de los familiares en lo tocante al ambiente físico y su comodidad, en tanto que los familiares sobreestiman en valor de la información que reciben [Santana Cabrera et al, 2007].

En este trabajo se pretende medir los niveles de estrés en una población constituida por los familiares cuidadores de los pacientes hospitalizados en la unidad de cuidados intensivos del Hospital General de Zona No. 1 del Instituto Mexicano del Seguro Social en la Ciudad de Oaxaca, México. La intención de conocer esta información radica en poder brindarles una mejor atención al otorgarles recursos para afrontar psicológicamente su condición emocional, durante y después de esta experiencia.

## **Método**

### **Participantes**

Se evaluaron 10 familiares de pacientes ingresados a la UCI que ejercían el rol de cuidador, 2 hombres y 8 mujeres, con una edad promedio de 36 años (en un rango entre 22 y 55). El 50 % de ellos fueron mujeres con el vínculo familiar de madres Su participación en este estudio fue voluntaria y anónima.

### **Materiales**

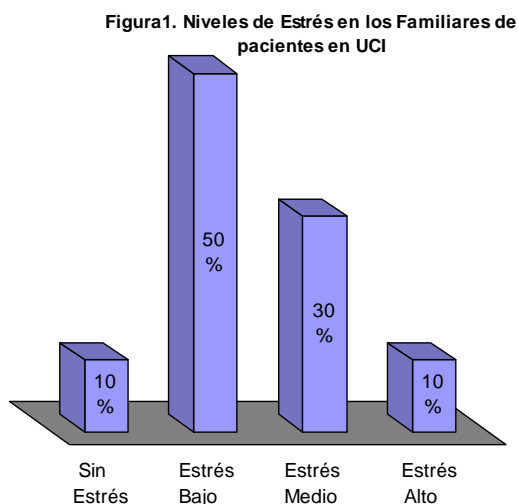
Se les aplicó, de manera individual, la Escala de Estrés Percibido en su versión corta de 10 reactivos (PSS-10) [Cohen, Kamarck y Mermelstein, 1983].

### **Procedimiento**

Fase I. Se aplicaron las pruebas de manera individual, una vez que se contó con el consentimiento informado del entrevistado.  
Fase II. Se tabularon los datos con una estadística descriptiva y se graficaron para su presentación económica.

## **Resultados**

En la Figura 1 se pueden observar los niveles de estrés que arrojó la escala. El 10% de los entrevistados no mostró datos de estrés, el 50% calificó con estrés bajo (puntaje entre 18 y 25), un 30% con estrés medio (puntaje entre 26 y 33) y un 10% con estrés alto (puntaje mayor de 33).



### Discusión

Como se puede apreciar, en la población que estudiamos el 90% arrojaron datos de una reacción de estrés. A diferencia de otras investigaciones en la literatura, nosotros valoramos tres niveles de estrés, aunque no tenemos elementos para explicar qué factores determinan que unos sujetos tengan más o menos estrés. Tema que podría ocupar a otros investigadores. Sin embargo, este dato reitera la necesidad de ofrecer apoyo psicológico a estos familiares de pacientes ingresados en la UCI.

Un primer elemento que se ha discutido y estudiado es la recepción protocolizada del paciente y sus familiares, dado que se ha mostrado que la información es una de las necesidades más importantes. Un estudio encuentra que pasar tan solo 10 minutos adicionales con un proveedor de atención médica reduce el estrés y la depresión [Gordon, 2008]. Con el propósito de valorar el impacto producido por un folleto de información, se han llevado algunas investigaciones que demuestran que esta es una forma deseable de proporcionar información (Azoulay et al, 2002; Torrents et al, 2003). En esta línea de investigación, Chien et al. (2006) realizaron un estudio con el objetivo de examinar el efecto de un programa de educación basado en las necesidades de

familiares de pacientes ingresados en una UCI de Hong Kong. Sus resultados mostraron que en comparación con un grupo control, quienes recibieron el curso mostraron menores puntajes en un cuestionario de ansiedad, así como un mayor nivel de satisfacción de sus necesidades.

Un segundo aspecto, que ha consignado la literatura especializada en este tema, radica en el traslado a la sala de cuidados generales, el estrés por traslado. Una vez superado el periodo crítico de la enfermedad, los pacientes son trasladados a una sala de cuidados generales, lo cual, aunque puede considerarse como un signo de mejoría respecto al estado físico del paciente, quienes al abandonar un ambiente que perciben como seguro y en el que el paciente se encuentra controlado continuamente, experimentan miedo a lo desconocido y viven este traslado como negativo. Paul et al (2004) se centraron en el desarrollo y evaluación de un folleto de información sobre el traslado de la UCI a la sala de cuidados generales destinado a pacientes y familiares. Los autores concluyeron que el folleto puede ayudar a los pacientes y sus familiares a lo largo del periodo de recuperación, dándoles fuerza y proporcionándoles consejos útiles sobre cómo tratar con problemas habituales, aunque consideran que esta forma de comunicación no debe reemplazar el consejo y apoyo verbal.

El tercer aspecto es el que se refiere al trastorno de estrés postraumático que se ha visto tanto en pacientes como en familiares. Los estudios revisados por Jonson et al (2001), indican que las mujeres, principalmente hijas, esposas y madres, son mayoritariamente las encargadas de proporcionar los cuidados necesarios al paciente tras el alta hospitalaria. Asimismo, estos autores detectan que muchos de estos familiares (o cuidadores primarios) experimentan una pérdida o reducción del empleo asociado al hecho de asumir el rol de cuidador y que frecuentemente expresan sentimientos de impotencia, culpa, ira, miedo y alteración social.

Estos factores nos llevan a concluir que sería deseable desarrollar y evaluar:

- El uso de un folleto para familiares de pacientes ingresados a la UCI, que proporcione información general de las reglas de la unidad, de las comodidades y servicios que se les puedan ofrecer y de la manera de afrontar adecuadamente su rol como cuidadores, sin descuidar su salud física y emocional. Así también la programación de un curso sobre el control del estrés.
- El empleo de otro folleto para el traslado a la sala de cuidados generales con información actualizada para el nuevo escenario, así como la visita del personal de psicología para proporcionar consejo clínico.
- Luego del alta del hospital, la canalización del paciente y su grupo familiar a la consulta externa de psicología médica a fin de evaluar la posible presencia de estrés postraumático y manejarlo mediante psicoterapia.

### Referencias

- Anderson WG. (2008) Los familiares de pacientes ingresados en UCI padecen estrés y duelo muy duraderos. *J Gen Intern Med*.
- Azoulay E, Pochard F, Chevret S, Joudain M, Bornstain C, Wernet A, et al (2002) Impact of family information leaflet on effectiveness of information provided to family members of intensive care unit patients: a multicenter, prospective, randomized, controlled trial. *Am J Respir Crit Care Med*. 163(1), 438-442.
- Cohen S, Kamarck T & Mermelstein R. (1983) A global measure of perceived stress. *Journal of Health and Social Behavior*, 24, 385-396
- Chien WT, Chiu YL, Lam LW y Ip WY (2006) Effects of a needs-based education Programme for family carers with a relative in an intensive care unit: A quasi-experimental study. *Int J Nurs Stud*. 43(1), 39-50.
- Fuller-Jonap F & Haley WE. (1995) Mental and physical healthy of male caregivers of a spouse with Alzheimer's disease. *Journal Aging Health*, 7, 99-118.
- Gómez-Carretero P, Monsalve V, Soriano JF y de Andrés J. (2006) El ingreso en la unidad de cuidados intensivos: la repercusión en el familiar del paciente. *Boletín de Psicología*, 87, 61-87.
- Gordon S. (2008) *La comunicación al final de la vida ayuda a las familias a sobreponerse a la pérdida*. HealthDay/HispaniCare.
- Jonson P, Chaboyer W, Foster M y van der Vooren R (2001) Caregivers of UCI patients discharged home: What burden do they face? *Intensive Crit Care Nurs*, 17(4), 219-227.
- King AC, Oka RK & Young DR. (1994) Ambulatory blood pressure and heart rate responses to the stress of work and care giving in older women. *Journal of Gerontology*, 9, 239-245.
- Larraondo Marín MC. (2007) Familiares: ¿Parte de una atención más integral en Unidades de Cuidados Intensivos? *Evidentia*, 4(17).
- Mendonca D & Warren NA. (1998) Perceived and unmet needs of critical care family members. *Crit Care Nurs Q*, 21(1), 58-67.
- Molter NC. (1979) Needs of relatives of critical ill patients: a descriptive study. *Herat & Lung*, 8(2), 332-9.
- Paul F, Hendry C y Cabrelli L. (2004) Meeting patient and relatives' information needs upon transfer from an intensive care unit: the development and evaluation of an information booklet. *J Clin Nurs*., 13(3), 396-405.
- Rodríguez AM y Pérez San Gregorio MA. (2005) Psychosocial adaptation in relatives of critically injured patients admitted to an intensive care unit. *The Spanish Journal of Psychology*, 8(1), 36-44.
- Rodríguez Borrego MA, Gutiérrez Alejandro A, Magallanes Vidal B, Villafruela Medina R, Plaza Granja MA, Rodríguez Corral C, Calvo Palomino R, Villa Ruíz R, Leal Pérez A, Sánchez García E y Gutiérrez González J. (2005)

¿Qué sucede con la familia del paciente ingresado en nuestra UCI? *Revista Excelencia Enfermera*, 9.

- Santana Cabrera L, Sánchez Palacios M, Hernández Medina E, García Martul M, Eugenio Ronaina P y Villanueva Ortiz Á. (2007) Necesidades de los familiares de pacientes de Cuidados Intensivos: percepción de los familiares y del profesional. *Med. Intensiva*, 31, 6.
- Torrents R, Oliva E, Saucedo MJ, Surroca L y Jover C. (2003) Impacto de los Familiares del paciente crítico ante una acogida protocolizada. *Enfermería Intensiva*, 14(2), 49-60.
- Verhaeghe S, Defloor T, Van Zuuren F, Duijnste M & Grypdonck M. (2005) The needs and experiences of family members of adult patients in an intensive care unit: a review of the literature. *J Clin Nurs*, 2005, 14(4), 501-9.