


Incidencia del síndrome post cuidado intensivo y su impacto en la calidad de vida del cuidador familiar

Reserch Article

 Open access

Incidence of post-intensive care syndrome and its impact on the quality of life of the family caregiver



Incidência da síndrome pós-cuidados intensivos e seu impacto na qualidade de vida do cuidador familiar

Como citar este artículo:

Quiñonez - Mora Marcia Andrea, Villada - Gómez Johan Sebastián, León - Giraldo Hoover, Casallas - Vega Alexander. Incidencia del síndrome post cuidado intensivo y su impacto en la calidad de vida del cuidador familiar. Revista Cuidarte. 2025;16(2):e4527. <https://doi.org/10.15649/cuidarte.4527>

Highlights

- La tasa de incidencia (expresada en casos por cada 100 días de estancia) del Síndrome post UCI Familia Ansiedad / depresión fue de 9,4 casos de ansiedad, 11,6 de depresión y 9,4 de trastornos mixtos.
- Se encontró asociación estadísticamente significativa entre Síndrome post UCI Familia y la ansiedad y la calidad de vida del cuidador familiar en el primer momento de la medición lo que se interpreta como: si se tiene ansiedad la calidad de vida se afecta en las cuatro dimensiones de calidad de vida.
- El impacto de la enfermedad crítica en los cuidadores familiares incluye privación del sueño, miedo e incertidumbre, sentimientos que se aumentan en las unidades con restricción de visita y la comunicación inefectiva con el personal médico.
- Como parte del cuidado multidimensional y humanizado en unidad de cuidados intensivos, se debe también tener en cuenta síntomas de ansiedad y depresión en familiares, para brindar un acompañamiento psicológico que podría impactar en desenlaces.





Revista Cuidarte

Rev Cuid. 2025; 16(2): e4527

<https://doi.org/10.15649/cuidarte.4527>



E-ISSN: 2346-3414

-  Marcia Andrea Quiñonez - Mora¹
-  Johan Sebastián Villada - Gómez²
-  Hoover León - Giraldo³
-  Alexander Casallas - Vega⁴

1. Los Cobos Medical Center, Bogotá, Colombia. E-mail: andreaqenf@yahoo.es
2. Universidad de Caldas, Bogotá, Colombia. E-mail: johan.villada@ucaldas.edu.co
3. Universidad Libre, Bogotá, Colombia. E-mail: hooverle25@gmail.com
4. Fundación Universitaria de ciencias de la Salud, Bogotá, Colombia. E-mail: acasallas1@fucsasalud.edu.co

Resumen

Introducción: La Asociación Americana de Cuidado Crítico define el síndrome post UCI (PICS) como el conjunto de alteraciones nuevas que empeoran la salud física, cognitiva o mental de los pacientes como consecuencia de la estancia en la Unidad de Cuidados Intensivos. Las familias y los cuidadores también pueden sufrir una forma de PICS denominada PICS-familia, que incluye la presencia de depresión, ansiedad, trastorno de estrés postraumático y alteraciones de sueño. **Objetivo:** Determinar la incidencia del PICS – F en una institución de alta complejidad y su relación con la calidad de vida del cuidador familiar. **Materiales y Métodos:** Estudio observacional analítico, longitudinal, prospectivo que incluyó 95 cuidadores familiares de pacientes que ingresaron a UCI. **Resultados:** Se identificó una incidencia de PICS – F de 9,4 casos y de 11,6 casos por cada 100 días de cuidado en el entorno del cuidado crítico, esta incidencia tiende a disminuir en el paso del tiempo, se encontró una asociación estadísticamente significativa entre la presencia de ansiedad y el desarrollo de depresión con un OR 5,49 [2-14] (p=0,001). Los cuidadores familiares perciben su calidad de vida de manera negativa en los tres momentos de la medición. **Discusión:** La presencia de ansiedad afecta las cuatro dimensiones de la calidad de vida, estos resultados pueden estar relacionados con los altos niveles de estrés que se vivencian al momento de ingreso del paciente. **Conclusiones:** El PICS-F se identificó como una condición que afecta los cuidadores familiares dado que la ansiedad y la depresión impactan negativamente las cuatro dimensiones de calidad de vida del cuidador.

Palabras Clave: Cuidados Críticos; Resultados de Cuidados Críticos; Familia; Ansiedad; Depresión; Calidad de Vida.

Recibido: 8 de octubre de 2024

Aceptado: 26 de febrero de 2025

Publicado: 13 de agosto de 2025

 *Correspondencia

Marcia Andrea Quiñonez - Mora

E-mail: andreaqenf@yahoo.es

Incidence of post-intensive care syndrome and its impact on the quality of life of the family caregiver

Abstract

Introduction: The American Association of Critical Care defines Post-Intensive Care Syndrome (PICS) as a set of new or worsening impairments in the physical, cognitive, or mental health of patients as a result of their stay in the Intensive Care Unit (ICU). Families and caregivers may also experience a form of PICS, referred to as PICS-family, which includes symptoms such as depression, anxiety, post-traumatic stress disorder, and sleep disturbances. **Objective:** To determine the incidence of PICS-F in a high-complexity healthcare facility and its relationship with the quality of life of family caregivers. **Materials and Methods:** A prospective, analytical, longitudinal, and observational study was conducted with 95 family caregivers of patients admitted to the intensive care unit (ICU). **Results:** An incidence of 9.4 and 11.6 cases of PICS-F per 100 ICU days was identified. This incidence tends to decrease over time. A statistically significant association was found between the presence of anxiety and the development of depression, with an OR of 5.49 [95% IC: 2-14] ($p=0.001$). Family caregivers reported a negative perception of their quality of life across all three measurement points. **Discussion:** Anxiety was found to affect all four dimensions of quality of life negatively. The results may be associated with the high levels of stress experienced during the initial stages of ICU admission. **Conclusions:** PICS-F was identified as a condition that affects family caregivers with anxiety and depression, adversely affecting all four dimensions of the caregiver's quality of life.

Keywords: Critical Care; Critical Care Outcomes; Family; Anxiety; Depression; Quality of Life.

Incidência da síndrome pós-cuidados intensivos e seu impacto na qualidade de vida do cuidador familiar

Resumo

Introdução: A Associação Americana de Unidades de Terapia Intensiva (UTI) define a síndrome pós-UTI (PICS) como o conjunto de novas alterações que pioram a saúde física, cognitiva ou mental dos pacientes em consequência de sua permanência na Unidade de Terapia Intensiva. Famílias e cuidadores também podem apresentar uma forma de PICS chamada PICS-familiar, que inclui depressão, ansiedade, transtorno de estresse pós-traumático e distúrbios do sono. **Objetivo:** Determinar a incidência de PICS – F em uma instituição de alta complexidade e sua relação com a qualidade de vida do cuidador familiar. **Materiais e Métodos:** Estudo observacional analítico, longitudinal, prospectivo, que incluiu 95 cuidadores familiares de pacientes internados em UTI. **Resultados:** Foi identificada uma incidência de PICS – F de 9,4 casos e 11,6 casos por 100 dias de atendimento no ambiente de terapia intensiva, essa incidência tende a diminuir ao longo do tempo, foi encontrada associação estatisticamente significativa entre a presença de ansiedade e o desenvolvimento de depressão com OR 5,49 [2-14] ($p=0,001$). Os cuidadores familiares percebem sua qualidade de vida negativamente em todos os três pontos de medição. **Discussão:** A presença de ansiedade afeta as quatro dimensões da qualidade de vida, resultados que podem estar relacionados aos altos níveis de estresse vivenciados no momento da admissão do paciente. **Conclusões:** O PICS-F foi identificado como uma condição que afeta os cuidadores familiares, pois a ansiedade e a depressão impactam negativamente todas as quatro dimensões da qualidade de vida do cuidador.

Palavras-Chave: Cuidados Críticos; Resultados de Cuidados Críticos; Família; Ansiedade; Depressão; Qualidade de Vida.

Introducción

La Asociación Americana de Cuidado Crítico define el síndrome post Unidad de cuidados intensivos (PICS) como el conjunto de alteraciones nuevas que empeoran la salud física, cognitiva o mental de los pacientes como consecuencia de la estancia hospitalaria en la Unidad de Cuidados Intensivos (UCI)¹.

El PICS-Familia^{2,3} son aquellos síntomas psicológicos que afectan a los cuidadores familiares de los pacientes hospitalizados en la UCI y que persisten más allá del alta e incluyen: depresión, ansiedad, trastorno de estrés postraumático y alteraciones de sueño²⁻⁴. Su incidencia varía entre un 30% hasta un 75%^{5,6}. Diversos autores han encontrado síntomas de depresión entre 25% y 90% de los cuidadores informales^{4,7}, ansiedad entre el 20% y el 80%^{3,7}, y estrés postraumático en el 30%^{3,7}. La depresión es el síntoma más común experimentado, seguido de la ansiedad⁸, han sido identificados entre el día 3 y 5 después del ingreso a la UCI⁹ y pueden perdurar hasta 4 años después del alta¹⁰.

Existen factores de riesgo para el desarrollo del PICS – F: relacionados con el cuidador (género femenino, cuidar al cónyuge, bajo nivel educativo, enfermedad mental o física preexistente, falta de apoyo social, carga de cuidado mayor a 100 horas al mes); relacionado con el paciente (gravidad de la enfermedad, disminución de la movilidad, necesidad de asistencia con las actividades básicas) relativas al sistema de atención médica (el no aseguramiento y la ausencia de la asistencia profesional en casa). Dentro de la estancia en UCI se describen factores de riesgo como horarios de visita limitados, la percepción de cercanía de la muerte por parte de los cuidadores familiares y comunicación deficiente con los médicos³. Con frecuencia, estos síntomas no son reconocidos por los profesionales de la salud, por esto, no proveen el apoyo necesario a los cuidadores⁸.

Por otro lado, Ferrell citada por Vega-Angarita et al¹¹, expresa que la calidad de vida representa “los atributos positivos o negativos que caracterizan la vida del cuidador familiar sobre cuatro dimensiones que incluyen: bienestar físico, psicológico, espiritual y social”.

La evidencia indica que la calidad de vida del cuidador familiar tiene una relación inversa con la presencia de PICS-F¹⁰, y su manejo ineficaz puede conducir a maltrato, abuso y negligencia en el sobreviviente y la familia⁷. La alteración en la salud mental de los cuidadores familiares podría afectar la capacidad de apoyar al sobreviviente de la UCI en su recuperación⁷. Es un círculo donde se ven afectados emocional, física y psicológicamente tanto sobrevivientes como cuidadores familiares.

El objetivo del presente estudio fue determinar la incidencia del Síndrome post UCI – F y su relación con la calidad de vida del cuidador familiar en una institución de alta complejidad en la ciudad de Bogotá – Colombia.

Materiales y Métodos

Estudio observacional analítico, longitudinal, prospectivo en cuidadores familiares de pacientes que ingresaron a la UCI de una institución de alto nivel de complejidad de la ciudad de Bogotá- Colombia. Esta UCI tiene 24 camas donde se atienden pacientes con patología médica y quirúrgica, al año ingresan aproximadamente 1800 pacientes.

La población de estudio correspondió a 95 cuidadores familiares de pacientes ingresados a la UCI entre enero - abril de 2023 los cuales aceptaron de manera voluntaria participar en la presente investigación.

El equipo investigador desarrolló un formulario con tres apartados diferentes:

- Datos sociodemográficos en el paciente y el cuidador familiar tales como: diagnóstico médico del paciente, requerimiento y tiempo de soporte ventilatorio, días de estancia en UCI, índice de gravedad (escala APACHE), disminución de la movilidad y necesidad de asistencia en actividades básicas. Al cuidador familiar se indagó por el género, vínculo con el paciente, escolaridad, procedencia, lugar de residencia, estado civil, ocupación, estrato socioeconómico.
- Escala de Ansiedad Depresión de Goldberg (GADS) validada en español cuestionario de 18 ítems que agrupa dos subescalas; la primera (preguntas 1 al 9) para ansiedad y la segunda (preguntas 10 a 18) evalúa depresión. Cada ítems tiene dos opciones de respuestas: sí (un punto), no (0 puntos). La puntuación total de la escala varía entre 0 - 18. Un puntaje de 4 o más en la primera subescala define la presencia de ansiedad y dos o más, en la segunda subescala identifica depresión. La subescala ansiedad tiene una sensibilidad de 82% y un valor predictivo positivo de 0,56; la subescala depresión tiene sensibilidad de 85% y un valor predictivo positivo de 0.85. La especificidad descrita en ambas subescalas es de 91%¹².
- Para la medición de la calidad de vida de los cuidadores familiares, se utilizó el instrumento propuesto por Ferrell, validado por Gualdrón et al.¹³. Consta de 35 preguntas evaluadas mediante escala de Likert que va de 1 a 4 clasificadas en cuatro dimensiones: físico, psicológico, social y espiritual. La dimensión física consta de 5 ítems con un rango de puntaje de 5 a 20, la dimensión psicológica consta de 14 ítems con un rango de 14 a 56, la dimensión social tiene 9 ítems cuyo rango va de 9 a 36 y la dimensión espiritual consta de 7 ítems con rango de 7 a 28¹¹.
- Los puntajes mínimos en la dimensión física, social y espiritual equivalen a una percepción positiva de su estado de salud, interacción social y espiritualidad respectivamente, mientras que en la dimensión psicológica los puntajes mínimos equivalen a una percepción negativa en el área emocional. El índice de validez de contenido general para el instrumento es de 0.9 y el coeficiente en el alfa de Cronbach es 0,84¹¹.

El tamaño de la muestra se estimó con la calculadora Epidat 4.2: nivel de confianza 95%, margen de error 5%. El informe epidemiológico de la Unidad de Cuidado Intensivo indica que para el 2022 entre enero - abril, egresaron 336 pacientes, dato que fue considerado como el tamaño de la población. La muestra fue de 101 cuidadores familiares, 6 pacientes críticos fallecieron durante el periodo de recolección de los datos motivo por el cual estos familiares salieron del mismo quedando la muestra conformada finalmente por 95 cuidadores familiares. La aplicación de los instrumentos se realizó en tres momentos, al ingreso a la Unidad de cuidado intensivo y los días 15 y 30 posteriores a este.

En el análisis de los datos, la información fue tabulada con una base de datos Microsoft Excel©. El análisis se adelantó con el paquete estadístico SPSS 27. Las variables categóricas se presentaron por medio de frecuencias absolutas y porcentajes, también se calcularon las medianas y cuartiles. Las variables cuantitativas se mostraron por medio de medidas de tendencia central y de dispersión según la distribución de los datos. Esta distribución se analizó mediante la prueba de Normalidad de Kolmogorov & Smirnov.

Se estimaron tanto la incidencia acumulada (IA) como la densidad de incidencia (DI). Las incidencias acumuladas se compararon con los tres momentos mediante la prueba de chi cuadrado. Teniendo en cuenta que en este estudio se presentó un número reducido de participantes con los eventos de interés por tamaño de muestra, las estimaciones se realizaron asumiendo una distribución Poisson,

además se realizaron estimaciones tanto puntual como por intervalo de la DI, con sus respectivos intervalos de confianza del 95%. Adicionalmente se evaluó la relación entre depresión y ansiedad, estimando el Odds ratio (OR) tanto al ingreso como a los 15 y 30 días de seguimiento.

Se realizó un análisis de regresión logística con el objetivo de examinar la relación entre la presencia del síndrome post UCI-Familia y la calidad de vida del cuidador familiar. Para ello, se estimó el OR junto con sus respectivos intervalos de confianza del 95%, considerando mediciones al ingreso, así como a los 15 y 30 días de seguimiento. La totalidad de los datos recopilados está disponible para acceso libre y consulta en Mendeley Data¹⁴.

La participación fue anónima y voluntaria, con firma de consentimiento informado previo a la aplicación de los instrumentos. Se tuvieron en cuenta los criterios descritos en la Declaración de Helsinki, el código de Nuremberg, el informe de Belmont, así como lo expuesto en la resolución 8430 de 1993 por la cual se establecen las normas científicas, técnicas y administrativas de la investigación en salud en Colombia. El presente estudio fue presentado y aprobado por los comité de investigación (CoordInv /103) y comité de ética e investigación de las instituciones participantes (CIE 025-2022), (CBCS-059).

Resultados

Una vez analizada la base de datos de los 95 cuidadores, se obtuvieron los siguientes resultados: el 61,10% de la población (58/95 participantes) eran mujeres, con promedio de edad de 50,2 años. La mayoría de los participantes estaban casados y los cuidadores familiares predominantes en este estudio fueron los hijos de los pacientes críticos (44,20%) (Tabla 1).

Tabla 1. Características sociodemográficas de los cuidadores familiares de pacientes de UCI

Características sociodemográficas y clínicas Descripción	Medida de resumen % (n)
Sexo	
Mujeres	61,10 (58)
Hombres	38,90 (37)
Edad (años)	
Promedio ± DE	50,19 ± 16,40
Mediana [RI]	50 [20; 86]
Estado civil	
Casado (a)	48,40 (46)
Soltero (a)	23,20 (22)
Unión libre	22,10 (21)
Separado (a)	4,20 (4)
Viudo (a)	2,10 (2)
Estrato socio económico	
Bajo	20,00 (19)
Medio	78,90 (75)
Alto	1,10 (1)

Características sociodemográficas y clínicas	Medida de resumen
Descripción	% (n)
Nivel educativo	
Primaria	7,40 (7)
Secundaria	14,70 (14)
Técnico	17,90 (17)
Pregrado	33,70 (32)
Postgrado	26,30 (25)
Ocupación del cuidador familiar	
Empleado	7,40 (7)
Independiente	14,70 (14)
Pensionado	17,90 (17)
Hogar	33,70 (32)
Vínculo del cuidador familiar con el paciente crítico	
Hijo	44,20 (42)
Esposa (o)	38,90 (37)
Padre / madre	8,40 (8)
Hermana (o)	5,30 (5)
Otra	3,20 (3)
Localidad de procedencia Bogotá	
Suba	24,20 (23)
Usaquén	14,70 (14)
Fontibón	5,30 (5)
Kennedy	5,30 (5)
Bosa	3,20 (3)
Engativá	3,20 (3)
Teusaquillo	2,10 (2)
Tunjuelito	2,10 (2)
Antonio Nariño	1,10 (1)
Barrios Unidos	1,10 (1)
Chapinero	1,10 (1)
Ciudad Bolívar	1,10 (1)
Puente Aranda	1,10 (1)
Rafael Uribe	1,10 (1)
San Diego	1,10 (1)
Santafé	1,10 (1)
Usme	1,10 (1)
Procedencia fuera de Bogotá	
Cundinamarca	26,30 (25)
Caldas	2,10 (2)
Antioquia	1,10 (1)
Boyacá	1,10 (1)

DE: Desviación Estándar. RI: Rango intercuartílico

En cuanto a la caracterización de los pacientes críticos, la mayoría de la población participante fue femenina (55,80%), la edad promedio fue de 63 años (DE 18 años). La mediana de los días estancia en UCI fue 3 con un rango intercuartílico de 2 a 4. El principal diagnóstico de ingreso es de tipo médico, al terminar las mediciones la mayoría de los pacientes se clasificaron como independientes para sus actividades diarias (75,80%).

La tasa de incidencia (expresada en casos por cada 100 días de estancia) del PICS-F Ansiedad / depresión fue de 9,4 casos de ansiedad, 11,6 de depresión y 9,4 de trastornos mixtos. La incidencia acumulada se muestra en la [Figura 1](#). Para el caso de ansiedad, se observa una disminución en la incidencia acumulada en los tres momentos de la medición, siendo esta disminución estadísticamente significativa ($p=0,003$). Por el contrario, la incidencia de casos de depresión no tuvo cambios significativos en los tres momentos.

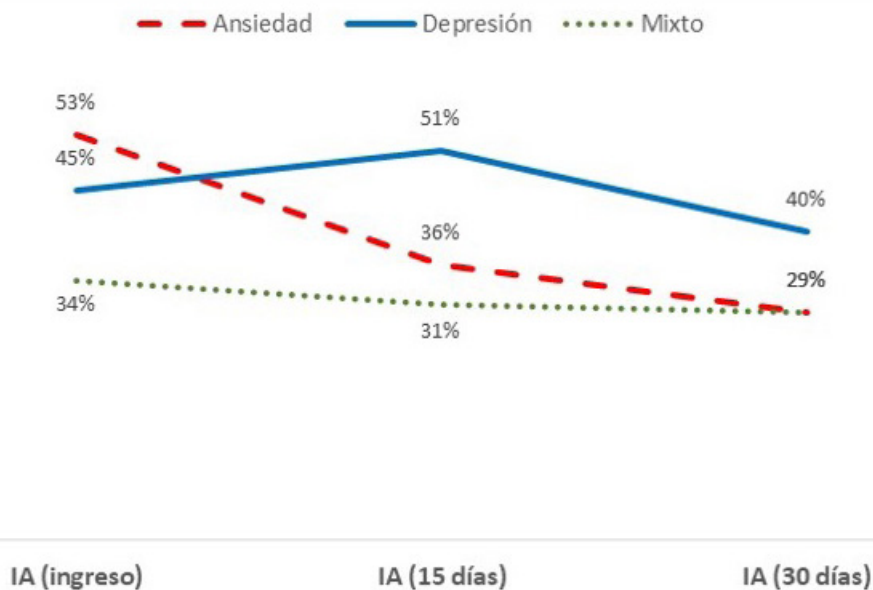


Figura 1. Incidencia acumulada de ansiedad – depresión y trastornos mixtos

Al evaluarse la asociación entre ansiedad y la depresión de los cuidadores familiares se encontró que, al ingreso a la unidad de los 95 participantes 50 puntuaron para ansiedad y de estos 32 tenían depresión. OR de 5,49 [IC 2 - 14,89] ($p=0,001$) ([Tabla 2](#)).

Tabla 2. Asociación existente entre la presencia de ansiedad y depresión en los cuidadores familiares de los pacientes críticos

Factor Ansiedad	Depresión		OR (IC 95%)	Valor p
	Si	No		
Al ingreso	(43)	(52)		
Si	74,42 (32)	34,62 (18)	1	
No	25,58 (11)	65,38 (34)	5,49 (2,07 - 14,89)	<0,001
15 días	(48)	(47)		
Si	60,42 (29)	10,64 (5)	1	
No	39,58 (19)	89,36 (42)	12,80 (3,95 - 47,64)	<0,001

OR (IC 95%): Odds Ratio (Intervalo de Confianza 95%)

Respecto a la calidad de vida, al ingreso a la UCI, los cuidadores familiares presentaron en el bienestar físico una mediana de 10 el cuartil 1 (Q1) fue 8 y el cuartil 3 (Q3) 13. Para el bienestar psicológico los cuidadores familiares presentaron una mediana de 44; (Q1) de 40 y (Q3) 47. Para la dimensión del bienestar social la mediana es de 21 (Q1) de 18 y (Q3) 26. Para el bienestar espiritual la mediana fue de 23 (Q1) de 21 y (Q3) 25.

En la medición del día 15 (momento dos) los cuidadores familiares puntuaron para el bienestar físico una mediana de 8 el cuartil 1 (Q1) fue 7 y el cuartil 3 (Q3) 10. En cuanto al bienestar psicológico los cuidadores familiares presentaron una mediana de 47; (Q1) de 45 y (Q3) 48. Para el bienestar social la mediana es de 21 (Q1) de 19 y (Q3) 23. En el bienestar espiritual la mediana fue de 22 (Q1) de 20 y (Q3) 24.

En la medición del día 30 (momento tres) los cuidadores familiares tienen una mediana de 7 en el bienestar físico, el cuartil 1 (Q1) fue 6 y el cuartil 8 (Q3) 10. En cuanto al bienestar psicológico los cuidadores familiares presentaron una mediana de 47; (Q1) de 45 y (Q3)48. Para el bienestar social la mediana es de 19 (Q1) de 18 y (Q3)22. En el bienestar espiritual la mediana fue de 23 (Q1) de 21 y (Q3) 24. La calidad de vida de los cuidadores familiares en el presente estudio se muestra en la [Figura 2](#).

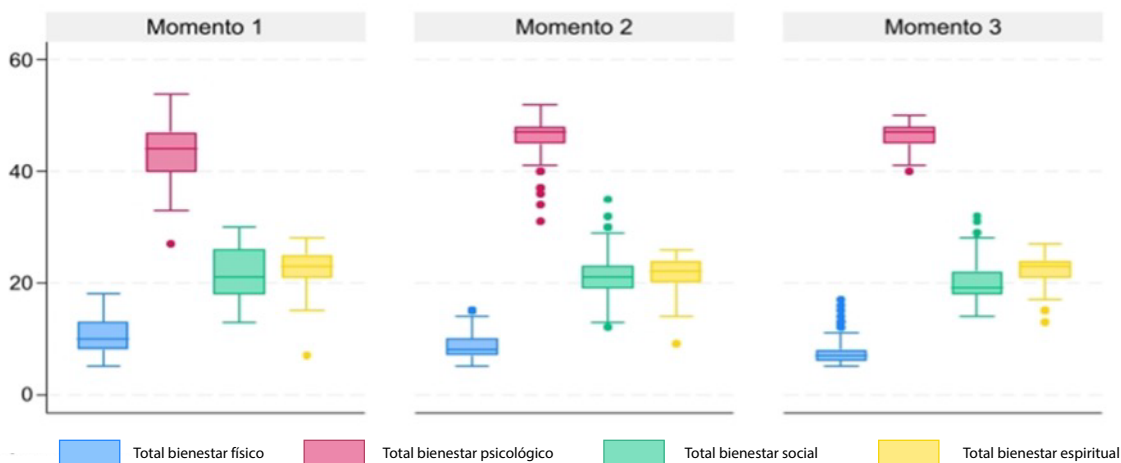


Figura 2. Calidad de vida de los cuidadores familiares

Momento 1 (Al ingreso), Momento 2 (15 días), Momento 3 (30 días).

En el momento uno, la calidad de vida de los cuidadores familiares se interpreta de la siguiente manera: para el bienestar físico 52 de los participantes registraron puntuaciones por encima de la mediana lo que denota una percepción negativa de su estado de salud. En cuanto al bienestar psicológico 51 participantes puntúan por encima de la mediana lo que se interpreta como una percepción positiva en su área emocional. Respecto al bienestar social 56 de los participantes se encuentran por encima de la mediana lo que muestra una percepción negativa frente a su interacción social. Para el bienestar espiritual, 51 de las participantes se encuentran por encima de la mediana, esto indica una percepción negativa de la espiritualidad.

Para el momento dos, se observa un aumento en la percepción negativa del estado de salud. En cuanto al bienestar psicológico 52 participantes presentaron una percepción positiva en su área emocional. Respecto al bienestar social 50 de los participantes muestran una percepción negativa frente a su interacción social. Para el bienestar espiritual, 57 de los participantes tienen una percepción negativa de la espiritualidad.

En el momento tres de medición se encontró que en el bienestar físico 54 de los participantes expresan una percepción negativa de su estado de salud. En cuanto al bienestar psicológico 52 participantes puntúan como una percepción positiva en su área emocional. Respecto al bienestar social 54 de los participantes muestran una percepción negativa frente a su interacción social. Para el bienestar espiritual, 51 de los participantes se encuentran por encima de la mediana, esto indica una percepción negativa de la espiritualidad ver [Figura 3](#).

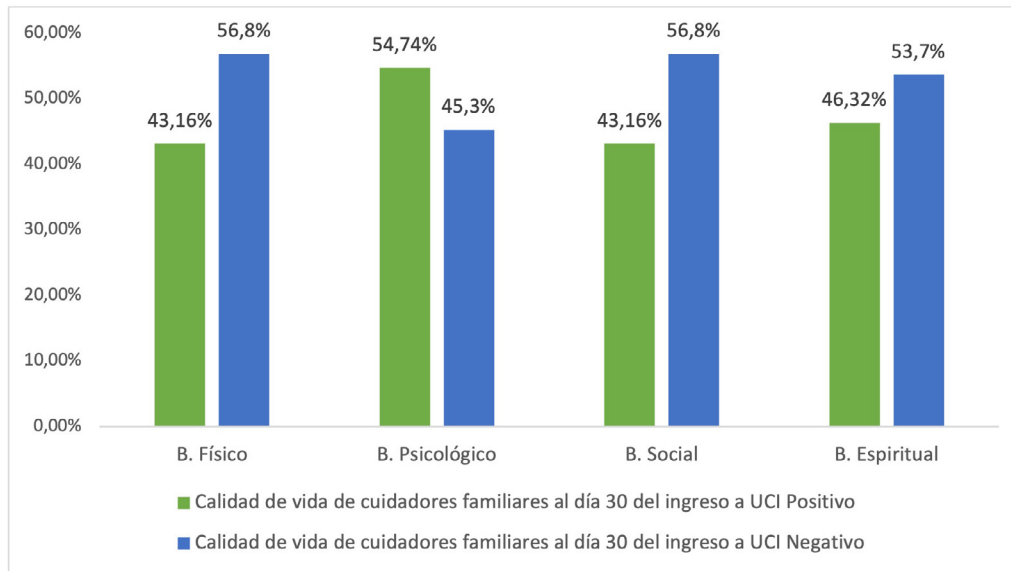


Figura 3. Calidad de vida de los cuidadores familiares en el día 30 del ingreso a la Unidad de Cuidado Intensivo

Se observó una asociación estadísticamente significativa entre bienestar físico y ansiedad de los cuidadores al ingreso a UCI, siendo la probabilidad de una valoración negativa del estado de salud 4,7 veces más en los cuidadores que presentaron ansiedad respecto a los que (p=0.001); esta asociación fue aumentando a los 15 días (OR=10) y a los 30 días (OR=18.1) (ver [Tabla 3](#)).

Tabla 3. Asociación entre PICS-F (Ansiedad) y calidad de vida del cuidador familiar

Dimensiones PICS-F	Negativo	Positivo	OR (IC 95%)	Valor p
Bienestar físico				
Momento 1	52	43		
No Ansiedad	30,80 (16)	67,40 (29)	1	
Si Ansiedad	69,20 (36)	32,60 (14)	4,66 (1,96 - 11,10)	<0,001
Momento 2	56	39		
No Ansiedad	46,40 (26)	89,70 (35)	1	
Si Ansiedad	53,60 (30)	10,30 (4)	10,10 (3,16 - 32,21)	<0,001
Momento 3	54	41		
No Ansiedad	51,85 (28)	95,10 (39)	1	
Si Ansiedad	48,15 (26)	4,90 (2)	18,11 (3,97 - 82,60)	<0,001
Bienestar psicológico				
Momento 1	44	51		
No Ansiedad	68,20 (30)	29,40 (15)	1	
Si Ansiedad	31,80 (14)	70,60 (36)	0,199 (0,08 - 0,466)	<0,001

Dimensiones PICS-F	Negativo	Positivo	OR (IC 95%)	Valor p
Momento 2	43	52		
No Ansiedad	65,12 (28)	63,46 (33)	1	
Si Ansiedad	34,88 (15)	36,54 (19)	0,93 (0,40 - 2,16)	0,867
Momento 3	43	52		
No Ansiedad	79,07 (34)	63,46 (33)	1	
Si Ansiedad	20,93 (9)	36,54 (19)	0,46 (0,18 - 1,16)	0,100
Bienestar Social				
Momento 1	56	39		
No Ansiedad	30,36 (17)	71,79 (28)	1	
Si Ansiedad	69,64 (39)	28,21 (11)	5,84 (2,37 - 14,37)	<0,001
Momento 2	50	45		
No Ansiedad	40,00 (20)	91,11 (41)	1	
Si Ansiedad	60,00 (30)	8,89 (4)	15,38 (4,76 - 49,65)	<0,001
Momento 3	54	41		
No Ansiedad	51,85 (28)	95,12 (39)	1	
Si Ansiedad	48,15 (26)	4,88 (2)	18,11 (3,97 - 82,62)	<0,001
Bienestar Espiritual				
Momento 1	53	42		
No Ansiedad	56,60 (30)	35,71 (15)	1	
Si Ansiedad	43,40 (23)	64,29 (27)	0,43 (0,185 - 0,98)	0,045
Momento 2	57	38		
No Ansiedad	63,16 (36)	65,79 (25)	1	
Si Ansiedad	36,84 (21)	34,21 (13)	1,12 (0,48 - 2,65)	0,793
Momento 3	51	44		
No Ansiedad	64,71 (33)	77,27 (34)	1	
Si Ansiedad	35,29 (18)	22,73 (10)	1,85 (0,75 - 4,60)	0,183

Momento 1 (Al ingreso), Momento 2 (15 días), Momento 3 (30 días). OR (IC 95%): Odds Ratio (Intervalo de Confianza 95%)

Se observó una asociación significativa entre bienestar social y depresión los cuidadores familiares al ingreso a la UCI, siendo la probabilidad de tener una valoración negativa del estado de salud 3.39 veces más en los cuidadores que presentaron depresión respecto a los que no ($p=0.006$) ver [Tabla 4](#).

Tabla 4. Asociación entre PICS- F (Depresión) y la calidad de vida del cuidador familiar

Dimensiones PICS-F	Negativo	Positivo	OR (IC 95%)	Valor p
Bienestar físico				
Momento 1	52	43		
No Depresión	38,46 (20)	74,42 (32)	1	
Si Depresión	61,54 (32)	25,58 (11)	4,65 (1,92 - 11,27)	<0,001
Momento 2	56	39		
No Depresión	32,14 (18)	74,36 (29)	1	
Si Depresión	67,86 (38)	25,64 (10)	6,12 (2,46 - 15,23)	<0,001
Momento 3	54	41		
No Depresión	35,19 (19)	92,68 (38)	1	
Si Depresión	64,81 (35)	7,32 (3)	23,33 (6,35 - 85,70)	<0,001

Dimensiones PICS-F	Negativo	Positivo	OR (IC 95%)	Valor p
Bienestar psicológico				
Momento 1	44	51		
No Depresión	68,18 (30)	43,14 (22)	1	
Si Depresión	31,82 (14)	56,86 (29)	0,35 (0,152 - 0,82)	0,016
Momento 2	43	52		
No Depresión	55,81 (24)	44,23 (23)	1	
Si Depresión	44,19 (19)	55,77 (29)	0,63 (0,28 - 1,42)	0,262
Momento 3	43	52		
No Depresión	67,44 (29)	53,85 (28)	1	
Si Depresión	32,56 (14)	46,15 (24)	0,56 (0,24 - 1,30)	0,180
Bienestar Social				
Momento 1	56	39		
No Depresión	42,86 (24)	71,79 (28)	1	
Si Depresión	57,14 (32)	28,21 (11)	3,39 (1,41 - 8,14)	0,006
Momento 2	50	45		
No Depresión	22,00 (11)	80,00 (36)	1	
Si Depresión	78,00 (39)	20,00 (9)	14,18 (5,27 - 38,19)	<0,001
Momento 3	54	41		
No Depresión	35,19 (19)	92,68 (38)	1	
Si Depresión	64,81 (35)	7,32 (3)	23,33 (6,35 - 85,73)	<0,001
Bienestar Espiritual				
Momento 1	53	42		
No Depresión	62,26 (33)	45,24 (19)	1	
Si Depresión	37,74 (20)	54,76 (23)	0,5 (0,22 - 1,14)	0,100
Momento 2	57	38		
No Depresión	43,86 (25)	57,89 (22)	1	
Si Depresión	56,14 (32)	42,11 (16)	1,76 (0,77 - 4,04)	0,182
Momento 3	51	44		
No Depresión	52,94 (27)	68,18 (30)	1	
Si Depresión	47,06 (24)	31,82 (14)	1,90 (0,82 - 4,41)	0,132

Momento 1 (Al ingreso), Momento 2 (15 días), Momento 3 (30 días). OR (IC 95%): Odds Ratio (Intervalo de Confianza 95%)

Discusión

La incidencia acumulada de síndrome post UCI-F encontrada fue de 9,4, 11,6 y 9,4 casos por cada 100 días de estancia para ansiedad, depresión y trastorno mixto, respectivamente. En la búsqueda de literatura no se encontraron estudios donde se midiera incidencia del PICS -F para realizar la comparación lo que hace este estudio novedoso, pero genera a la vez una limitante para su discusión, sin embargo, Jones et al.¹⁵ encontraron en su estudio que en la primera semana de egreso de la UCI la prevalencia de ansiedad y depresión fue 61 % y 26 %, respectivamente. Por su lado Anderson et al.¹⁶ hallaron que, en familiares de adultos en UCI, 42 % tenían síntomas de ansiedad y 16 % depresión; cuando este mismo grupo evaluó la prevalencia al mes del egreso de UCI, 21 % y 8 % de los familiares

tenían ansiedad y depresión, respectivamente¹⁷. Así mismo, Bryant⁸, y Petrinec¹⁰ describen como la prevalencia de ansiedad tiende a disminuir con el paso del tiempo (al ingreso 45,8 %; al mes post egreso UCI 34.2 % y 3 meses 30.6 %) diferente al comportamiento de los síntomas depresivos, que fueron menos frecuentes que los síntomas ansiosos y cuya prevalencia incrementó con el paso del estudio (al ingreso 14,6 %; al mes post egreso UCI 21,1 % y 3 meses 25 %)⁸.

La mayoría de los participantes pertenecen al género femenino, dato congruente a lo reportado en otros estudios^{7,8} y que tiene relación con el rol de cuidadores que históricamente ha sido asumido por mujeres. Mayoritariamente los participantes son hijos de los pacientes críticos, resultado acorde a lo encontrado por Petrinec¹⁰, pero difiere por lo reportado por Schmidt⁹ donde la mayoría de los cuidadores eran el cónyuge del paciente crítico; potencialmente explicando la menor edad promedio de los cuidadores en este trabajo.

La mayoría de estos pacientes no requirieron ventilación mecánica, resultado contrario a la evidencia que describe un porcentaje de necesidad de ventilación mecánica de 51% de los pacientes en estado crítico⁷, este resultado es consecuencia de la baja estancia y perfil propio institucional. Al día 30 del ingreso de la UCI, la mayoría de los pacientes tienen una escala de Barthel con clasificación de independencia, lo que indica movilización temprana adecuada y baja debilidad muscular adquirida, lo anterior concuerda con los hallazgos de baja estancia, poca ventilación mecánica y tipo de paciente atendido.

En los resultados del presente estudio se encontró asociación estadísticamente significativa entre PICS-F ansiedad y la calidad de vida del cuidador familiar en el primer momento de la medición lo que se interpreta como: si se tiene ansiedad la calidad de vida se afecta en las cuatro dimensiones de calidad de vida.

Estos resultados pueden estar relacionados con los altos niveles de estrés que se vivencian al momento de ingreso de un paciente a la unidad de cuidado intensivo. Al respecto LaBuzetta et al¹⁸. afirman que el ingreso a una UCI suele ser un evento repentino, devastador y potencialmente mortal; los cuidadores familiares experimentan angustia emocional sustancial en este momento. La piedra angular para mitigar la ansiedad al ingreso a la UCI es la comunicación efectiva del equipo de salud y los cuidadores familiares, en el presente estudio la disminución de la ansiedad evidenciada al ingreso y al día 15 podría relacionarse con lo anteriormente descrito debido a que en las unidades de puertas abiertas, la educación e información por parte del personal de enfermería, así como la presencia de la familia en las rondas médicas de la UCI puede mejorar la comunicación y reducir la ansiedad en los miembros de la familia³. Estas acciones trascienden el alta ya que los malos resultados en los cuidadores no solo comprometen su propia salud, sino también la del paciente³.

Conclusión

El impacto de la enfermedad crítica en los cuidadores familiares incluye privación del sueño, miedo y ansiedad sentimientos que se aumentan en las unidades con restricción de visita y la comunicación inefectiva con el personal médico^{3,17,18}, resaltando la importancia de cuidar la salud física y mental de los cuidadores familiares ya que aquellos que perciben afectación de su estado de salud, describen mayor carga del cuidador que quienes tienen un buen estado físico; esta carga está asociada a mayor grado de síntomas psicológicos y menor calidad de vida del cuidador familiar⁷.

Como parte del cuidado multidimensional y humanizado en UCI, se debe también tener en cuenta síntomas de ansiedad y depresión en familiares, para brindar un acompañamiento psicológico que podría impactar en desenlaces.

Como parte del cuidado de la diada paciente / cuidador familiar, los profesionales de la salud deben asegurarse de que los cuidadores tengan acceso a la atención en el hogar según las solicitudes y recomendaciones médicas antes del egreso (oxígeno domiciliario, rehabilitación, medicamentos), adicional que se encuentren capacitados para las actividades básicas del cuidado del sobreviviente de UCI en casa, así como para la administración segura de medicamentos.

Conflicto de interés: Los autores declaran no tener conflicto de intereses.

Financiación: El proyecto no contó con financiación.

Agradecimiento: Agradecimientos a los participantes del presente estudio y a todos los que aportaron para poder llevarlo a cabo.

Referencias

1. **Hena-Castaño AM, Rivera-Romero N, Ospina Garzón HP.** Experiencia del síndrome post-UCI en supervivientes de enfermedades críticas. *Aquichan* 2022;22(1):e2216–e2216. <https://doi.org/10.5294/AQUI.2022.22.1.6>
2. **Zante B, Camenisch SA, Schefold JC.** Interventions in Post-Intensive Care Syndrome-Family: A Systematic Literature Review. *Crit Care Med* 2020;48(9):e835–40. <https://doi.org/10.1097/CCM.0000000000004450>
3. **Serrano P, Kheir YNP, Wang S, Khan S, Scheunemann L, Khan B.** Aging and Postintensive Care Syndrome- Family: A Critical Need for Geriatric Psychiatry. *Am J Geriatr Psychiatry* 2019;27(4):446–454. <https://doi.org/10.1016/J.JAGP.2018.12.002>
4. **Goldberg R, Mays M, Halpern NA.** Mitigating Post-Intensive Care Syndrome-Family: A New Possibility. *Crit Care Med* 2020;48(2):260–261. <https://doi.org/10.1097/CCM.0000000000004152>
5. **Josepha op't Hoog SA, Eskes AM, van Mersbergen-de Bruin MPJ, Pelgrim T, van der Hoeven H, Vermeulen H, et al.** The effects of intensive care unit-initiated transitional care interventions on elements of post-intensive care syndrome: A systematic review and meta-analysis. *Aust Crit Care* 2022;35(3):309–20. <https://doi.org/10.1016/J.AUCC.2021.04.010>
6. **Rawal G, Yadav S, Kumar R.** Post-intensive Care Syndrome: an Overview. *J Transl Int Med* 2017;5(2):90. <https://doi.org/10.1515/JTIM-2016-0016>
7. **Milton A, Schandl A, Larsson IM, Wallin E, Savilampi J, Meijers K, et al.** Caregiver burden and emotional wellbeing in informal caregivers to ICU survivors-A prospective cohort study. *Acta Anaesthesiol Scand* 2022;66(1):94–102. <https://doi.org/10.1111/AAS.13988>
8. **Bryant SE, McNabb K.** Postintensive Care Syndrome. *Crit Care Nurs Clin North Am* 2019;31(4):507–16. <https://doi.org/10.1016/J.CNC.2019.07.006>
9. **Schmidt M, Azoulay E.** Having a loved one in the ICU: the forgotten family. *Curr Opin Crit Care* 2012;18(5):540–7. <https://doi.org/10.1097/MCC.0B013E328357F141>
10. **Petrinec AB, Martin BR.** Post-intensive care syndrome symptoms and health-related quality of life in family decision-makers of critically ill patients. *Palliat Support Care* 2018;16(6):719–24. <https://doi.org/10.1017/S1478951517001043>
11. **Vega-Angarita OM, Garnica-Flórez MV, Rincón-Sepúlveda JJ, Rincón-Aguirre LM.** Calidad de vida de los cuidadores familiares de los adultos mayores con enfermedad crónica. *Rev. cien. cuidad.* 2014;11(2):84–95. <https://revistas.ufps.edu.co/index.php/cienciaycuidado/article/view/200>
12. **Monterrosa-Castro Á, Ordosgoitia-Parra E, Beltrán-Barrios T.** Ansiedad y depresión identificadas con la Escala de Golberg en estudiantes universitarios del área de la salud. *MedUNAB* 2020;23(3):372–404. <https://doi.org/10.29375/01237047.3881>

13. **Gualdrón M, Barrera-Ortega K, Parra-González N.** Percepción de la enseñanza en cuidado humanizado vs la práctica formativa por estudiantes de enfermería. *Revista de Investigación, Administración e Ingeniería* 2019;7(51):7–12. <https://doi.org/10.15649/2346030X.507>
14. **Quiñonez A, Casallas-Vega A, Villada – Gómez JS, León-Giraldo H.** Data-set PICS-F 2024. *Mendeley Data V1*. <https://doi.org/10.17632/z789nc69gn.1>
15. **Jones C, Skirrow P, Griffiths RD, Humphris G, Ingleby S, Eddleston J, et al.** Post-traumatic stress disorder-related symptoms in relatives of patients following intensive care. *Intensive Care Med* 2004;30:456–60. <https://doi.org/10.1007/S00134-003-2149-5>
16. **Anderson WG, Arnold RM, Angus DC, Bryce CL.** Passive decision-making preference is associated with anxiety and depression in relatives of patients in the intensive care unit. *J Crit Care* 2009;24(2):249–254. <https://doi.org/10.1016/J.JCRC.2007.12.010>
17. **Anderson WG, Arnold RM, Angus DC, Bryce CL.** Posttraumatic Stress and Complicated Grief in Family Members of Patients in the Intensive Care Unit. *J Gen Intern Med* 2008;23:1871. <https://doi.org/10.1007/S11606-008-0770-2>
18. **LaBuzetta JN, Rosand J, Vranceanu AM.** Review: Post-Intensive Care Syndrome: Unique Challenges in the Neurointensive Care Unit. *Neurocrit Care* 2019;31:534–45. <https://doi.org/10.1007/S12028-019-00826-0>