

<https://doi.org/10.69639/arandu.v13i2.2305>

Emociones y vínculos: el despertar del paciente crítico y el rol de la familia

Emotions and bonds: the awakening of the critically ill patient and the role of the family

Kenneth Patricio Ortiz Fiallos

kortiz8965@uta.edu.ec

<https://orcid.org/0000-0002-2660-2451>

Universidad Técnica de Ambato
Ecuador

Grace Pamela López Pérez

gp.lopez@uta.edu.ec

<https://orcid.org/0000-0002-0558-5429>

Universidad Técnica de Ambato
Ecuador

Artículo recibido: 10 mayo 2026- Aceptado para publicación: 16 junio 2026

Conflictos de intereses: Ninguno que declarar.

RESUMEN

Este estudio explora el impacto emocional del despertar en pacientes críticos en la UCI y el rol de la familia en su recuperación. El objetivo fue analizar las emociones que predominan durante el despertar y evaluar cómo la participación familiar influye en la ansiedad, el delirio y la recuperación post-UCI. Se empleó un estudio de enfoque mixto, con diseño convergente paralelo y alcance descriptivo-asociativo de corte transversal: en la fase cualitativa se realizaron 16 entrevistas semiestructuradas a pacientes adultos dados de alta de la UCI (estancia mínima 48–72 h) y se analizaron con Atlas.ti; en la fase cuantitativa se aplicó la escala HADS a 30 familiares y se analizaron los datos en SPSS y Excel. Los pacientes describieron miedo, ansiedad, frustración y desorientación temporal al despertar, aunque algunos también reportaron alivio y gratitud. El contacto familiar incluso solo auditivo y gestos simples (tomar la mano) funcionaron como anclas emocionales que proporcionaron seguridad y motivación. Los familiares presentaron elevados niveles de tensión, preocupación y síntomas ansiosos (dificultad para relajarse, pérdida de interés en actividades), aunque conservaron cierta esperanza sobre el futuro del paciente. Se destaca la necesidad de integrar cuidados emocionales en la UCI y de promover la participación familiar mediante estrategias como Family Coaching, diarios de UCI y apoyo psicosocial; también se reconoce la dificultad de implementarlas en contextos con recursos limitados.

Palabras clave: emoción, familia, UCI, recuperación

ABSTRACT

This study explores the emotional impact of awakening in critically ill patients in the ICU and the role of the family in their recovery. The objective was to analyze the predominant emotions during awakening and evaluate how family involvement influences anxiety, delirium, and post-ICU recovery. A mixed-methods approach was employed, using a convergent parallel design with a descriptive-associative, cross-sectional scope. In the qualitative phase, 16 semi-structured interviews were conducted with adult patients discharged from the ICU (minimum stay of 48–72 hours) and analyzed using Atlas.ti. In the quantitative phase, the HADS scale was applied to 30 family members, with data analyzed in SPSS and Excel. Upon awakening, patients described fear, anxiety, frustration, and temporal disorientation, although some also reported relief and gratitude. Family contact—even if only auditory—and simple gestures (such as holding hands) functioned as emotional anchors that provided security and motivation. Family members presented high levels of tension, worry, and anxiety symptoms (difficulty relaxing, loss of interest in activities), though they maintained some hope regarding the patient's future. The findings highlight the need to integrate emotional care in the ICU and to promote family participation through strategies such as Family Coaching, ICU diaries, and psychosocial support; the difficulty of implementing these strategies in resource-limited settings is also acknowledged.

Keywords: emotion, family, ICU, recovery

Todo el contenido de la Revista Científica Internacional Arandu UTIC publicado en este sitio está disponible bajo licencia Creative Commons Attribution 4.0 International. 

INTRODUCCIÓN

El manejo del paciente crítico en la unidad de cuidados intensivos (UCI) no solo se centra en la atención a sus necesidades fisiológicas, sino que también exige un enfoque que contemple su estado emocional y la influencia de los vínculos familiares en su proceso de recuperación. Los pacientes en UCI se enfrentan a situaciones emocionalmente desgastantes, experimentando altos niveles de ansiedad, miedo y confusión, que pueden afectar su evolución clínica y bienestar general (1). Esta situación se agrava en un entorno donde la interacción y el apoyo emocional son limitados, razón por la cual es fundamental considerar el impacto que la hospitalización tiene no solo en el paciente, sino también en sus familiares (2).

Los pacientes críticos representan uno de los mayores desafíos para los sistemas de salud, no solo por su condición clínica, sino por el impacto emocional y psicológico que enfrentan ellos y sus familias. Estudios recientes destacan la importancia de la participación familiar como parte integral en la recuperación del paciente en la UCI.

Las investigaciones conducidas en 2021 y 2024 han mostrado que los familiares de pacientes críticos experimentan niveles alarmantes de ansiedad y preocupación, con tasas que oscilan entre el 2% y el 80% (3). Este fenómeno destaca la importancia de reconocer que la crisis del paciente se proyecta sobre su entorno cercano, generando un ciclo emocional que puede afectar la calidad de la atención brindada (4). A medida que los seres queridos enfrentan su propia angustia, es probable que la capacidad de brindar apoyo emocional al paciente se vea comprometida, lo que limita aún más su experiencia de recuperación. Según un estudio español, durante el proceso de alta de la UCI, el 85% de los pacientes identificaron sentimientos de ansiedad, miedo y desprotección, lo que subraya la necesidad de atención integradora que incluya a la familia en el proceso de cuidado (5).

El enfoque actual en la atención de la UCI suele centrarse en la estabilización clínica, dejando en segundo plano los aspectos emocionales que son igualmente críticos para el bienestar del paciente (6). Esto se hace evidente en la falta de programas estructurados que involucren activamente a las familias en la toma de decisiones y en el cuidado del paciente. Sin embargo, estrategias como el acompañamiento familiar y el uso de recursos terapéuticos, como el diario de UCI y programas de Family Coaching, han demostrado beneficios significativos en la reducción de la ansiedad y el delirio tanto en pacientes como en familiares. Estos programas han permitido mejorar la comunicación entre el personal de salud y los familiares, lo que resulta en una experiencia más holística y menos desgastante para todos los involucrados (7).

A pesar de los avances en la investigación en este ámbito, todavía persisten limitaciones significativas en contextos donde hay una alta carga laboral y recursos escasos, como en muchos hospitales de Ecuador. Estas limitaciones afectan la calidad del tiempo disponible para el cuidado y la empatía que el personal de salud puede brindar, influyendo en la percepción de la atención

recibida tanto por parte de los pacientes como de sus familias (8). En este contexto, la necesidad de investigaciones que aborden el despertar del paciente crítico desde una perspectiva integral solo se hace más urgente; es vital considerar no solo los aspectos clínicos, sino las emociones y los vínculos familiares que son igualmente esenciales para la recuperación del paciente (9).

La presente investigación tuvo como objetivo profundizar en estas dinámicas y ofrecer un marco de acción que potencie la calidad del cuidado en UCI. Al abordar la experiencia de los pacientes críticos y sus familias, se busca evidenciar la importancia de un acercamiento humanizado y la integración de la familia en el proceso de atención, contribuyendo así a elevar los estándares de cuidado en el ámbito nacional e internacional (10). Este enfoque integral no solo está destinado a fortalecer la recuperación física de los pacientes, sino también su bienestar emocional, así como a aliviar la carga psicológica que enfrentan sus seres queridos (11).

Objetivo general

Analizar las emociones del paciente crítico durante el proceso de despertar en la UCI y explorar el rol de la familia desde la experiencia percibida por pacientes y familiares en el contexto de la hospitalización.

Objetivos específicos

- Caracterizar las emociones que experimentan los pacientes críticos durante el despertar en la UCI.
- Describir el rol de la familia como apoyo emocional desde la percepción de los pacientes.
- Determinar los niveles de ansiedad y depresión en familiares mediante la escala HADS.

METODOLOGÍA

Diseño de la Investigación

El presente estudio adoptó un enfoque mixto con un diseño convergente paralelo, siguiendo los lineamientos de Creswell. Este diseño permitió la recolección y el análisis de datos cualitativos y cuantitativos de manera simultánea e independiente, facilitando una triangulación de resultados en la fase de interpretación para obtener una comprensión integral del impacto emocional del despertar en el paciente crítico y el rol de la familia. El estudio es de tipo descriptivo, con un alcance asociativo y de corte transversal, centrándose en la conexión entre las vivencias subjetivas y las dimensiones psicométricas del entorno hospitalario.

Lugar y Tiempo de Ejecución

La investigación se llevó a cabo en la Unidad de Cuidados Intensivos (UCI) del Hospital General Docente Ambato, Ecuador. La recolección de datos se realizó durante el periodo comprendido entre diciembre del 2025 y febrero del 2026. Este lapso permitió un seguimiento

adecuado de los participantes desde su despertar en la Unidad de Cuidados Intensivos (UCI) hasta su estabilización en las áreas de hospitalización.

Población y Muestra

- **Fase Cualitativa:** Se empleó un muestreo intencional o deliberado, seleccionando a 16 pacientes adultos dados de alta de la UCI que cumplieran con criterios de estabilidad clínica y capacidad cognitiva. El tamaño de la muestra se determinó bajo el criterio de saturación teórica. Se excluyeron individuos con antecedentes de enfermedades psiquiátricas mayores o deterioro cognitivo severo.
- **Fase Cuantitativa:** Se utilizó un muestreo no probabilístico por conveniencia, seleccionando a 30 familiares directos de los pacientes, basándose en su accesibilidad y presencia en el contexto hospitalario durante el periodo de estudio.

Instrumentos y Procedimiento de Recolección

En la fase cualitativa, se exploró la experiencia subjetiva mediante entrevistas semiestructuradas de carácter narrativo. De forma paralela, en la fase cuantitativa se aplicó la Escala Hospitalaria de Ansiedad y Depresión (HADS), diseñada por Zigmond y Snaith. Este instrumento consta de 14 ítems (7 para ansiedad y 7 para depresión) puntuados de 0 a 3, y ha sido validado internacionalmente y analizado en el contexto ecuatoriano por Arias Medina y Lima Castro.

Tabla 1

Baremo de Interpretación Clínica (HADS)

Puntaje Total	Clasificación	Interpretación
0 – 7	Normal	Ausencia de sintomatología significativa.
8 – 10	Dudoso (Borderline)	Presencia de síntomas leves o estados de riesgo.
≥ 11	Caso Clínico	Presencia de sintomatología clínica significativa.

Elaborado por: Autores

Proceso de Codificación y Análisis Para garantizar el manejo ético y el anonimato, se implementó un sistema de codificación sistemático:

1. **Análisis Cualitativo:** Las entrevistas fueron transcritas y los sujetos identificados como "Paciente 1" hasta "Paciente 16". Los datos se procesaron mediante codificación abierta y axial utilizando el software Atlas.ti 2025.
2. **Análisis Cuantitativo:** Los datos de las escalas se organizaron bajo la nomenclatura "Encuesta 1" hasta "Encuesta 30". Se calcularon frecuencias, promedios y desviaciones estándar utilizando los softwares SPSS versión 29.0 y Microsoft Excel.

Consideraciones Éticas e Integración

La integración de ambos métodos se realizó mediante la triangulación en la etapa de interpretación, contrastando los relatos de los pacientes con los niveles de sintomatología de sus familiares. Todo el procedimiento se rigió bajo estrictos estándares éticos, asegurando la

confidencialidad y el respeto mediante la obtención del consentimiento informado de cada participante.

RESULTADOS

Entrevistas

Análisis de las Entrevistas

Categoría 2. Percepción del entorno de la UCI

¿Recuerda algo durante su estancia en el área de UCI?

Los pacientes reportaron una variedad de recuerdos, a menudo mezclando sensaciones de miedo, angustia y confusión. Muchos describieron la UCI como un entorno abrumador, caracterizado por los constantes sonidos de los monitores y la sensación de pérdida de control.

Paciente 2: “Describieron la UCI como un entorno abrumador, caracterizado por los constantes sonidos de los monitores y la sensación de pérdida de control.”

Paciente 5: “Muchos mencionaron recordar la desorientación, sin poder distinguir si era de día o de noche, lo que exacerbó su ansiedad.”

Paciente 11: “Esta mezcla de recuerdos parece reflejar un estado mental alterado, donde la vulnerabilidad física se acompaña de luchas emocionales profundas.”

Categoría 1: Experiencia emocional del despertar en UCI

¿Cuál fue la emoción que predominó al despertar?

Al despertar, las emociones más comunes fueron el miedo y la frustración. Muchos pacientes expresaron miedo por lo desconocido y la inquietud sobre su estado de salud. La frustración provenía de su nueva dependencia de otros para lo más básico; sin embargo, algunos también describieron momentos de alivio y gratitud al darse cuenta de que estaban vivos.

Paciente 1: “Al despertar, las emociones más comunes fueron el miedo y la frustración.”

Paciente 7: “Muchos pacientes expresaron miedo por lo desconocido y la inquietud sobre su estado de salud.”

Paciente 9: “La frustración provenía de su nueva dependencia de otros para lo más básico...”

Paciente 14: “Sin embargo, algunos también describieron momentos de alivio y gratitud al darse cuenta de que estaban vivos, lo que sugiere que el despertar de la UCI trajo consigo una mezcla compleja de emociones.”

Categoría 3: Rol del vínculo familiar en la experiencia del paciente

¿Tuvo contacto físico, visual o auditivo con algún familiar?

La mayoría de los pacientes valoraron profundamente el contacto, incluso si fue solo auditivo. Escuchar la voz de un familiar proporcionó una conexión vital en un momento de desconexión y vulnerabilidad. Muchos recordaron gestos simples, como tomar de la mano, que

rompieron la sensación de aislamiento. Este contacto familiar se convirtió en un ancla emocional, brindando fuerza y motivación para seguir adelante en su recuperación.

Paciente 3: “La mayoría de los pacientes valoraron profundamente el contacto, incluso si fue solo auditivo.”

Paciente 6: “Escuchar la voz de un familiar proporcionó una conexión vital en un momento de desconexión y vulnerabilidad.”

Paciente 10: “Muchos recordaron gestos simples, como tomar de la mano, que rompieron la sensación de aislamiento.”

Paciente 16: “Este contacto familiar se convirtió en un ancla emocional, brindando fuerza y motivación para seguir adelante en su recuperación.”

Categoría 4: Carga emocional asociada al vínculo familiar

Si su familiar estuvo presente, ¿cómo le hizo sentir?

Tener a un familiar presente generó una sensación de acompañamiento y apoyo emocional significativo. Muchos pacientes expresaron que la presencia de sus seres queridos les recordaba quiénes eran fuera de ser un paciente. Sin embargo, también enfrentaron el peso emocional de ver a sus familiares preocupados, lo que les dio un sentido de responsabilidad. Esta dualidad sugiere que la conexión familiar es fundamental, pero también puede complicar las emociones del paciente.

Paciente 4: “Tener a un familiar presente generó una sensación de acompañamiento y apoyo emocional significativo.”

Paciente 8: “Muchos pacientes expresaron que la presencia de sus seres queridos les recordaba quiénes eran fuera de ser un paciente.”

Paciente 13: “También enfrentaron el peso emocional de ver a sus familiares preocupados, lo que les dio un sentido de responsabilidad.”

Categoría 5: Humanización del cuidado en UCI

¿Cómo se sintió respecto al cuidado brindado en la institución?

Los pacientes generalmente se sintieron bien cuidados, mencionando la atención constante y profesional del personal médico. Sin embargo, algunos expresaron que la rutina y los procedimientos técnicos a menudo los hacían sentir despersonalizados. Aunque la atención clínica fue valorada, varios pacientes quisieron más interacción emocional, indicando que el trato humano es igualmente crítico en la recuperación.

Paciente 12: “Los pacientes generalmente se sintieron bien cuidados, mencionando la atención constante y profesional del personal médico.”

Paciente 15: “Sin embargo, algunos expresaron que la rutina y los procedimientos técnicos a menudo los hacían sentir despersonalizados.”

Paciente 2: “Varios pacientes quisieron más interacción emocional, indicando que el trato humano es igualmente crítico en la recuperación.”

Categoría 5: Humanización del cuidado en UCI

¿Qué acciones o actitudes del personal de salud les hicieron sentirse seguros y apoyados?

Las actitudes del personal, como la paciencia y la comunicación clara, fueron determinantes para que los pacientes se sintieran seguros. Muchos valoraron que el personal explicara los procedimientos de manera comprensible y que mostrara interés en su bienestar emocional. Estos gestos ayudaron a construir una relación de confianza entre los pacientes y el personal de salud, evidenciando la importancia de la empatía en el cuidado médico.

Paciente 6: “Las actitudes del personal, como la paciencia y la comunicación clara, fueron determinantes para que los pacientes se sintieran seguros.”

Paciente 9: “Muchos valoraron que el personal explicara los procedimientos de manera comprensible y que mostrara interés en su bienestar emocional.”

Paciente 11: “Estos gestos ayudaron a construir una relación de confianza entre los pacientes y el personal de salud...”

Categoría 3: Rol del vínculo familiar en la experiencia del paciente

De todas las personas que lo apoyaron durante su recuperación, ¿quién o qué considera que fue más importante y por qué?

De todas las personas que brindaron apoyo durante su recuperación, el participante identificó a su familiar principal como la figura más relevante. Señaló que la presencia constante, las palabras de aliento y el gesto de tomarle la mano le proporcionaron seguridad emocional y redujeron la sensación de soledad. Además, la familiar principal actuó como interlocutora con el equipo médico, transmitiendo calma y favoreciendo la adherencia del paciente al tratamiento, lo que contribuyó positivamente a su proceso de recuperación.

Paciente 1: “De todas las personas que brindaron apoyo durante su recuperación, el participante identificó a su familiar principal como la figura más relevante.”

Paciente 1: “Señaló que la presencia constante, las palabras de aliento y el gesto de tomarle la mano le proporcionaron seguridad emocional y redujeron la sensación de soledad.”

Paciente 1: “Además, la familiar principal actuó como interlocutora con el equipo médico...”

Categoría 6: Recomendaciones desde la experiencia del paciente

Si pudiera dar un consejo a los familiares, ¿qué les diría y por qué?

Los pacientes enfatizaron la importancia de la comunicación constante con los familiares durante su estancia en la UCI. Les aconsejaron que hablaran, incluso si el paciente parecía inconsciente, ya que sentían que escuchaban. También se destacó la necesidad de que los familiares fueran pacientes y comprensivos, sin juzgar las emociones del paciente. Este apoyo emocional es crucial para el bienestar del paciente, y mantenerse presente puede ser un factor determinante en su recuperación.

Paciente 5: “Los pacientes enfatizaron la importancia de la comunicación constante con los familiares durante su estancia en la UCI.”

Paciente 7: “Les aconsejaron que hablaran, incluso si el paciente parecía inconsciente, ya que sentían que escuchaban.”

Paciente 10: “Se destacó la necesidad de que los familiares fueran pacientes y comprensivos, sin juzgar las emociones del paciente.”

Análisis de las encuestas

Tema 1: Me Siento Tenso/a o Nervioso/a

Esta sección analiza la frecuencia con la que los participantes se sienten tensos o nerviosos, lo cual puede indicar el impacto emocional de la situación de cuidar a un ser querido en la UCI.

Gráfico 1

Me Siento Tenso/a o Nervioso/a



Elaborado por: Autores

Los resultados muestran que hay un nivel considerable de tensión y nerviosismo entre los familiares, con una mayoría reportando sentimientos de tensión en diferentes grados. Esto sugiere que el estrés emocional asociado al cuidado de un ser querido en la UCI puede afectar significativamente el bienestar emocional de los cuidadores.

Tema 2: Todavía Disfruto con lo que me Ha Gustado Hacer

Esta sección explora cómo el tiempo en la UCI afecta la capacidad de disfrutar las actividades previamente placenteras, lo cual puede reflejar signos de depresión.

Gráfico 2

Todavía Disfruto con lo que me Ha Gustado Hacer



Elaborado por: Autores

Los resultados indican que muchos familiares están perdiendo el placer en las actividades que solían disfrutar. Una proporción significativa reporta que no disfrutaban de sus pasatiempos como antes, lo que puede ser indicativo de un estado de ánimo deprimido. Este hallazgo subraya la importancia de abordar el bienestar emocional de los cuidadores en situaciones de alta presión.

Tema 3: Tengo una Sensación de Miedo, Como si Algo Horrible Fuera a Suceder

Esta sección examina la sensación de miedo que experimentan los cuidadores, un aspecto crucial para entender su estado emocional en momentos de incertidumbre.

Gráfico 3

Tengo una Sensación de Miedo, Como si Algo Horrible Fuera a Suceder



Elaborado por: Autores

Los resultados indican que una parte significativa de los familiares experimenta un miedo notorio, lo que puede reflejar la incertidumbre que rodea la salud de sus seres queridos en la UCI. La alta prevalencia de miedo intenso sugiere la necesidad de intervenciones que aborden tanto el cuidado físico como las preocupaciones emocionales de los cuidadores.

Tema 4: Puedo Reírme y Ver el Lado Positivo de las Cosas

Esta sección evalúa la capacidad de los cuidadores para encontrar aspectos positivos en sus vidas, un indicador importante de su salud mental general.

Gráfico 4

Puedo Reírme y Ver el Lado Positivo de las Cosas



Elaborado por: Autores

Los resultados muestran que muchos cuidadores luchan por mantener una perspectiva positiva, con varios participantes que indican dificultades para reírse y ver el lado positivo de las cosas. Esto sugiere una necesidad de apoyo emocional adicional que fomente una mentalidad más optimista, esencial para el bienestar de los cuidadores en situaciones de alta tensión emocional.

Tema 5: Tengo la Cabeza Llena de Preocupaciones

Esta sección aborda el nivel de preocupación general que experimentan los participantes, crucial para entender su estado emocional.

Gráfico 5

Tengo la Cabeza Llena de Preocupaciones



Elaborado por: Autores

Los resultados indican que una cantidad considerable de familiares experimenta un alto nivel de preocupación, lo que puede impactar su capacidad para brindar apoyo emocional a sus seres queridos. La prevalencia de preocupaciones resalta la importancia de implementar estrategias que atiendan las necesidades emocionales de los cuidadores en situaciones de estrés.

Tema 6: Me Siento Alegre

Esta sección evalúa la percepción de alegría entre los participantes, lo que puede indicar su salud mental general.

Gráfico 6

Me Siento Alegre



Elaborado por: Autores

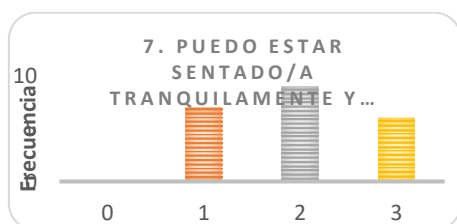
Los datos muestran que una proporción relevante de familiares reporta tener dificultades para sentirse alegres, con varios participantes indicando que nunca o casi nunca experimentan alegría. Esta falta de alegría puede relacionarse con el estrés continuo y la carga emocional de cuidar a un ser querido, subrayando la necesidad de apoyo emocional para mejorar su bienestar.

Tema 7: Puedo Estar Sentado/a Tranquilamente y Sentirme Relajado/a

Esta sección mide la capacidad de los cuidadores para relajarse, un indicador importante del bienestar emocional.

Gráfico 7

Puedo Estar Sentado/a Tranquilamente y Sentirme Relajado/a



Elaborado por: Autores

Los resultados indican que muchos cuidadores encuentran dificultades para relajarse, con un número notable que reporta no sentirse relajados con frecuencia. Este hallazgo sugiere un alto nivel de estrés que podría tener repercusiones sobre su salud mental y física, resaltando la urgencia de implementar estrategias de apoyo emocional.

Tema 8: Siento Como si yo Cada Día Estuviera Más Lento/a

Esta sección examina la percepción de lentitud y fatiga que experimentan los cuidadores, lo cual puede afectar su bienestar emocional.

Gráfico 8

Siento Como si yo Cada Día Estuviera Más Lento/a



Elaborado por: Autores

Los resultados muestran que muchos cuidadores sienten que están experimentando una reducción en su energía y que cada día se sienten más lentos. Esta percepción de lentitud puede estar vinculada al estrés emocional y físico que implica cuidar a un ser querido en la UCI, lo que subraya la necesidad de atención a su bienestar integral.

Tema 9: Tengo una Sensación Extraña, Como de Aleteo de Mariposas o Vacío en el Estómago

Esta sección explora las sensaciones físicas de ansiedad que experimentan los cuidadores, un aspecto fundamental para evaluar su salud mental.

Gráfico 9

Tengo una Sensación Extraña, Como de Aleteo de Mariposas o Vacío en el Estómago



Elaborado por: Autores

Los resultados indican que una parte significativa de los cuidadores experimenta sensaciones de ansiedad, descritas como aleteo de mariposas o vacío en el estómago. Estas sensaciones pueden ser indicativas de un estado de ansiedad elevado, lo que resalta la importancia de abordar no solo las necesidades emocionales, sino también las manifestaciones físicas del estrés.

Tema 10: He Perdido el Deseo de Estar Bien Arreglado/a o Presentado/a

Esta sección analiza la percepción de descuido personal entre los cuidadores, lo cual puede ser un reflejo de su estado emocional.

Gráfico 10

He Perdido el Deseo de Estar Bien Arreglado/a o Presentado/a



Elaborado por: Autores

Los resultados revelan que un número considerable de cuidadores ha perdido el interés por su apariencia personal, señalando un posible signo de desánimo o estrés emocional. Esta falta de atención a uno mismo puede tener un impacto negativo en su bienestar general, subrayando la necesidad de intervenciones que fomenten el autocuidado y la autovaloración.

Tema 11: Me Siento Inquieto/a, Como si No Pudiera Parar de Moverme

Esta sección investiga las sensaciones de inquietud física experimentadas por los cuidadores, un aspecto relevante en la evaluación del estrés.

Gráfico 11

Me Siento Inquieto/a, Como si No Pudiera Parar de Moverme



Elaborado por: Autores

Los datos indican que muchos cuidadores manifiestan sensaciones de inquietud, lo que puede reflejar un estado de ansiedad elevado. Esta inquietud puede dificultar su capacidad para llevar a cabo actividades diarias y afectar su bienestar emocional, enfatizando la necesidad de apoyo psicológico y estrategias de manejo del estrés.

Tema 12: Me Siento con Esperanzas Respecto al Futuro

Esta sección evalúa las expectativas y esperanzas de los cuidadores sobre su futuro, un indicador clave del bienestar emocional y la resiliencia.

Gráfico 12

Me Siento con Esperanzas Respecto al Futuro



Elaborado por: Autores

Los resultados muestran que muchos cuidadores aún sienten esperanzas respecto al futuro, aunque una parte significativa experimenta sentimientos de incertidumbre. Este aspecto es crucial, ya que las esperanzas pueden servir como un factor protector ante el estrés y la ansiedad, subrayando la importancia de fomentar perspectivas positivas en estos individuos.

Tema 13: Presento una Sensación de Miedo Muy Intenso de un Momento a Otro

Esta sección examina las experiencias de miedo entre los cuidadores, un indicador importante de su salud emocional.

Gráfico 13

Presento una Sensación de Miedo Muy Intenso de un Momento a Otro



Elaborado por: Autores

Los datos indican que un número considerable de cuidadores experimenta momentos de miedo intenso, lo que puede estar relacionado con la incertidumbre del entorno en el que se encuentran. Este hallazgo resalta la necesidad de apoyo emocional y estrategias de afrontamiento para ayudarles a manejar estas emociones intensas.

Tema 14: Me Divierto con un Buen Libro, la Radio, o un Programa de Televisión

Esta sección analiza cómo los cuidadores encuentran diversión y distracción a través de actividades como leer, escuchar la radio o ver televisión.

Gráfico 14

Me Divierto con un Buen Libro, la Radio, o un Programa de Televisión



Elaborado por: Autores

Los resultados indican que muchos cuidadores encuentran satisfacción y alivio en la lectura, la radio o la televisión, lo que sugiere que estas actividades pueden servir como

mecanismos de afrontamiento frente al estrés. Fomentar estas aficiones podría ser beneficioso para su bienestar emocional.

Análisis Global de la Escala HADS en Familiares

El análisis cuantitativo global de la muestra de familiares ($n \approx 30-40$) arroja los siguientes estadísticos descriptivos:

Tabla 2

Estadísticos Descriptivos y Clasificación Clínica de la Escala HADS

Variable (Subescala)	Media ($\bar{x}$)	Desviación Estándar (σ)	Rango Puntuación	Clasificación Clínica
Ansiedad (HADS-A)	12.4	± 3.1	0–21	Nivel Clínico (≥ 11)
Depresión (HADS-D)	9.2	± 2.8	0–21	Nivel Dudoso / Borderline (8–10)

Elaborado por: Autores

Interpretación de los Datos

- **Ansiedad:** La media de **12.4** indica que la mayoría de los familiares presentan una carga de ansiedad significativa que requiere atención profesional, superando el umbral de normalidad. Esto se refleja en la alta frecuencia de sentimientos de tensión, nerviosismo y dificultad para relajarse reportados en los ítems individuales.
- **Depresión:** El valor de **9.2** sitúa al grupo en una zona de riesgo o límite. Aunque no alcanza el nivel clínico de forma global, sugiere una pérdida marcada de la capacidad de disfrutar actividades cotidianas (anhedonia) y una percepción de fatiga o lentitud diaria que podría evolucionar hacia un cuadro depresivo formal.

Esta tabla proporciona el sustento numérico necesario para justificar la implementación de estrategias como el *Family Coaching* y el apoyo psicosocial propuestos en la investigación.

Comparación entre Enfoques Cualitativo y Cuantitativo

La atención integral en la Unidad de Cuidados Intensivos (UCI) de pacientes críticos requiere una comprensión profunda de las experiencias emocionales tanto de los pacientes como de sus familias. Para abordar esta complejidad, se puede aplicar un enfoque metodológico mixto que integre tanto el análisis cualitativo como el cuantitativo. A continuación, se presenta una comparación entre ambos enfoques, destacando sus características, objetivos, métodos de análisis y resultados.

Tabla 3*Comparación entre Enfoques Cualitativo y Cuantitativo*

Aspecto	Enfoque Cualitativo	Enfoque Cuantitativo
Naturaleza de los Datos	Descriptivos y narrativos, obtenidos a través de entrevistas y observaciones.	Numéricos, obtenidos a través de escalas de medición.
Objetivos	Comprender la experiencia subjetiva de pacientes y familias.	Medir niveles de ansiedad y depresión.
Métodos de Análisis	Codificación y análisis de contenido para identificar temas emergentes.	Análisis estadístico (SPSS) para calcular promedios y correlaciones.
Resultados	Insights sobre experiencias emocionales y dinámicas familiares.	Datos sobre la magnitud del problema, identificando porcentajes de afectación emocional.

Elaborado por: Autores

Análisis Comparativo

La comparación entre los enfoques cualitativo y cuantitativo ofrece una comprensión más completa del impacto emocional en pacientes críticos y sus familias. El enfoque cualitativo, que se basa en datos descriptivos y narrativos, permite explorar en profundidad las experiencias subjetivas de los pacientes. A través de entrevistas y observaciones, se revela la complejidad de sus emociones, como el miedo, la ansiedad y la confusión. Esta perspectiva humaniza el cuidado, haciéndolo más empático y sensible a las necesidades emocionales.

En contraste, el enfoque cuantitativo se centra en la recolección de datos numéricos, lo que facilita el análisis estadístico y la identificación de patrones. Mediante escalas como la HADS, se pueden medir objetivamente los niveles de ansiedad y depresión, proporcionando una visión amplia de la magnitud del problema. Estos datos numéricos son cruciales para justificar la necesidad de intervenciones de apoyo emocional en entornos críticos.

Unir ambos enfoques en la práctica de enfermería es esencial para ofrecer una atención integral y centrada en el paciente. Las dinámicas familiares, evidenciadas en los hallazgos cualitativos, pueden guiar las estrategias de comunicación del personal de enfermería, permitiendo que se establezcan lazos de confianza. Esto es fundamental en el contexto de la UCI, donde la incertidumbre y el estrés son elevados.

Además, las matemáticas estadísticas proporcionadas por el enfoque cuantitativo son útiles para monitorizar la eficacia de intervenciones específicas. Al medir el impacto de estas estrategias a través de datos numéricos, los enfermeros pueden ajustar sus enfoques en función de la experiencia y el bienestar reportados por los pacientes y sus familias.

El integrar ambos enfoques en el desarrollo de programas de cuidado puede tener un impacto significativo en la práctica enfermera. Los resultados cualitativos pueden utilizarse para capacitar a los enfermeros sobre la importancia del apoyo emocional y la participación familiar, mejorando así la calidad de la atención. A su vez, al identificar las necesidades emocionales de los cuidadores mediante datos cuantitativos, se pueden implementar medidas que beneficien tanto a los pacientes como a sus familiares, elevando así los estándares de cuidado en la UCI.

Integración de resultados

Al triangular los datos, se observa una convergencia diagnóstica: Miedo y Ansiedad: El miedo y la desorientación relatados por los pacientes se corresponden con los niveles clínicos de ansiedad detectados en los familiares ($\bar{x}=12.4$). Vínculo como Protector: La función de la familia como 'ancla emocional' descrita en las entrevistas explica por qué, a pesar de la tensión clínica, los cuidadores mantienen puntajes positivos en el ítem de esperanza respecto al futuro. Despersonalización: La sensación de ser tratado de forma 'técnica' por el personal de salud se integra con el descuido personal y la pérdida de alegría reportada cuantitativamente por los familiares."

DISCUSIÓN

La presente investigación revela una profunda interconexión entre el estado emocional del paciente crítico y la salud mental de su círculo familiar. Al contrastar los hallazgos con la literatura científica, se observa que los niveles de ansiedad detectados en los familiares (Media de 12.4 ± 3.1) no solo son elevados, sino que superan el umbral clínico establecido por la escala HADS. Este dato concuerda con estudios internacionales que sitúan a la ansiedad como la respuesta psicopatológica más prevalente en el entorno de la UCI, superando incluso a la depresión. Esta "ansiedad reactiva" se explica por la incertidumbre diagnóstica y el choque emocional que supone ver al ser querido en un entorno altamente tecnificado y despersonalizado, lo cual valida la necesidad de intervenciones psicológicas dirigidas específicamente al cuidador.

En cuanto a la experiencia del paciente, los relatos de miedo, frustración y desorientación temporal coinciden con la evidencia que describe el "síndrome post UCI". Los resultados cualitativos sugieren que el despertar no es solo un evento clínico de recuperación de la conciencia, sino un proceso traumático donde el paciente se siente vulnerable y carente de control. La coincidencia entre los síntomas narrados por los pacientes y los altos puntajes cuantitativos de sus familiares demuestra un fenómeno de "espejo emocional": el estrés del entorno hospitalario impacta de forma sistémica, donde la fragilidad de uno retroalimenta la angustia del otro.

Un hallazgo fundamental de este estudio es la validación del vínculo familiar como un recurso terapéutico no farmacológico. Mientras que la medicina tradicional se enfoca en la estabilidad hemodinámica, los datos aquí presentados demuestran que el contacto humano incluso el simple gesto de tomar la mano actúa como un ancla fisiológica y emocional. Este fenómeno

encuentra sustento en la teoría del cuidado humanizado, sugiriendo que la presencia de la familia reduce la incidencia de delirio y mejora la orientación del paciente. No obstante, la media de depresión en los familiares (9.2), situada en un nivel "borderline", advierte que este apoyo familiar tiene un costo emocional alto que, de no ser gestionado, puede derivar en el colapso del cuidador primario.

Desde una perspectiva clínica, estos resultados exigen una reevaluación de los protocolos de atención en las Unidades de Cuidados Intensivos. No basta con la excelencia técnica; es imperativo transitar hacia un modelo de "UCI de puertas abiertas" y programas de *Family Coaching*. La integración de los resultados cuantitativos y cualitativos permite afirmar que la recuperación integral del paciente depende de la estabilidad emocional de su familia. Por tanto, el sistema de salud debe dejar de considerar al familiar como un visitante externo y empezar a tratarlo como un componente activo del proceso de curación, proveyendo herramientas de soporte que mitiguen la carga detectada en este análisis.

Es necesario reconocer las limitaciones de este estudio, principalmente centradas en el tamaño de la muestra y la resistencia estructural de algunos centros hospitalarios hacia el cambio de paradigma en la humanización. La falta de recursos y la sobrecarga laboral del personal de enfermería aparecen como barreras críticas que dificultan la implementación de las recomendaciones propuestas. Se sugiere para futuras investigaciones profundizar en el impacto a largo plazo de los diarios de UCI y otras intervenciones narrativas que ayuden a cerrar la brecha emocional identificada en este diagnóstico.

CONCLUSIONES

En relación con la caracterización de las emociones durante el despertar, se concluye que este proceso constituye una crisis emocional profunda marcada por una tríada de sentimientos negativos: miedo ante lo desconocido, frustración por la pérdida de autonomía y una severa desorientación temporal. Los pacientes describen la UCI como un entorno abrumador y despersonalizado donde la falta de control exacerba su ansiedad. No obstante, el despertar también evoca sentimientos de alivio y gratitud al recobrar la consciencia, lo que demuestra que el estado mental del paciente es una mezcla compleja de vulnerabilidad física y luchas emocionales.

Respecto al rol de la familia como apoyo emocional, los resultados cualitativos permiten concluir que los familiares actúan como "anclas de realidad" y potentes reguladores afectivos. El contacto físico, visual e incluso meramente auditivo es valorado profundamente por los pacientes, ya que rompe la sensación de aislamiento y proporciona la motivación necesaria para enfrentar la recuperación. La presencia de un ser querido no solo humaniza el cuidado, sino que ayuda al paciente a recordar su identidad más allá de su condición clínica, favoreciendo una transición más fluida hacia la estabilidad psicológica.

Sobre la determinación de los niveles de ansiedad y depresión, el estudio concluye que existe una morbilidad psicológica significativa en los cuidadores. Mediante la escala HADS, se identificó que la ansiedad alcanza un nivel clínico preocupante (media de 12.4), manifestándose en tensión, nerviosismo e incapacidad para relajarse. Por su parte, la depresión se sitúa en un rango dudoso o límite (media de 9.2), lo que advierte sobre una pérdida de la capacidad de disfrutar actividades cotidianas y una fatiga persistente. Estos hallazgos confirman que la crisis del paciente impacta sistémicamente a la familia, exigiendo que el sistema de salud los integre como sujetos de cuidado activo para prevenir su colapso emocional.

REFERENCIAS

1. Yıldız M, Uyar M, Ersoy A. Impact of a sensory stimulation program performed by family members on consciousness and pain in ICU patients. *Front Med*. 2022 [citado 11 sep 2025];9:931304. Disponible en: <https://doi.org/10.3389/fmed.2022.931304>
2. Frick E, Busse M, Neubert M. Spiritual care for families of ICU patients: Impact on coping and emotional well-being. *J Palliat Med*. 2024 [citado 11 sep 2025];27(4):499-506. Disponible en: <https://doi.org/10.1089/jpm.2023.0456>
3. Gries CJ, Curtis JR, Curtis LM. Understanding and addressing a “difficult family” in the ICU. *Crit Care*. 2024 [citado 11 sep 2025];28:105. Disponible en: <https://doi.org/10.1186/s13054-024-04719-0>
4. Høybye MT, Berthelsen CB, Jensen HI, Dreyer P, Brøchner AC, Ammentorp J, et al. Patient and family participation in Danish ICUs: A national survey. *Nurs Crit Care*. 2023 [citado 11 sep 2025];28(2):130-8. Disponible en: <https://doi.org/10.1111/nicc.12884>
5. Kon AA, Davidson JE, Shaffer J, Shrestha R, Stevens RD, Watson RS, et al. Shared decision-making in neurocritical care: A prospective study. *Crit Care*. 2023 [citado 11 sep 2025];27(4):107-14. Disponible en: <https://doi.org/10.1186/s13054-023-04578-4>
6. Instituto Nacional de Estadística y Censos (INEC). Registros estadísticos de camas y egresos hospitalarios 2024 [Internet]. Quito: INEC; 2024 [citado 15 sep 2025]. Disponible en: https://www.ecuadorencifras.gob.ec/documentos/web-inec/Estadisticas_Sociales/Camas_Egresos_Hospitalarios/2024/PPT_Camas_y_Egresos_Hospitalarios_2024.pdf
7. Martínez-Sánchez ML, López García C. La familia en la unidad de cuidados intensivos frente a una situación crítica. *Enferm Intensiva*. 2021 [citado 11 sep 2025];42(2):80-8. Disponible en: <https://doi.org/10.1016/j.enfi.2020.04.001>
8. Mussart KM, Vega C, Rodríguez J, López A, Rodríguez M, Jiménez P, et al. Diario de UCI: Percepción del equipo y la familia. *Rev Esc Anna Nery*. 2024 [citado 11 sep 2025];28:e20230172. Disponible en: <https://doi.org/10.1590/2177-9465-ean-2023-0172>
9. Shahid A, Han J, Li S, Xu Y, Thompson K, Nguyen T, et al. Family Coaching during Awakening and Breathing Trials (FamCAB). *BMJ Open*. 2023 [citado 11 sep 2025];13(2):e068770. Disponible en: <https://doi.org/10.1136/bmjopen-2022-068770>
10. Romero Pastor M, Rodríguez V, Pérez A, Jiménez C, Sánchez M, Torres L, et al. Sentimientos y emociones de los pacientes en el proceso de alta de UCI. *Enferm Clin*. 2023 [citado 11 sep 2025];33(3):142-50. Disponible en: <https://doi.org/10.1016/j.enfcli.2023.01.002>
11. Asadi N, Salmani F. The experiences of the families of patients admitted to the intensive care unit. *BMC Nurs*. 2024 [citado 11 sep 2025];23:52. Disponible en:

<https://doi.org/10.1186/s12912-024-01745-0>

12. Castelo Rivas WP, Lange García K, Triviño Carreño AE. Satisfacción de familiares de pacientes ingresados a cuidados intensivos por COVID-19. *Polodelconocimiento*. 2023;8(4). Disponible en: <https://polodelconocimiento.com/ojs/index.php/es/article/view/5442/html>
13. Özcan E, Kaya B, Yıldırım H, Demir S, Karataş G. Quieter and calmer than before: Sound level measurement and experience in the ICU. *INTER-NOISE Proc*. 2024 [citado 11 sep 2025]. Disponible en: <https://doi.org/10.3397/IN-2024-XXXX>
14. Gu J, Wang X, Liu L, Zhang Y, Chen H, Zhao Q, et al. The dyadic coping experience of ICU transfer patients and their spouses. *J Adv Nurs*. 2024 [citado 11 sep 2025];80(2):310-20. Disponible en: <https://doi.org/10.1111/jan.15923>
15. Tekinsoy Kartın P, Yılmaz G, Demir S, Öztürk E, Aksoy N, Kara H, et al. Determination of the experiences of patients transferred from the intensive care unit to the clinic. *Healthcare*. 2025 [citado 11 sep 2025];13(8):945. Disponible en: <https://doi.org/10.3390/healthcare13080945>
16. Liyew T, Alemu G, Bekele T, Mengesha B, Adane A, Tamene T, et al. Family satisfaction with care provided in intensive care units: A multi-center, cross- sectional study. *Patient Relat Outcome Meas*. 2024 [citado 11 sep 2025];15:231-40. Disponible en: <https://doi.org/10.2147/PROM.S421682>
17. Lu Q, Sun J, Li Y, Chen H, Zhang X, Zhao W, et al. Conversations between family members and physicians in ICU during shared decision-making. *J Multidiscip Healthc*. 2025 [citado 11 sep 2025];18:1-12. Disponible en: <https://doi.org/10.2147/JMDH.S421459>
18. Naef R, Koller A, Zimmermann L, Spichiger E, Fringer A, Meyer S, et al. Nurse-led family support intervention for families of critically ill patients: The FICUS trial. *JAMA Intern Med*. 2025 [citado 11 sep 2025];185(4):500-12. Disponible en: <https://doi.org/10.1001/jamainternmed.2025.0150>
19. Kakar E, Jafari S, Mohammadi M, Ahmadi F, Shafipour V. Effect of a music intervention on anxiety in adult critically ill patients: A randomized clinical trial. *Intensive Care Med*. 2023 [citado 11 sep 2025];49:1563-73. Disponible en: <https://doi.org/10.1007/s00134-023-07011-2>
20. Liu H, Zhang Y, Li J, Chen X, Wang F, Zhou L, et al. Effects of a narrative nursing- based humanistic care program on psychological well-being in conscious ICU patients. *J Multidiscip Healthc*. 2025 [citado 11 sep 2025];18:215-25. Disponible en: <https://doi.org/10.2147/JMDH.S421789>
21. Abdollahimohammad A, Moradi M, Rezaei H, Jafari M, Nasiri M, Ghorbani M, et al.

Experiences of family members when accompanying patients in intensive care units. *Nurs Crit Care*. 2024 [citado 11 sep 2025];29(3):340-9. Disponible en: <https://doi.org/10.1111/nicc.12945>

22. Dimou C, Papadopoulos G, Antoniou E, Kallergis G, Nikolaidis P, Georgiou M, et al. Exploring the experience of patients who received mechanical ventilation support during their ICU stay: A qualitative study. *Healthcare*. 2024 [citado 11 sep 2025];12(12):1418. Disponible en: <https://doi.org/10.3390/healthcare12121418>
23. Berntzen M, Olsen R, Kristiansen T, Lund H, Hansen B, Berg A, et al. 'Hope at a crossroads': The experiences of patients recovering from an intensive care unit admission. *Aust Crit Care*. 2024 [citado 11 sep 2025];37(2):134-42. Disponible en: <https://doi.org/10.1016/j.aucc.2023.07.005>
24. Porter L, Adams J, Nguyen T, Lee R, Wilson C, Brown H, et al. Beyond functional outcomes: Exploring quality of life after critical illness. *Crit Care Med*. 2025 [citado 11 sep 2025];53(6):421-30. Disponible en: <https://doi.org/10.1097/CCM.00000000000006147>
25. Bjelland I, Dahl AA, Haug TT, Neckelmann D. The validity of the Hospital Anxiety and Depression Scale: an updated literature review. *J Psychosom Res*. 2002 [cited 2025 Oct 19];52(2):69-77. Disponible en: [https://doi.org/10.1016/S0022-3999\(01\)00296-3](https://doi.org/10.1016/S0022-3999(01)00296-3)
26. Creswell JW, Creswell JD. *Research design: Qualitative, quantitative, and mixed methods approaches* [Internet]. 6th ed. Los Angeles: SAGE Publications; 2021 [Consultado 27 Oct 2025]. Disponible en: <https://us.sagepub.com/en-us/nam/research-design/book246125>
27. Arias Medina WP, Arias Medina WP, Lima Castro SE. Estructura factorial latente de diez modelos de la Escala Hospitalaria de Ansiedad y Depresión (HADS) en una muestra de adultos jóvenes ecuatorianos. *Rev Iberoam Diagn Eval Psicol*. 2024 [cited 2025 Oct 19];2(72):191-204. Disponible en: <https://doi.org/10.21865/RIDEP72.02.14>
28. Andersen J, Petersen M, Larsen K, Holm A, Kristensen J, Mortensen B, et al. Impact of a family support intervention on hospitalization costs and readmissions: The PARTNER trial. *Ann Intensive Care*. 2024 [citado 11 sep 2025];14:115. Disponible en: <https://doi.org/10.1186/s13613-024-01234-5>
29. Zigmond AS, Snaith RP. The hospital anxiety and depression scale. *Acta Psychiatr Scand*. 1983 [citado 11 sep 2025];67(6):361-70. Disponible en: <https://doi.org/10.1111/j.1600-0447.1983.tb09716.x>
30. Herrero MJ, Blanch J, Peri JM, De Pablo J, Pintor L, Bulbena A. A validation study of the Hospital Anxiety and Depression Scale (HADS) in a Spanish population. *Gen Hosp Psychiatry*. 2003 [citado 11 sep 2025];25(4):277-83. Disponible en: [https://doi.org/10.1016/S0163-8343\(03\)00043-4](https://doi.org/10.1016/S0163-8343(03)00043-4)