



Universidad
Norbert Wiener

**FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD
PROGRAMA ACADÉMICO DE ENFERMERÍA
SEGUNDA ESPECIALIDAD EN ENFERMERÍA EN
CUIDADOS INTENSIVOS**

Trabajo Académico

Calidad de vida y síndrome post-cuidados intensivos en familiares de pacientes
adultos en un hospital de Lima, 2026

Para optar el Título de
Especialista en Enfermería en Cuidados Intensivos

Presentado por:

Autora: Amante Haro, Estefani Fresia

Código ORCID: <https://orcid.org/0009-0001-7806-9257>

Asesor: Mg. Gallegos Pacheco, Rutsmy Angel Manuel

Código ORCID: <https://orcid.org/0000-0001-5426-398X>

Lima – Perú

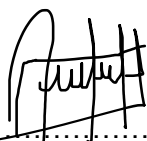
2026

 Universidad Norbert Wiener	DECLARACIÓN JURADA DE AUTORIA Y DE ORIGINALIDAD DEL TRABAJO DE INVESTIGACIÓN		
	CÓDIGO: UPNW-GRA-FOR-033	VERSIÓN: 01 REVISIÓN: 01	FECHA: 08/11/2022

Yo, **Amante Haro, Estefani Fresia** egresada de la Facultad de Ciencias de la Salud y Programa Académica de Enfermería, del programa **Segunda especialidad en Enfermería en Cuidados Intensivos**, de la Universidad privada Norbert Wiener declaro que el trabajo académico **“Calidad de vida y síndrome post-cuidados intensivos en familiares de pacientes adultos en un Hospital de Lima, 2026”** Asesorado por el docente: Rutsmy Angel Manuel Gallegos Pacheco DNI 45525049 ORCID **0000- 0001-5426-398X** tiene un índice de similitud de 18 % (dieciocho %) con código OID: **14912:606187469** verificable en el reporte de originalidad del software Turnitin.

Así mismo:

1. Se ha mencionado todas las fuentes utilizadas, identificando correctamente las citas textuales o paráfrasis provenientes de otras fuentes.
2. No he utilizado ninguna otra fuente distinta de aquella señalada en el trabajo.
3. Se autoriza que el trabajo puede ser revisado en búsqueda de plagios.
4. El porcentaje señalado es el mismo que arrojó al momento de indexar, grabar o hacer el depósito en el turnitin de la universidad y,
5. Asumimos la responsabilidad que corresponda ante cualquier falsedad, ocultamiento u omisión en la información aportada, por lo cual nos sometemos a lo dispuesto en las normas del reglamento vigente de la universidad.



.....
Firma de autor

Nombres y apellidos del Egresado: Estefani Fresia Amante Haro

DNI: 72946241



.....
Firma

Nombres y apellidos del Asesor: Rutsmy Angel Manuel Gallegos Pacheco

DNI: 45525049

Lima, 08 de Julio de 2026.

DEDICATORIA

A Dios por brindarme la vida, salud para llegar a esta etapa profesional, a mi familia por ser el soporte y motivo de mi crecimiento profesional. A mi hija por ser la brújula de mi vida.

AGRADECIMIENTO

Agradezco a Dios , mi familia y docentes que han creído en mí, por haber llegado a estar cumpliendo una meta mas en esta etapa profesional.

JURADOS:

Presidente : Mg. Elsa Magaly Yaya Manco

Secretario : Mg. **Gael Campos Truyenque**

Vocal : Mg. **Carmen Paula Tello Jiménez**

ÍNDICE

Dedicatoria	iv
Agradecimiento	v
Jurados	vi
Índice	vii
Resumen	x
Abstract	xi
1. EL PROBLEMA	1
1.1. Planteamiento del problema	1
1.2. Formulación del problema	3
1.2.1. Problema general	3
1.2.2. Problemas específicos	3
1.3. Objetivos de la investigación	4
1.3.1. Objetivo general	4
1.3.2. Objetivos específicos	4
1.4. Justificación de la investigación	5
1.4.1. Teórica	5
1.4.2. Metodológica	6
1.4.3. Práctica	6
1.5. Delimitación de la investigación	7
1.5.1. Temporal	7
1.5.2. Espacial	7

1.5.3. Población o unidad de análisis	8
2. MARCO TEÓRICO	8
2.1. Antecedentes	8
2.2. Bases teóricas	12
2.3. Formulación de hipótesis	34
2.3.1. Hipótesis general	34
2.3.2. Hipótesis específicas	34
3. METODOLOGÍA	36
3.1. Método de la investigación	36
3.2. Enfoque de la investigación	36
3.3. Tipo de investigación	36
3.4. Diseño de la investigación	36
3.5. Población, muestra y muestreo	37
3.6. Variables y operacionalización	39
3.7. Técnicas e instrumentos de recolección de datos	40
3.7.1. Técnica	40
3.7.2. Descripción de instrumentos	40
3.7.3. Validación	41
3.7.4. Confiabilidad	42
3.8. Plan de procesamiento y análisis de datos	42
3.9. Aspectos éticos	43
4. ASPECTOS ADMINISTRATIVOS	44
4.1. Cronograma de actividades	44

4.2. Presupuesto	45
5. REFERENCIAS	46
Anexo 1: Matriz de consistencia	54
Anexo 2: Instrumentos	56
Anexo 3: Consentimiento informado	62
Anexo 4: Informe de originalidad	63

RESUMEN

Introducción: En el área de Unidad de Cuidados Intensivos, los familiares de los pacientes hospitalizados manifiestan una elevada carga emocional que puede comprometer su calidad de vida y favorecer la aparición de manifestaciones relacionadas con el síndrome post-cuidados intensivos, influenciadas por el estrés, la incertidumbre y la gravedad del estado del paciente.

Objetivo: Determinar la relación entre calidad de vida y síndrome post-cuidados intensivos en familiares de pacientes adultos en un Hospital. **Metodología:** Estudio de método hipotético-deductivo, con un enfoque cuantitativo, tipo aplicado, diseño no experimental, de corte transversal y nivel correlacional. **Población:** 150 familiares de pacientes adultos hospitalizados en la Unidad de Cuidados Intensivos de un Hospital de Lima. La técnica utilizada será la encuesta. Los instrumentos empleados serán el cuestionario WHOQOL-BREF, que permite evaluar la calidad de vida y la escala Hospital Anxiety and Depression Scale (HADS) para medir el síndrome post-cuidados intensivos en familiares. La validez del WHOQOL-BREF se determinó mediante juicio de expertos utilizando el coeficiente V de Aiken, con valores superiores a 0.70. La escala HADS presenta evidencia de validez de constructo en estudios previos, con correlaciones entre 0.60 y 0.80. La confiabilidad de ambos instrumentos fue evaluada mediante el coeficiente alfa de Cronbach, obteniéndose valores adecuados. Para el análisis de datos se usará el programa estadístico SPSS, presentando los resultados en tablas y gráficos acorde a las dimensiones de estudio. Finalmente, se utilizará la prueba de correlación de Spearman para determinar la relación entre las variables.

Palabras clave:. Calidad de vida, síndrome post-cuidados intensivos, familiares.

ABSTRACT

Introduction: In the Intensive Care Unit (ICU) setting, family members of hospitalized patients experience a high emotional burden that can compromise their quality of life and contribute to the development of manifestations related to post-intensive care syndrome, influenced by stress, uncertainty, and the severity of the patient's condition. **Objective:** To determine the relationship between quality of life and post-intensive care syndrome in family members of adult patients in a hospital. **Methodology:** A hypothetical-deductive method study with a quantitative approach, applied type, non-experimental design, cross-sectional, and correlational level. **Population:** The population consists of 150 family members of adult patients hospitalized in the Intensive Care Unit of a hospital in Lima. The technique used will be the survey. The instruments employed will be the WHOQOL-BREF questionnaire, which allows the assessment of quality of life, and the Hospital Anxiety and Depression Scale (HADS) to measure post-intensive care syndrome in family members. The validity of the WHOQOL-BREF was determined through expert judgment using Aiken's V coefficient, with values above 0.70. The HADS scale shows evidence of construct validity in previous studies, with correlations ranging from 0.60 to 0.80. The reliability of both instruments was evaluated using Cronbach's alpha coefficient, obtaining adequate values. Data analysis will be conducted using the SPSS statistical program, presenting the results in tables and graphs according to the study dimensions. Finally, Spearman's correlation test will be used to determine the relationship between the variables..

Keywords: Quality of life, post-intensive care syndrome, family members.

1. EL PROBLEMA

1.1. Planteamiento del problema

A nivel mundial, los familiares de pacientes hospitalizados presentan una elevada carga emocional que afecta a la salud mental y la calidad de vida, en el 2025 estudios realizados sobre los familiares de pacientes hospitalizados en el área de cuidados intensivos (UCI) concluyeron que un 38% presentó ansiedad y alto nivel de depresión, constituyendo un problema relevante en la salud mental generando alteraciones psicológicas que repercuten en la calidad de vida.(1)

La calidad de vida de los familiares de pacientes en (UCI) es esencial para el cuidado integral en salud, dada a la carga emocional, social y física que enfrentan durante el proceso de enfermedad crítica. La estancia en la UCI tiene un impacto no solo en el paciente, sino también en su entorno familiar, generando estrés, incertidumbre y alteraciones en su bienestar general. En este sentido es necesario considerar a la familia como parte necesaria del cuidado, fundamentalmente en el ambiente hospitalarios de alta complejidad (2).

Según la Organización Mundial de la Salud (OMS), relaciona que la calidad de vida está relacionada de como percibe la situación de vida, tomando el contexto cultural, sus expectativas y sus inquietudes. En este concepto, los procesos de enfermedad grave no solo afectan al paciente, sino que también generan consecuencias psicológicas y sociales en sus familiares, quienes pueden sufrir ansiedad, depresivos y sobrecarga emocional (3).

A nivel mundial, varios estudios han evidenciado números importantes de familiares de pacientes en UCI sufren alteraciones emocionales, trastornos del sueño y deterioro de la calidad de vida. En países como Estados Unidos y Reino Unido, se han puesto en marcha estrategias centradas en la comunicación efectiva y el acompañamiento familiar, conseguir disminuir el impacto emocional relacionado a la hospitalización en estado crítico (4).

En Europa y Asia , tambien se refleja las consecuencias en los familiares, incluso se extiende después de la hospitalizacion del paciente. Circunstancias como la gravedad de la enfermedad, el tiempo de estancia en UCI y la falta de información proporcionada por el personal de salud que afecta de manera negativa en su bienestar, lo que pone en manifiesto la necesidad de intervenciones adecuadas y continuas (5).

Tambien, la Organización Panamericana de la Salud destaca la importancia del enfoque psicosocial en los servicios de salud, apoyando el modelos de atención humanizada que integren a la familia como parte del proceso terapéutico. Este enfoque no solo favorece la recuperación del paciente, sino también mejora el bienestar de su entorno (6).

En latinoamericano, investigaciones llevadas en Brasil y Chile manifiestan elevados niveles de ansiedad, estrés y deterioro en la calidad de vida de los familiares de pacientes en estado crítico. Estos hallazgos expresan la falta de información, el temor frente a la evolución clínica y la carga emocional que influyen en su bienestar, representando un desafio significativo para los sistemas de salud (7,8).

En el Perú, el Ministerio de Salud del Perú ha destacado la importancia de la salud mental dentro de los servicios hospitalarios. Sin embargo, persisten obstáculos en la implementación de programas dirigidas a las familias de los pacientes hospitalizados en UCI, lo que aumenta la vulnerabilidad (9).

En Lima Metropolitana, los hospitales de mayor complejidad enfrentan una gran demanda en las unidades de cuidados intensivos, lo que provoca escenarios de presión para los familiares. La falta de comunicación con el personal de salud y la incertidumbre del estado de salud del paciente esto generando ansiedad y estrés en los acompañantes (10).

La incertidumbre frente al pronóstico, la restricción de visitas, la insuficiente comunicación con el equipo de salud y la falta de apoyo psicológico son factores que favorecen la aparición de síndrome post-cuidados intensivos, estas alteraciones tiene como consecuencias la ansiedad, depresión, afectando la calidad de vida del. vida del familiar del paciente en UCI, estas alteraciones ta,bien pueden alargarse despues del proceso hospitalario.

En el hospital donde se llevará a cabo la investigación , se ha observado que los familiares de pacientes hospitalizados en UCI experimentan dificultades emocionales y retos para lidiar la hospitalización prolongada. Frente a esta problemática la investigación permitirá generar evidencia científica, contribuyendo al cuidado humanizado orientado al apoyo emocional integral favoteciendo la mejora de calidad de vida.

1.2. Formulación del problema

1.2.1. Problema general

¿Cuál es la relación entre calidad de vida y síndrome post-cuidados intensivos en familiares de pacientes adultos en un Hospital de Lima, 2026?

1.2.1 Problemas específicos

- ✓ ¿Cuál es la relación entre la dimensión salud física de calidad de vida y el síndrome post-cuidados intensivos en familiares de pacientes adultos en un Hospital de Lima, 2026?
- ✓ ¿Cuál es la relación entre la dimensión salud psicológica de calidad de vida y el síndrome post-cuidados intensivos en familiares de pacientes adultos en un Hospital de Lima, 2026?
- ✓ ¿Cuál es la relación entre la dimensión relaciones sociales de calidad de vida y el síndrome post-cuidados intensivos en familiares de pacientes adultos en un Hospital de Lima, 2026?
- ✓ ¿Cuál es la relación entre la dimensión relaciones ambientales de calidad de vida y el síndrome post-cuidados intensivos en familiares de pacientes adultos en un Hospital de Lima, 2026?

1.3. Objetivos de la investigación

1.3.1. Objetivo general

Determinar la relación entre calidad de vida y síndrome post-cuidados intensivos en familiares de pacientes adultos en un Hospital de Lima, 2026.

1.3.2. Objetivos específicos

- ✓ Identificar la relación entre la dimensión salud física de calidad de vida y el síndrome post-cuidados intensivos en familiares de pacientes adultos en un Hospital de Lima, 2026.
- ✓ Identificar la relación entre la dimensión salud psicológica de calidad de vida y el síndrome post-cuidados intensivos en familiares de pacientes adultos en un Hospital de Lima, 2026.
- ✓ Identificar la relación entre la dimensión relaciones sociales de calidad de vida y el síndrome post-cuidados intensivos en familiares de pacientes adultos en un Hospital de Lima, 2026.
- ✓ Identificar la relación entre la dimensión relaciones ambientales de calidad de vida y el síndrome post-cuidados intensivos en familiares de pacientes adultos en un Hospital de Lima, 2026.

1.4. Justificación de la investigación

1.4.1. Teórica

El presente estudio se fundamenta en analizar la relación entre la calidad de vida y el síndrome post-cuidados intensivos en familiares de pacientes adultos hospitalizados en la UCI, un tema poco investigado en Perú. Habitualmente las investigaciones científicas han priorizado el estudio del paciente crítico, dejando en segundo plano el impacto que genera en la familiar.

Esta investigación, ayudará a ampliar el conocimiento existente sobre ambas variables, convirtiéndose en un referente para futuros estudios en el ámbito de los cuidados intensivos y el enfoque humanizado.

La investigación se basa en el Modelo de Adaptación de Callista Roy (11), que respalda la calidad de vida, y sugiere que las personas se adaptan a estímulos del entorno, como la hospitalización en UCI de un familiar, lo que puede influir en su bienestar físico, emocional y social.

Del mismo modo, el síndrome post-cuidados intensivos en familiares se basa la Teoría del Déficit de Autocuidado de Dorothea Orem (12), indica que la situaciones de alta carga emocional pueden afectar la capacidad de autocuidado, limitando el equilibrio y bienestar del familiar.

La investigación refuerza el enfoque holístico en el cuidado del paciente y la familia como elemento esencial en el proceso de atención en la salud.

1.4.2. Metodológica

En el aspecto metodológico el estudio se desarrollará bajo el enfoque cuantitativo, tipo aplicado, diseño no experimental, de corte transversal y alcance correlacional. Este enfoque permitirá investigar la relación entre la calidad de vida y el síndrome post-cuidados intensivos en familiares de pacientes adultos, sin la manipulación de las variables de estudio.

La recopilación de datos se hará mediante instrumentos estructurados, validados y confiables, como el cuestionario WHOQOL-BREF y la escala HADS que facilitaran el análisis estadístico y la identificación de asociaciones entre las variables.

El diseño metodológico, asegura la objetividad de la investigación y permite generar resultados que contribuyan al análisis riguroso del problema planteado, contribuyendo a futuras investigaciones en el área de cuidados intensivos.

1.4.3. Práctica

En la práctica, el estudio permitirá determinar la relación entre la calidad de vida y el síndrome post-cuidados intensivos en familiares de pacientes adultos hospitalizados en la UCI, proporcionando información importante para el personal de salud, especialmente en el área de salud.

Los resultados obtenidos ayudaran a entender el impacto emocional, psicológico y social que experimentan los familiares, promoviendo la implementación de intervenciones orientadas a mejorar su bienestar. El investigación reforzara la importancia de la atención integral, desarrollara estrategias y programas dirigidas a disminuir los efectos del síndrome post-cuidados intensivos y favorecer su adaptación frente a situaciones de estrés.

1.5. Delimitaciones de la investigación

1.5.1. Espacial

El estudio se desarrollará en la Unidad de Cuidados Intensivos de un hospital en Lima, Perú, donde se brinda atención a pacientes adultos en estado crítico, se evaluará la calidad de vida y la presencia del síndrome post-cuidados intensivos en sus familiares.

1.5.2. Temporal

El estudio se desarrollará de marzo y julio del año 2026. Durante este tiempo se realizará la recopilación de datos, seguida del análisis estadístico y evaluación de resultados.

1.5.3. Población o unidad de análisis

El estudio tendrá como población 150 familiares de pacientes adultos hospitalizados en la Unidad de Cuidados Intensivos, quienes estén disponibles durante el tiempo de estudio y cumplan con los criterios de inclusión establecidos por la investigación.

2. MARCO TEÓRICO

2. Antecedentes

2.1.1. A nivel internacional

Zambrano Benavides (13) en el año 2025 en Ecuador, realizó un estudio con el objetivo de analizar el impacto psicológico y emocional del síndrome de postcuidado crítico familiar en los familiares de pacientes ingresados en unidades de cuidados intensivos de adultos e identificar los factores que lo predisponen. Investigación cualitativa, descriptiva, con diseño fenomenológico. Muestra de siete familiares de pacientes hospitalizados en una unidad de cuidados intensivos. Se aplicó la entrevista semiestructurada y análisis mediante software ATLAS.ti. Los resultados identificaron factores estresantes asociados al temor a la pérdida, cambios emocionales donde predominó la ansiedad y la importancia de la comunicación del personal de salud. Finalmente, se concluyó que los familiares experimentan altos niveles de ansiedad y angustia, siendo fundamental el apoyo emocional y la comunicación efectiva del personal de salud.

Toste López (14) en el año 2025 en España, realizó un estudio con el objetivo de analizar el impacto psicosocial en familiares de pacientes ingresados en la unidad de cuidados intensivos y determinar cómo la hospitalización influye en su nivel de estrés. Investigación cuantitativa, descriptiva y transversal. Se emplearon cuestionarios anónimos dirigidos a familiares de pacientes en UCI. Los resultados evidenciaron altos niveles de estrés, ansiedad, preocupación e incertidumbre en los familiares debido a la gravedad del paciente. Se concluyó que la hospitalización en UCI genera importantes repercusiones psicosociales, resaltando la necesidad de estrategias de apoyo emocional.

Quiñonez Mora (15) en el año 2023 en Colombia, realizó un estudio con el objetivo de determinar la incidencia del síndrome post-cuidados intensivos en familiares y su relación con la calidad de vida del cuidador. Investigación observacional, analítica, longitudinal y prospectiva. Muestra de 95 cuidadores familiares de pacientes en UCI. Se utilizaron escalas estandarizadas para evaluar ansiedad, depresión y calidad de vida. Los resultados mostraron una incidencia del síndrome post-UCI-F y una relación significativa entre ansiedad y depresión, así como una reducción de la calidad de vida durante la hospitalización. Se concluyó que el síndrome afecta negativamente la calidad de vida del cuidador familiar.

Ruiz Rodríguez (16) en el año 2025 en España, realizó un estudio con el objetivo de determinar la prevalencia y factores de riesgo del síndrome post-cuidados intensivos en pacientes y sus familias. Investigación observacional analítica con seguimiento clínico posterior al alta. Se evaluaron pacientes y familiares mediante escalas estandarizadas. Los resultados evidenciaron secuelas físicas, psicológicas y cognitivas tanto en pacientes como en familiares. Se concluyó que el síndrome post-cuidados intensivos afecta también al entorno familiar, generando alteraciones emocionales importantes.

Hirsch Korn (17) en el año 2025 en Estados Unidos, realizó un estudio con el objetivo de examinar la relación entre los síntomas del síndrome post-cuidados intensivos en familiares y la calidad de vida en cuidadores, considerando el apoyo social y el afrontamiento religioso. Investigación cuantitativa, correlacional y transversal. Muestra de 100 cuidadores informales. Se utilizaron cuestionarios estandarizados para medir depresión, ansiedad, estrés postraumático y calidad de vida. Los hallazgos indicaron una correlación negativa significativa entre los síntomas

del síndrome y la calidad de vida, así como una relación positiva con el apoyo social percibido. Se concluyó que el síndrome afecta significativamente la calidad de vida, siendo el apoyo social un factor clave.

2.1.2. A nivel nacional

Montes Celis y Nacimiento Rojas (18) en el año 2025 en Pucallpa, Perú, realizaron un estudio con el objetivo de determinar la relación entre la percepción del cuidado de enfermería y el nivel de estrés en familiares de pacientes atendidos en la Unidad de Cuidados Intensivos del Hospital II EsSalud. La investigación fue de enfoque cuantitativo, de diseño correlacional, prospectivo, transversal y no experimental. La muestra estuvo conformada por 60 familiares de pacientes atendidos en la UCI. Obtuvieron como resultados que el 50 % de los familiares presentó un nivel de estrés alto y se encontró una relación estadísticamente significativa entre la percepción del cuidado de enfermería y el nivel de estrés. Concluyó que una mejor percepción del cuidado de enfermería se relaciona con menores niveles de estrés en los familiares de pacientes atendidos en la UCI.

Pérez Chaquere y Villarreal Pasquel (19) en el año 2024 en Lima, Perú, realizaron un estudio con el objetivo de determinar las necesidades que presentan los familiares de pacientes internados en la Unidad de Cuidados Intensivos. Investigación cuantitativa, de diseño descriptivo transversal. Muestra de 50 familiares de pacientes hospitalizados en UCI. Se utilizó un cuestionario de 45 ítems aplicado mediante encuesta. Los resultados evidenciaron una alta necesidad en dimensiones como seguridad, información, apoyo, proximidad y confort en los familiares. Finalmente, se concluyó que las principales necesidades están relacionadas con la información y el apoyo emocional, evidenciando brechas en la comunicación y atención psicológica durante la hospitalización en UCI.

Colmenares Natera (20) en el año 2023 en Lima, Perú, realizó un estudio con el objetivo de determinar la relación entre la calidad de los cuidados de enfermería y el nivel de satisfacción de los familiares de pacientes hospitalizados en la Unidad de Cuidados Intensivos de un hospital nacional. La investigación fue de enfoque cuantitativo, de diseño correlacional y de corte transversal. Se aplicaron cuestionarios validados para evaluar la calidad de los cuidados de enfermería y el nivel de satisfacción de los familiares. Concluyendo que la calidad de los cuidados de enfermería influye significativamente en la satisfacción de los familiares de pacientes hospitalizados en UCI.

Reyes Ugas (21) en el año 2023 en Chimbote, Perú, realizó un estudio con el objetivo de comprender las vivencias de los familiares de pacientes críticos en la Unidad de Cuidados Intensivos del Hospital EsSalud III. Investigación cualitativa, de diseño fenomenológico. Muestra de 10 familiares de pacientes en UCI. Se utilizaron entrevistas en profundidad. Los resultados identificaron emociones como angustia, tristeza, preocupación e incertidumbre asociadas a la hospitalización del paciente crítico. Se concluyó que la experiencia en UCI genera fuertes reacciones emocionales, representando un riesgo de alteraciones psicológicas posteriores.

Moscoso Raya (22) en el año 2022 en Lima, Perú, realizó un estudio con el objetivo de determinar el nivel de estrés y las estrategias de afrontamiento en familiares de pacientes hospitalizados en la Unidad de Cuidados Intensivos. Investigación cuantitativa, de diseño descriptivo transversal. Se aplicaron cuestionarios validados para estrés y afrontamiento. Los resultados evidenciaron altos niveles de estrés en los familiares, con diversas estrategias de afrontamiento como búsqueda de apoyo y evitación. Se concluyó que el estrés y las estrategias de afrontamiento influyen significativamente en el bienestar psicológico en los familiares.

2.2. Bases teóricas.

2.2.1. Calidad de vida

a. Definición conceptual de calidad de vida

La calidad de vida se define como la apreciación subjetiva que tiene el individuo sobre su situación en la vida, en relación con sus metas, expectativas, estándares e inquietudes, dentro del contexto cultural en el que se desarrolla y los sistemas de valores en los que vive según las OMS (23).

La calidad de vida es un término que indica el nivel de bienestar de una persona o de una población, tomando en cuenta tanto los aspectos favorables como desfavorables de su existencia en un momento determinado. Entre las dimensiones se encuentran: física, mental y espiritual. Las relaciones sociales, el nivel educativo, el ambiente laboral, el estatus social, los recursos económicos, la percepción de seguridad, la libertad, la capacidad de tomar decisiones de manera independiente, el sentido de pertenencia y las condiciones del entorno físico.

Existen otros términos relacionados que suelen confundirse, como el nivel de vida y la calidad de vida relacionada con la salud. A diferencia de la calidad de vida, el nivel de vida se enfoca principalmente en aspectos económicos, como los ingresos y las condiciones materiales. Tampoco se debe confundir con la calidad de vida relacionada con la salud, debido a que esta se centra en la relación entre el estado de salud y el bienestar general.

Debido a la complejidad de establecer una definición y una medición aceptada a nivel internacional, los estudios recientes han propuesto abordarla según distintos dominios. Un ejemplo es la “teoría comprometida”, que plantea la división de la calidad de vida en cuatro dimensiones: económica, cultural, política y ecológica (24).

b. Teoría de calidad de vida

El concepto de calidad de vida constituye una alta complejidad, dinamismo y la multidimensionalidad que ha sido ampliamente estudiado.

La principal teoría es la propuesta por la Organización Mundial de la Salud (OMS), esta teoría resalta la naturaleza subjetivo y multidimensional, integrando dimensiones como la salud física, el bienestar psicológico, las relaciones sociales y el entorno. La calidad de vida incluye múltiples dominios relacionados entre sí que abarcan aspectos físicos, psicológicos, sociales y ambientales (25).

El modelo multidimensional de la calidad de vida sostiene que esta está compuesta por varios dominios que interactúan entre sí, incluyendo factores objetivos (condiciones económicas, acceso a servicios y nivel educativo) y factores subjetivos (satisfacción personal y percepción de bienestar). La calidad de vida es un concepto amplio que requiere instrumentos capaces de evaluar múltiples dimensiones a la vez (26).

Las teorías del bienestar han ayudado a la comprensión conceptual de la calidad de vida, la cual incluye dos enfoques: el hedonista, que se centra en el placer y la felicidad, y el eudaimónico, que se enfoca en el desarrollo personal, sentido de la vida y autorrealización.

En el área de salud, se ha desarrollado el enfoque de la calidad de vida relacionada con la salud, el cual se centra en cómo el estado de salud influye en el bienestar general. Este modelo es relevante en contextos clínicos, ya que permite evaluar el impacto de enfermedades, tratamientos y enfermedades crónicas en la vida cotidiana. La calidad de vida relacionada con la salud mantiene la estructura multidimensional de la calidad de vida, incluyendo dominios físicos, psicológicos, sociales y funcionales (25, 27).

Por último, el enfoque contemporáneo incluye tres dimensiones: espiritual, cultural, contextual. Se han propuesto modelos más integrales que amplían los dominios tradicionales, incorporando factores como creencias personales, sentido de vida y entorno social, lo que refleja la evolución del concepto hacia una comprensión más compleja e integral. Las teorías de la calidad de vida coinciden en reconocer su carácter multidimensional, subjetivo y objetivo, estas perspectivas proporcionan un marco teórico sólido para el análisis del bienestar humano y son esenciales para el desarrollo de investigaciones en salud (28, 29).

c. Calidad de vida en familiares de pacientes hospitalizados en UCI

La calidad de vida de los familiares de pacientes ingresados en la Unidad de Cuidados Intensivos (UCI) ha adquirido una importancia creciente relevancia en los estudios de salud, dado el gran efecto que tiene la hospitalización crítica genera no solo en el paciente, sino también en su entorno familiar. Los familiares, especialmente los que desempeñan el rol de cuidadores, viven una serie de cambios emocionales, psicológicos, sociales y económicos que pueden afectar de manera importante su bienestar general (30).

Diversas investigaciones han demostrado que los familiares de pacientes en UCI presentan niveles altos de ansiedad, depresión, estrés y sobrecarga emocional, lo cual afecta negativamente en su calidad de vida. Este serie de manifestaciones ha sido descrito dentro del marco del síndrome post-cuidados intensivos en familiares (PICS-F), que abarca alteraciones psicológicas persistentes que pueden mantenerse incluso después del alta del paciente (31). En este sentido, la calidad de vida se ve afectada principalmente en los ámbitos psicológica y social, aunque también puede abarcar aspectos físicos y ambientales.

Desde un enfoque multidimensional, la calidad de vida de los familiares de pacientes en estado críticos está afectado por elementos, entre los cuales destacan la gravedad del paciente, en tiempo de la estancia en UCI, la incertidumbre frente al pronóstico, la falta de información o comunicación con el personal de salud, y las limitaciones en la participación en el cuidado del paciente. Asimismo, factores individuales como la edad, el nivel educativo, el apoyo social y los recursos de afrontamiento tienen una influencia significativa de la importante de la calidad de vida (32).

En la relación con la calidad de vida está vinculada con la salud, se ha notado que los familiares pueden experimentar un deterioro en el bienestar físico y mental debido al estrés constante y la carga emocional asociada al cuidado del paciente crítico. Los cuidadores de pacientes sobrevivientes de UCI presentan una disminución significativa en su calidad de vida, especialmente en los primeros meses posteriores al alta hospitalaria (33).

Las intervenciones están orientadas hacia la familia, así como la mejora en la comunicación con el equipo de salud, el apoyo psicológico y la participación de los familiares en la toma de decisiones puede ayudar a reducir el impacto negativo sobre su calidad de vida. Estas estrategias permiten mejorar los mecanismos de afrontamiento y fortalecer la percepción de bienestar en los familiares durante y después de la hospitalización en UCI (34).

d. Factores que influyen en la calidad de vida

Factores sociodemográficos

Los factores sociodemográficos evidencian las condiciones en las que las personas desarrollan su vida. Aspectos demográficos y socioeconómicos (edad, género, educación, estado civil, ocupación y los ingresos económicos) han demostrado una asociación significativa con la calidad de vida relacionada con la salud, los cuales influyen en el acceso a recursos y la percepción

subjetiva del bienestar. Un mayor nivel educativo mejora los ingresos económicos y se relaciona con mejores resultados en calidad de vida, ya que facilitan el acceso a servicios de salud, estilos de vida saludables y una aceptación social más amplia (35). El estado civil como estar casado o convivir con una pareja, se ha asociado con mayores niveles de bienestar, posiblemente debido al apoyo emocional y social que brinda la convivencia (36). La edad es un elemento que influye en la calidad de vida: en algunos contextos el envejecimiento se ha relacionado con el deterioro funcional y la presencia de enfermedades crónicas, aunque también se ha observado que los adultos mayores pueden presentar buenos niveles de calidad de vida debido a procesos de adaptación psicológica y resiliencia (37). El género tiene un rol importante, ya que las mujeres tienden a reportar menores niveles de calidad de vida en algunas áreas (38). La ocupación y la estabilidad en el área laboral también son determinantes importantes, ya que el empleo no solo brinda ingresos económicos, sino también un sentido de propósito, identidad social y estabilidad emocional, elementos importantes para lograr un bienestar integral (39). El lugar de residencia y las condiciones del entorno físico también influyen, las personas que viven en áreas urbanas suelen tener mayor acceso a servicios de salud, educación y oportunidades laborales, lo que puede conllevar a mejores indicadores de bienestar; sin embargo, también pueden estar expuestas a factores negativos como contaminación, estrés y desigualdades sociales (40).

Factores de salud

Los factores de salud representan un componente esencial en la determinación de la calidad de vida, ya que reflejan el estado físico y funcional de las personas, así como su capacidad para llevar a cabo actividades cotidianas. La existencia de enfermedades crónicas, multimorbilidad y limitaciones funcionales se relacionan de manera consistente con una restricción significativa en la calidad de vida, debido al impacto directo sobre el bienestar físico, la autonomía y la integración

social (41). Las personas que sufren varias enfermedades crónicas presentan menores niveles de calidad de vida en comparación con aquellas sin comorbilidades, particularmente en los dominios físico y psicológico (42). La manera subjetiva del estado de salud es un factor determinante, ya que influye en la manera en que las personas evalúan su bienestar general. La visión positiva de la salud se relaciona con mayores niveles de calidad de vida, independientemente de la presencia de enfermedades, la importancia de los factores cognitivos y emocionales en la evaluación del bienestar (37). Asimismo, los comportamientos de salud, como la actividad física, la alimentación saludable y la calidad del sueño, son indispensables en la calidad de vida, por ejemplo, la actividad física reduce el riesgo de enfermedades crónicas y beneficios psicológicos, como la disminución de la ansiedad y la depresión (39).

El acceso de servicios de salud y calidad de atención son aspectos relevantes en la salud, las barreras en el acceso de salud, como limitaciones económicas, geográficas o culturales, pueden afectar negativamente la calidad de vida al dificultar el diagnóstico oportuno y el tratamiento adecuado de enfermedades (35). La calidad de la comunicación entre pacientes y profesionales de salud influye en la satisfacción con la atención y en los resultados de salud, lo cual repercute directamente en la percepción de calidad de vida (36).

Factores emocionales

Los factores emocionales contribuyen de manera directa en la percepción subjetiva del bienestar y en la capacidad de manejar situaciones difíciles. La existencia de trastornos emocionales, como la ansiedad y la depresión, se ha relacionado de manera significativa con una disminución en la calidad de vida, afectando tanto el dominio psicológico como otros aspectos, como la salud física y las relaciones sociales (43). El malestar emocional no solo afecta el bienestar

psicológico, sino que también repercute en otros factores, como el estado de salud o las condiciones socioeconómicas, y la calidad de vida (39).

El bienestar psicológico positivo, se define por la existencia de emociones positivas, propósito de vida y crecimiento personal, se relaciona con mejores niveles de calidad de vida. Las personas con mayor bienestar psicológico presentan mayor resiliencia, mejor adaptación a enfermedades crónicas y mayor satisfacción con la vida (44).

Los mecanismos de afrontamiento y la regulación emocional manejan un papel clave en la calidad de vida. Las estrategias adaptativas, como la reevaluación cognitiva y la búsqueda de apoyo social, se relacionan con mejores resultados en bienestar, mientras que estrategias desadaptativas, como la evitación o la rumiación, se relacionan con mayores niveles de malestar emocional (43). Así, el estrés crónico puede impactar negativamente la calidad de vida al generar respuestas fisiológicas y psicológicas que deterioran la salud general.

Factores sociales

Los factores sociales abarcan las relaciones interpersonales, el apoyo social, la integración comunitaria y las condiciones del entorno social en el que se relacionan las personas. El apoyo social, en particular, ha sido identificado como uno de los determinantes más importantes de la calidad de vida, ya que aporta recursos emocionales, informativos y materiales que facilitan el afrontamiento de situaciones adversas (44). Las personas con redes de apoyo manifiestan mejores niveles de calidad de vida, menor riesgo de trastornos emocionales y la capacidad de adaptación a enfermedades crónicas (38).

La integración social y el sentido de pertenencia a una sociedad tiene un impacto importante en bienestar de la persona. La participación en actividades sociales y comunitarias se relaciona con mayores niveles de satisfacción con la vida y mejora la salud mental, mientras que

el aislamiento social se relaciona con resultados negativos en calidad de vida (40). En este aspecto, el entorno social no solo brinda apoyo, sino que también influye en la incorporación de los comportamientos saludables y en la percepción de seguridad y bienestar.

Las desigualdades sociales, como la pobreza, la exclusión social y la discriminación, pueden perjudicar negativamente la calidad de vida al restringir el acceso a recursos y oportunidades, esto refleja las diferencias significativas en los indicadores de calidad de vida entre distintos grupos poblacionales (35). En especial, la inestabilidad económica y la restricción de acceso a servicios básicos han sido identificadas como factores clave que disminuyen la calidad de vida, especialmente en poblaciones más vulnerables (38).

También, el entorno social incorpora factores como las condiciones de vivienda, la seguridad del entorno y el acceso a servicios comunitarios, los cuales afectan en el bienestar general. El entorno seguro y favorable favorece la salud física y mental, mientras que condiciones adversas pueden generar estrés y afectar negativamente la calidad de vida (40).

e. Dimensiones de la calidad de vida

La calidad de vida es un concepto con múltiples dimensiones y según la OMS se puede organizar de tal forma que permita evaluar de forma integral el bienestar humano. El instrumento WHOQOL-BREF es uno de los que más se han utilizado en esta área, permite evaluar de forma estructura 4 dimensiones, las cuales son: salud física, salud psicológica, relaciones sociales y relaciones ambientales (45).

Dimensión 1: Salud física

Es la dimensión que estudia cómo funciona el cuerpo para tener buenos hábitos y energías suficientes para el trabajo diario. Dentro del cuestionario WHOQOL-BREF esta dimensión incluye algunos aspectos como dolor, fatiga, dependencia de tratamientos médicos, movilidad y descanso,

los cuales influyen en la percepción que tiene el ser humano sobre su salud. La salud física no solo depende de que haya ausencia de enfermedad, sino también del equilibrio que hay entre la actividad física, nutrición y hábitos de vida saludables; los cuales impactan significativamente en la percepción del bienestar. El dolor constante, el cansancio crónico y los trastornos del sueño han sido relacionados de forma negativa para la calidad de vida. Existe una fuerte relación con la mente, el cuerpo y la mente están conectados. La actividad física regular mejora significativamente la salud física, incrementando la energía, reduciendo el estrés y favoreciendo el descanso nocturno. En familiares de pacientes críticos el deterioro físico suele manifestarse por alteraciones del sueño y agotamiento, lo que repercute negativamente en su bienestar general.

Por tanto, la dimensión física debe ser comprendida como un componente dinámico que integra tantas condiciones objetivas de salud como percepciones subjetivas del estado corporal (28).

Dimensión 2: Salud psicológica

Se refiere al estado emocional, cognitivo y afectivo del ser humano, incluyendo aspectos como autoestima, imagen corporal, pensamientos positivos y negativos tales como la presencia de ansiedad o depresión. En el modelo del WHOQOL-BREF, la salud psicológica es importante para comprender cómo las personas interpretan y enfrentan su realidad, influyendo en su percepción de bienestar. La salud mental es un determinante muy importante de la calidad de vida, ya que condiciones como el estrés crónico, la ansiedad y la depresión pueden afectar la funcionalidad diaria y la satisfacción personal. La regulación emocional, la resiliencia y las estrategias de afrontamiento positivas ayudan a mejorar esta dimensión aún en escenarios adversos como en enfermedades graves. La dimensión psicológica mantiene una estrecha relación con la salud física y social, mostrando que las alteraciones emocionales pueden manifestarse en síntomas somáticos

y la disminución de las relaciones interpersonales. En casos de personas que están expuestas a estrés prolongado como en familiares de pacientes en unidades de cuidados intensivos, se ha observado una alta prevalencia de síntomas de depresión y ansiedad, lo cual impacta negativamente en su calidad de vida. La dimensión psicológica no solo evalúa el estado mental, sino también la capacidad del ser humano para adaptarse a situaciones difíciles (27).

Dimensión 3: Relaciones sociales

Las relaciones sociales incluyen la calidad de las relaciones interpersonales, el apoyo social percibido, la vida familiar y la integración en la comunidad. Según el WHOQOL-BREF, esta dimensión evalúa aspectos tales como la satisfacción con las relaciones personales, el apoyo emocional recibido y la actividad social. El apoyo social actúa como un factor protector frente al estrés, la enfermedad y los problemas mentales, ayudando a mejorar la calidad de vida, mientras que las buenas relaciones interpersonales favorecen el desarrollo emocional, la autoestima y la capacidad de afrontamiento ante escenarios adversos. Por otra parte, el aislamiento social y la falta de redes de apoyo se asocian con mayor riesgo de depresión, ansiedad y deterioro de la salud física. En los familiares pacientes UCI, la carga emocional y el estrés pueden afectar negativamente sus relaciones sociales deteriorando su calidad de vida. La dimensión social debe ser comprendida como un componente dinámico que refleja la interacción del ser humano con su entorno social (34).

Dimensión 4: Relaciones ambientales.

La dimensión ambiental incluye las circunstancias externas que afectan el bienestar del sujeto, tales como la seguridad, el acceso a servicios de salud, los recursos económicos, las condiciones de la vivienda, el transporte, el entorno físico. En el WHOQOL-BREF, esta dimensión tiene como objeto de evaluación la manera en que el contexto en el que vive la persona afecta la

percepción de calidad de vida, se considera tanto lo material como lo social. Un entorno favorable, que garantice la seguridad, el acceso al servicio, las condiciones ambientales propicias, se relaciona con niveles superiores de calidad de vida. Del mismo modo, la contaminación, el hacinamiento o el acceso limitado a servicios de salud afectan negativamente al bienestar físico y psicológico. El entorno tiene, además, una influencia indirecta en otras dimensiones, pues las condiciones ambientales desfavorables pueden generar estrés o enfermedades, afectar las relaciones sociales y limitar el desarrollo del individuo. La satisfacción en el entorno físico y el acceso a recursos se relacionan significativamente con los niveles globales de calidad de vida, dando relevancia a los determinantes sociales de la salud. La enfermedad, el hospital o situaciones de crisis como el cuidado de pacientes críticos hacen que las condiciones ambientales tiendan a empeorar aún más la carga emocional y económica que poseen los familiares, de este modo, se valoran las circunstancias ambientales y los recursos que pueden ser una limitación para la satisfacción personal. Consecuentemente, esta dimensión reproduce la relación de causa/efecto entre lo que hace el ser humano y lo que genera el ser humano. (45).

2.2.2. Síndrome post-cuidados intensivos en familiares (PICS-F)

a. Definición conceptual del síndrome post-cuidados intensivos en familiares

El síndrome post-cuidados intensivos en familiares (PICS-F) hace referencia a la aparición o exacerbación de dificultades del tipo emocional, psicológico, físico, cognitivo y/o social en los familiares de pacientes en estado crítico, manifestándose durante la estancia en la UCI, el proceso de traslado y el periodo tras el alta. En este sentido, "familia" se entiende de una manera muy amplia, siendo cualquier persona que entregue un apoyo significativo al paciente, ya sea emocional, económico, social o físico.

Las manifestaciones del PICS-F se pueden severar durante un periodo largo, de meses o años, marcando de forma importante el bienestar y la calidad de vida de quienes se ven afectados (35). Estas manifestaciones comprenden, principalmente, la depresión, la ansiedad, el trastorno de estrés postraumático, los trastornos del sueño, entre otras. La prevalencia del PICS-F es variable, considerando porcentajes entre el 30 % y el 75 %. Asimismo, otros estudios han demostrado que los síntomas depresivos pueden aparecer en un porcentaje del 25 % al 90 % de los cuidadores informales, la ansiedad del 20 % al 80 % y el estrés postraumático del 30 %. Dentro de estas afecciones, la depresión es la de mayor frecuencia, seguida de la ansiedad (46)

b. Fisiopatología

La fisiopatología del síndrome post-cuidados intensivos en la familia (PICS-F) se apoya, en buena medida, en la reacción que tienen los familiares ante el estrés agudo y crónico al que se ven expuestos con la hospitalización del paciente en la Unidad de Cuidados Intensivos (UCI). Esta respuesta se lleva a cabo de manera muy importante a través del eje hipotálamo-hipófiso-adrenal (HHA), que tiene como efecto la liberación de cortisol al sufrir una situación que corre el riesgo de ser amenazante. La variabilidad clínica, la incertidumbre, la carga emocional que muestra o incluso el riesgo de muerte, entre otros, producen una activación prolongada del HHA y, por tanto, una hipercortisolemia prolongada, lo que se traduce en un estado de desequilibrio fisiológico junto a la alteración en la regulación emocional, con un incremento de la ansiedad, y que predispondrá a desarrollar depresión. Los síntomas psicológicos en los familiares pueden aparecer a partir de los primeros días de ingreso en la UCI y persistir incluso años después del alta, lo que sugiere que los síntomas pueden estar cronicizados/rutinizados. Por otro lado, el estrés ya mantenido tiende a traducirse en disfunción inmunológica, alteraciones del sueño y deterioro cognitivo leve, y podría contribuir a la aparición de trastornos adaptativos o de estrés postraumático. Así, el PICS-F puede

ser interpretado como una respuesta inapropiada a un estresor extremo, donde la falta de resolución emocional y la exposición al estresor a largo plazo mantienen la sintomatología. Por lo tanto, la activación sostenida del sistema neuroendocrino es uno de los mecanismos fisiopatológicos que subyacen a la ansiedad y la depresión en los familiares de pacientes críticos (47).

c. Manifestaciones clínicas

Los síntomas psiquiátricos asociados al PICS-F se pueden clasificar en tres grupos: los depresivos, los ansiosos y los vinculados al estrés. Si una persona cumple todos los criterios para un diagnóstico según el DSM-5 recibiría un diagnóstico clínico formal; sin embargo, también los síntomas que no logran alcanzar aquellos criterios o que no han durado el tiempo necesario (los llamados subsindrómicos) pueden tener un gran efecto en las vidas de las personas que lo rodean. Por lo ello, es muy importante el seguimiento para evaluar si los síntomas desaparecen o si por el contrario evolucionan hacia un trastorno establecido (48).

Los síntomas de depresión: incluyen el estado de ánimo bajo, la reducción del interés o de la capacidad de experimentar placer (anhedonia), los cambios en el apetito o en el peso, los cambios en el sueño, la fatiga, los sentimientos de culpa o de inutilidad, las dificultades para concentrarse, la psicomotricidad enlentecida o la agitación y los pensamientos suicidas. Para el diagnóstico de trastorno depresivo mayor se requiere la presencia, durante al menos dos semanas, de ánimo deprimido o anhedonia junto con cuatro o más de los demás síntomas.

Los síntomas de ansiedad: incluyen la preocupación excesiva, la inquietud, el cansancio, la dificultad para concentrarse, el estado de irritabilidad, la tensión muscular y la alteración del sueño. La definición del trastorno de ansiedad generalizada es la de una ansiedad persistente presente la mayor parte de los días durante un periodo mínimo de seis meses, sobre diferentes

acontecimientos, hasta el extremo de que a la persona le resulta difícil el control de la preocupación, y la presencia de tres de los otros seis síntomas.

Los trastornos relacionados con el estrés son: el trastorno de estrés postraumático (TEPT), el trastorno de estrés agudo y el duelo complicado o duelo prolongado. En trastorno de estrés postraumático y el trastorno de estrés agudo, la diferencia principal reside en el tiempo de los síntomas después de un suceso traumatogénico. Estos síntomas se distribuyen en cuatro grupos: intrusión, que se concretan en recordar un determinado acontecimiento, sueños angustiosos; evitación de la exposición a estímulos relacionados con el trauma, alteraciones cognitivas y cambios provocados por el estado de ánimo (pensamientos negativos; culpa, desapego); y activación aumentada, que son la hipervigilancia, la irritabilidad, y los problemas para dormir. Los síntomas que permanecen por menos de un mes se puede considerar estrés agudo; cuando los síntomas son de duración superior a un mes, se considera el diagnóstico TEPT. En relación con el duelo complicado, también aparece el duelo prolongado, se presenta como una dificultad intensa en aceptar la pérdida, vacío como un sentido de que una parte de uno mismo se ha ido, evitación de los recuerdos de la persona muerta, dolor emocional persistente, dificultades para sobrellevar la vida, aletargamiento emocional y la sensación de soledad o falta de sentido en la vida. Se diferencia del a clínica depresiva recalando que lo problemático no es tanto la imagen del afectado, que puede ser correcta, sino en la transición del ser querido a ser un ser muerto.

Los trastornos del sueño son trastornos que pueden presentarse de forma aislada o bien asociarse a otros síntomas del PICS-F. El insomnio se caracterizaría por insatisfacción con la cantidad o calidad del sueño, o por dificultad para iniciar el sueño, o por dificultad para mantenerlo, o bien por despertarse muy temprano, durante más de tres noches a la semana y durante al menos tres meses (49).

d. Factores de riesgo del PICS-F

Según una revisión sistemática, se identifican tres grandes y principales grupos de factores de riesgo que están asociados al PICS-F: los factores de riesgo relacionados con la persona que con el familiar y el personal de salud.

Los factores de riesgo relacionados con el paciente se centran sobre todo en la gravedad de la enfermedad y sus secuelas. Este aspecto se relaciona con la presencia de discapacidad física o cognitiva, y el riesgo de que los familiares desarrollen PICS-F aumenta especialmente cuando el paciente necesita institucionalización o para cuidados prolongados. Este hecho puede explicar que una buena parte de los familiares asuma el rol de cuidadores, lo que incrementa el riesgo del estrés y la carga emocional, contribuyendo al riesgo de presentar síntomas relacionados con depresión o con otro tipo de trastornos mentales. La menor edad del paciente también se asocia a un mayor impacto emocional para la familia, ya que cuesta más afrontar desenlaces adversos en personas jóvenes. De la misma forma, la presencia de una enfermedad previa puede atenuar el shock de una enfermedad crítica no esperada (50).

Por un lado, si bien algunos estudios afirman que la edad de los pacientes ancianos aumenta la carga del cuidador, otros estudios afirman que la juventud del paciente se encuentra con una mayor probabilidad de presentar síntomas de depresión y trastorno de estrés postraumático (48). Por otro lado, la muerte del paciente no es identificada como influir mucho, puesto que la muerte no es un determinante, cuando la muerte del paciente puede anunciar una carga elevada para la familia, sobre todo con aquellos pacientes que sobreviven con graves secuelas que, por ende, pueden producir una carga emocional y un impacto significativo en la vida familiar.

Con respecto a la familia, el sexo femenino es uno de los más consistentemente asociados a un mayor riesgo de síntomas de depresión, de síntomas de ansiedad y de estrés postraumático.

Hay un efecto del vínculo con el paciente, donde los cónyuges parecen estar más expuestos a desarrollar alteraciones en la salud mental de familiares, probablemente dado que son ellos quienes frecuentemente mayormente hacen el papel de cuidador principal. Por último, otra característica mencionada es la de las condiciones socioeconómicas desfavorables asociadas a una mayor vulnerabilidad. Asimismo, está el antecedente de los trastornos mentales previos en familiares influyen para que aumente la probabilidad de desarrollo de PICS-F, dado que la hospitalización en UCI es un evento altamente estresante que puede desencadenar recaídas o empeorar condiciones previas.

Los factores que involucran al personal de salud tienen que ver fundamentalmente con la calidad de la comunicación o con la relación con los familiares. La percepción de poca información, de poca claridad, así como la baja satisfacción con la atención, se asocian al mayor riesgo de PICS-F; muy relevante en situaciones complejas, en los pacientes con mal pronóstico o las decisiones sobre la limitación del soporte vital. La mala comprensión de conceptos como muerte cerebral, la falta de apoyo emocional del equipo de salud pueden hacer incrementar el estrés y la insatisfacción familiar y, a su vez, favorecer el desarrollo de este síndrome (51).

e. Dimensiones del PICS-F

El síndrome post-cuidados intensivos en familiares (PICS-F) engloba un conjunto de alteraciones psicológicas que endurecen a los familiares de personas en estado crítico, sobre todo ansiedad y depresión, como respuesta al estrés que se origina durante la hospitalización en la UCI y que puede desencadenarse durante la estancia y persistir, incluso, meses después del alta o de la muerte del paciente (52).

Dimensión 1: Ansiedad

La ansiedad es una de las más significativas dimensiones psicológicas del síndrome del paciente familiar postcuidados intensivos (PICS-F), siendo la ansiedad una respuesta emocional habitual ante el ingreso de un familiar en una unidad de cuidados intensivos (UCI-VI). Este comportamiento tiene su explicación en el hecho de que el familiar expuesto vive una situación altamente estresante, donde la incertidumbre asociada al pronóstico, la gravedad del paciente y la sobrecarga emocional que implica el papel del cuidador son aspectos que dominan la situación. La ansiedad puede aparecer desde los primeros días del ingreso del paciente en la UCI-VI, con prevalencias que van del 20% al 80% en cuidadores familiares, lo que pone de manifiesto el importante problema de salud mental que representa, en este sentido, la ansiedad no es una respuesta temporal, sino que puede extenderse en el tiempo después del alta hospitalaria ya que puede llegar a alterar la estabilidad emocional del cuidador.

La ansiedad en el PICS-F se expresa a través de síntomas de preocupación intensa, tensión permanente, alteraciones del sueño y dificultades en la concentración, lo que se traduce en una afectación de la calidad de vida del individuo. La ansiedad en los familiares de pacientes críticos es extendida e intensa, y tiene correlato con otros trastornos psicológicos, especialmente la depresión, elevando las probabilidades de desarrollo de cuadros mixtos (53). Por otro lado, la ansiedad se asocia a una afectación general de las dimensiones del bienestar físico, psicológico, social y ambiental que la componen, lo que evidencia el conjunto multidimensional de la ansiedad y su impacto negativo en la vida del cuidador. También se han asociado ciertas características junto con aumentos en los niveles de ansiedad en esta población, entre las cuales destacan las individuales (ser mujer), la relación afectiva (cónyuges e hijos) con el paciente crítico, la falta de apoyo social y la escasa comunicación con el equipo de salud. En la población de familiares se manifiesta que existe niveles de ansiedad que van de leves a moderados en un porcentaje

considerable, lo que pone de relieve la necesidad de crear intervenciones orientadas a la detección de esta problemática y su manejo.

Por tal motivo, por tanto, la ansiedad del PICS-F se debe considerar como una reacción de más complejo origen de la interacción de componentes emocionales, sociales y situacionales, que hace necesaria la práctica de un abordaje integral dentro de los cuidados centrados en la familia en la UCI, con el objetivo de minimizar su incidencia e incrementar los resultados de la salud mental de los cuidadores familiares (47).

Dimensión 2: Depresión

La depresión, trastorno del estado de ánimo que afecta a los cuidadores de los pacientes críticos, puede describirse como una serie de síntomas entre los que se encuentran la tristeza a lo largo del día y la falta de satisfacción o interés por la vida. También la fatiga, la desesperanza o insatisfacción, así como en cambios del apetito o del sueño, síntomas que pueden aparecer como consecuencia del estrés acumulado por el cuidado de los pacientes críticos. La depresión es uno de los trastornos más prevalentes en el contexto del PICS-F (en un porcentaje que puede oscilar entre el 25 y el 90 % de los cuidadores familiares (47)). La depresión puede aparecer temprano en la hospitalización, incluso entre los días 3 y 5 tras el ingreso del paciente, y puede persistir durante meses o años después del alta, tal y como pone de manifiesto su carácter crónico. Se ha descrito que hay una fuerte asociación entre la ansiedad y la depresión en el contexto del PICS-F, observando que la presencia de ansiedad incrementa drásticamente la probabilidad de presentar síntomas de depresión, sugiriendo una relación recíproca entre ambas dimensiones.

La depresión ha sido asociada a una percepción negativa de dicha calidad de vida en todas sus acepciones, no sólo en el ámbito del bienestar psicológico, sino también en el de la funcionalidad social y en la del cuidador para asumir sus actividades cotidianas. Algunos factores

como la elevada carga de cuidado, la falta de apoyo social, la gravedad del paciente y las condiciones del sistema de salud se han mostrado determinantes en el desarrollo de la depresión en familiares de pacientes en UCI. La depresión en el PICS-F ha de ser tratada desde un paradigma biopsicosocial que contemple combinar la detección temprana, el apoyo psicosocial y estrategias de intervención específicamente orientadas a mejorar el bienestar emocional del cuidador, quien se considera un recurso indispensable en el proceso de mejora del paciente y en la dinámica familiar (54).

2.2.3. Relación entre calidad de vida y PICS-F

La búsqueda de la relación existente entre la calidad de vida y el síndrome post-cuidados intensivos en familiares (PICS-F) ha sido ampliamente documentada en la literatura reciente, revelando que la experiencia de tener a un familiar dentro de una UCI constituye un evento sumamente estresante que afecta de forma significativa al bienestar del cuidador. En este caso, el PICS-F se divide, pues tiene como características fundamentales síntomas psicológicos (ansiedad, depresión y trastorno por estrés postraumático) que están directamente relacionados y son persistentes sobre las diferentes dimensiones de la calidad de vida, estas dimensiones incluyen la salud física, el bienestar mental, las relaciones sociales y el entorno. Estos síntomas no solo aparecen durante la situación de hospitalización del paciente, sino que, es posible que persistan incluso a lo largo de meses después del alta, lo que conlleva una carga emocional que provoca un empobrecimiento progresivo de la percepción general del bienestar del cuidador familiar (51,54,55). Los factores que repercuten en la calidad de vida de estos cuidadores familiares son la incertidumbre sobre la evolución del paciente, la carga del rol del cuidador, la falta de apoyo social y la falta de recursos como consecuencia del proceso de salud-enfermedad, lo que enfatiza el carácter multidimensional de la calidad de vida y su relación con el PICS-F (48,52).

Un resultado clave de este estudio ha puesto de manifiesto la importancia de la correlación estadísticamente significativa entre los síntomas de PICS-F y el deterioro de la calidad de vida de los familiares que apoyan a los pacientes críticos. El estudio realizado por Quiñonez-Mora et al. (46) propuso que tanto la ansiedad como la depresión, considerados elementos centrales de esta entidad, se asociaban de forma adversa con las varias dimensiones de la calidad de vida evaluadas usando instrumentos estandarizados, de manera que los cuidadores son conscientes del empeoramiento global de su calidad de vida desde las primeras instancias de la hospitalización del paciente; en este sentido también se ha llegado a la conclusión de que la ansiedad no sólo se consideraría un factor de riesgo autónomo, sino también como un mediador en el discurrir de la depresión, repercutiendo de forma adversa sobre la calidad de vida en una forma similar que se vería reflejada con odds ratio altos significativos y en especial en lo que refiere las interacciones entre la calidad de vida de los cuidadores y la del paciente, las revisiones sistemáticas recientes demuestran que existe una relación recíproca entre el estado del paciente y el estado del cuidador, al demostrar que poblaciones de pacientes con más ansiedad o depresión se relacionan con una mayor carga del cuidador, que a su vez afecta de forma negativa la calidad de vida del mismo (55).

La relación existida entre calidad de vida y PICS-F podría ser explicada usando modelos de estrés y afrontamiento que explican que una exposición prolongada a acontecimientos vitales de alta demanda emocional como puede ser el cuidado de un paciente crítico, rebasa los recursos de afrontamiento de la persona, lo que lleva a un desequilibrio que repercute en deterioro del bienestar en todos sus ámbitos. De esta manera, el PICS-F sería un compuesto de respuestas psicológicas adversas que median el efecto del acontecimiento crítico sobre la calidad de vida del cuidador. Estos efectos tampoco se restringen al ámbito psicológico, sino que se extienden a dimensiones físicas y sociales (fatiga, alteraciones del sueño, aislamiento social, disminución de

la funcionalidad diaria), que contribuyen a la constitución de una percepción global negativa de la calidad de vida (51,54). Además, la carga del cuidador y la falta de recursos de apoyo se establecen como variables importantes para el desarrollo de dicha relación, de forma que incrementan la vulnerabilidad de los familiares a experimentar PICS-F y, a su vez, a padecer una peor calidad de vida (48,56).

La calidad de vida no sólo se ve afectada a corto plazo, sino que puede mantenerse deteriorada de manera prolongada e incluso independientemente de la recuperación o el fallecimiento del paciente. Lo anterior pone de relieve que el efecto que produce el PICS-F tiene un carácter duradero y potencialmente crónico y que por tanto son necesarias intervenciones tempranas en la prevención y el manejo de la sintomatología en los familiares. En efecto, ensayos clínicos recientes han demostrado que las intervenciones centradas en el soporte emocional, la comunicación eficaz con el equipo de salud y el seguimiento tras el alta pueden contribuir, al menos en parte, a la mejora de la calidad de vida en los cuidadores y a la reducción de la severidad de los síntomas del PICS-F (57). Los programas estructurados de seguimiento y apoyo psicosocial pueden ayudar a disminuir la carga emocional del cuidador y también a mejorar su capacidad de afrontamiento y con ello la calidad de vida (48,57).

En conclusión, la evidencia científica disponible en la materia señala que en los familiares de enfermos críticos existe una relación estrecha, significativa y multicausal con la calidad de vida y el PICS-F, afectando en forma negativa y prolongada el PICS-F en cada una de las dimensiones de la calidad de vida, mediado fundamentalmente por los síntomas de ansiedad y depresión, así como por los factores contextuales y sociales del proceso del cuidado (47,52,53,56).

2.2.4. Teoría del modelo de Adaptacion de Roy

La teoría llamada modelo de adaptación concebido por Callista Roy considera a la persona como un sistema adaptativo que ante la llegada de estímulos del entorno aplica los mecanismos de afrontamiento a nivel fisiológico, psicológico y social. En esta idea de la calidad de vida, el concepto se puede entender como el nivel de adaptación que la persona tiene en respuesta a situaciones de estrés o a cambios que pueden tener lugar en el entorno. En el caso de los familiares de pacientes que están hospitalizados en una UCI la vivencia de ser crítico o crítica en la enfermedad de un ser querido/a pasa a ser un estímulo estresante que puede afectar al bienestar físico, psicológico, social y ambiental. Por su parte, la enfermería, a través de las intervenciones de cuidado integral, se convierte en un facilitador de respuestas adaptativas positivas, desde el apoyo emocional, la educación y la comunicación con los familiares, y así será posible comprender la forma que los procesos de adaptación provocan en la percepción de calidad de vida de las personas familiares de pacientes durante la hospitalización en la UCI (11).

2.2.4. Teoría del Déficit de Autocuidado

Según la Teoría de Déficit de Autocuidado de Dorothea Orem, la cual está formada por tres conceptos fundamentales, que son: autocuidado, déficit de autocuidado y estructura del sistema de enfermería. Esta teoría permite reconocer las deficiencias existentes en los requerimientos universales y en los sistemas compensatorios (ya que su finalidad es recuperar la autonomía del paciente y reducir la dependencia a largo plazo), que se utiliza para identificar el déficit de autocuidado en pacientes que presentan secuelas (déficit físico, fatiga cognitiva, ansiedad). Para ello, se sigue una secuencia de pasos (ya que se utiliza la estructura del modelo de enfermería) que permite planificar intervenciones compensatorias de forma que se favorezca la recuperación funcional y el bienestar del paciente.(12)

2.3. Formulación de hipótesis

2.3.1 Hipótesis general

- ✓ **Hi:** Existe relación estadísticamente significativa entre calidad de vida y síndrome post-cuidados intensivos en familiares de pacientes adultos en un Hospital,2026.
- ✓ **Ho:** No existe relación estadísticamente significativa entre calidad de vida y síndrome post-cuidados intensivos en familiares de pacientes adultos en un Hospital,2026.

2.3.2 Hipótesis específicas

- ✓ **Hi₁:** Existe relación estadísticamente significativa entre la dimensión salud física de calidad de vida y el síndrome post-cuidados intensivos en familiares de pacientes adultos en un Hospital,2026.
- ✓ **Hi₂:** Existe relación estadísticamente significativa entre la dimensión salud psicológica de calidad de vida y el síndrome post-cuidados intensivos en familiares de pacientes adultos en un Hospital,2026.
- ✓ **Hi₃:** Existe relación estadísticamente significativa entre la dimensión relaciones sociales de calidad de vida y el síndrome post-cuidados intensivos en familiares de pacientes adultos en un Hospital,2026.
- ✓ **Hi₄:** Existe relación estadísticamente significativa entre la dimensión relaciones ambientales de calidad de vida y el síndrome post-cuidados intensivos en familiares de pacientes adultos en un Hospital,2026.

3. METODOLOGÍA

3.1. Método de la investigación

El estudio se desarrollara según el método hipotético-deductivo, porque va de principios generales a específicas las cuales derivan a conclusiones. La observación es parte del método de investigación, la formulación de hipótesis, la búsqueda de soluciones, la contrastación empírica de los resultados, así como la elaboración de estrategias y programas, y la obtención de conclusiones.(58).

3.2. Enfoque de la investigación

El estudio usará un enfoque cuantitativo, que está enfocado en el uso de la metodología estadísticas y en el razonamiento deductivo basada en la operacionalización de variables, dimensiones e indicadores que se han definido previamente (59).

3.3. Tipo de investigación

El estudio será de tipo aplicado, ya que estará orientado a examinar un problema específico y utilizará los aportes de la investigación básica para abordar su dimensión práctica (60).

3.4. Diseño de la investigación

El diseño de este estudio será no experimental, debido a que no se manipularán las variables ni se intervendrá en el objeto de estudio, será de corte transversal, debido a que los datos se recolectarán una sola vez, tendrá el alcance correlacional, buscará determinar la relación entre dos variables mediante técnicas estadísticas (calidad de vida y el síndrome post-cuidados intensivos en familiares de pacientes adultos de un hospital de Lima) (61).

El análisis estadístico inferencial se empleará el Shapiro-Wilk, el cual permitirá determinar la distribución normal, asimismo, también se usará el coeficiente de correlación de Spearman que mide la relación entre las dos variables,

3.5. Población, muestra y muestreo

Población:

La población estará conformada por 150 familiares de pacientes adultos hospitalizados en la Unidad de Cuidados Intensivos de un hospital de Lima, periodo de tres meses, determinada con el registro del servicio de la UCI,

Muestra:

La muestra esta constituida por 108 mediante fórmula para población finita considerando los siguientes parámetros:

- ✓ Nivel de confianza: 95 % ($Z = 1,96$)
- ✓ Margen de error: 5 % ($e = 0,05$)
- ✓ Proporción esperada: $p = 0,50$
- ✓ Complemento: $q = 0,50$

$$n = \frac{Z^2 \cdot p \cdot q \cdot N}{e^2(N - 1) + Z^2 \cdot p \cdot q}$$

$$n = \frac{114,06}{1,3329}$$

$$n = 108$$

Muestreo

El muestreo serán probabilístico aleatorio, los familiares tendran la misma probabilidad de ser seleccionados en el estudio permitiendo garantizar la muestra.

Criterios de inclusión:

- ✓ Familiares directos de pacientes adultos (padres, hijos, conyuges, hermanos u otro familiar responsable).
- ✓ Familiares mayores de 18 años.
- ✓ Familiares de pacientes que hayan permanecido al menos 48–72 horas.
- ✓ Familiares que consientan participar de manera voluntaria en el estudio y hayan firmado el consentimiento informado.
- ✓ Familiares con capacidad para comprender y responder los instrumentos de evaluación.

Criterios de exclusión:

- ✓ Familiares con diagnóstico previo documentado de trastornos psiquiátricos.
- ✓ Familiares que presenten dificultades cognitivas o de comunicación que impidan responder adecuadamente el cuestionario.
- ✓ Familiares que no hayan tenido contacto o participación en el cuidado o proceso del paciente.
- ✓ Familiares de pacientes hospitalizados en UCI por menos de 48 horas.
- ✓ Familiares que no se encuentren disponibles a lo largo del periodo de recolección de datos.

3.6. Variables y operacionalización

Variable	Definición conceptual	Definición operacional	Dimensiones	Indicadores	Escala de medición	Escala valorativa
V1 Calidad de vida	Según la OMS: percepción que tiene una persona sobre su situación en la vida, considerando el contexto cultural y los valores en los que se desarrolla, en relación con sus objetivos, expectativas, normas e intereses.	La calidad de vida será medida mediante el cuestionario WHOQOL-BREF, el cual evalúa 4 dimensiones: salud física, salud psicológica, relaciones sociales y ambiente.	Salud física	Presencia de dolor; nivel de energía y fatiga; calidad del sueño y descanso; capacidad para realizar actividades de la vida diaria	Likert (1-5)	Los puntajes se transforman a una escala de 0 a 100, donde valores mayores indican mejor calidad de vida. 26-60 BAJA calidad de vida 61-95 REGULAR calidad de vida 96-130 ALTA calidad de vida
			Salud psicológica	Sentimientos positivos y negativos; autoestima; percepción de la imagen corporal; capacidad de concentración; espiritualidad		
			Relaciones Sociales	Calidad de relaciones interpersonales; apoyo social percibido; satisfacción con la vida afectiva		
			Relaciones ambientales	Seguridad física; condiciones del hogar; recursos económicos; acceso a servicios de salud; acceso a información; oportunidades de recreación		
V2 Síndrome post-cuidados intensivos en familiares	Conjunto de trastornos psicológicos que presentan los familiares de pacientes críticos después de la hospitalización en UCI, incluyendo ansiedad, depresión o estrés emocional.	Conjunto de trastornos psicológicos que presentan los familiares de pacientes adultos hospitalizados en la UCI, relacionadas con ansiedad, depresión y estrés percibido, las cuales serán medidas usando la escala Hospital Anxiety and Depression Scale (HADS).	Ansiedad	Tensión o nerviosismo; preocupación excesiva; inquietud o dificultad para relajarse; sensación de miedo o aprensión.	Ordinal	Normal: 0 a 7
			Depresión	Pérdida de interés o placer; tristeza persistente; disminución del disfrute de actividades; sensación de desánimo o lentitud emocional.	Ordinal	Probable: 8 a 10 Caso positivo: 11 o más

3.7. Técnicas e instrumentos de recolección de datos

3.7.1. Técnica

Técnica de la variable 1:

Se aplicará la técnica de encuesta, que implica recopilar datos mediante un cuestionario estructurado dirigido a los familiares de pacientes hospitalizados en la Unidad de Cuidados Intensivos, con la finalidad de conocer su percepción sobre la calidad de vida en sus dimensiones (física, psicológica, social y ambiental) (62).

Técnica de la variable 2:

Se aplicará la técnica de la encuesta, la cual consiste en la aplicación de preguntas estructuradas dirigidas a los familiares de pacientes hospitalizados en la Unidad de Cuidados Intensivos, con la finalidad de recolectar información sobre la presencia de síntomas de ansiedad y depresión asociados al síndrome post-cuidados intensivos (63).

3.7.2. Descripción de instrumentos

Variable 1: Calidad de vida

Se utilizará como instrumento el cuestionario WHOQOL-BREF, desarrollado por la Organización Mundial de la Salud y adaptado por Cutipa y Zamora. Este instrumento es un cuestionario abreviado del WHOQOL-100, conformado por 26 ítems distribuidos en cuatro dimensiones: salud física, salud psicológica, relaciones sociales y relaciones ambientales. Cada ítem se responde mediante una escala Likert de 1 a 5, donde los valores más altos indican mejor calidad de vida percibida por el familiar (63).

Variable 2: Síndrome post-cuidados intensivos en familiares

Para esta variable se utilizará el instrumento Hospital Anxiety and Depression Scale (HADS), elaborado por Zigmond y Snaith. Es un cuestionario de 14 ítems, el cual está dividido en: ansiedad y depresión, con 7 ítems cada una. Los ítems se califican en una escala del 0 al 3, permitiendo identificar niveles de ansiedad y depresión en los familiares de pacientes hospitalizados en UCI. Los puntajes se interpretan en tres niveles: normal (0–7), límite (8–10) y caso clínico (11–21) (64).

3.7.3 Validación

Variable 1: Calidad de vida

La validez del instrumento WHOQOL-BREF fue determinada mediante juicio de expertos, quienes evaluaron la claridad, pertinencia y relevancia de los ítems. Se utilizó el coeficiente V de Aiken, obteniéndose valores superiores a 0.70, lo que demuestra que el instrumento es válido para su aplicación en la presente investigación (63).

Variable 2: Síndrome post-cuidados intensivos en familiares

La validez de la escala HADS ha sido demostrada en diversos estudios internacionales mediante análisis de correlación con otros instrumentos de ansiedad y depresión, obteniéndose valores entre 0.60 y 0.80, lo que evidencia una validez de constructo de moderada a alta (64) (65).

3.7.4 Confiabilidad

Variable 1: Calidad de vida

La confiabilidad del instrumento WHOQOL-BREF fue determinada mediante el coeficiente alfa de Cronbach, obteniéndose valores entre 0.70 y 0.95, lo que indica una adecuada consistencia interna del instrumento (63).

Variable 2: Síndrome post-cuidados intensivos en familiares

La confiabilidad de la escala HADS ha sido evaluada mediante el coeficiente alfa de Cronbach, con valores aproximados de 0.83 para la subescala de ansiedad y 0.82 para la subescala de depresión, lo que evidencia una adecuada consistencia interna y confiabilidad del instrumento (64) (65).

3.8. Plan de procesamiento y análisis de datos

La aprobación del proyecto de investigación por la universidad Norbert Wiener es el inicio para la recopilación de los datos, luego se remitirá una carta de presentación al director de un hospital de Lima, institución en la que se realizará el estudio, el cual remitirá la autorización correspondiente para su ejecución.

La encuesta es la técnica que se empleará para desarrollar el estudio, dirigida a los familiares de los pacientes hospitalizados en la Unidad de Cuidados Intensivos, utilizando cuestionarios estructurados para evaluar la calidad de vida y el síndrome post-cuidados intensivos. Asimismo, se establecerá un cronograma de recolección de datos en coordinación con el área correspondiente del hospital seleccionado.

Al tener la información los datos serán registrados en una matriz en el programa Excel. Se aplicarán ambos instrumentos a los participantes que cumplan con los criterios de inclusión. Asimismo, se usará el programa estadístico SPSS para el procesamiento y presentación de los datos en tablas y gráficos según las dimensiones de las variables de estudio. Por último, se empleará la prueba de correlación de Spearman con el fin de determinar la relación entre variables.

3.9. Aspectos éticos

Principio de Beneficencia: Se garantizará el bienestar de los participantes, procurando que su participación no afecte su integridad personal ni su reputación, garantizando un manejo adecuado de la información.

Principio de No Maleficencia: Se asegurará que los participantes permanezcan libres de cualquier tipo de daño, considerando que la investigación tiene fines estrictamente académicos y no implica riesgos para su salud.

Principio de Justicia: Todos los participantes recibirán un trato de manera equitativa, respetuosa y sin ningún tipo de discriminación o favoritismo durante el desarrollo del estudio.

Confidencialidad y protección de datos: Los datos personales de los familiares serán codificados en cualquiera de las fases del estudio para evitar la difusión, y serán de manera estrictamente académicos.

4.2. Presupuesto

	Rubros	Unidad	Cantidad	Costo (en soles)	
				Unitario	Total
Servicios	Digitación	Hoja	30	8	240
	Internet	Horas	20	3	60
	Encuadernado	Unidad	4	50	200
	Gastos de viaje	Unidad	20	50	1000
	Transporte	Unidad	20	5	100
	Subtotal				1600
Recursos Materiales	Hojas de papel bond	Millar	5	30	150
	Bolígrafos	Unidad	30	2	60
	Carpetas o archivadores	Docena	8	25	200
	Unidad de almacenamiento USB	Unidad	2	30	60
	Subtotal				470
Nº	ÍTEMS				COSTO (en soles)
1	Servicios				1600
2	Recursos materiales				470
TOTAL					2070

5. REFERENCIAS

1. Hartley P, Brown C, Danesh V, Forsyth F, Bond K, Kuhn I, et al. Anxiety, depression and distress in family members of people who have experienced a critical care admission: a systematic review and Bayesian meta-analysis. *J Intensive Care*. 2025;14:3. doi:10.1186/s40560-025-00839-2.
2. Davidson JE, Jones C, Bienvenu OJ. Family response to critical illness: postintensive care syndrome–family. *Crit Care Med*. 2012;40(2):618–624.
3. Organización Mundial de la Salud. WHOQOL: Measuring Quality of Life. Geneva: World Health Organization; 1997.
4. Judith E Davidson, Cameron JI, Herridge MS. One-year outcomes in caregivers of critically ill patients. *N Engl J Med*. 2016;374(19):1831–1841.
5. Elie Azoulay, Pochard F, Kentish-Barnes N, et al. Risk of post-traumatic stress symptoms in family members of ICU patients. *Intensive Care Med*. 2005;31(6):831–837.
6. Organización Panamericana de la Salud. Salud mental en las Américas. Washington, DC: OPS; 2018.
7. Rosa RG, Falavigna M, Robinson CC, et al. Family-centered care in the ICU: impact on family members. *Rev Bras Ter Intensiva*. 2019;31(2):223–230.
8. Gómez T, Herrera P, González M, et al. Estrés en familiares de pacientes críticos. *Rev Med Chile*. 2017;145(5):589–595.
9. Ministerio de Salud del Perú. Plan Nacional de Salud Mental. Lima: MINSA; 2020.
10. Seguro Social de Salud del Perú (EsSalud). Reportes de atención en unidades de cuidados intensivos en Lima. Lima: EsSalud; 2023.

11. Sister Callista Roy. *The Roy Adaptation Model*. 3rd ed. Upper Saddle River (NJ): Pearson; 2009.
12. Dorothea Orem. *Nursing: Concepts of Practice*. 6th ed. St. Louis (MO): Mosby; 2001.
13. Zambrano Benavides KG. *Síndrome de postcuidado crítico familiar en unidades de cuidados intensivos adultos*. Santo Domingo (EC): Pontificia Universidad Católica del Ecuador, Sede Santo Domingo; 2025.
14. Toste López J. *Impacto psicosocial en familiares de pacientes en UCI: cómo la hospitalización en UCI afecta al nivel de estrés que adquieren los familiares en el Hospital Universitario de La Palma*. San Cristóbal de La Laguna (ES): Universidad de La Laguna; 2025
15. Quiñonez-Mora MA, Villada-Gómez JS, León-Giraldo H, Casallas-Vega A. Incidencia del síndrome post cuidado intensivo y su impacto en la calidad de vida del cuidador familiar. *Rev Cuid*. 2025;16(2):e4527. doi:10.15649/cuidarte.4527.
16. Ruiz Rodríguez. *Prevalencia y factores de riesgo del síndrome post-cuidados intensivos en pacientes y familias*. España; 2025.
17. Hirsch Korn. *Síndrome post-cuidados intensivos en familiares y calidad de vida en cuidadores*. Estados Unidos; 2025.
18. Montes Celis MDL, Nacimiento Rojas AK. *Percepción del cuidado de enfermería y el nivel de estrés en familiares de pacientes atendidos en la unidad de cuidados intensivos del Hospital II EsSalud, Pucallpa–2024 [tesis de licenciatura]*. Pucallpa: Universidad Nacional de Ucayali; 2025. Disponible en: Repositorio Institucional de la Universidad Nacional de Ucayali.

19. López De la Cruz PA. *Percepción de necesidades de los familiares de pacientes ingresados en la unidad de cuidados intensivos de un hospital en el distrito El Agustino, Lima–2020*. Lima: Universidad Privada Norbert Wiener; 2021. Disponible en: Repositorio Institucional de la Universidad Privada Norbert Wiene
20. Colmenares Natera MA. Calidad de los cuidados de enfermería y nivel de satisfacción de los familiares de los pacientes en la unidad de cuidados intensivos de un Hospital Nacional en el año 2021 [trabajo académico para el título de segunda especialidad]. Lima: Universidad Privada Norbert Wiener; 2023. Disponible en: Repositorio Institucional de la Universidad Privada Norbert Wiener.
21. Chileno Porras LM. *Nivel de ansiedad en familiares de pacientes hospitalizados en la unidad de cuidados intensivos de un hospital nacional de Lima–2021*. Lima: Universidad Privada Norbert Wiener; 2021. Disponible en: Repositorio Institucional de la Universidad Privada Norbert Wiener
22. Moscoso Raya BS. *Nivel de estrés y estrategias de afrontamiento en familiares de pacientes de la unidad de cuidados intensivos de un hospital de Lima, 2022*. Lima: Universidad Privada Norbert Wiener; 2022.
23. World Health Organization. WHOQOL: Measuring Quality of Life. Geneva: World Health Organization; [citado 2026 Mar 03]. Disponible en: <https://www.who.int/tools/whoqol>
24. Teoli D, Bhardwaj A. Quality Of Life. [subido 2023 Mar 27]. In: StatPearls [Internet]. Treasure Island (FL): StatPearls Publishing; 2026 Jan-. Disponible en: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/books/NBK536962/>

25. Bratu ML, Sandesc D, Anghel T, et al. Evaluating the aspects of quality of life in individuals with substance use disorder: a systematic review based on the WHOQOL questionnaire. *J Multidiscip Healthc.* 2023;16:4265-4278. doi:10.2147/JMDH.S440764
26. Skevington SM, Rowland C, Panagioti M, et al. Enhancing the multi-dimensional assessment of quality of life: introducing the WHOQOL-Combi. *Qual Life Res.* 2021;30(3):891-903. doi:10.1007/s11136-020-02661-9
27. Rondung E, Oliveira S, Esteves F. Validity and reliability of the WHOQOL-BREF in a pregnant population. *Health Qual Life Outcomes.* 2023;21:96. doi:10.1186/s12955-023-02166-2
28. Almarabheh AA, Ben Salah A, Alghamdi M, et al. Validity and reliability of the WHOQOL-BREF in measuring quality of life. *Front Psychol.* 2023;14:1219576. doi:10.3389/fpsyg.2023.1219576
29. Lillekroken, D., Bjørge, H., Halvorsrud, L. *et al.* Assessing quality of life—a scoping review of studies presenting quality of life instruments for informal caregivers of persons with dementia. *BMC Geriatr* 25, 976 (2025). doi:10.1186/s12877-025-06455-x
30. Azoulay E, Kentish-Barnes N. A 5-point strategy for improved connection with relatives of critically ill patients with COVID-19. *Lancet Respir Med.* 2020;8(6):e52. doi:10.1016/S2213-2600(20)30223-X
31. Al-Rabayah AA, Al Froukh RF, Al Najjar B, et al. Quality of life of family caregivers of critically ill patients with cancer before and after intensive care unit admission measured by EQ-5D 3-level: a longitudinal prospective cohort study. *Value Health Reg Issues.* 2022;30:39–47. doi:10.1016/j.vhri.2021.11.003

32. Nimah L, Nursalam N, Wahyudi AS, et al. Quality of life of family caregivers of patients undergoing dialysis: a literature review. *SAGE Open Nurs.* 2024;10:23779608241240124. doi:10.1177/23779608241240124
33. Kentish-Barnes N, Cohen-Solal Z, Morin L, et al. Lived experiences of family members of patients with severe COVID-19 who died in intensive care units in France. *JAMA Netw Open.* 2021;4:e2113355. doi:10.1001/jamanetworkopen.2021.13355.
34. Kim Y, Kim DH. Interventions for family involvement enhance end-of-life care for hospitalized patients: an integrative review. *BMC Nurs.* 2024;23:917. doi:10.1186/s12912-024-02538-z
35. Kangas, T., Milis, S. L., Vanthomme, K., & Vandenheede, H. (2025). The social determinants of health-related quality of life among people with chronic disease: a systematic literature review. *Quality of life research : an international journal of quality of life aspects of treatment, care and rehabilitation*, 34(9), 2501–2511. <https://doi.org/10.1007/s11136-025-03976-1>
36. Eldawy, N., Kaleem, S., Jhumkhawala, V., Okwaraji, G., Jimenez, S., Sohmer, J., Mejia, M., Kitsantas, P., & Sacca, L. (2025). The Role of Sociodemographic Characteristics and Social Determinants of Health in Influencing the Perceived Quality of Patient-Provider Communication. *Nursing reports (Pavia, Italy)*, 15(3), 113. <https://doi.org/10.3390/nursrep15030113>
37. Al-Tabtabai, T., Türkmen, C., & Şahan, N. (2025). The impact of sociodemographic, psychological, and quality of life factors on dual-task performance in elderly individuals: a cross-sectional study in Iraq. *Aging & mental health*, 29(6), 1135–1143. <https://doi.org/10.1080/13607863.2025.2451116>

38. Almutairi, M., Almutairi, A. A., & Alodhialah, A. M. (2025). Impact of Social Determinants on Quality of Life in Socioeconomically Disadvantaged Cancer Survivors: A Mixed-Methods Study. *Cancer management and research*, 17, 1271–1292. <https://doi.org/10.2147/CMAR.S515781>
39. Kaya, E., Firat, M. O., & Akçay, I. H. (2025). The impact of sociodemographic, health status and health behavior factors on depression and quality of life in older adults. *BMC public health*, 25(1), 3112. <https://doi.org/10.1186/s12889-025-24506-1>
40. Pedret-Llaberia, R., Basora-Gallisà, T., Martínez-Torres, S., Rodríguez-Soler, S., Pallejà-Millán, M., Buscemi, A., Rey-Reñones, C., & Martín-Luján, F. M. (2025). Social and Demographic Determinants of Health: A Descriptive Study on the Impact of Place of Residence and Community Belonging. *Healthcare (Basel, Switzerland)*, 13(10), 1125. <https://doi.org/10.3390/healthcare13101125>
41. Ruiz-Baena JM, Moreno-Juste A, Poblador-Plou B, Castillo-Jimena M, Calderón-Larrañaga A, Lozano-Hernández C, et al. Influence of social determinants of health on quality of life in patients with multimorbidity and polypharmacy. *PLoS One*. 2024;19(9):e0297702. doi:10.1371/journal.pone.0297702.
42. Llorens-Ortega R, Bertran-Noguer C, Juvinyà-Canals D, Garre-Olmo J, Bosch-Farré C. Influence of social determinants of health on the quality of life of older adults in Europe: a sex analysis. *Res Sq*. 2023;rs.3.rs-3401316. doi:10.21203/rs.3.rs-3401316/v1.
43. Lopez, J., Perez-Rojo, G., Noriega, C. et al. Quality-of-life in older adults: its association with emotional distress and psychological wellbeing. *BMC Geriatr* 24, 815 (2024). <https://doi.org/10.1186/s12877-024-05401-7>

44. Almutairi M, Almutairi AA, Alodhialah AM. Impact of social determinants on quality of life in socioeconomically disadvantaged cancer survivors: a mixed-methods study. *Cancer Manag Res.* 2025;17:1271-1292. doi:10.2147/CMAR.S515781.
45. Skevington SM, Schick-Makaroff K, Rowland C, et al. Women's environmental quality of life is key to their overall quality of life and health: global evidence from the WHOQOL-100. *PLoS One.* 2024;19(10):e0310445. doi:10.1371/journal.pone.0310445
46. Wen J, Hu Z, Li Z, et al. Post-intensive care syndrome in family: a concept analysis. *Scand J Caring Sci.* 2025;39(4):e70140. doi:10.1111/scs.70140.
47. Quiñonez-Mora MA, Villada-Gómez JS, León-Giraldo H, et al. Incidencia del síndrome post cuidado intensivo y su impacto en la calidad de vida del cuidador familiar. *Rev Cuidarte.* 2025;16(2):e4527. doi:10.15649/cuidarte.4527
48. Smith AC, Ferguson HN, Russell RM, et al. Post-intensive care syndrome family. *Crit Care Clin.* 2025;41(1):73–88. doi:10.1016/j.ccc.2024.08.008.
49. American Psychiatric Association. Diagnostic and statistical manual of mental disorders. 5th ed., text revision. Washington (DC): American Psychiatric Association; 2022.
50. Putowski Z, Rachfalska N, Majewska K, et al. Identification of risk factors for post-intensive care syndrome in family members (PICS-F) among adult patients: a systematic review. *Anaesthesiol Intensive Ther.* 2023;55(3):168–178. doi:10.5114/ait.2023.130831.
51. Fu W, Li J, Fang F, et al. Subjective burdens among informal caregivers of critically ill patients: a cross-sectional study in rural Shandong, China. *BMC Palliat Care.* 2021;20(1):167. doi:10.1186/s12904-021-00858-4.
52. Shirasaki K, Hifumi T, Nakanishi N, et al. Postintensive care syndrome family: a comprehensive review. *Acute Med Surg.* 2024;11(1):e939. doi:10.1002/ams2.939.

53. Lobato CT, Camões J, Carvalho D, et al. Risk factors associated with post-intensive care syndrome in family members (PICS-F): a prospective observational study. *J Intensive Care Soc.* 2023;24(3):247–257. doi:10.1177/17511437221108904.
54. Fang TT, Chen DD, Wang Y, et al. The mediating role of anxiety and depression for family members of ICU patients in perceived social support and fatigue. *Zhonghua Nei Ke Za Zhi.* 2022 Mar 1;61(3):317–320. Chinese. doi:10.3760/cma.j.cn112138-20210914-00640.
55. Gravante F, Trotta F, Latina S, et al. Quality of life in ICU survivors and their relatives with post-intensive care syndrome: A systematic review. *Nurs Crit Care.* 2024;29(4):807-823. doi:10.1111/nicc.13077.
56. Schembari G, Santonocito C, Messina S, et al. Post-Intensive Care Syndrome as a Burden for Patients and Their Caregivers: A Narrative Review. *J Clin Med.* 2024;13(19):5881. doi:10.3390/jcm13195881.
57. Watland S, Solberg Nes L, Ekeberg Ø, et al. Effects of the Caregiver Pathway intervention on symptoms of post-intensive care syndrome among family caregivers to critically ill patients: long-term results from a randomized controlled trial. *Intensive Care Med.* 2025;51:2042-2053. doi:10.1007/s00134-025-08139-x.
58. Cadena P, et al. Métodos cuantitativos, métodos cualitativos o su combinación en la investigación: un acercamiento en las ciencias sociales. *Revista Mexicana de Ciencias Agrícolas*, [Internet] 2018; 8 (7), 1603-1617. Disponible en: <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=263153520009>
59. Hurtado F. Fundamentos Metodológicos de la Investigación: El Génesis del Nuevo Conocimiento. *Revista Cientific.* [Internet] 2020; 5 (16): 99-119, Disponible en: <https://www.redalyc.org/journal/5636/563662985006/html/>

60. Monteagudo J. Métodos, instrumentos y procedimientos para conocer cómo se evalúan las competencias históricas. *Educar Em Revista*. [Internet] 2018; 35(74), 127–144. Disponible en: <https://doi.org/10.1590/0104-4060.64404>
61. Otzen T, Manterola C. Técnicas de muestreo sobre una población a estudio. *Int. J. Morphol.* [Internet]. 2017; 35(1): 227-232. Disponible en: <https://scielo.conicyt.cl/pdf/ijmorphol/v35n1/art37.pdf>
62. Alegre M. Aspectos relevantes en las técnicas e instrumentos de recolección de datos en la investigación cualitativa. Una reflexión conceptual. *Población y Desarrollo*. [Internet]. 2022; 28(54), 93-100. Disponible en: <https://doi.org/10.18004/pdfce/2076-054x/2022.028.54.093>
63. World Health Organization. WHOQOL-BREF: introduction, administration, scoring and generic version of the assessment. Geneva: WHO; 1996.
64. Zigmond AS, Snaith RP. The hospital anxiety and depression scale. *Acta Psychiatr Scand.* 1983;67(6):361–70.
65. 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;52(2):69–77

6. ANEXOS

Anexo 1. Matriz de Consistencia

Formulación del problema	Objetivo	Hipótesis	Variables	Diseño/Metodológico
Problema general: ¿Cuál es la relación entre la calidad de vida y el síndrome post-cuidados intensivos en familiares de pacientes adultos en un Hospital de Lima, 2026?	Objetivo general: Determinar la relación entre calidad de vida y síndrome post-cuidados intensivos en familiares de pacientes adultos en un Hospital.	Hipótesis general: Hi: Existe relación estadísticamente significativa entre la calidad de vida y el síndrome post-cuidados intensivos en familiares de pacientes adultos en un Hospital de Lima, 2026. H0: No existe relación estadísticamente significativa entre la calidad de vida y el síndrome post-cuidados intensivos en familiares de pacientes adultos en un Hospital de Lima, 2026.	V1 Calidad de vida DIMENSIONES: Salud física Salud psicológica Relaciones sociales Relaciones ambientales	Método: Hipotético-deductivo Enfoque: Cuantitativo Tipo: Aplicada Diseño: No experimental Transversal Correlacional Muestra: 108 familiares de pacientes adultos hospitalizados en la UCI.
Problemas específicos ¿Cuál es la relación entre la dimensión salud física de calidad de vida y el síndrome post-cuidados intensivos en familiares de pacientes adultos en un Hospital? Cuál es la relación entre la dimensión salud psicológica de calidad de vida y el síndrome post-cuidados intensivos en familiares de pacientes adultos en un Hospital? ¿Cuál es la relación entre la dimensión relaciones sociales de calidad de vida y el síndrome post-cuidados intensivos en familiares de pacientes adultos en un Hospital?	Objetivos específicos Identificar la relación entre la dimensión salud física de calidad de vida y el síndrome post-cuidados intensivos en familiares de pacientes adultos en un Hospital. Identificar la relación entre la dimensión salud psicológica de calidad de vida y el síndrome post-cuidados intensivos en familiares de pacientes adultos en un Hospital. Identificar la relación entre la dimensión relaciones sociales de calidad de vida y el síndrome post-cuidados intensivos en familiares de pacientes adultos en un Hospital.	Hipótesis específicas Hi1: Existe relación estadísticamente significativa entre la dimensión salud física de calidad de vida y el síndrome post-cuidados intensivos en familiares de pacientes adultos en un Hospital. Hi2: Existe relación estadísticamente significativa entre la dimensión salud psicológica de calidad de vida y el síndrome post-cuidados intensivos en familiares de pacientes adultos en un Hospital. Hi3: Existe relación estadísticamente significativa entre la dimensión relaciones sociales de calidad de vida y el	V2 Síndrome post-cuidados intensivos en familiares DIMENSIONES: Ansiedad Depresión	Técnicas e instrumentos: Encuesta Cuestionario WHOQOL-BREF (Calidad de vida). Cuestionario HADS (Síndrome post-cuidados intensivos en familiares).

¿Cuál es la relación entre la dimensión relaciones ambientales de calidad de vida y el síndrome post-cuidados intensivos en familiares de pacientes adultos en un Hospital?	Identificar la relación entre la dimensión relaciones ambientales de calidad de vida y el síndrome post-cuidados intensivos en familiares de pacientes adultos en un Hospital.	síndrome post-cuidados intensivos en familiares de pacientes adultos en un Hospital. Hi4: Existe relación estadísticamente significativa entre la dimensión relaciones ambientales de calidad de vida y el síndrome post-cuidados intensivos en familiares de pacientes adultos en un Hospital.
---	--	---

Anexo 2. Instrumentos

CUESTIONARIO SOBRE CALIDAD DE VIDA Y SÍNDROME POST-CUIDADOS INTENSIVOS EN FAMILIARES DE PACIENTES HOSPITALIZADOS EN UNIDAD DE CUIDADOS INTENSIVOS

INSTRUCCIONES:

Estimado(a) participante, se le solicita su colaboración respondiendo las siguientes preguntas, las cuales tienen como finalidad recolectar información para el desarrollo de un estudio de investigación. Lea cuidadosamente cada ítem antes de responder y marque la alternativa que mejor represente su situación. No existen respuestas correctas o incorrectas, por lo que se le pide contestar con total sinceridad. Si tiene alguna duda, puede solicitar apoyo al investigador.

I. DATOS GENERALES

1. Edad: ____ años
2. Sexo: _____
3. Parentesco con el paciente: _____
4. Nivel educativo: _____
5. Estado civil: _____

II. CUESTIONARIO WHOQOL-BREF (CALIDAD DE VIDA)

1. ¿Cómo evalúa su calidad de vida en general?
 - A) Muy mala calidad de vida
 - B) Mala calidad de vida
 - C) Regular
 - D) Buena calidad de vida
 - E) Excelente calidad de vida
2. ¿Qué tan satisfecho(a) está con su salud?
 - A) Muy insatisfecho con mi salud

- B) Insatisfecho con mi salud
 - C) Neutral
 - D) Satisfecho con mi salud
 - E) Muy satisfecho con mi salud
3. ¿Tiene suficiente energía para su vida diaria?
- A) Nunca tengo energía suficiente
 - B) Casi nunca tengo energía suficiente
 - C) A veces tengo energía suficiente
 - D) Casi siempre tengo energía suficiente
 - E) Siempre tengo energía suficiente
4. ¿Qué tan capaz es de realizar sus actividades diarias?
- A) No puedo realizarlas
 - B) Me cuesta mucho realizarlas
 - C) Las realizo con dificultad
 - D) Las realizo bien
 - E) Las realizo sin dificultad
5. ¿Cuánto dolor físico interfiere en su vida diaria?
- A) Interfiere completamente
 - B) Interfiere mucho
 - C) Interfiere moderadamente
 - D) Interfiere poco
 - E) No interfiere
6. ¿Cómo evalúa su sueño y descanso?
- A) Muy malo
 - B) Malo
 - C) Regular
 - D) Bueno
 - E) Muy bueno
7. ¿Depende de medicamentos para su vida diaria?
- A) Dependo totalmente
 - B) Dependo mucho

- C) Dependo moderadamente
 - D) Dependo poco
 - E) No dependo
8. ¿Cómo evalúa su capacidad para trabajar o estudiar?
- A) Muy mala capacidad
 - B) Mala capacidad
 - C) Regular
 - D) Buena
 - E) Muy buena
9. ¿Cómo evalúa su estado emocional?
- A) Muy negativo
 - B) Negativo
 - C) Neutral
 - D) Positivo
 - E) Muy positivo
10. ¿Con qué frecuencia tiene sentimientos positivos?
- A) Nunca
 - B) Rara vez
 - C) A veces
 - D) Frecuentemente
 - E) Siempre
11. ¿Qué tan satisfecho(a) está consigo mismo(a)?
- A) Muy insatisfecho
 - B) Insatisfecho
 - C) Neutral
 - D) Satisfecho
 - E) Muy satisfecho
12. ¿Qué tan capaz es de concentrarse?
- A) Nada capaz
 - B) Poco capaz
 - C) Moderadamente capaz

D) Capaz

E) Muy capaz

13. ¿Con qué frecuencia siente ansiedad o tristeza?

A) Siempre

B) Frecuentemente

C) A veces

D) Rara vez

E) Nunca

14. ¿Cómo se siente con su imagen personal?

A) Muy insatisfecho

B) Insatisfecho

C) Neutral

D) Satisfecho

E) Muy satisfecho

15. ¿Qué tan satisfecho(a) está con sus relaciones personales?

A) Muy insatisfecho

B) Insatisfecho

C) Neutral

D) Satisfecho

E) Muy satisfecho

16. ¿Recibe apoyo suficiente de su familia o amigos?

A) Nunca recibo apoyo

B) Recibo poco apoyo

C) Recibo apoyo regular

D) Recibo buen apoyo

E) Recibo mucho apoyo

17. ¿Qué tan satisfecho(a) está con su vida social?

A) Muy insatisfecho

B) Insatisfecho

C) Neutral

- D) Satisfecho
- E) Muy satisfecho

18. ¿Qué tan seguro(a) se siente en su vida diaria?

- A) Nada seguro
- B) Poco seguro
- C) Medianamente seguro
- D) Seguro
- E) Muy seguro

19. ¿Qué tan satisfecho(a) está con su vivienda?

- A) Muy insatisfecho
- B) Insatisfecho
- C) Neutral
- D) Satisfecho
- E) Muy satisfecho

20. ¿Tiene acceso a servicios de salud?

- A) No tengo acceso
- B) Acceso muy limitado
- C) Acceso regular
- D) Buen acceso
- E) Excelente acceso

21. ¿Qué tan satisfecho(a) está con su situación económica?

- A) Muy insatisfecho
- B) Insatisfecho
- C) Neutral
- D) Satisfecho
- E) Muy satisfecho

22. ¿Cómo evalúa su entorno físico (ruido, contaminación)?

- A) Muy malo
- B) Malo
- C) Regular

D) Bueno

E) Muy bueno

23. ¿Tiene acceso a información y oportunidades?

A) No tengo acceso

B) Poco acceso

C) Acceso regular

D) Buen acceso

E) Muy buen acceso

24. ¿Qué tan satisfecho(a) está con su tiempo libre?

A) Muy insatisfecho

B) Insatisfecho

C) Neutral

D) Satisfecho

E) Muy satisfecho

25. ¿Qué tan satisfecho(a) está con su movilidad o capacidad de desplazamiento?

A) Muy insatisfecho

B) Insatisfecho

C) Neutral

D) Satisfecho

E) Muy satisfecho

26. ¿Cómo evalúa su calidad de vida en el último tiempo?

A) Muy mala

B) Mala

C) Regular

D) Buena

E) Muy buena

CUESTIONARIO HADS (SÍNDROME POST-CUIDADOS INTENSIVOS EN FAMILIARES

A continuación, marque la opción que mejor describa cómo se ha sentido durante los últimos días:

Ítems	0 = Nunca	1 = A veces	2 = Frecuentemente	3 = Casi siempre
1. Me he sentido nervioso(a) o tenso(a)				
2. He sentido preocupación sin motivo claro				
3. Me ha costado relajarme				
4. He sentido inquietud interna				
5. He sentido miedo o sensación de alarma				
6. Me he sentido agitado(a) sin razón aparente				
7. He tenido pensamientos de preocupación difíciles de controlar				
8. He perdido interés o placer en mis actividades				
9. Me he sentido triste o decaído(a)				
10. He disfrutado menos de lo que antes me gustaba				
11. He sentido falta de energía o motivación				
12. Veo el futuro con poco optimismo				
13. Siento que nada me entusiasma				
14. Me cuesta sentirme alegre				

Anexo 3. Consentimiento informado

CONSENTIMIENTO INFORMADO EN UN ESTUDIO DE INVESTIGACIÓN

Instituciones : Universidad Privada Norbert Wiener

Investigadora : Estefani Fresia Amante Haro

Título : “Calidad de vida y síndrome post-cuidados intensivos en familiares de pacientes adultos en un Hospital de Lima, 2026”

Propósito del estudio: El presente estudio denominado “Calidad de vida y síndrome post-cuidados intensivos en familiares de pacientes adultos en un Hospital de Lima, 2026”, desarrollado por la investigadora de la Universidad Privada Norbert Wiener, tiene como finalidad determinar la relación entre la calidad de vida y el síndrome post-cuidados intensivos en familiares de pacientes hospitalizados en la Unidad de Cuidados Intensivos.

Procedimientos:

El estudio está dirigido a los familiares de pacientes hospitalizados en la Unidad de Cuidados Intensivos de un Hospital de Lima, a quienes se les solicita:

- Leer detenidamente la información brindada en este documento.
- Responder dos cuestionarios relacionados con las variables del estudio.
- Firmar el presente consentimiento informado en caso de aceptar participar.

El tiempo estimado para la participación será de aproximadamente 20 a 30 minutos. La información recolectada será utilizada únicamente con fines académicos, garantizando la confidencialidad y el anonimato de los participantes.

Riesgos: No existen riesgos asociados a la participación en el presente estudio.

Beneficios: La participación no generará beneficios directos para los participantes; sin embargo, los resultados permitirán ampliar el conocimiento sobre la calidad de vida y el impacto emocional en familiares de pacientes críticos, contribuyendo a futuras mejoras en el cuidado de enfermería.

Costos e incentivos

La participación no tiene ningún costo ni se otorgará incentivo económico.

Confidencialidad:

La información será codificada mediante números y no se utilizarán nombres de los participantes. Los datos serán manejados de forma confidencial y solo serán utilizados con fines de investigación. En caso de publicación, no se revelará información que permita la identificación de los participantes.

Derechos del participante:

El participante puede retirarse del estudio en cualquier momento sin que esto genere alguna consecuencia. Si presenta dudas o inconvenientes, puede comunicarse con la investigadora: Lic. **Lic. Estefani Fresia Amante Haro** al 956495645.

Asimismo, podrá comunicarse con el comité de ética correspondiente de la universidad.

CONSENTIMIENTO

Declaro haber sido informado(a) de manera clara sobre el estudio, comprendo su propósito y procedimientos, y acepto participar voluntariamente. Asimismo, entiendo que puedo retirarme en cualquier momento sin ninguna consecuencia y que recibiré una copia de este consentimiento firmado.

Participante

Nombres:

DNI:

Investigadora

Nombre:

DNI:

Anexo 3. Informe de originalidad

18% Similitud general

El total combinado de todas las coincidencias, incluidas las fuentes superpuestas, para ca...

Filtrado desde el informe

- Bibliografía
- Texto citado
- Texto mencionado
- Coincidencias menores (menos de 10 palabras)

Fuentes principales

- 12%  Fuentes de Internet
- 4%  Publicaciones
- 16%  Trabajos entregados (trabajos del estudiante)

Marcas de integridad

N.º de alertas de integridad para revisión

No se han detectado manipulaciones de texto sospechosas.

Los algoritmos de nuestro sistema analizan un documento en profundidad para buscar inconsistencias que permitirían distinguirlo de una entrega normal. Si advertimos algo extraño, lo marcamos como una alerta para que pueda revisarlo.

Una marca de alerta no es necesariamente un indicador de problemas. Sin embargo, recomendamos que preste atención y la revise.

Fuentes principales

- 12%

 Fuentes de Internet
- 4%

 Publicaciones
- 16%

 Trabajos entregados (trabajos del estudiante)

Fuentes principales

Las fuentes con el mayor número de coincidencias dentro de la entrega. Las fuentes superpuestas no se mostrarán.

1	Internet	
repositorio.uwiener.edu.pe		3%
2	Trabajos entregados	
Universidad Wiener on 2026-05-27		2%
3	Trabajos entregados	
Universidad Wiener on 2025-12-29		<1%
4	Trabajos entregados	
Universidad Wiener on 2026-06-10		<1%
5	Internet	
apirepositorio.unu.edu.pe		<1%
6	Trabajos entregados	
Universidad Wiener on 2026-05-16		<1%
7	Internet	
hdl.handle.net		<1%
8	Trabajos entregados	
Universidad Ricardo Palma on 2025-10-17		<1%
9	Trabajos entregados	
Universidad Wiener on 2025-12-02		<1%
10	Trabajos entregados	
Universidad Católica de Santa María on 2024-12-23		<1%
11	Internet	
digitum.um.es		<1%