

María Elena Olaya-Pincay; Yerling Marina Verdezoto-Pinto; Andrea Lucia Yaguache-Jimbo; Kerly Esmeralda Bonilla-Rodríguez

<https://doi.org/10.35381/s.v.v10i19.4889>

## **Afrontamiento del estrés en familiares de pacientes con estancia prolongada en cuidados intensivos. Revisión sistemática**

### **Coping with stress in relatives of patients with prolonged stay in intensive care. A systematic review**

María Elena Olaya-Pincay

[maria.olayap@ug.edu.ec](mailto:maria.olayap@ug.edu.ec)

Universidad de Guayaquil, Guayaquil, Guayas  
Ecuador

<https://orcid.org/0000-0002-4459-6657>

Yerling Marina Verdezoto-Pinto

[yverdeztotop@unemi.edu.ec](mailto:yverdeztotop@unemi.edu.ec)

Universidad Estatal de Milagro, Departamento de Posgrado, Milagro, Guayas  
Ecuador

<https://orcid.org/0009-0007-7555-5800>

Andrea Lucia Yaguache-Jimbo

[andly-15@hotmail.com](mailto:andly-15@hotmail.com)

Universidad Estatal de Milagro, Departamento de Posgrado, Milagro, Guayas  
Ecuador

<https://orcid.org/0009-0003-7267-9489>

Kerly Esmeralda Bonilla-Rodríguez

[kbonillar2@unemi.edu.ec](mailto:kbonillar2@unemi.edu.ec)

Universidad Estatal de Milagro, Departamento de Posgrado, Milagro, Guayas  
Ecuador

<https://orcid.org/0009-0008-7657-4664>

Recepción: 13 de agosto 2025

Revisado: 16 de noviembre 2025

Aprobación: 18 de diciembre 2025

Publicado: 01 de enero 2026

María Elena Olaya-Pincay; Yerling Marina Verdezoto-Pinto; Andrea Lucia Yaguache-Jimbo; Kerly Esmeralda Bonilla-Rodríguez

## RESUMEN

**Objetivo:** Explorar la evidencia disponible sobre el afrontamiento del estrés en familiares de pacientes con estancia prolongada en UCI, 2020 - 2025. **Método:** Se consideraron investigaciones cuantitativas, cualitativas y mixtas en español, inglés o portugués, centradas en adultos que acompañan a pacientes críticos de edad  $\geq 18$  años. La búsqueda se efectuó en PubMed, CINAHL, Scopus, Web of Science, SciELO y LILACS, se gestionó la información mediante Rayyan, mientras que la calidad y el nivel de cada estudio se calificaron con el esquema Johns Hopkins. **Resultados:** 26 estudios integraron la revisión, tres ejes: intervenciones educativas y de comunicación que atenúan la incertidumbre, soporte psicoemocional grupal o individual que fortalece recursos internos, y prácticas de autocuidado basadas en mindfulness, religión o redes sociales. **Conclusión:** Existe altos niveles de estrés, ansiedad y depresión en los familiares, aunque varía según el instrumento con el que se mide y el contexto.

**Descriptores:** Estrés psicológico; familia; unidades de cuidados intensivos; adaptación psicológica; cuidadores. (Fuente: DeCS).

## ABSTRACT

**Objective:** To examine the existing evidence on coping strategies among relatives of patients with prolonged stays in intensive care units (ICUs) from 2020 to 2025. **Methods:** Quantitative, qualitative, and mixed-method studies in Spanish, English, or Portuguese were considered, focusing on adults accompanying critically ill patients aged  $\geq 18$  years. The search was conducted in PubMed, CINAHL, Scopus, Web of Science, SciELO, and LILACS. Data management was performed using Rayyan, and study quality and evidence level were appraised according to the Johns Hopkins Nursing Evidence-Based Practice model. **Results:** Twenty-six studies met the inclusion criteria, clustering around three main themes: educational and communication interventions that reduce uncertainty; group or individual psychosocial support strengthening internal coping resources; and self-care practices grounded in mindfulness, spirituality, or social networks. **Conclusion:** High levels of stress, anxiety, and depression were observed among family members, with variations depending on the measurement instruments and contextual factors. (Source: DeCS).

**Keywords:** Psychological stress; family; intensive care units; adaptation, psychological; caregivers. (Source: DeCS).

## INTRODUCCIÓN

Dentro de las unidades de cuidados intensivos (UCI), la permanencia ininterrumpida de un paciente durante más de seis meses erige un entramado emocional persistente para la familia, caracterizado por miedo, depresión, fatiga, ansiedad y desgaste psicológico; esta situación trasciende la preocupación clínica y desemboca en un acúmulo de síntomas agrupados bajo el concepto de familia con síndrome de cuidados post-intensivos (PICS-F) <sup>1 2</sup>.

En la práctica asistencial, las enfermeras, al ser el personal de salud que con frecuencia permanece junto a la cama del paciente y está en contacto con sus familias, constituye la base para modular la aflicción mediante estrategias de información, comunicación y acompañamiento emocional <sup>3</sup>; para esto, es necesario que el personal de enfermería valide y module las necesidades de los familiares, facilitándoles la participación en la toma de decisiones. Sin embargo, el despliegue de tales estrategias puede resultar variado cuando las hospitalizaciones son extensas y el desgaste profesional se interpone en la interacción con la familia <sup>4</sup>.

Desde esta perspectiva, incluso durante el ingreso de los pacientes a UCI, siete de cada diez familiares suelen manifestar ansiedad y cerca de la mitad presentan síntomas depresivos por la restricción de visitas a los pacientes y sus cuadros de salud complejos <sup>5</sup>. Para superar estas situaciones adversas, los familiares tienden a elaborar rutinas que les permiten organizar ciertas actividades entre laborales y personales, que, de todas formas, no consiguen direccionar a un estilo de vida saludable para el cuidador <sup>6</sup>.

Bajo esta premisa, los procesos de cronicidad que extienden la presencia de los familiares en las instalaciones hospitalarias dejan una alteración del rol, pasando de observadores angustiados a cuidadores informales con funciones diversas y complejas cuando les corresponde ingresar a la UCI, la sobrecarga emocional se ve intensificada al prolongarse intervenciones como ventilación mecánica o por traslado del paciente a otras instituciones más complejas o a unidades de larga estancia <sup>7</sup>.

En este orden de ideas, se advierte que las decisiones sustitutivas prolongadas ubican a los familiares en un limbo moral que agrava el estrés y evidencia la necesidad de marcos de apoyo basados en evidencia para el personal de enfermería, sobre todo en contextos donde la estancia rebasa los seis meses <sup>8</sup>. Frente a este entramado, el presente artículo busca recolectar evidencia centrada en el afrontamiento del estrés de familias de pacientes con más de seis meses de hospitalización en UCI, orientada a mapear estrategias de afrontamiento, instrumentos de evaluación y responsabilidades enfermeras.

En visto a lo anterior, se formula la siguiente pregunta: ¿Qué evidencia existe sobre el afrontamiento del estrés en familiares de pacientes con más de seis meses en la unidad de cuidados intensivos, durante 2020 y 2025?

En cuanto al sustento teórico, en las UCI contemporáneas, la permanencia de un paciente más allá de seis meses crea una condición en la que se somete a las familias a rutinas continuas exigentes de vigilancia, intentos de comprender los cuadros clínicos y toma de decisiones complejas<sup>9</sup>. La aparición temprana de temor, confusión y agotamiento emocional, son fenómenos que persisten durante toda la estancia y configuran un contexto propicio para manifestaciones psicológicas que requieren acompañamiento enfermero organizado <sup>10</sup>.

A medida que transcurre el tiempo de hospitalización, la sintomatología ansiosa y depresiva suele alcanzar niveles muy altos en los familiares, mientras que el estrés postraumático se mantiene en un porcentaje significativo incluso varios meses después del alta <sup>11</sup>. De este modo se evidencia la continuidad del malestar familiar extendiéndose más allá de la hospitalización, así como una necesidad de estrategias de afrontamiento durante la permanencia en las unidades de cuidado intensivo y durante la transición al domicilio <sup>12</sup>.

Desde esta perspectiva, la Society of Critical Care Medicine (SSCM) tras la pandemia actualizó sus directrices de atención centrada en la familia, con estrategias como acceso

flexible a la información, diálogo iterativo y soporte espiritual, con énfasis en el cuidado enfermero como eje de la experiencia hospitalaria <sup>13</sup>. Estas recomendaciones responden a evidencia que vincula la presencia de los familiares con una menor conflictividad al momento de la toma de decisiones y menor percepción de aislamiento, beneficios que se amplifican en estancias prolongadas, puesto que la incertidumbre se acumula de manera exponencial <sup>14</sup>.

De manera convergente, las intervenciones centradas en pacientes y familias en UCI suelen mejorar la satisfacción, reducir complicaciones y estancia hospitalaria, cuando las iniciativas incluyen participación activa y difusión óptima de la información <sup>15</sup>. No obstante, pocos estudios evidencian colaboración bidireccional entre equipo de salud y familiares, panorama que pone de manifiesto la brecha existente en la implementación de modelos cooperativos durante hospitalizaciones prolongadas, que de por sí es un escenario clínico complejo y frecuente <sup>16</sup>.

Por otra parte, existen factores clínicos imprevisibles como episodios de delirio que intensifican la carga emocional; un análisis observacional multicéntrico halló incremento significativo de síntomas postraumáticos en familias expuestas a delirium respecto de quienes no presenciaron tal cuadro <sup>17</sup>. A ello se suma la prolongación en los procesos de toma de decisiones sobre el soporte vital del paciente, proceso que agota la dimensión cognitiva y espiritual en los familiares.

Además, la literatura reciente sobre medición de familia con síndrome de cuidados post-intensivos (PICS-F) identifica instrumentos con dominios, puntos de corte e intervalos disímiles, que dificultan la comparabilidad <sup>18</sup>. Tal dispersión obstaculiza la construcción de líneas de investigación históricas y limita la validación transcultural, cuando los estudios latinoamericanos permanecen fragmentados y carecen de escalas adaptadas a hospitalizaciones mayores a seis meses.

En coherencia con tal panorama, el Modelo Sistémico de Enfermería Familiar de Wright y Leahey, centrado en la interacción circular entre profesionales y familiares, constituye

el marco teórico para orientar la revisión sobre estrategias de afrontamiento en estancias prolongadas <sup>19</sup>. Dicho referente ha mostrado mejoras en satisfacción y bienestar familiar cuando las enfermeras implementan entrevistas, promoción de salud y alianzas interdisciplinarias participativas <sup>20</sup>. Por lo tanto, el Modelo analizado concibe a la familia como unidad de cuidado, interpreta la interacción profesional con los allegados como proceso circular y prioriza movilización de fortalezas mediante negociación de significados compartidos.

Por este motivo, es necesario exhibir la evidencia disponible sobre las intervenciones que mejoran la capacidad de afrontamiento de los familiares, puesto que los instrumentos actuales difieren en dominios y momentos de aplicación, así como hay desafíos que no abarcan según el contexto, el principal es la habilidad de interacción entre pacientes y familiares que aún no se traducen en protocolos estandarizados <sup>21</sup>.

En perspectiva, la síntesis de la producción científica reciente mediante una scoping review facilitará la argumentación de necesidades de intervención, sistematización de herramientas de evaluación y orientación de programas de apoyo sensible y cultural, aportando evidencia útil para ampliar la experiencia familiar positiva y fortalecer la calidad de la praxis asistencial.

De este modo, se formuló el siguiente objetivo: Explorar la evidencia disponible sobre el afrontamiento del estrés en familiares de pacientes con más de seis meses en la UCI, durante 2020 y 2025.

## **MÉTODO**

Se incluyeron investigaciones que describen las experiencias de madres, padres, cónyuges o cuidadores principales mayores de 18 años, vinculadas a pacientes adultos hospitalizados en UCI durante un lapso  $\geq$  seis meses. Se aceptaron estudios que examinaron manifestaciones de ansiedad, depresión, estrés postraumático o adaptaciones psicológicas denominadas PICS-F. El entorno fue el área de cuidados

María Elena Olaya-Pincay; Yerling Marina Verdezoto-Pinto; Andrea Lucia Yaguache-Jimbo; Kerly Esmeralda Bonilla-Rodríguez

críticos de cualquier nivel de complejidad y región geográfica. Fueron admitidos estudios cuantitativos, cualitativos, mixtos y desarrollos instrumentales entre 2020 y 2025 (5 años) en los idiomas de español, inglés o portugués. Quedaron excluidos artículos duplicados, textos incompletos, cartas al editor y revisiones narrativas.

La investigación precisó la búsqueda en las bases de datos: PubMed, CINAHL, Scopus, Web of Science, SciELO y LILACS. Mientras que para capturar literatura gris se exploraron repositorios institucionales de enfermería latinoamericana. Adicional, la estrategia de búsqueda incluyó el uso de los descriptores en ciencias de la salud, los cuales se organizaron en bloques conceptuales enlazados con operadores booleanos, manteniendo iguales límites idiomáticos y temporales en las bases de datos, de acuerdo con los criterios de inclusión descritos.

La cadena utilizada fue: ("Unidades de Cuidados Intensivos" OR "Cuidados Críticos") AND ("Familia" OR cuidador\* OR pariente\*) AND ("Estrés Psicológico" OR "Adaptación Psicológica") AND ("Cuidados a Largo Plazo" OR "Estancia Prolongada" OR "Enfermedad Crítica Crónica") AND ("Síndrome de Cuidados Post-Intensivos" OR "PICS-F"), realizando adaptaciones según la base de datos.

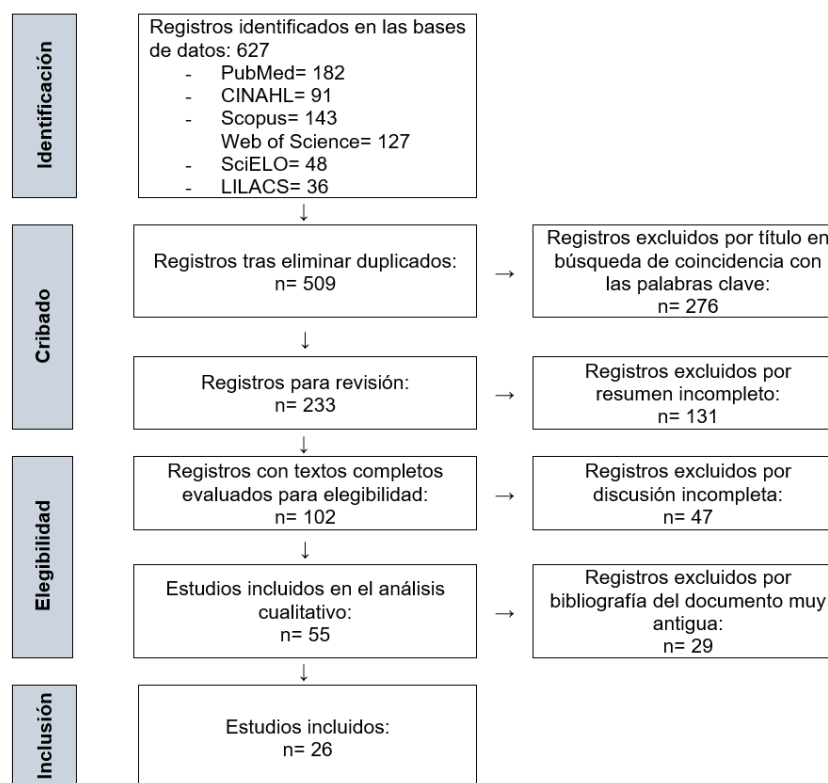
Para la extracción de los datos, se diseñó una matriz en Word con los campos: Autor, fecha y título, Tipo de evidencia, Población, tamaño y entorno, Intervención, Hallazgos que ayudan a responder la Pregunta EBP, Limitaciones, así como Nivel y calidad de la evidencia. Aquí se buscó contrastar las intervenciones enfermeras, temporización, recursos utilizados y resultados familiares inmediatos y a largo plazo.

En la selección de datos, el proceso incluyó a dos investigadoras que examinaron títulos y resúmenes en Rayyan. Los artículos preseleccionados pasaron a lectura de texto completo, donde todo conflicto se resolvió mediante deliberación. El flujo de la selección del material de revisión se evidencia en el diagrama PRISMA (Figura 1).

En la síntesis y análisis de la evidencia, los artículos incluidos se agruparon según orientación metodológica y afinidad temática en tres ejes: factores predisponentes,

María Elena Olaya-Pincay; Yerling Marina Verdezoto-Pinto; Andrea Lucia Yaguache-Jimbo; Kerly Esmeralda Bonilla-Rodríguez

estrategias de acompañamiento y resultados psico-emocionales, basados en el modelo de *Johns Hopkins Nursing Evidence-Based Practice* (JHNEBP): Nivel I: evidencia experimental (ECA); Nivel II: estudios cuasiexperimentales; Nivel III: estudios no experimentales; Nivel IV: evidencia de opiniones de expertos, comités, guías clínicas. La síntesis narrativa buscó identificar vacíos temáticos, variaciones metodológicas y oportunidades para ensayos de intervención multicéntricos. También se realizó la evaluación de la calidad de la evidencia (alta, buena, baja o insuficiente).



**Figura 1.** Diagrama de flujo PRISMA  
**Elaboración:** Los autores.

## RESULTADOS

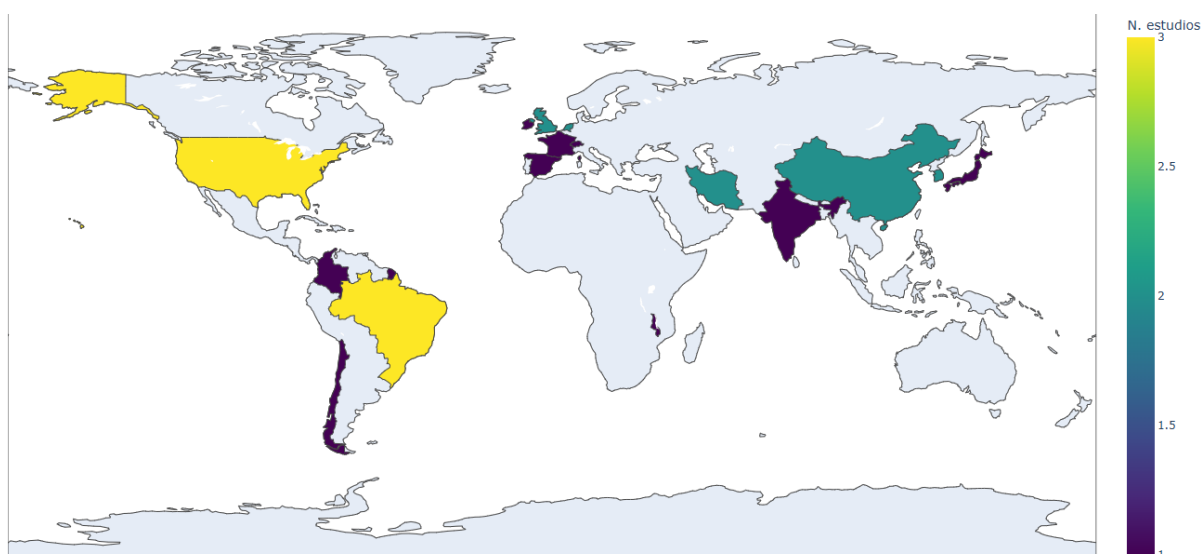
En los artículos integrados al scoping review, se identificaron 3 trabajos de nivel I según la calidad de la evidencia, 8 de nivel II, 11 de nivel III y 4 de nivel IV. La calidad editorial



María Elena Olaya-Pincay; Yerling Marina Verdezoto-Pinto; Andrea Lucia Yaguache-Jimbo; Kerly Esmeralda Bonilla-Rodríguez

de las revistas que albergan los 26 artículos se sustenta en revisión por pares, indexación en las bases consultadas y políticas de acceso abierto, con presencia de títulos referidos a enfermería y cuidados intensivos como *BMC Nursing*, *Journal of Intensive Care* y *Acute Medicine & Surgery*<sup>1 2 11</sup>.

Las métricas bibliométricas muestran variación entre áreas y cuartiles, de modo que la visibilidad e impacto dependen del ámbito temático y del público al que se dirigen, sin que esto impida valorar la consistencia del proceso editorial reflejado en directrices de reporte y transparencia. En la Figura 2 se evidencia la producción de artículos se concentra en el eje América-Europa, con Brasil y Estados Unidos a la cabeza, en tanto que Asia oriental aporta cuatro investigaciones (China, Corea, Japón), mientras que África y Latinoamérica quedan representadas por Malawi, Chile y Colombia. Tal distribución confirma la preponderancia de contextos hospitalarios de ingresos medios-altos, al tiempo que sugiere la conveniencia de fomentar estudios en regiones con menor densidad investigativa.



**Figura 2.** Distribución geográfica de los 26 estudios incluidos en la revisión (2020 – 2025)  
**Elaboración:** Los autores.

María Elena Olaya-Pincay; Yerling Marina Verdezoto-Pinto; Andrea Lucia Yaguache-Jimbo; Kerly Esmeralda Bonilla-Rodríguez

Por otra parte, los ensayos clínicos aleatorizados (ECA) y varias cohortes de mayor tamaño se ubican en América del Norte y Europa, en tanto Asia y Sudamérica aportan sobre todo diseños observacionales y cualitativos, con África representada por investigación cualitativa focalizada, de modo que la gradación metodológica y el nivel de la evidencia favorecen a regiones con infraestructura investigadora más establecida <sup>22 23 24 25 26</sup>.

En cuanto al diseño, se identificaron 2 ensayos clínicos aleatorizados (ECA) y 1 ensayo clúster en preparación, 8 cohortes prospectivas o longitudinales, 6 estudios transversales y 1 caso-control, además de síntesis secundarias y trabajos cualitativos. Por su parte, los ECA examinan intervenciones de apoyo a representantes y subanálisis ligados a trayectorias de cuidadores, mientras que las cohortes siguen síntomas y calidad de vida en ventanas de 3 a 18 meses <sup>11 22 23 27</sup>. Los estudios cualitativos describen necesidades informativas, recursos espirituales y experiencias familiares con muestras pequeñas y contexto único<sup>1 28</sup>.

Respecto de las mediciones, predominan instrumentos para ansiedad, depresión y trastorno de estrés postraumático (TEPT) junto con calidad de vida relacionada con la salud (CVRS), además, varios trabajos reportan satisfacción familiar mediante Family Satisfaction in the Intensive Care Unit de 34 ítems (FS-ICU-34) y escalas de apoyo social <sup>29 30</sup>. De igual modo, una revisión metodológica documentó el empleo variado de *Impact of Event Scale-Revised*, *Hospital Anxiety and Depression Scale* y *Post-traumatic Stress Disorder Checklist*, hecho que dificulta comparar magnitudes de efecto entre contextos y momentos de medición <sup>18</sup>. En consecuencia, la variedad de periodos de tiempo y dominios limitan la síntesis cuantitativa estricta cuando se focaliza en estancias muy prolongadas.

### **Síntesis narrativa**

En términos de señales de efecto, el ECA multicéntrico en representantes no modificó ansiedad-depresión a seis meses aunque mejoró la claridad decisional inmediata,

mientras que el subanálisis de un ECA relacionó mayor sobrecarga del cuidador con deterioro físico del paciente a tres y doce meses, además, las cohortes reiteran prevalencias altas de TEPT y estrés durante y después de la hospitalización<sup>23 22 31 11</sup>. En seguida, los artículos cuantitativos indican reducciones pequeñas en depresión y estancia cuando se aplican paquetes de atención centrados en pacientes y familias, con variabilidad de calidad primaria <sup>32 33</sup>.

Entre las limitaciones recurrentes se observaron muestras reducidas, diseños transversales con autoselección, pérdidas en seguimiento y ausencia de variables socioeconómicas, además, se añaden imprecisiones al trasladar resultados a hospitalizaciones superiores a seis meses cuando los estudios no segmentan por duración real de la estancia <sup>1 11 24 27</sup>. En suma, la diversidad de escalas y ventanas de evaluación obliga a interpretar tendencias más que estimaciones puntuales y motiva a sugerir una estandarización para futuras investigaciones.

### **Trayectoria emocional de los familiares**

Este tema agrupa estudios que abordan las dificultades emocionales de pacientes con más de seis meses ingresados en UCI muestra picos de ansiedad durante el ingreso y síntomas que pueden mantenerse hasta los 18 meses, además, la persistencia del TEPT se asocia a redes de apoyo frágiles y a la incertidumbre prolongada sobre el pronóstico<sup>11 31</sup>. En conjunto, las cohortes describen patrones con subgrupos resilientes y subgrupos con síntomas progresivos, situación que aconseja seguimiento escalonado a uno, tres, seis y doce meses para dirigir intervenciones tempranas y tardías <sup>24 34</sup>.

Además, las intervenciones de información estructurada y comunicación continua disminuyen ansiedad y depresión en familiares cuando se integran a los cuidados diarios, además, la participación en decisiones reduce conflictos y mejora la percepción de colaboración con el equipo <sup>8 35</sup>. La participación en actividades básicas de cuidado y la validación sistemática de necesidades se vinculan con menor tensión percibida y mejor adaptación, con apoyo de síntesis integradoras recientes <sup>36</sup>.

María Elena Olaya-Pincay; Yerling Marina Verdezoto-Pinto; Andrea Lucia Yaguache-Jimbo; Kerly Esmeralda Bonilla-Rodríguez

### **Políticas de visitas flexibles**

Este tema aborda el uso de videollamadas en períodos de restricción se relacionan con menor angustia y mejor orientación temporal para los allegados, además, los metaanálisis señalan posibles beneficios sobre delirio en pacientes y sobre ansiedad familiar cuando se organizan circuitos de presencia y comunicación supervisada por enfermería <sup>5 32</sup>. De igual modo, revisiones centradas en programas de atención a pacientes y familias describen mejoras en satisfacción y cohesión cuando se aplican paquetes con educación, preparación para la toma de decisiones y canales tecnológicos estables <sup>15 26</sup>.

### **Soporte social y espiritual**

Por lo tanto, estos temas actúan como amortiguadores del estrés y se asocia con mejor CVRS en cuidadores con síntomas depresivos, además, los estudios cualitativos documentan estrategias de afrontamiento que incluyen oración, redes comunitarias y búsqueda activa de información comprensible <sup>1 28 30</sup>. Por su parte, las guías recientes promueven acceso flexible a la información, acompañamiento espiritual y presencia de la familia como elementos organizadores del cuidado en UCI, con énfasis en el rol de enfermería para mantener la continuidad <sup>13</sup>.

### **Factor de riesgos**

Este tema destaca la exposición al delirio, en las estancias muy largas y las trayectorias de cronicidad, se observan asociaciones entre estos escenarios y mayor probabilidad de síntomas postraumáticos y cansancio emocional en los allegados <sup>6 16 17</sup>. En paralelo, condiciones de sistema como limitaciones de recursos y largas estancias se vinculan con resultados institucionales menos favorables y menor disponibilidad de apoyos, hecho que refuerza la necesidad de intervenciones organizativas e individuales <sup>14</sup>.

### **Intervenciones de apoyo y comunicación**

Por lo tanto, el conjunto de las intervenciones de apoyo en la comunicación debe ser constantes, aunque los ECA muestran efectos pequeños o nulos sobre síntomas a

María Elena Olaya-Pincay; Yerling Marina Verdezoto-Pinto; Andrea Lucía Yaguache-Jimbo; Kerly Esmeralda Bonilla-Rodríguez

mediano plazo, además, se documentan mejoras inmediatas en claridad decisional y satisfacción con la información, hecho que avala mantener programas multicomponente con medición sistemática <sup>22 23</sup>. En consecuencia, se recomienda estandarizar instrumentos para TEPT, ansiedad, depresión y CVRS y armonizar ventanas de medición, mientras avanza la evaluación clúster de FICUS que aportará datos de efectividad en vida real para la práctica enfermera <sup>18 20 37</sup>.

## **DISCUSIÓN**

La revisión constató que la trayectoria emocional de los allegados se caracteriza por ansiedad, tristeza y síntomas traumáticos que persisten hasta dieciocho meses después del alta <sup>23 24</sup>. Estas reacciones se agrupan bajo el síndrome postintensivo familiar, con prevalencias de veinte a cuarenta por ciento y factores de riesgo asociados a baja escolaridad, toma de decisiones complejas y comunicación deficiente <sup>2</sup>. Esta persistencia obliga a considerar a los familiares como afectados indirectos, más allá del momento crítico.

También, se evidenció que la claridad de la información y la participación activa de las familias en decisiones se vinculan con mayor satisfacción y menor tensión <sup>23 35</sup>; sin embargo, en muchas unidades persisten vacíos en la interacción. Un estudio multicéntrico indicó que la satisfacción general con la atención alcanza 58,6 %, pero es menor respecto al entorno de la UCI y a la participación en decisiones <sup>29</sup>. Programas de comunicación estructurada y visitas flexibles se asociaron con reducción de angustia y confusión familiar.

La tercera síntesis reveló que el apoyo social, la espiritualidad y las redes comunitarias influyen en la adaptación de las familias frente al estrés <sup>1 11</sup>. Estudios cualitativos y cuantitativos muestran que la oración, la cercanía del equipo de enfermería y el acompañamiento de redes mitigan la ansiedad y favorecen la esperanza. Este análisis guarda concordancia con la teoría transaccional de Lazarus y Folkman, que propone que

María Elena Olaya-Pincay; Yerling Marina Verdezoto-Pinto; Andrea Lucia Yaguache-Jimbo; Kerly Esmeralda Bonilla-Rodríguez

la valoración primaria, la valoración secundaria y las estrategias de afrontamiento median entre los estresores y las consecuencias del estrés.

Como implicación para la práctica, se sugiere incorporar el tamizaje sistemático de síntomas de angustia en familiares desde el ingreso, reforzar la educación estructurada y garantizar canales de comunicación permanentes con reuniones programadas <sup>23</sup>. La participación en el cuidado básico, la apertura a prácticas religiosas y el uso de diarios de la UCI pueden mejorar la recuperación emocional <sup>36</sup>. Se recomienda capacitar al personal en habilidades comunicativas, trabajar con apoyo social y psicología e impulsar investigaciones multicéntricas y longitudinales para evaluar estas intervenciones.

Las limitaciones metodológicas identificadas incluyen tamaños muestrales reducidos, predominio de estudios transversales y variedad de instrumentos de medición, hecho que dificulta comparaciones <sup>27</sup>. Además, muchas investigaciones no distinguen estancias de menos de seis meses, limitando la pertinencia para el público objetivo. Se observa poca representación de regiones con menos recursos y falta de seguimiento a largo plazo. Futuras indagaciones deberían armonizar escalas para ansiedad, depresión, estrés traumático y calidad de vida, ampliar la diversidad cultural y aplicar diseños experimentales o cohortes que examinen el impacto de intervenciones en el largo plazo.

## **CONCLUSIONES**

La revisión mapea la evidencia reciente sobre afrontamiento del estrés en familiares de pacientes con estancias prolongadas en unidad de cuidados intensivos, con atención a trayectorias de síntomas y a los apoyos informacionales. Además, se identifican patrones de persistencia de ansiedad y reacciones postraumáticas más allá del alta, mientras la comunicación continua y comprensible se vincula con mejor adaptación durante el curso de la enfermedad. En consecuencia, se confirma la utilidad de intervenciones estructuradas centradas en la familia y se reconoce una laguna concreta de

investigaciones que segmenten resultados en estancias superiores a seis meses con reportes comparables entre instituciones.

De igual forma, las intervenciones más prometedoras combinan información paso a paso, participación en decisiones y vías de presencia flexible, con acompañamiento del personal de enfermería y recursos tecnológicos para contacto regular. Los programas multicomponentes con educación emocional, preparación para la toma de decisiones y navegación de apoyo social muestran coherencia cuando se aplican con protocolos claros y capacitación del equipo. De igual modo, la integración de prácticas de cuidado básico junto a la familia favorece relaciones colaborativas y reduce tensiones en el día a día, con mejor paso hacia el domicilio cuando se planifica desde etapas tempranas.

Respecto a la calidad metodológica, es variada y limitada por uso dispar de instrumentos de medición y ventanas temporales poco homogéneas entre estudios, situación que complica realizar síntesis estrictas orientadas a estancias muy largas. Por consiguiente, se recomienda armonizar un conjunto mínimo de resultados con mediciones de trastorno de estrés postraumático, ansiedad, depresión y calidad de vida relacionada con la salud en puntos de seguimiento definidos. En ese sentido, hacen falta cohortes multicéntricas y ensayos pragmáticos que contemplen duración real de la estancia y roles familiares, con reporte estandarizado de adherencia, procesos y desenlaces de seguridad.

Para la práctica enfermera, la evidencia apoya implementar cribado temprano del estrés del cuidador, canales de información y rutas de apoyo social y espiritual integradas a la rutina clínica, con referencias hacia recursos comunitarios. La planificación de reuniones con lenguaje llano y herramientas de soporte de decisiones ayuda a mantener la claridad y a disminuir los conflictos, mientras la coordinación con trabajo social amplía la respuesta institucional. A futuro, conviene priorizar estudios longitudinales que midan impacto de paquetes de intervención en estancias superiores a seis meses y que incorporen diversidad regional, de modo que las recomendaciones se mantengan aplicables en distintos hospitales.

## **CONFLICTO DE INTERÉS**

Los autores declaran que no tienen conflicto de interés en la publicación de este artículo.

## **FINANCIAMIENTO**

Autofinanciado.

## **AGRADECIMIENTO**

A todos los agentes sociales involucrados en el proceso investigativo.

## **REFERENCIAS CONSULTADAS**

1. Asadi N, Salmani F. The experiences of the families of patients admitted to the intensive care unit. BMC Nurs. 2024;23(430):430. <https://doi.org/10.1186/s12912-024-02103-8>
2. Shirasaki K, Hifumi T, Nakanishi N, Nosaka N, Miyamoto K, Komachi MH, et al. Postintensive care syndrome family: A comprehensive review. Acute Med Surg. 2024;11(1):939. <https://doi.org/10.1002/ams2.939>
3. Gunnlaugsdóttir T, Jónasdóttir RJ, Björnsdóttir K, Klink ME. How can family members of patients in the intensive care unit be supported? A systematic review of qualitative reviews, meta-synthesis, and novel recommendations for nursing care. Int J Nurs Stud Adv. 2024;24(7). <https://doi.org/10.1016/j.ijnsa.2024.100251>
4. Teutsch D, Frick E, Kubitz J. What motivates critical care nurses to stay in their job? – Structural aspects for empowering intrinsic motivation in permissive professional contexts: A scoping review. Intensive and Critical Care Nursing. 2025;88(1). <https://doi.org/10.1016/j.iccn.2024.103929>
5. Iglesias J, Martín J, Alcañiz M, Ezquiaga E, Vega G. The Psychological Impact on Relatives of Critically Ill Patients: The Influence of Visiting Hours. Critical Care Explorations. 2022;4(2):0625. <https://doi.org/10.1097/CCE.0000000000000625>



María Elena Olaya-Pincay; Yerling Marina Verdezoto-Pinto; Andrea Lucia Yaguache-Jimbo; Kerly Esmeralda Bonilla-Rodríguez

6. Kotfis K, Maj P, Szylińska A, Pankowiak M, Reszka E, Ely EW, et al. The spectrum of psychological disorders in family members of patients suffering from delirium associated with critical illness: a prospective, observational study. *Scientific Reports*. 2024;14(4562). <https://doi.org/10.1038/s41598-024-53968-3>
7. Howard AF, Crowe S, Choroszewski L, Kovatch J, Kelly M, Haljan G. When chronic critical illness is a family affair: A multi-perspective qualitative study of family involvement in long-term care. *Chronic Illn*. 2022;19(4):804-816. <https://doi.org/10.1177/17423953221141134>
8. Sui W, Gong X, Qiao X, Zhang L, Cheng J, Dong J, et al. Family members' perceptions of surrogate decision-making in the intensive care unit: A systematic review. *Int J Nurs Stud*. 2023;137(104391). <https://doi.org/10.1016/j.ijnurstu.2022.104391>
9. Wang L, Chen Y, Yu H, Wu L, You A, Zheng X, et al. The experiences of newly qualified nurses in intensive care unit: a qualitative meta-synthesis. *Front Med (Lausana)*. 2024;11(14). <https://doi.org/10.3389/fmed.2024.1458845>
10. Pereira Frota O, Gouveia de Sene A, Ferreira Júnior MA, Ciccone Giacon Arruda BC, Ferraz Teston É, Alcalá Pompeo D, et al. Coping strategies of family members of intensive care unit patients. *Intensive Crit Care Nurs*. 2021;63. <https://doi.org/10.1016/j.iccn.2020.102980>
11. Nosaka N, Noguchi A, Takeuchi T, Wakabayashi K. Long-term prevalence of PTSD symptom in family members of severe COVID-19 patients: a serial follow-up study extending to 18 months after ICU discharge. *Journal of Intensive Care*. 2024;12(1). <https://doi.org/10.1186/s40560-024-00765-9>
12. Fernández MB, Herrera MS. El efecto del cuidado informal en la salud de los cuidadores familiares de personas mayores dependientes en Chile. *Revista médica de Chile*. 2020;148(1). <https://doi.org/10.4067/S0034-98872020000100030>
13. Hwang DY, Oczkowski SJW, Lewis K, Birriel B, Downar J, Farrier CE, et al. Society of Critical Care Medicine Guidelines on Family-Centered Care for Adult ICUs: 2024. *Critical Care Medicine*. 2025;53(2):46-482. <https://doi.org/10.1097/CCM.0000000000006549>
14. Getachew Bekele T, Melaku B, Beza Demisse L, Fekede Abza L, Seid Assen A. Outcomes and factors associated with prolonged stays among patients admitted to adult intensive care unit in a resource-limited setting: a multicenter chart review. *Scientific Reports*. 2024;14(13960). <https://doi.org/10.1038/s41598-024-64911-x>

María Elena Olaya-Pincay; Yerling Marina Verdezoto-Pinto; Andrea Lucia Yaguache-Jimbo; Kerly Esmeralda Bonilla-Rodríguez

15. Joo Y, Jang Y, Kwon OY. Contents and effectiveness of patient- and family-centred care interventions in adult intensive care units: A systematic review. *Nursing in Critical Care*. 2024;29(6):1290-1302. <https://doi.org/10.1111/nicc.13105>
16. Wozniak H, Beckmann TS, Dos Santos Rocha A, Pugin J, Heidegger CP, Cereghetti S. Long-stay ICU patients with frailty: mortality and recovery outcomes at 6 months. *Annals of Intensive Care*. 2024;31(14). <https://doi.org/10.1186/s13613-024-01261-x>
17. Putowski Z, Rachfalska N, Majewska K, Megger K, Krzych Ł. Identification of risk factors for post-intensive care syndrome in family members (PICS-F) among adult patients: a systematic review. *Anaesthesiology Intensive Therapy*. 2023;55(3):168-178. <https://doi.org/10.5114/ait.2023.130831>
18. Hayes K, Harding S, Blackwood B, Latour JM. How and when post intensive care syndrome-family is measured: A scoping review. *Intensive Crit Care Nurs*. 2024;84. <https://doi.org/10.1016/j.iccn.2024.103768>
19. Moreira Baia R, Takase Gonçalves LH, Vieira de Oliveira M, Wright LM, Leahey M. Nurses and families: a guide to assessment and intervention. 5th ed. São Paulo (SP): Roca; 2012. *Rev Rene*. 2014;15(5):904-905. <https://n9.cl/vjowrn>
20. Naef R, Filipovic M, Jeitziner M, von Felten S, Safford J, Riguzzi M, et al. A multicomponent family support intervention in intensive care units: study protocol for a multicenter cluster-randomized trial (FICUS Trial). *Trials*. 2022;23(533). <https://doi.org/10.1186/s13063-022-06454-y>
21. Zhang Z, Yang L, Cao H. The interactivity and independence of Recovery challenges and coping strategies for ICU survivors and their caregivers: a systematic review and Meta-synthesis. *BMC Nursing*. 2024;23(895). <https://doi.org/10.1186/s12912-024-02542-3>
22. Ahn S, LaNoue M, Su H, Moale AC, Scheunemann LP, Kiehl AL, et al. Post-Intensive Care Syndrome and Caregiver Burden: A Post Hoc Analysis of a Randomized Clinical Trial. *Randomized Controlled Trial*. 2025;8(4). <https://doi.org/10.1001/jamanetworkopen.2025.3443>
23. Butler RA, Seaman JB, Felman K, Stonehouse W, San Pedro R, Morse JQ, et al. Randomized Clinical Trial of the Four Supports Intervention for Surrogate Decision-Makers in Intensive Care Units. *Am J Respir Crit Care Med*. 2025;211(3). <https://doi.org/10.1164/rccm.202405-0931OC>

Maria Elena Olaya-Pincay; Yerling Marina Verdezoto-Pinto; Andrea Lucia Yaguache-Jimbo; Kerly Esmeralda Bonilla-Rodríguez

24. Wendlandt B, Pongracz L, Lin FC, Toles M, Gaynes BN, Hanson LC, et al. Posttraumatic Stress Symptom Trajectories in Family Caregivers of Patients With Acute Cardiorespiratory Failure. *JAMA Netw Open*. 2023;6(4). <https://doi.org/10.1001/jamanetworkopen.2023.7448>
25. Padilla Fortunatti C, Munro CL, Gattamorta K. Psychological distress, social support, and family satisfaction among family members of non-COVID-19 critical care patients: A cross-sectional study. *J Nurs Scholarsh*. 2023;55(1). <https://doi.org/10.1111/jnu.12812>
26. Rose L, Cook A, Onwumere J, Terblanche E, Pattison N, Metaxa V, et al. Psychological distress and morbidity of family members experiencing virtual visiting in intensive care during COVID-19: an observational cohort study. *Intensive Care Med*. 2022;48(9). <https://doi.org/10.1007/s00134-022-06824-9>
27. Wiertz CMH, Hemmen B, Sep SJS, Verbunt JA. Caregiver burden and impact on COVID-19 patient participation and quality of life one year after ICU discharge - A prospective cohort study. *Patient Educ Couns*. 2024;123(108221). <https://doi.org/10.1016/j.pec.2024.108221>
28. Metaxa V, Nacul FE, Conway Morris A. Understanding and addressing a 'difficult' family in ICU. *Review*. 2025;29(22). <https://doi.org/10.1186/s13054-024-05244-z>
29. Liyew MT, Tarekegn Mersha A, Muluadam Admassie B, Risky Arefayne N. "Family Satisfaction with Care Provided in Intensive Care Unit; a Multi-Center, Cross-Sectional Study". *Patient Related Outcome Measures*. 2024;15(1). <https://doi.org/10.2147/PROM.S453246>
30. Vasher ST, Lin FC, Carson SS, Wendlandt B. Social Support Mediates the 6-Month Mental Health-related Quality of Life of Intensive Care Unit Caregivers with Depressive Symptoms. *Ann Am Thorac Soc*. 2024;21(5):Mayo. <https://doi.org/10.1513/AnnalsATS.202311-931RL>
31. Amass T, Van Scoy LJ, Hua M, Ambler M, Armstrong P, Baldwin MR, et al. Stress-Related Disorders of Family Members of Patients Admitted to the Intensive Care Unit With COVID-19. *JAMA Intern Med*. 2022;182(6). <https://doi.org/10.1001/jamainternmed.2022.1118>

María Elena Olaya-Pincay; Yerling Marina Verdezoto-Pinto; Andrea Lucia Yaguache-Jimbo; Kerly Esmeralda Bonilla-Rodríguez

32. Lin L, Peng Y, Zhang H, Huang X, Chen L, Lin Y. Family-centred care interventions to reduce the delirium prevalence in critically ill patients: A systematic review and meta-analysis. *Nurs Open*. 2022;9(4). <https://doi.org/10.1002/nop2.1214>
33. Lv Y, Li P, Li R, Zhang T, Cai K. The impact of patient- and family-centered care interventions on intensive care unit outcomes: a meta-analysis of randomized controlled trials. *Braz J Anesthesiol*. 2025;75(1). <https://doi.org/10.1016/j.bjane.2024.844577>
34. Miyamoto Y, Ohbe H, Goto T, Yasunaga H. Association between intensive care unit admission of a patient and mental disorders in the spouse: a retrospective matched-pair cohort study. *Journal of Intensive Care*. 2021;9(69). <https://doi.org/10.1186/s40560-021-00583-3>
35. Renet A, Pochard F, Azoulay E, Kentish Barnes N. Family support and communication during ICU care: who else if not the intensive care team? Author's reply. *Intensive Care Med*. 2024;50(12). <https://doi.org/10.1007/s00134-024-07673-4>
36. Dijkstra BM, Felten Barentsz KM, van der Valk MJM, Pelgrim T, van der Hoeven HG, Schoonhoven L, et al. Family participation in essential care activities: Needs, perceptions, preferences, and capacities of intensive care unit patients, relatives, and healthcare providers-An integrative review. *Aust Crit Care*. 2023;36(3). <https://doi.org/10.1016/j.aucc.2022.02.003>
37. von Felten S, Filipovic M, Jeitziner M, Verweij L, Riguzzi M, Naef R. Multicomponent family support intervention in intensive care units: statistical analysis plan for the cluster-randomized controlled FICUS trial. *BMC*. 2024;25(568). <https://doi.org/10.1186/s13063-024-08351-y>