

Malestar Psicológico y Estrés Postraumático en Pacientes Críticos y Familiares

Psychological Distress and Post-Traumatic Stress in Critically Ill Patients and Relatives

Judit Iglesias-Franco¹, Juan Martín-Torres², Raquel Salmerón-Mayoral³ y Gema Vega-González⁴

Resumen

Las experiencias vividas en las unidades de cuidados intensivos (UCI) pueden provocar un impacto psicológico sobre los usuarios. Por ello, se realizó un estudio prospectivo de cohortes en pacientes y familiares de una UCI que evaluó malestar psicológico (MP) durante el ingreso hospitalario (desglosado en ansiedad y depresión) y estrés postraumático (TEPT) tras el alta hospitalaria, mediante: *Hospital Anxiety and Depression Scale, State-Trait Anxiety Inventory, Beck Depression Inventory e Impact of event scale revisited*. Los pacientes sufrieron mayor MP durante el ingreso, pero los familiares mayor TEPT tras el alta. Los factores de riesgo detectados (toma previa de psicofármacos, afrontamiento de evitación y no centrado en las emociones, no tener estudios universitarios, dependencia al alta de la UCI, toma de decisiones de adecuación del esfuerzo terapéutico y mortalidad intrahospitalaria) facilitan la identificación de poblaciones susceptibles permitiendo diseñar intervenciones para disminuir la probabilidad de psicopatología tras la estancia en la UCI.

Palabras clave: malestar psicológico, ansiedad; depresión, Trastorno de Estrés PosTraumático, estrategias de afrontamiento

Abstract

Experiences in intensive care units (ICU) can have a psychological impact on patients and their relatives. Therefore, a prospective cohort study was designed to assess this psychological impact in patients and relatives of an ICU through psychological distress (PD) during hospital admission (broken down into anxiety and depression) and post-traumatic stress disorder (PTSD) after hospital discharge by: *Hospital Anxiety and Depression Scale, State-Trait Anxiety Inventory, Beck Depression Inventory and Impact of event scale revisited*. Patients suffered greater PD during admission, but relatives suffered greater PTSD after discharge. The risk factors identified (previous psychotropic drugs, avoidant and non-emotion-focused coping, no university education, functional impairment at ICU discharge, decisions to withhold or withdraw treatment and in-hospital mortality) facilitate the early identification of susceptible populations so interventions could be designed to reduce the likelihood of developing psychopathology after an ICU stay.

Keywords: psychological distress, anxiety, depression, Post-Traumatic Stress Disorder, coping strategies

¹Doctora en Medicina. Médico especialista en Medicina Intensiva. Unidad de Cuidados Intensivos del Hospital Universitario La Princesa. Calle de Diego de León 62, 28006 Madrid, España. Tel.:6450840570. Correo: judit.iglesias@salud.madrid.org (*Autora de correspondencia)

²Médico especialista en Medicina Interna. Unidad de VIH del Hospital Universitario 12 de Octubre. Avenida de Córdoba s/n, 28041 Madrid, España. Tel.:666388674. Correo: jmtorres@salud.madrid.org

³Psicóloga sanitaria habilitada. Centro privado de psicología. San Sebastián, España. Oreka Psicología y Bienestar. Plaza Karlos Santamaría 2, 20018 Donostia-San Sebastián, España. Tel.:676747617. Correo:rsalmeronpsicologia@gmail.com

⁴Doctora en Medicina. Médico especialista en Medicina Intensiva. Subdirección de Humanización de la Asistencia Sanitaria de la Consejería de Sanidad, Calle Aduana, 29, 28013, Madrid, España. Tel.:686778924. Correo: gema.vega@salud.madrid.org

Revista Iberoamericana de Diagnóstico y Evaluación – e Avaliação Psicológica. RIDEP · N°74 · Vol.4 · 165-181 · 2024

ISSN: 1135-3848 print /2183-6051online

This work is licensed under CC BY-NC 4.0. To view a copy of this license, visit <http://creativecommons.org/licenses/by-nc/4.0/>

Introducción

El ingreso en una Unidad de Cuidados Intensivos (UCI) ocurre de manera inesperada e implica un elevado riesgo de muerte inminente si no se brinda una atención inmediata, lo que supone una vivencia traumática en sí misma (Abrahamian y Lebherz-Eichinger, 2018; Kayambankadzanja et al., 2022). En los últimos años se ha puesto en evidencia el impacto que las experiencias vividas en la UCI provocan sobre la morbilidad psicoemocional tanto de los pacientes como de sus familiares (Turner-Cobb, Smith, Ramchandani, Begen, & Padkin, 2016). Los familiares no son meros visitantes en el entorno hospitalario, sino que experimentan el proceso de hospitalización que origina una situación de crisis y desestabilización del núcleo familiar.

El impacto psicológico que la estancia en la UCI provoca, sucede durante la propia hospitalización, pero se puede prolongar en el tiempo después del alta hospitalaria. Por un lado, supone una experiencia real de amenaza de muerte por lo que cumple todos los criterios para ser considerado un factor estresante que puede ocasionar un síndrome de estrés posttraumático (TEPT). Por otro lado, para poder comprender completamente la vivencia de la UCI, es fundamental valorar los 6 meses posteriores al alta ya que, es entonces, cuando se ha producido gran parte de la recuperación y se pueden medir resultados objetivos (Kreitzer et al., 2019). La persistencia de síntomas físicos, cognitivos y emocionales en el tiempo se conoce como síndrome post-cuidados intensivos (PICS) y, también, puede afectar tanto al paciente como a sus familiares (Abrahamian y Lebherz-Eichinger, 2018).

En el año 2001 la academia nacional de medicina de los Estados Unidos (*Institute of Medicine*) defendió el concepto de la atención centrada en el paciente y la familia como contraposición a la medicina centrada en la enfermedad, pero, en la actualidad, el principal desafío para la medicina psicosomática en la UCI sigue siendo identificar y evaluar las necesidades psicológicas específicas de pacientes y familiares (Abrahamian y Lebherz-Eichinger, 2018; *Medicine*, 2001). No existe una definición estándar ni una herramienta validada en la literatura para la

detección de trastornos psicológicos en pacientes y/o familiares adultos relacionada con la estancia en la UCI. Además, las entrevistas de diagnóstico clínico son logísticamente laboriosas en la actividad asistencial habitual hospitalaria (más aún en pacientes críticos) y los cuestionarios de autoinforme (el medio de evaluación de síntomas más estandarizado) son útiles como herramientas de detección, pero no son suficientes para un diagnóstico clínico. El malestar psicológico (MP) asociado con el ingreso en la UCI (un sufrimiento relacionado con la pérdida de significado, propósito y conexión con uno mismo que crea una disonancia en el sistema de valores enfrentando creencias centrales o esquemas cognitivos sobre la enfermedad, la vida, la muerte y la espiritualidad) podría ser incluido dentro del subtipo mixto de trastornos adaptativos por lo que, en muchos estudios, se define como la presencia de ansiedad y depresión (Asociación Americana de Psiquiatría, 2013; Fumis et al., 2015b; Roze des Ordonns et al., 2019). Además, la situación de desequilibrio que se genera en el núcleo familiar de un paciente crítico asocia un riesgo de comportamientos de mala adaptación (Merbitz, Dammeyer, Westie, Butt, & Schneider, 2016) y conocer el estilo de afrontamiento ante el estrés en grupos específicos que experimentan condiciones similares puede ser una herramienta para desarrollar intervenciones que amortigüen la experiencia (González Martínez, 2008; Rückholdt et al., 2019).

Para ello, diseñamos un estudio con la hipótesis de que sería posible detectar precozmente a aquellas “*personas con mayor probabilidad de sufrir*” el impacto psicológico que genera el ingreso en la UCI para que intensivistas y profesionales de la salud mental puedan trabajar en equipo, con el fin de implementar herramientas dirigidas a mitigar la psicopatología secundaria. El objetivo fue identificar el impacto psicológico generado por el ingreso en la UCI en pacientes y familiares, los factores predisponentes y la influencia de las estrategias de afrontamiento empleadas.

Método

Se realizó un estudio de cohortes con medidas repetidas. La muestra comprendió a los pacientes y familiares que convivieron en una UCI polivalente

de adultos de un hospital de tercer nivel de complejidad, en Madrid (España). Se incluyeron a quienes cumplieron los criterios de inclusión (edad entre 18 y 85 años con una estancia en la UCI mayor de 3 días y un máximo de 3 familiares por paciente), no presentaron criterios de exclusión (incapacidad para la toma de decisiones y/o para la realización de los cuestionarios, o que ya se hubiera adecuado el tratamiento aplicando algún tipo de limitación del esfuerzo terapéutico) y aceptaron participar mediante la firma del consentimiento informado. El periodo de inclusión fue de un año. El reclutamiento fue concurrente y prospectivo por casos incidentes.

Se recogieron variables independientes de cada individuo y variables de seguimiento de la estancia en la UCI, como la necesidad de un tratamiento agresivo, el deterioro funcional sufrido o la participación en la toma de decisiones al final de la vida. La situación funcional se midió por el *Barthel Index* (BI) que evalúa la capacidad de una persona para realizar diez actividades básicas de la vida diaria con lo que se obtiene una estimación cuantitativa de su grado de independencia según la puntuación obtenida: 0-20: dependencia total, 21-60: dependencia severa, 61-90: dependencia moderada, 91-99: dependencia escasa y 100: independencia (Mahoney y Barthel, 1965). El principal factor de exposición estudiado fue el tipo de afrontamiento mediante el cuestionario *Brief coping orientations to problems experienced* (COPE 28) en su versión abreviada (Carver, 1997).

Las variables del impacto psicológico fueron: ansiedad, depresión y MP durante el ingreso hospitalario, y TEPT tras el alta hospitalaria. En el grupo de pacientes se utilizó la versión española del cuestionario *Hospital Anxiety and Depression Scale* (HADS) para el cribado de ansiedad (subescala HADS-A ≥ 8 puntos) y depresión (subescala HADS-D ≥ 8 puntos) cuya interpretación se propone en función de la puntuación: 8-10: caso dudoso y ≥ 11 : caso probable. Se empleó la escala total HADS-T para la evaluación del MP (≥ 13 puntos). El cuestionario HADS proporciona una buena correlación del MP con diferentes aspectos de la enfermedad física y de calidad de vida, tiene buena consistencia interna y fiabilidad test-retest así como buena sensibilidad para detectar cambios durante el curso de la enfermedad (Zigmond y Snaith, 1983). En el grupo de familiares se empleó

la versión Y del *State-Trait Anxiety Inventory* (STAI) para la ansiedad (estado de ansiedad \geq percentil 75) ya que evalúa casi de forma exclusiva el componente cognitivo de la ansiedad (eliminando lo relacionado con síntomas fisiológicos). Es un instrumento fiable a la hora de graduar el nivel de ansiedad según las puntuaciones obtenidas: P75 (puntuaciones entre el percentil 75 y 85), P85 (puntuaciones entre el percentil 85 y 99) y P99 (puntuaciones dentro de un percentil 99 o superior) (Spielberger, Gorsuch, Lushene, Vagg, & Jacobs, 1983). Se empleó la versión española de *Beck Depression Inventory* (BDI-II) para la depresión en el grupo de familiares (depresión ≥ 14 puntos) graduándola en función de la puntuación total: 14-19: depresión leve, 20-28: depresión moderada y ≥ 29 : depresión grave. Sus puntuaciones muestran una alta discriminación entre personas con un trastorno depresivo mayor y sin depresión, presentan una alta fiabilidad, estimada mediante diseños de consistencia interna y la validez convergente con otras medidas de depresión es adecuada (Beck, Steer, & Brown, 1996). En familiares, se consideró MP cuando se cumplieron ambas condiciones (ansiedad y depresión). El TEPT se evaluó mediante *Impact of event scale revisited* (IES-r), tanto en su totalidad (TEPT ≥ 25 puntos) como en sus 3 subescalas: intrusión, hiperexcitación o evitación (media de resultado ≥ 1.5 puntos) ya que sus puntuaciones presentan una alta fiabilidad re-test, y la validez convergente con otras medidas de TEPT es adecuada (Weiss y Marmar, 1996).

Se establecieron 4 momentos de evaluación: 2 para las medidas durante el ingreso hospitalario (en los primeros días al ingresar en la UCI y tras el traslado a planta de hospitalización) y 2 para las medidas tras el alta hospitalaria (3 y 6 meses después). Los participantes auto-cumplimentaron un formulario ofrecido en papel y online.

Se realizó un análisis descriptivo de las variables iniciales y de seguimiento, y de los datos perdidos utilizando los porcentajes o las medidas de centralización y dispersión. El análisis comparativo fue bivariante y multivariante. Las variables dependientes del análisis bivariante fueron ansiedad, depresión, MP y TEPT. Aunque el afrontamiento es una variable independiente, también se realizó un análisis bivariante como variable dependiente para observar su relación con

el resto de los factores de confusión. Para el análisis de dos variables cuantitativas se utilizó el coeficiente de correlación de Pearson, para el análisis de dos variables cualitativas, se realizó la prueba Chi-cuadrado de Pearson o la prueba exacta de Fisher en los casos que, al menos, el 25% de las casillas tuvieran un recuento menor de 5. Se emplearon pruebas no paramétricas para el análisis de una variable cuantitativa y otra cualitativa, principalmente las pruebas U de Mann-Whitney y Kruskal-Wallis para muestras independientes, según se tratara de una variable cualitativa con 2 o más categorías, respectivamente. El análisis multivariante se realizó sobre el grupo de familiares (no se realizó sobre el grupo de pacientes por tamaño muestral insuficiente) mediante el método paso a paso hacia atrás y parsimonioso para la regresión logística. Se creó una nueva variable cualitativa dicotómica separando a aquellos con una gran dependencia ($BI \leq 60$ puntos) de aquellos con una dependencia moderada ($BI > 60$ puntos). También se crearon nuevas variables cualitativas dicotómicas para cada una de las estrategias de afrontamiento según el punto de corte establecido para cada variable dependiente (ansiedad, depresión, malestar psíquico y síndrome postraumático) mediante el área bajo la curva ROC. La significación estadística se estableció para los valores de probabilidad inferiores al 5% y la fuerza de la asociación se estimó mediante el riesgo relativo (RR), el coeficiente de correlación o la diferencia de medias o medianas. La estimación poblacional se realizó a través del intervalo de confianza del 95% (IC95%).

El proyecto fue aprobado por el Comité de Ética de la Investigación del hospital (Registro 3420).

Resultados

Se incluyeron 72 pacientes y 144 familiares, con una media de 1.7 familiares por cada paciente (DE: .8), aunque el grado de participación disminuyó a medida que avanzó el estudio (Figura 1).

El impacto psicológico durante el ingreso hospitalario y tras el alta hospitalaria

El análisis descriptivo de las principales características de la muestra se expone en la Tabla

1 y el de las variables dependientes del cribado del impacto psicológico en las Tablas 2 y 3. La ansiedad y depresión se relacionaron entre sí tanto al ingreso en la UCI (pacientes: $RR=2.8$ IC95%: 1.1-8.7; $p=.01$; familiares: $RR=5.7$ IC95%: 1.9-17; $p<.0001$) como al alta de la UCI (pacientes: $RR=6.2$ IC95%: 1.1-43; $p=.04$; familiares: $RR=1.7$ IC95%: 2.7-43; $p<.0001$).

El impacto psicológico durante el ingreso hospitalario se relacionó con el TEPT meses después del alta hospitalaria. En el grupo de familiares, tanto la ansiedad (STAI: $RR=5.4$ IC95%: 1.9-16; $p<.0001$) como la depresión (BDI-II: $RR=2.7$ IC95%: 1.4-5; $p=.03$) se relacionaron con el TEPT a los 6 meses. De hecho, las puntuaciones en STAI ($p<.0001$, $r=+.8$) y BDI-II ($p<.0001$, $r=+.7$) al alta de la UCI se correlacionaron de forma lineal positiva con las obtenidas en IES-r a los 6 meses. En el grupo de pacientes, únicamente se pudo demostrar una correlación lineal positiva de la puntuación de la prueba de ansiedad con la esfera de hiperexcitación a los 6 meses del alta hospitalaria (HADs-A: $r=+.8$; $p=.03$). A los 3 meses del alta hospitalaria, las puntuaciones del IES-r entre los pacientes y sus familiares mostraron una correlación lineal positiva casi exacta ($p<.001$, $r=+.95$).

El afrontamiento del ingreso en la UCI

Se empleó mayoritariamente un estilo de afrontamiento activo (Tabla 4). Según las estrategias de afrontamiento utilizadas, los familiares con mayor riesgo de sufrir una mala adaptación fueron las mujeres mayores de 50 años sin estudios universitarios y sin experiencia como cuidadoras de una persona enferma (Tabla 5). En el grupo de familiares, una puntuación baja en la estrategia focalizada en las emociones (COPE 28<11 puntos) tuvo una relación estadística independiente con la ansiedad durante el ingreso hospitalario ($RR=6.1$ IC95%: 1.3-52; $p=.01$) y una puntuación elevada en la estrategia de evitación (COPE 28>6 puntos) una relación estadística independiente con el TEPT 3 meses después del alta hospitalaria ($RR=5.3$ IC95%: 1.1-20; $p=.04$). En el grupo de pacientes, el mecanismo del humor (estrategia focalizada en las emociones) se relacionó con menor depresión durante el ingreso hospitalario (caso de depresión: mediana del mecanismo de afrontamiento humor=1 punto,

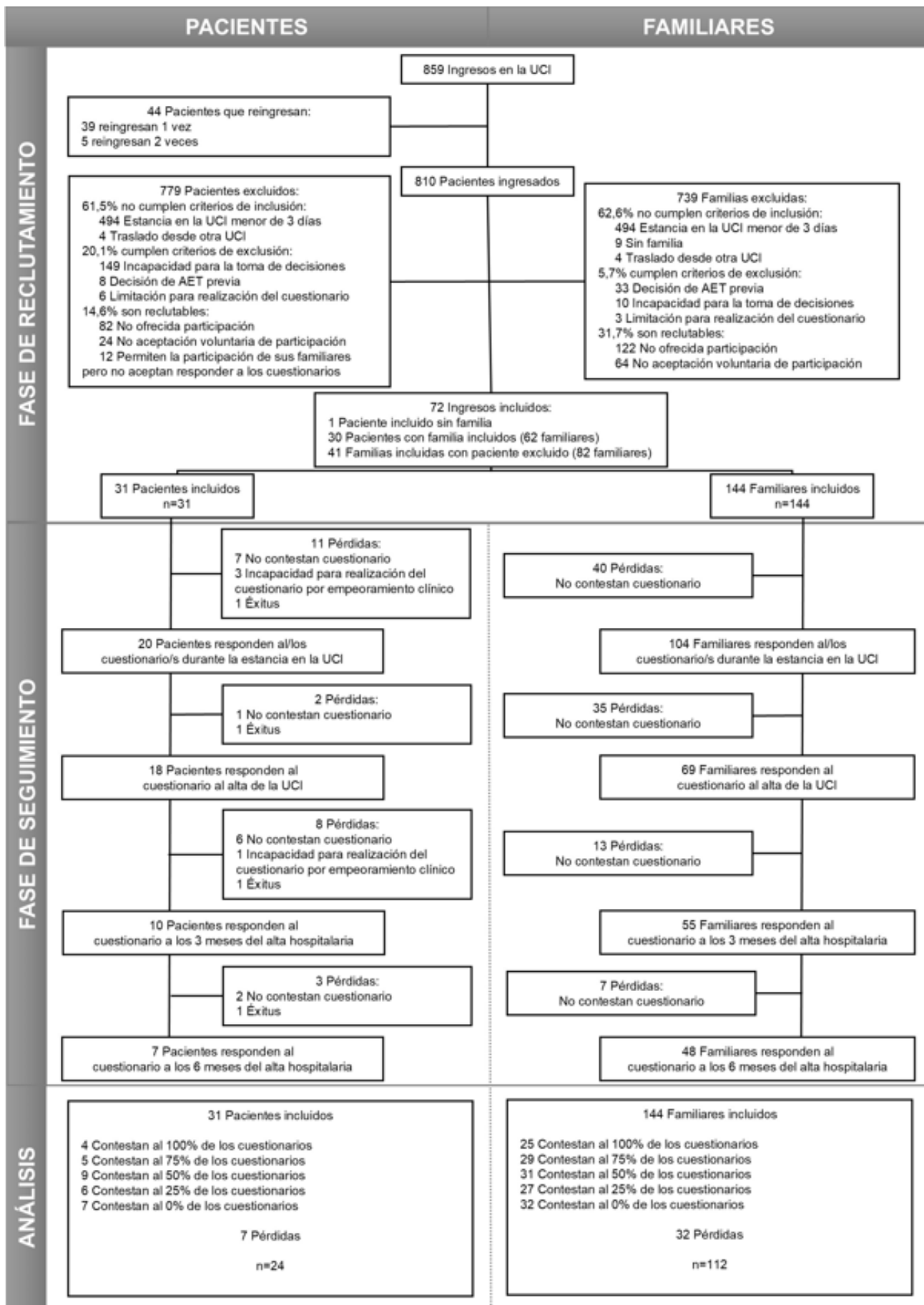


Figura 1. Diagrama de flujo del estudio

Nota: Abreviaturas: UCI: Unidad de cuidados intensivos; AET: adecuación del esfuerzo terapéutico.

Tabla 1. Análisis descriptivo de las principales características de la muestra

	Pacientes (n=72)		Familiares (n=144)	
	n (%)	IC95%	n (%)	IC95%
Edad (años)	61.5	57.5-64.5	48	46-50
Género				
Hombre	50 (69.4)	58-79	47 (32.6)	26-41
Mujer	22 (30.6)	21-42	97 (67.4)	59-74
Grado de parentesco				
Primer grado			73 (51)	43-59
Segundo grado			22 (15)	10-22
Grado mayor			9 (6)	3-11
Nivel de estudios				
Primarios	2 (2.8)	.8-10	12 (8.3)	5-14
Secundarios	7 (9.7)	5-19	32 (22.2)	16-30
Universitarios	10 (13.9)	8-24	60 (41.7)	34-50
Atención psicológica previa				
No	59 (81.9)	72-89	77 (53.5)	45-61
En el último año	12 (16.7)	10-27	3 (2.1)	1-6
Entre 1 y 5 años	.0		8 (5.6)	3-11
Hace más de 5 años	1 (1.4)	.2-7	17 (11.8)	8-18
Toma de psicofármacos previa	24 (33)	24-45	23 (16)	11-23
Ingresos previos en la UCI				
Personales	13 (18.1)	11-28	7 (4.86)	2-10
De algún familiar	11 (15.3)	9-25	53 (36.81)	29-45
Rol de cuidador previo			23 (15.97)	11-23
Grupo de ingreso				
Urgente	61 (84.7)	75-91	128 (88.9)	83-93
Programado	11 (15.3)	9-25	16 (11.1)	7-17
Patología principal				
Médica	52 (72.2)	61-81	108 (75)	67-81
Quirúrgica	20 (27.8)	19-39	36 (25)	19-33
Motivo de ingreso				
Patología aguda grave	50 (64.9)	58-79	103 (71.5)	64-78
Patología crónica agudizada	22 (30.6)	21-42	41 (28.5)	22-36
Situación funcional al alta de UCI (Barthel Index)				
Independencia (100 puntos)	7 (9.7)	5-19	9 (6.3)	3-11
Dependencia escasa (91-99 puntos)	3 (4.2)	1-12	5 (3.5)	1-8
Dependencia moderada (61-90 puntos)	14 (19.4)	12-30	32 (22.2)	16-30
Dependencia severa (21-60 puntos)	18 (25)	16-36	38 (26.4)	20-34
Dependencia total (0-20 puntos)	19 (26.4)	18-38	39 (27.1)	20-35
Adecuación del esfuerzo terapéutico	20 (27.8)	19-39	44 (30.6)	24-39
Mortalidad				
Intra-UCI	11 (15.3)	9-25	21 (14.6)	10-21
Intra-hospitalaria (post-UCI)	8 (11.1)	6-20	15 (10.4)	6-16
A los 3 meses	3 (4.2)	1-12	8 (5.6)	3-11
A los 6 meses	2 (2.8)	1-10	5 (3.5)	1-8
Supervivencia al año	48 (66.7)	55-76	95 (66)	58-73

Nota. La mayoría de las variables son cualitativas, por lo que se muestran con número total (n), proporción (%) e intervalo de confianza del 95% (IC95%). La edad es la única variable cuantitativa que se muestra con mediana y rango intercuartílico.

R-IC: 0-3 puntos; no caso: mediana=3 puntos, R-IC: 2.5-5 puntos; $p=.04$), mientras que el mecanismo de negación (estrategia de evitación) se relacionó con la aparición de TEPT 6 meses después del alta hospitalaria (IES-R: $p=.005$; $r=+.91$).

Factores de riesgo del impacto psicológico

El uso previo de psicofármacos supuso mayor riesgo para el desarrollo de psicopatología, tanto durante el ingreso hospitalario (MP en pacientes: RR=3 IC95%: 1.3-7; $p=.01$; depresión en familiares: RR=1.6 IC95%: 1.1-2.4; $p=.05$), como 3 meses después del alta hospitalaria (TEPT en

familiares: RR=2 IC95%: 1.1-4; $p=.05$). Los familiares sin estudios universitarios tuvieron mayor riesgo de MP durante el ingreso hospitalario (RR=2 IC95%: 1.1-5.4; $p=.03$) y aquellos que participaron en las decisiones de adecuación del esfuerzo terapéutico en relación con el final de la vida del paciente presentaron mayor riesgo de TEPT a los 3 meses después del alta hospitalaria o del fallecimiento (RR=2.8 IC95%: 1.1-4.6; $p=.04$); ambas variables mostraron una relación estadísticamente independiente. La mortalidad intrahospitalaria también mostró una relación estadísticamente significativo con el desarrollo de TEPT en familiares (3 meses: RR=2.9 IC95%: 1.6-

Tabla 2. Análisis descriptivo del impacto psicológico durante el ingreso hospitalario

	Pacientes			
	Intra-UCI (n=20)		Post-UCI (n=18)	
	Medida	IC95%	Medida	IC95%
Ansiedad				
Puntuación HADs-A	10.1 (4.9)	7.8-12.3	7.7 (5.1)	5.2-10.2
Caso (≥ 8 puntos)	14 (70)	48-85	8 (44.4)	25-66
Caso dudoso (8-10 puntos)	5 (25)	11-47	4 (22.2)	9-45
Caso probable (≥ 11 puntos)	9 (45)	26-66	4 (22.2)	9-45
Depresión				
Puntuación HADs-D	8.9 (4.5)	6.8-10.9	7.4 (5.5)	4.7-10.1
Caso (≥ 8 puntos)	15 (75)	53-89	6 (33.3)	16-56
Caso dudoso (8-10 puntos)	6 (30)	15-52	1 (5.5)	1-26
Caso probable (≥ 11 puntos)	9 (45)	26-66	5 (27.7)	13-51
Malestar psicológico				
Puntuación HADs-T	18.9 (8.6)	14.9-22.9	15.1 (9.9)	10.2-20
Caso (≥ 13)	16 (80)	59-92	10 (55.6)	34-75
	Familiares			
	Intra-UCI (n=104)		Post-UCI (n=69)	
	Medida	IC95%	Medida	IC95%
Ansiedad				
Puntuación STAI		11 (9-14)		29 (18-37)
Caso ($\geq P75$)	75 (72.1)	63-80	34 (49.3)	38-61
P75	17 (16.3)	10-25	11 (15.9)	9-26
P85	40 (38.5)	30-48	22 (31.9)	22-44
P99	18 (17.3)	11-26	1 (1.4)	.3-8
Depresión				
Puntuación BDI-II		13 (8-18)		10 (4-16)
Caso (≥ 14 puntos)	47 (45.2)	36-55	23 (33.3)	23-45
Leve (14-19 puntos)	28 (27)	19-36	14 (20.3)	12-31
Moderada (20-28 puntos)	14 (13.5)	8-21	8 (11.6)	6-21
Grave (≥ 29 puntos)	5 (4.8)	2-11	1 (1.5)	.3-8
Malestar psicológico				
Ansiedad caso & Depresión caso	44 (42.3)	33-52	21 (30.4)	21-42

Nota. Las puntuaciones de la prueba HADs (HADs-A, HADs-D y HADs-T) se muestran con media, desviación estándar [X (DE)] e intervalo de confianza del 95% (IC95%). Las puntuaciones de las pruebas STAI y BDI-II se muestran con mediana y rango intercuartílico [x (R-IC)]. El resto de las variables se muestran con número total y proporción [n (%)] e intervalo de confianza del 95%.

Tabla 3. Análisis descriptivo del impacto psicológico tras el alta hospitalaria

	Pacientes			
	3 meses (n=10)		6 meses (n=7)	
	Medida	IC95%	Medida	IC95%
Estrés postraumático				
Puntuación IES-r	15 (3.8-25.3)		5 (2-15)	
Caso (≥ 25 puntos)	2 (20)	6-51	1 (14.3)	3-51
Intrusión	3.5 (2.3-13)		2 (0-12)	
Caso (≥ 1.5 puntos)	3 (30)	11-60	2 (28.6)	8-64
Hiperexcitación	1 (0-9)		1 (0-6)	
Caso (≥ 1.5 puntos)	2 (20)	6-51	1 (14.3)	3-51
Evitación	3.5 (1-13)		1 (1-3)	
Caso (≥ 1.5 puntos)	2 (20)	6-51	1 (14.3)	3-51
	Familiares			
	3 meses (n=55)		6 meses (n=48)	
	Medida	IC95%	Medida	IC95%
Estrés postraumático				
Puntuación IES-r	18 (5-37)		23 (7-41.7)	
Caso (≥ 25 puntos)	21 (38.2)	27-51	22 (45.8)	33-60
Intrusión	5 (2-12)		7 (2-14.5)	
Caso (≥ 1.5 puntos)	16 (29.1)	19-42	17 (35.4)	23-50
Hiperexcitación	5 (1-10)		4.5 (1.2-11)	
Caso (≥ 1.5 puntos)	13 (23.6)	14-36	15 (31.3)	20-45
Evitación	6 (2-13)		6.5 (4-17.8)	
Caso (≥ 1.5 puntos)	20 (36.4)	25-50	18 (37.5)	25-52

Nota. Las puntuaciones de la prueba IES-r (total y de las subescalas) se muestran con mediana y rango intercuartílico. Las definiciones de "caso" son variables cualitativas por lo que se muestran con número total y proporción [n (%)] e intervalo de confianza del 95%.

Tabla 4. Análisis descriptivo del afrontamiento empleado

	Rango de puntos	Pacientes		Familiares		
		x (R-IC)		x (R-IC)		
Mecanismos de afrontamiento al estrés (COPE-28)						
Aceptación		5 (4-6)		5 (4-6)		
Negación		0 (0-2)		.5 (0-2)		
Afrontamiento activo		5 (4-6)		5 (4-6)		
Planificación		4 (2.3-5.8)		4 (3-5)		
Reinterpretación positiva		3 (3-4.8)		3 (2-5)		
Humor		2 (0-3.8)		0 (0-2.8)		
Apoyo social	0 - 6	4 (2-5.8)		3 (2.3-4)		
Apoyo emocional		5 (3.3-6)		4 (3-5.8)		
Desahogo		3 (2-4)		2 (1-3)		
Religión		1.5 (3-4.8)		2 (1-4.8)		
Sustancias		0 (0-0)		0 (0-0)		
Desconexión conductual		0 (0-2)		0 (0-1)		
Autodistracción		3 (2-3)		3 (2-4)		
Autoinculpación		2 (0-3)		1 (0-2)		
			X (DE)	IC95%	X (DE)	IC95%
Estrategias de afrontamiento						
Focalizada en las emociones		0 - 30	17.3 (3.9)	15.5-19.1	16.1 (4.8)	15-17
Focalizada en el problema		0 - 18	13 (2.9)	11.6-14.4	12.2 (3.3)	11.6-13
Por evitación		0 - 36	9.8 (4.1)	7.9-11.7	8.7 (4.3)	8-9.5
Estilo de afrontamiento						
Activo / Adaptativo	0 - 48	30.4 (5.8)	27.7-33.1	28.3 (7.1)	27-30	
Pasivo / Desadaptativo	0 - 36	9.8 (4.1)	7.9-11.7	8.7 (4.3)	8-9.5	

Nota. Los mecanismos se muestran con mediana (x) y rango intercuartílico (R-IC) y cada mecanismo tiene una puntuación posible de 0 a 6 puntos. Los mecanismos se agrupan en 3 estrategias y, a su vez, las estrategias se agrupan en 2 estilos. Se indica el rango posible de puntos de las estrategias y los estilos, que se muestran en media (X), desviación estándar (DE) e intervalo de confianza del 95% (IC95%).

Tabla 5. Análisis comparativo bivalente entre las características del grupo de familiares y las estrategias de afrontamiento al estrés empleadas

	Estrategia focalizada en las emociones				Estrategia focalizada en el problema				Estrategia de evitación			
	X (DE)	Dif. X	IC95%	p	X (DE)	Dif. X	IC95%	p	X (DE)	Dif. X	IC95%	p
Edad												
≤50 años	17 (4.5)				13.4 (3)							
>50 años	15 (5)	2	.1-3.9	.04	10.6 (3)	2.8	1.6-4	<.0001				
Género												
Hombre									7.5 (3.6)			
Mujer									9 (4.5)	1.7	0.1-35	0.04
Estudios												
Universitarios					13 (3)							
No universitarios					11 (3.7)	1.6	0.3-2.9	0.03				
Rol previo												
Cuidador					13.6 (4)							
No cuidador					12 (3)	2.8	0.2-3.3	0.01				

Nota. Abreviaturas: X: media; DE: desviación estándar; Dif. X: diferencia de medias; IC95%: intervalo de confianza del 95%; p: valor p de significación estadística.

5; $p=.002$; 6 meses: $RR=2.5$ IC95%: 1.5-4; $p=.007$).

En el momento del traslado de la UCI a la planta de hospitalización, la mayoría de los pacientes había presentado una gran pérdida funcional según el BI con respecto a su estado basal (49.6 puntos; R-IC: 48.5-51), encontrándose en una situación de dependencia. Tras el alta hospitalaria, la situación funcional de los pacientes mejoró (pérdida funcional a los 6 meses: 15 puntos del BI con respecto al basal, R-IC: 14-16). La situación funcional en el momento del traslado de la UCI a la planta mostró una relación significativa con el

impacto psicológico. En el grupo de familiares, una puntuación ≤ 60 puntos en el BI en dicho momento supusieron mayor riesgo de afectación psicológica: mayor ansiedad ($RR=5.6$ IC95%: 1.9-10.5; $p=.004$) y depresión ($RR=7.4$ IC95%: 1.7-26; $p=.01$) durante el ingreso hospitalario, y mayor TEPT 3 meses después del alta hospitalaria ($RR=16.7$ IC95%: 2.4-48; $p=.006$); la relación resultó estadísticamente independiente en todas las variables. En el grupo de pacientes, no se pudo demostrar relación estadísticamente significativa entre el BI y el TEPT, pero la necesidad de adoptar medidas agresivas en el tiempo (variables

intermedias de una situación de dependencia) sí mostró una correlación lineal positiva con el desarrollo de TEPT a los 3 meses después del alta hospitalaria (ventilación mecánica: $r=+.8$; $p=.01$; traqueostomía: $r=+.8$; $p=.01$).

Pérdidas de sujetos durante el seguimiento

Las pérdidas de pacientes que participaron en el estudio se vieron condicionadas por la mortalidad o el empeoramiento clínico. Los factores relacionados con las pérdidas de familiares fueron: la edad (≥ 50 años: $RR=1.4$ IC95%: 1.1-2; $p=.04$) y el desarrollo de clínica depresiva durante el ingreso hospitalario (caso: $RR=1.8$ IC95%: 1.1-3; $p=.04$).

Discusión

La psicopatología generada por el ingreso en la UCI encontrada en el presente estudio fue elevada, concordante con estudios similares (Abrahamian y Lebherz-Eichinger, 2018; Bienvenu et al., 2018; Inoue et al., 2019; Petrinc y Martin, 2018; Schmidt y Azoulay, 2012). La afectación psicológica fue ligeramente mayor en pacientes que en familiares durante la estancia hospitalaria: siendo máxima en los primeros días y disminuyendo con el transcurso de la hospitalización. Tras el alta hospitalaria, disminuyó en pacientes, pero aumentó en sus familiares, quizás porque sean quienes guardan un recuerdo más real de lo sucedido (Fumis et al., 2015b). La sintomatología de ansiedad y de depresión se vio íntimamente relacionada entre sí durante toda la estancia en la UCI formando parte de un todo: el malestar psicológico. Además, la psicopatología intrahospitalaria fue un factor de riesgo para el impacto psicológico tras el alta hospitalaria tanto en pacientes como en familiares, y el estrés postraumático se vio estrechamente relacionado entre las personas que componen un mismo núcleo familiar. Basándonos en dichos resultados, cabe la posibilidad de que una intervención preventiva sobre una de las patologías (ansiedad, depresión o TEPT) en una persona pueda repercutir tanto en la incidencia del resto de psicopatología como en la de sus familiares más cercanos, lo que abre una línea de investigación para futuros ensayos clínicos.

En el presente estudio, tanto pacientes como familiares, afrontaron el paso por la UCI empleando estrategias adaptativas, al igual que ocurrió en estudios de características similares realizados en Australia y Estados Unidos (Petrinc y Martin, 2018; Rückholdt et al., 2019). Tras pasar el primer impacto del ingreso, los familiares emplean la reinterpretación positiva tratando de ver la enfermedad crítica como una "batalla" en vez de como una "sentencia de muerte" lo que se ha asociado a menores niveles de ansiedad (Harlan et al., 2020; Shaw, Bernard, Storfer-Isser, Rhine, & Horwitz, 2013). Cuando el ingreso se prolonga, prevalece el afrontamiento focalizado en los problemas por lo que los familiares prefieren conocer tanta información como sea posible, diciendo que incluso "las malas noticias son mejores que el no saber" (Harlan et al., 2020; Rückholdt et al., 2019). Nuestros resultados apoyan que un afrontamiento adecuado a una determinada situación es un factor estabilizador que facilita el ajuste individual y la adaptación ya que el tipo de afrontamiento actuó como factor de riesgo (estrategia de evitación) o como factor protector (estrategia focalizada en las emociones) para el desarrollo de psicopatología secundaria al ingreso en la UCI (Morán et al., 2010; Reich et al., 2016). La estrategia de evitación se ha asociado con una mayor prevalencia de problemas de salud mental y con peor ajuste e, incluso, se ha identificado como el mayor predictor de gravedad del PICS a los 3 meses del alta (De-Dios Stern et al., 2017; Meyers et al., 2020; Petrinc y Martin, 2018;).

No se encontró relación estadísticamente significativa entre la edad, el sexo o el grado de parentesco con el desarrollo de MP como describen otros estudios (cónyuge y sexo femenino) (Azoulay et al., 2004; Fumis et al., 2015a; Pochard et al., 2001; Pochard et al., 2005; Rusinova et al., 2014). Sin embargo, ninguno de estos estudios tuvo en cuenta el afrontamiento por lo que podrían haber sido variables de confusión ya que, en nuestro estudio, las mujeres utilizaron más la estrategia de evitación (relacionada de manera independiente con el impacto psicológico tras el alta hospitalaria) y el grupo de edad comprendido entre 40 y 50 años fue identificado como la cohorte con un afrontamiento más adecuado al obtener un pico máximo en la puntuación del estilo activo.

La evidencia de la literatura sugiere que la psicopatología previa es un predictor consistente para la aparición de nueva psicopatología relacionada con el estrés y, esta relación, también se ha observado al estudiar el impacto psicológico secundario a la estancia en la UCI (Inoue et al., 2019; Lee et al., 2020; McGiffin et al., 2016; Milton et al., 2020; Tortella-Feliu et al., 2019). En el presente estudio, la morbilidad psicológica supuso un factor de riesgo para el desarrollo de psicopatología secundaria al ingreso en la UCI tanto en pacientes como en familiares. Algunos trabajos indican que la psicopatología previa es un predictor más potente que la propia enfermedad en los pacientes críticos tanto para el reingreso hospitalario como para el PICS (Jouan et al., 2019).

Un mayor nivel educativo favoreció la utilización de recursos más eficaces mediante el empleo de un estilo de afrontamiento activo y fue un factor protector frente al MP al alta de la UCI. Por un lado, la educación está relacionada con un aumento del procesamiento explícito/racional que facilita la toma de decisiones (Carvalho, Bakos, Cotrena, Kristensen, & Fonseca, 2011). Por otro lado, la posición socioeconómica engloba tanto el nivel educativo como el poder adquisitivo por lo que estas personas disponen de mayores recursos para afrontar las situaciones de estrés y los cuidados de su familiar (Abrahamian y Leberz-Eichinger, 2018; Kawakami et al., 2021; Marra et al., 2018).

Los familiares que habían tenido alguna experiencia previa en la UCI o que ya tenían el rol de cuidador mostraron un afrontamiento más efectivo y menor riesgo de desarrollar psicopatología, como en otros estudios (Kreitzer et al., 2019; Wartella, Auerbach, & Ward, 2009). Su experiencia previa favorece el afrontamiento centrado en el problema y dedican más tiempo al autocuidado ya que son conscientes de que descuidar sus propias necesidades puede provocar un estado exhausto (Rückholdt, Tofler, Randall, & Buckley, 2019). Además, la práctica como cuidadores de una persona enferma les otorga sensación de seguridad cuando los pacientes son trasladados de la UCI a la planta de hospitalización, situación que suele suponer un momento de vulnerabilidad e incertidumbre ya que muchos de los pacientes se encuentran en una situación de

dependencia (en este estudio el 84%). Esto se debe, en gran parte, al deterioro funcional sufrido por el denominado síndrome de debilidad adquirida, que sucede hasta en el 40% de los pacientes críticos (Inoue et al., 2019). Dicha discapacidad, fue uno de factores de riesgo de mayor peso para el desarrollo de psicopatología en este estudio, coincidiendo con otros autores (Kreitzer et al., 2019; Saeid, Moradian, Ebadi, & Salaree, 2021). Aunque la transición de la UCI a la sala de hospitalización implique una mejoría clínica, es el comienzo del viaje a la rehabilitación y a una rutina diaria diferente que implica cambios en el nivel de cuidados, en la vigilancia de constantes vitales y otros parámetros de evolución clínica, así como un nuevo equipo sanitario de atención. Todo ello puede provocar "*ansiedad de transferencia*": ansiedad primaria (relacionada con el tiempo y el lugar de la transferencia), estrés expectante (relativo a la calidad de la preparación para la transferencia) y miedo tras el traslado (relacionado con sus expectativas tras el traslado) (Coyle, 2001). Actualmente, la asistencia que se proporciona en la UCI no atiende a los desafíos personales, sociales y éticos que plantea la discapacidad. Los familiares deben adaptarse a una nueva situación: la de convertirse en los principales cuidadores (Herbst et al., 2018; Ludmir y Netzer, 2019). También el paciente debe interiorizar que su nueva condición es un componente más de su realidad, minimizar sus limitaciones y prevenir las complicaciones. Prepararse para la vida con una dependencia requiere negociación, reconciliación y diplomacia.

Los hallazgos sobre la mortalidad han sido congruentes con lo encontrado en la bibliografía: hasta un tercio de los pacientes de la UCI mueren antes del alta hospitalaria y, gran parte de ellos, tras la toma de decisiones de adecuación del esfuerzo terapéutico que, dado que la mayoría de los pacientes críticos están incapacitados, habitualmente se lleva a cabo mediante decisión subrogada (Gajic, Ahmad, Wilson, & Kaufman, 2018; Yende et al., 2016). La atención al final de la vida en la UCI supone un cambio de los objetivos establecidos y requiere un ajuste de las expectativas. La muerte de un ser querido en la UCI, agravada por la carga de la toma subrogada de decisiones al final de la vida cuando no existen instrucciones previas, es un proceso abrumador con

exigencias éticas, emocionales y cognitivas que puede tener profundos efectos psicosociales (DeSanto-Madeya, Willis, McLaughlin, & Boslet, 2019). La mortalidad intrahospitalaria y la participación en decisiones al final de la vida fueron dos factores íntimamente relacionados con el desarrollo de TEPT en familiares, como describen otros trabajos incluso relacionándolo con mayor incidencia de duelo patológico (Berlin, 2017; Gries et al., 2010; Schmidt y Azoulay, 2012; Wen et al., 2022; Wendlandt et al., 2018).

Todo lo expuesto facilita la identificación de aquellas personas con mayor riesgo de afectación psicológica. Aunque son escasos los estudios que identifiquen un perfil psicológico específico de “*persona con mayor probabilidad de sufrir*” en este contexto, de acuerdo con nuestros resultados, podríamos resumir que son principalmente mujeres mayores de 50 años, sin estudios universitarios, que toman psicofármacos y emplean estrategias de afrontamiento de evitación y que, al alta de la UCI, se enfrentan a una situación de dependencia, a la toma de decisión de adecuación del esfuerzo terapéutico o al fallecimiento de su ser querido. La mayoría de estas características son fácilmente identificables por los profesionales de la UCI, tanto en pacientes como en familiares, por lo que se podrían implementar herramientas dirigidas a disminuir la probabilidad del impacto psicológico en las poblaciones susceptibles. No obstante, este estudio tiene un poder estadístico limitado por lo que podrían existir factores de riesgo adicionales que no se hayan identificado en este trabajo y se hayan podido identificar en otros trabajos similares (Iglesias, Martín, Alcañiz, Ezquiaga, & Vega, 2022). Son necesarios estudios multicéntricos con tamaños muestrales mayores.

De acuerdo con el movimiento hacia la humanización de la atención, es conveniente que los sistemas de salud apuesten por la dotación de personal competente y, una de sus recomendaciones, es incluir un “*navegador familiar*” que pueda servir como puente entre el equipo de atención médica y los usuarios (Schwartz et al., 2022). Aunque la presencia de profesionales de salud mental en la UCI no es una idea novedosa, su presencia sigue siendo escasa (Bieber, Philbrick, Shapiro, & Karnatovskaia, 2022). De la misma manera que los equipos de medicina paliativa y oncología incluyen un psicólogo clínico en sus

prestaciones, este estudio abre la posibilidad de la terapia psicológica especializada en la UCI. La UCI presenta factores estresantes únicos y comunes para prácticamente todas las personas por lo que es factible el estudio de las diferencias individuales en la regulación de las emociones en este contexto. Un psicólogo clínico podría ayudar a los pacientes y familiares a reconocer y normalizar sus emociones, atender sus necesidades y deseos identificando sus fortalezas, potenciar la confianza en sí mismos y manejar el estrés. Favorecer el afrontamiento activo y ofrecer herramientas para que participen en los cuidados (tanto el autocuidado como el cuidado de otra persona) y en la toma de decisiones es trascendental para comprender la enfermedad y hacerles gestores de ella, contribuye a una sensación de control y seguridad que mejora la adaptación tanto a la nueva discapacidad como al rol de cuidador y amortigua la ansiedad de transferencia (Fumis et al., 2015a; González Martínez, 2008; Tingsvik et al., 2018; Wartella et al., 2009; Wong et al., 2019).

Las intervenciones basadas en el apoyo podrían resultar útiles ya que son mecanismos eficaces de afrontamiento ampliamente utilizados. El codiseño basado en la experiencia es una fórmula que funciona en patologías como el cáncer y podría adaptarse a la UCI ya que intenta comprender cómo las personas experimentan la enfermedad para mejorar la atención médica “*con ellas*” en vez de “*para ellas*” (Haines et al., 2018). Teniendo en cuenta que las personas con mayor nivel de estudios o con experiencia previa (tanto con un ingreso en la UCI como con el cuidado de una persona enferma) se sirven de estrategias de afrontamiento más eficaces, podría ser un recurso útil para fomentar la “*ayuda entre iguales*” mediante grupos de terapia, programas de “*cuidador experto*” o escuela de familiares.

Otra labor del psicólogo clínico sería fomentar, facilitar y mediar la comunicación entre el equipo, el paciente y la familia ya que puede mitigar el impacto de la enfermedad crítica, identificar a los responsables de las decisiones por juicio sustitutivo y aliviar los síntomas de duelo (Inoue et al., 2019). La comunicación eficaz incluye no sólo el diagnóstico, el pronóstico, los cursos probables o las opciones de tratamiento, sino también la escucha activa de valores, sentimientos, preferencias, necesidades, preocupaciones y

expectativas razonables (Su et al., 2020). Una comunicación de calidad mejora la confianza en la toma subrogada de decisiones sobre el final de la vida y el nivel de comodidad de los sustitutos influye en su duelo (Brekelmans et al., 2022; DeSanto-Madeya et al., 2019; Schwartz et al., 2022; Su et al., 2020).

Por último, sería beneficioso que, tras las medidas preventivas iniciadas en la UCI, se realice un seguimiento después del alta hospitalaria por personal debidamente capacitado (National Institute for Health and Clinical Excellence, 2009). Este estudio, igual que otros, identifica que el 40% de los pacientes no puede volver a su situación funcional previa (Biehl y Sese, 2020; Colbenson et al., 2019), lo que resulta en la pérdida del trabajo y la sobrecarga de las familias, que se relaciona con el TEPT y una reducción de la calidad de vida (Hodgson et al., 2018). Con el propósito de dar atención al PICS, los intensivistas diseñaron las primeras consultas para seguimiento ambulatorio de pacientes críticos, pero deberían ampliarse a los familiares ya que sólo el 25% de los familiares con TEPT reciben atención médica (Azoulay et al., 2005; Teixeira y Goulart Rosa, 2018). Aunque la enfermedad crítica sea el origen del PICS, el deterioro abarca varios dominios por lo que requiere de equipos multidisciplinares: enfermera de enlace, médico de atención primaria, rehabilitador, fisioterapeuta, psicólogo clínico e intensivista (Stam et al., 2020; Tirupakuzhi Vijayaraghavan et al., 2018).

La mayor fortaleza del presente estudio es que facilita la identificación de aquellas personas con probabilidad de sufrir el impacto psicológico que provoca el ingreso en la UCI. Además, abre la posibilidad de generar nuevas líneas de investigación dirigidas a implementar herramientas para mitigar la psicopatología secundaria. La principal limitación metodológica de este estudio es la dificultad para completar encuestas de aspectos psicológicos de los pacientes críticos y el desafío de su seguimiento posterior ya que se viola el supuesto de independencia entre el evento de interés (impacto psicológico) y el evento competitivo (mortalidad). Estudios similares describieron las mismas limitaciones (Hatch et al., 2018; Leigh et al., 2021; Maley et al., 2016; Pereira et al., 2018; Rattray et al., 2010). Se consideró necesario realizar un análisis de las pérdidas de

seguimiento de familiares: los factores relacionados fueron la edad superior a 50 años y la sintomatología depresiva durante el ingreso. Esta cohorte utilizó con mayor frecuencia la estrategia de afrontamiento por evitación y presentó mayor riesgo para el desarrollo de TEPT, lo que implica una actitud de huida, falta tanto de compromiso con el problema como de adherencia al tratamiento y al seguimiento, y reticencias a buscar ayuda (Jackson et al., 2016).

En conclusión, la psicopatología asociada al ingreso en la UCI es elevada, es posible identificar a las personas susceptibles y la incorporación de un especialista en salud mental podría ayudar a dichas personas.

Referencias

- Abrahamian, H., & Leberherz-Eichinger, D. (2018). The role of psychosomatic medicine in intensive care units. *Wiener Medizinische Wochenschrift*, 168(3-4), 67-75. <https://doi.org/10.1007/s10354-017-0575-1>
- Asociación Americana de Psiquiatría. (2013). Guía de consulta de los criterios diagnósticos del DSM-5. Arlington: Asociación Americana de Psiquiatría.
- Azoulay, E., Pochard, F., Chevret, S., Adrie, C., Annane, D., Bleichner, G., Bornstain, C., Bouffard, Y., Cohen, Y., Feissel, M., Goldgran-Toledano, D., Guitton, C., Hayon, J., Iglesias, E., Joly, LM., Jourdain, M., Laplace, C., Lebert, C., Pingat, J. & Schlemmer, B. (2004). Half the family members of intensive care unit patients do not want to share in the decision-making process: A study in 78 french intensive care units. *Critical Care Medicine*, 32(9), 1832-8. <https://doi.org/10.1097/01.ccm.0000139693.88931.59>
- Azoulay, E., Pochard, F., Kentish-Barnes, N., Chevret, S., Aboab, J., Adrie, C., Annane, D., Bleichner, G., Bollaert, PE., Darmon, M., Fassier, T., Galliot, R., Garrouste-Orgeas, M., Goulenok, C., Goldgran-Toledano, D., Hayon, J., Jourdain, M., Kaidomar, M., Laplace, C., Larché & Schlemmer, B. (2005). Risk of post-traumatic stress symptoms in family members of intensive care unit patients. *American*

- Journal of Respiratory and Critical Care Medicine*, 171(9), 987-94.
<https://doi.org/10.1164/rccm.200409-1295OC>
- Beck, A., Steer, R., & Brown, G. (1996). BDI-II. Beck Depression Inventory - Second Edition. Manual. San Antonio: TX: The Psychological Corporation.
- Berlin, A. (2017). Goals of Care and End of Life in the ICU. *Surgical Clinics of North America*, 97(6), 1275-1290.
<https://doi.org/10.1016/j.suc.2017.07.005>
- Bieber, E., Philbrick, K., Shapiro, J., & Karnatovskaia, L. (2022). Psychiatry's role in the prevention of post-intensive care mental health impairment: Stakeholder survey. *BMC Psychiatry*, 22(1), 198.
<https://doi.org/10.1186/s12888-022-03855-w>
- Biehl, M., & Sese, D. (2020). Post-intensive care syndrome and COVID-19 - Implications post pandemic. *Cleveland Clinic Journal of Medicine*.
<https://doi.org/10.3949/ccjm.87a.ccc055>
- Bienvenu, O., Friedman, L., Colantuoni, E., Dinglas, V., Sepulveda, K., Mendez-Tellez, P., Shanholz, C., Pronovost, P.J. & Needham, D. (2018). Psychiatric symptoms after acute respiratory distress syndrome: A 5-year longitudinal study. *Intensive Care Medicine*, 44(1), 38-47.
<https://doi.org/10.1007/s00134-017-5009-4>
- Brekelmans, A., Ramnarain, D., & Pouwels, S. (2022). Bereavement support programs in the Intensive Care Unit: A systematic review. *Journal of Pain and Symptom Management*, 23, S0885-3924(22)00740-0.
<https://doi.org/10.1016/j.jpainsymman.2022.05.008>
- Carvalho, J., Bakos, D., Cotrena, C., Kristensen, C., & Fonseca, R. (2011). Decision-making in the iowa gambling task: A comparison based on the variable "education". *Revista Iberoamericana de Diagnóstico y Evaluación – e Avaliação Psicológica*, 2(32), 171-186.
<https://www.aidep.org/sites/default/files/2018-12/r32art8.pdf>
- Carver, S. (1997). You want to measure coping but your protocol's too long: Consider the brief COPE. *International Journal of Behavioral Medicine*, 4(1), 92-100.
https://doi.org/10.1207/s15327558ijbm0401_6
- Colbenson, G., Johnson, A., & Wilson, M. (2019). Post-intensive care syndrome: Impact, prevention, and management. *Breathe practice-focused education for respiratory professionals*, 15(2), 98-101.
<https://doi.org/10.1183/20734735.0013-2019>
- Coyle, M. (2001). Transfer anxiety: Preparing to leave intensive care. *Intensive and Critical Care Nursing*, 17(3), 138-43.
<https://doi.org/10.1054/iccn.2001.1561>
- De-Dios Stern, S., Lee, E.-J., & Nitsch, K. (2017). Clinical utility and psychometric properties of the Brief: Coping with problems experienced with caregivers. *Rehabilitation Psychology*, 62(4), 609-10.
<https://doi.org/10.1037/rep0000188>
- DeSanto-Madeya, S., Willis, D., McLaughlin, J. & Boslet, A. (2019). Healing experience for family caregivers after an intensive care unit death. *BMJ Supportive & Palliative Care* (2018), 001561.
<https://doi.org/10.1136/bmjspcare-2018-001561>
- Fumis, R., Ranzani, O., Faria, P. & Schettino, G. (2015a). Anxiety, depression, and satisfaction in close relatives of patients in an open visiting policy intensive care unit in Brazil. *Journal of Critical Care*, 30(2), 440.e1-6.
<https://doi.org/10.1016/j.jcrc.2014.11.022>
- Fumis, R., Ranzani, O., Martins, P., & Schettino, G. (2015b). Emotional disorders in pairs of patients and their family members during and after ICU stay. *PLoS One*, 10(1).
<https://doi.org/10.1371/journal.pone.0115332>
- Gajic, O., Ahmad, S., Wilson, M., & Kaufman, D. (2018). Outcomes of critical illness: what is meaningful? *Current Opinion in Critical Care*, 24(5), 394-400.
<https://doi.org/10.1097/MCC.0000000000000530>
- González Martínez, M. (2008). Analysis of an instrument to assess coping with stress by subjects suffering cancer. *Revista Iberoamericana de Diagnóstico y Evaluación – e Avaliação Psicológica*, 1(25), 35-49.
https://www.aidep.org/03_ridep/R25/R252.pdf
- Gries, C., Engelberg, R., Kross, E., Zatzick, D., Nielsen, E., Downey, L., & Curtis, J. (2010). Predictors of symptoms of posttraumatic stress

- and depression in family members after patient death in the ICU. *Chest Journal*, 137(2), 280-7. <https://doi.org/10.1378/chest.09-1291>
- Haines, K., Quasim, T., & McPeake, J. (2018). Family and Support Networks Following Critical Illness. *Critical Care Clinics*, 34(4), 609-623. <https://doi.org/10.1016/j.ccc.2018.06.008>
- Harlan, E., Miller, J., Costa, D., Fagerlin, A., Iwashyna, T., Chen, E., Lipman, K., & Valley, T. (2020). Emotional Experiences and Coping Strategies of Family Members of Critically Ill Patients. *Chest Journal*, 158(4), 1464-72. <https://doi.org/10.1016/j.chest.2020.05.535>
- Hatch, R., Young, D., Barber, V., Griffiths, J., Harrison, D., & Watkinson, P. (2018). Anxiety, Depression and Post Traumatic Stress Disorder after critical illness: A UK-wide prospective cohort study. *Critical Care*, 22(1), 310. <https://doi.org/10.1186/s13054-018-2223-6>
- Herbst, L., Desai, S., Benscoter, D., Jerardi, K., Meier, K., Statile, A., & White, C. (2018). Going back to the ward-transitioning care back to the ward team. *Translational Pediatrics*, 7(4), 314-325. <https://doi.org/10.21037/tp.2018.08.01>
- Hodgson, C., Haines, K., Bailey, M., Barrett, J., Bellomo, R., Bucknall, T., Gabbe, B.J., Higgins, A.M., Iwashyna, T.J., Hunt-Smith, J., Murray, L.J., Myles, P.S., Ponsford, J., Pilcher, D., Udy, A.A., Walker, C., Young, M., & Cooper, D. (2018). Predictors of return to work in survivors of critical illness. *Journal of Critical Care*, 48, 21-25. <https://doi.org/10.1016/j.jcrc.2018.08.005>
- Iglesias, J., Martín, J., Alcañiz, M., Ezquiaga, E., & Vega, G. (2022). The Psychological Impact on Relatives of Critically Ill Patients: The Influence of Visiting Hours. *Critical Care Explorations*, 4(2), e0625. <https://doi.org/10.1097/CCE.00000000000000625>
- Inoue, S., Hatakeyama, J., Kondo, Y., Hifumi, T., Sakuramoto, H., Kawasaki, T., Taito, S., Nakamura, K., Unoki, T., Kawai, Y., Kenmotsu, Y., Saito, M., Yamakawa, K., & Nishida, O. (2019). Post-intensive care syndrome: Its pathophysiology, prevention, and future directions. *Acute Medicine & Surgery*, 25(6), 233-246. <https://doi.org/10.1002/ams2.415>
- Jackson, J., Hunter, C., Warrington, H., Jutte, J., Ciccolella, N., & Sevin, C. (2016). Posttraumatic Stress Disorder (PTSD) After Critical Illness: A Conceptual Review of Distinct Clinical Issues and Their Implications. *Rehabilitation Psychology*, 61(2), 132-140. <https://doi.org/10.1037/rep0000085>
- Jouan, Y., Grammatico-Guillon, L., Teixeira, N., Hassen-Khodja, C., Gaborit, C., Salmon-Gandonnière, C., Guillon, A., & Ehrmann, S. (2019). Healthcare trajectories before and after critical illness: Population-based insight on diverse patients clusters. *Annals of Intensive Care*, 9(1), 126. <https://doi.org/10.1186/s13613-019-0599-3>
- Kawakami, D., Fujitani, S., Morimoto, T., Dote, H., Takita, M., Takaba, A., Hino, M., Nakamura, M., Irie, H., Adachi, T., Shibata, M., Kataoka, J., Korenaga, A., Yamashita, T., Okazaki, T., Okumura, M., & Tsunemitsu, T. (2021). Prevalence of post-intensive care syndrome among Japanese intensive care unit patients: A prospective, multicenter, observational J-PICS study. *Critical Care*, 25(1), 69. <https://doi.org/10.1186/s13054-021-03501-z>
- Kayambankadzanja, R., Schell, C., Wärnberg, M., Tamras, T., Mollazadegan, H., Holmberg, M., Alvesson, H.M., & Baker, T. (2022). Towards definitions of critical illness and critical care using concept analysis. *BMJ Open*, 12(9), e060972. <https://doi.org/10.1136/bmjopen-2022-060972>
- Kreitzer, N., Bakas, T., Kurowski, B., Lindsell, C., Ferioli, S., Foreman, B., Ngwenya, L.B., Thomas, S., Keegan, S., & Adeoye, O. (2019). The Experience of Caregivers Following a Moderate to Severe Traumatic Brain Injury Requiring ICU Admission. *The Journal of Head Trauma Rehabilitation*. <https://doi.org/10.1097/HTR.0000000000000525>
- Lee, M., Kang, J., & Jeong, Y. (2020). Risk factors for post-intensive care syndrome: A systematic review and meta-analysis. *Australian Critical Care*, 33(3), 287-294. <https://doi.org/10.1016/j.aucc.2019.10.004>
- Leigh, J., Krewulak, K., Zepeda, N., Farrier, C., Spence, K., Davidson, J., Stelfox, H.T., & Fiest,

- K. (2021). Patients, family members and providers perceive family-administered delirium detection tools in the adult ICU as feasible and of value to patient care and family member coping: a qualitative focus group study. *Canadian Journal of Anesthesia/Journal canadien d'anesthésie*, *68*(3), 358-366.
<https://doi.org/10.1007/s12630-020-01866-3>
- Ludmir, J., & Netzer, G. (2019). Family-Centered Care in the Intensive Care Unit - What Does Best Practice Tell Us? *Seminars in Respiratory and Critical Care Medicine*, *40*, 684-654.
<https://doi.org/10.1055/s-0039-1697957>
- Mahoney, F., & Barthel, D. (1965). Functional evaluation: The Barthel Index. *Md State Med J*, *14*, 61-65 PMID: 14258950.
- Maley, J., Brewster, I., Mayoral, I., Siruckova, R., Adams, S., McGraw, K., Kelley A., Piech, AA., Detsky, M., & Mikkelsen, M. (2016). Resilience in Survivors of Critical Illness in the Context of the Survivors' Experience and Recovery. *Annals of the American Thoracic Society*, *13*(8), 1351-60.
<https://doi.org/10.1513/AnnalsATS.201511-782OC>
- Marra, A., Pandharipande, P., Girard, T., Patel, M., Hughes, C., Jackson, J., Thompson, J., Chandrasekhar, R., Ely, E., & Brummel, N. (2018). Co-Occurrence of Post-Intensive Care Syndrome Problems Among 406 Survivors of Critical Illness. *Critical Care Medicine*, *46*(9), 1393-1401.
<https://doi.org/10.1097/CCM.00000000000003218>
- McGiffin, J., Galatzer-Levy, I., & Bonanno, G. (2016). Is the intensive care unit traumatic? What we know and don't know about the intensive care unit and posttraumatic stress responses. *Rehabilitation Psychology*, *61*(2), 120-31
<https://doi.org/10.1037/rep0000073>
- Medicine, I. o. (2001). Crossing the Quality Chasm: A New Health System for the 21st Century. (N. A. (US), Ed.) Washington (DC).
<https://www.ncbi.nlm.nih.gov/books/NBK222265/>
- Merbitz, N. H., Dammeyer, J. A., Westie, K., Butt, L., & Schneider, J. (2016). After Critical Care: Challenges in the Transition to Inpatient Rehabilitation. *Rehabilitation Psychology*, *61*(2), 186-200.
<https://doi.org/10.1037/rep0000072>
- Meyers, E., Presciutti, A., Shaffer, K., Gates, M., Lin, A., Rosand, J., & Vranceanu, A.-M. (2020). The Impact of Resilience Factors and Anxiety During Hospital Admission on Longitudinal Anxiety Among Dyads of Neurocritical Care Patients Without Major Cognitive Impairment and Their Family Caregivers. *Neurocritical Care*, *33*(2), 468-78.
<https://doi.org/10.1007/s12028-020-00913-7>
- Milton, A., Schandl, A., Soliman, I., Joelsson-Alm, E., van den Boogaard, M., Wallin, E., Brorsson, C., Östberg, U., Latocha, K., Savilampi, J., Paskins, S., Bottai, M., & Sackey, P. (2020). ICU discharge screening for prediction of new-onset physical disability-A multinational cohort study. *Acta Anaesthesiologica Scandinavica*, *64*(6), 789-797. <https://doi.org/10.1111/aas.13563>
- Morán, C., Landero, R., & González, M. (2010). COPE-28: A Psychometric Analysis of the Spanish Version of the Brief COPE. *Universitas Psychologica*, *9*(2), 543-52.
http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1657-92672009000200020
- National Institute for Health and Clinical Excellence. (2009). NICE Clinical Guideline (CG83) 2009.
<https://www.nice.org.uk/guidance/cg83>
- Pereira Frota, O., Gouveia de Séne, A., Ferreira-Júnior, M., Ciccone Giacon-Arruda, B., Ferraz Teston, É., Alcalá Pompeo, D., & Martins de Paula, F. (2021). Coping strategies of family members of intensive care unit patients. *Intensive and Critical Care Nursing*, *63*, 102980.
<https://doi.org/10.1016/j.iccn.2020.102980>
- Pereira, S., Cavaco, S., Fernandes, J., Moreira, I., Almeida, E., Seabra-Pereira, F., Castro, H., Malheiro, M., Cardoso, A., Aragao, I., & Cardoso, T. (2018). Long-term psychological outcome after discharge from intensive care. *Revista Brasileira de Terapia Intensiva*, *30*(1), 28-34.
<https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC5885228/>
- Petrinec, A., & Martin, B. (2018). Post-intensive care syndrome symptoms and health-related

- quality of life in family decision-makers of critically ill patients. *Palliative & Supportive Care*, 16(6), 719-724.
<https://doi.org/10.1017/S1478951517001043>
- Pochard, F., Azoulay, E., Chevret, S., Lemaire, F., Hubert, P., Canoui, P., Grassin, M., Zittoun, R., le Gall, JR., Dhainaut, JF., & Schlemmer, B. (2001). Symptoms of Anxiety and Depression in Family Members of Intensive Care Unit Patients: Ethical Hypothesis Regarding Decision-Making Capacity. *Critical Care Medicine*, 20(10), 1893-7.
<https://doi.org/10.1097/00003246-200110000-00007>
- Pochard, F., Darmon, M., Fassier, T., Bollaert, P.-E., Cheval, C., Coloigner, M., Merouani, A., Moulront, S., Pigne, E., Pignat, J., Zahar, JR., Schlemmer, B., & Azoulay, E. (2005). Symptoms of Anxiety and Depression in Family Members of Intensive Care Unit Patients Before Discharge or Death. A Prospective Multicenter Study. *Journal of Critical Care*, 20(1), 90-6.
<https://doi.org/10.1016/j.jcrc.2004.11.004>
- Rattray, J., Crocker, C., Jones, M., & Connaghan, J. (2010). Patients' perceptions of and emotional outcome after intensive care: Results from a multicentre study. *Nursing in Critical Care*, 15(2), 86-93.
<https://doi.org/10.1111/j.1478-5153.2010.00387.x>
- Reich, M., Costa-Ball, C., & Remor, E. (2016). Psychometric Properties of the Brief COPE in a Sample of Uruguayan Women. *Avances en Psicología Latinoamericana*, 34(3), 615-36.
<https://www.redalyc.org/pdf/799/79947707014.pdf>
- Roze des Ordon, A. L., Stelfox, H., Sinuff, T., Grindrod-Millar, K., Smiechowski, J., & Sinclair, S. (2019). Spiritual Distress in Family Members of Critically Ill Patients: Perceptions and Experiences. *Journal of Palliative Medicine*.
<https://doi.org/10.1089/jpm.2019.0235>
- Rückholdt, M., Tofler, G., Randall, S., & Buckley, T. (2019). Coping by family members of critically ill hospitalised patients: An integrative review. *International Journal of Nursing Studies*, 97, 40-54.
<https://doi.org/10.1016/j.ijnurstu.2019.04.016>
- Rusinova, K., Kukal, J., Simek, J., & Cerny, V. (2014). Limited family members/staff communication in intensive care units in the Czech and Slovak Republics considerably increases anxiety in patients' relatives--the DEPRESS study. *BMC Psychiatry*, 24, 14-21.
<https://doi.org/10.1186/1471-244X-14-21>
- Saeid, Y., Moradian, S., Ebadi, A., & Salaree, M. (2021). The family intensive care unit syndrome: A qualitative content analysis. *Nursing in Critical Care*, 17.
<https://doi.org/10.1111/nicc.12683>
- Schmidt, M., & Azoulay, E. (2012). Having a loved one in the ICU: the forgotten family. *Current Opinion in Critical Care*, 18(5), 540-7.
<https://doi.org/10.1097/MCC.0b013e328357f141>
- Schwartz, A., Dunn, S., Simon, H., Velasquez, A., Garner, D., Tran Jr, D., & Kaslow, N. (2022). Making Family-Centered Care for Adults in the ICU a Reality. *Frontiers in Psychiatry*, 13, 837708.
<https://doi.org/10.3389/fpsy.2022.837708>
- Shaw, R., Bernard, R., Storfer-Isser, A., Rhine, W., & Horwitz, S. (2013). Parental Coping in the Neonatal Intensive Care Unit. *Journal of Clinical Psychology in Medical Settings*, 20(2), 135-42 DOI: 10.1007/s10880-012-9328-x.
<https://doi.org/10.1007/s10880-012-9328-x>
- Spielberger, C., Gorsuch, R., Lushene, R., Vagg, P., & Jacobs, G. (1983). State-Trait Anxiety Inventory (Form Y). Palo Alto: Consulting Psychologists Press.
- Stam, H., Stucki, G., Bickenbach, J., & European Academy of Rehabilitation Medicine. (2020). Covid-19 and Post Intensive Care Syndrome: A Call for Action. *Journal of Rehabilitation Medicine*, 52(4), jrm00044.
<https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/32286675/>
- Su, Y., Yuki, M., & Hirayama, K. (2020). The experiences and perspectives of family surrogate decision-makers: A systematic review of qualitative studies. *Patient Education and Counseling*, 103(6), 1070-1081.
<https://doi.org/10.1016/j.pec.2019.12.011>
- Teixeira, C., & Goulart Rosa, R. (2018). Post-intensive care outpatient clinic: is it feasible and effective? A literature review. *Revista Brasileira de Terapia Intensiva*, 30(1), 98-111.

- <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC5885237/>
- Tingsvik, C., Hammarskjöld, F., Mårtensson, J., & Henricson, M. (2018). Patients' lived experience of intensive care when being on mechanical ventilation during the weaning process: A hermeneutic phenomenological study. *Intensive and Critical Care Nursing*, *47*, 46-53.
<https://doi.org/10.1016/j.iccn.2018.03.004>
- Tirupakuzhi Vijayaraghavan, B., Willaert, X., & Cuthbertson, B. (2018). Should ICU clinicians follow patients after ICU discharge? No. *Intensive Care Medicine*, *44*(9), 1542-1544.
<https://doi.org/10.1007/s00134-018-5117-9>
- Tortella-Feliu, M., Fullana, M., Pérez-Vigil, A., Torres, X., Chamorro, J., Littarelli, S., Solanes, A., Ramella-Cravaro, V., Vilar, A., González-Parra, J., Andero, R., Reichenberg, A., Mataix-Cols, D., Vieta, E., Fusar-Poli, P., Ioannidis, J., Stein, M., Radua, J., & Fernández de la Cruz, L. (2019). Risk factors for posttraumatic stress disorder: An umbrella review of systematic reviews and meta-analyses. *Neuroscience & Biobehavioral Reviews*, *107*, 154-165.
<https://doi.org/10.1016/j.neubiorev.2019.09.013>
- Turner-Cobb, J., Smith, P., Ramchandani, P., Begen, F., & Padkin, A. (2016). The acute psychobiological impact of the intensive care experience on relatives. *Psychology, Health & Medicine*, *21*(1), 20-6.
<https://doi.org/10.1080/13548506.2014.997763>
- Wartella, J., Auerbach, S., & Ward, K. (2009). Emotional distress, coping and adjustment in family members of neuroscience intensive care unit patients. *Journal of Psychosomatic Research*, *66*(6), 503-9.
<https://doi.org/10.1016/j.jpsychores.2008.12.005>
- Weiss, D., & Marmar, C. (1996). The Impact of Event Scale- Revisad. En J. Wilson, & T. Keane, *Assesing psychological trauma and PTSD: A handbook for practioners* (págs. 399-411). New York: Guilford Press.
- Wen, F.-H., Chou, W.-C., Huang, W.-C., Hu, T.-H., Chiang, M., Chuang, L.-P., & Tang, S. (2022). ICU bereaved surrogates' comorbid psychological-distress states and their associations with prolonged grief disorder. *Critical Care*, *26*(1), 102.
<https://doi.org/10.1186/s13054-022-03981-7>
- Wendlandt, B., Ceppe, A., Choudhury, S., Nelson, J., Cox, C., Hanson, L., Danis, M., Tulskey, J., & Carson, S. (2018). Risk Factors for Post-Traumatic Stress Disorder Symptoms in Surrogate Decision-Makers of Patients with Chronic Critical Illness. *Annals of the American Thoracic Society*, *15*(12), 1451-1458.
<https://doi.org/10.1513/AnnalsATS.201806-420OC>
- Wong, P., Redley, B., Digby, R., Correya, A., & Bucknall, T. (2019). Families' perspectives of participation in patient care in an adult intensive care unit: A qualitative study. *Australian Critical Care*.
<https://doi.org/10.1016/j.aucc.2019.06.002>
- Yende, S., Austin, S., Rhodes, A., Finfer, S., Opal, S., Thompson, T., Bozza, F., LaRosa, S., Ranieri, V., & Angus, D. (2016). Long-term quality of life among survivors of severe sepsis: analyses of two international trials. *Critical Care Medicine*, *44*(8), 1461-1467.
<https://doi.org/10.1097/CCM.0000000000000658>
- Zigmond, A., & Snaith, R. (1983). The hospital anxiety and depression scale. *Acta Psychiatrica Scandinavica*, *67*(6), 361-370.
<https://doi.org/10.1111/j.1600-0447.1983.tb09716.x>