

Contribuciones de la Psicología al manejo interdisciplinario del paciente en Unidad de Cuidados Intensivos (UCI)

Contributions of psychology to interdisciplinary management of the Intensive Care Unit patient (ICU)

Ana María Contreras Moreno ¹, Ximena Palacios Espinosa ²

Forma de citar: Contreras Moreno AM, Palacios-Espinosa X. Contribuciones de la Psicología al manejo interdisciplinario del paciente en Unidad de Cuidados Intensivos (UCI). rev.univ.ind.santander.salud 2014; 46 (1): 47-60

RESUMEN

Introducción: Las UCI son altamente estresantes para los pacientes, los familiares y los miembros del equipo de salud. Los temores, la soledad y la pérdida de autonomía son condiciones frecuentes que confrontan a los actores de estas unidades con la vulnerabilidad, el sufrimiento y la muerte. **Objetivos:** Presentar y argumentar las razones por las que la participación del psicólogo resulta pertinente, relevante e indispensable en el trabajo interdisciplinario dentro de las UCI. **Metodología:** La evidencia empírica se obtuvo de artículos científicos extraídos de bases de datos especializadas. **Resultados:** Estar en una UCI es una experiencia altamente estresante y potencialmente traumática, pues los pacientes se enfrentan a situaciones que comprometen la vida y se confrontan con la muerte. **Conclusiones:** La evidencia sobre la participación del psicólogo en las UCI es escasa. El psicólogo, como estudioso del comportamiento, puede contribuir de manera activa en la evaluación y el manejo del paciente crítico, de su familia y de los miembros del equipo de salud.

Palabras clave: Unidad de Cuidado Intensivo (UCI), psicólogo, terapia comportamental, intervención psicológica, paciente crítico.

1. Programa de Psicología de la Universidad del Rosario (Bogotá-Colombia).

Correspondencia: Ana María Contreras, Psicóloga. **Dirección:** Transversal 74 C Número 81 F 90, Bogotá. **Correo electrónico:** anamariae88@hotmail.com

Recibido: noviembre 1 de 2013

Aprobado: marzo 3 de 2014

ABSTRACT

Introduction: Intensive Care Units are highly stressful for patients, family and the healthcare team. Fear, loneliness and loss of autonomy are common conditions that confront UCI actors with vulnerability, suffering and death. **Objectives:** to present and argue the reasons why the psychologist's participation is relevant, important and indispensable in the interdisciplinary work of the ICU. **Methodology:** the empirical evidence was obtained from scientific articles extracted from specialized databases. **Results:** Be in the ICU is highly stressful and potentially traumatic because patients are faced with life threatening situations and confronted with death. **Conclusions:** Evidence on the involvement of psychologists in the ICU is low. The psychologist, as a behavior researcher, can contribute actively in the assessment and handling of critically ill patients, their families and members of the healthcare team.

Key words: Intensive Care Unit (ICU), psychologist, behavioral therapy, psychological intervention, critical patient

INTRODUCCIÓN

Es innegable que el ingreso de una persona a una Unidad de Cuidados Intensivos (UCI) representa un evento con importante impacto físico y emocional en el que los temores, la soledad y la pérdida de autonomía son condiciones frecuentes que confrontan a los actores de estas unidades con la vulnerabilidad, el sufrimiento y la muerte, además involucran tanto al paciente y a sus familiares como a los miembros del equipo de salud. Sin desconocer los incalculables esfuerzos de los dos primeros durante la estancia en UCI, son los miembros del equipo de salud quienes se han recibido entrenamiento para atender a estos pacientes y cada vez con mayor frecuencia, rescatarlos del estado crítico. Sin embargo, es común que médicos, enfermeros y terapeutas se pregunten sobre las labores que puede realizar un psicólogo en una UCI, teniendo en cuenta que la mayoría de pacientes se encuentran intubados, sedados, y con disminución de su capacidad de comunicación con el medio.

Es posible que en el imaginario social, los únicos profesionales que se encuentran en una UCI sean los médicos y los enfermeros. Pero en el escenario real, diversos profesionales y técnicos interactúan y trabajan para cuidar al paciente en este tipo de unidades: médicos, enfermeros, terapeutas físicos, ocupacionales, respiratorios, camilleros, trabajadores sociales, y seguramente también psiquiatras y psicólogos. Incluso, bioeticistas, filósofos, sociólogos pueden hacer valiosos aportes al trabajo en las UCI al contribuir a la reflexión y al análisis de dilemas complejos propios de estos escenarios, como puede ser la toma de decisiones al final de la vida. Pero lo cierto y en acuerdo con lo planteado en el artículo de Rose ¹, uno de los grandes problemas que se enfrentan en la UCI es el manejo (¿o la necesidad?) del poder. Pero más allá de ello, que no es el objeto de este artículo, el trabajo interprofesional

implica colaboración y para ello deben quedar claras las funciones y las responsabilidades de cada miembro del equipo, que sin duda, pueden e idealmente deben complementarse. De hecho, Rose ¹ confirma esta afirmación cuando indica que se trata de un trabajo basado en la interdependencia y no en la autonomía. En congruencia con lo anterior, este artículo tiene como objetivos presentar y argumentar las razones por las que la participación de un psicólogo resulta no solo pertinente y relevante sino indispensable en el escenario del trabajo interdisciplinario de las UCI.

Necesidades psicológicas y emocionales del paciente crítico

El impacto de los factores emocionales en el paciente que ha ingresado a una UCI ha sido reconocido. De hecho, se considera como un evento que modifica la vida y se ha descrito como una experiencia aterrizante². Por ejemplo, Chang y col. ³ realizaron un estudio con población de adultos mayores con un promedio de edad de 72,78 años, cuyo diagnóstico de ingreso a la UCI fue la falla respiratoria y encontraron que las necesidades de estos pacientes trascienden la dimensión física (necesidad de alivio del dolor y de la incomodidad causada por la intubación o la succión de secreciones; reiniciar la vía oral y poder dormir de manera continua) e incluyen factores de tipo psicosocial (necesidad de ser cuidado por parte del equipo de salud, tener horarios de visita flexibles ⁴, tener la capacidad de controlar y mejorar cada vez más una adecuada comunicación con el equipo de salud) e informacional (obtener explicaciones adecuadas acerca de la progresión de su enfermedad y de su pronóstico, esto es que los médicos les comuniquen a sus pacientes aspectos relevantes de su enfermedad y tratamiento y no solo a sus familiares) Bernat-Adell y col. ⁵ describieron que los factores

afectivos y emocionales están asociados con deterioro cognoscitivo y por tanto pueden afectar de manera negativa la capacidad del paciente para razonar y por consiguiente, limitan su participación en la toma de decisiones. De hecho, los resultados del estudio realizado por estos autores, indicaron que los pacientes consideran que deben tener la última palabra en las decisiones que se tomen con respecto a su condición de salud y que prefieren que sea el médico quien les de las malas noticias.

El estado de ánimo deprimido está asociado con la disminución de la capacidad cognoscitiva y por tanto, con la habilidad en la toma de decisiones. De esta manera, si el paciente crítico se siente deprimido, tomar decisiones se convierte en una demanda que representa o siente como una carga ⁵. De hecho, la depresión del paciente en UCI aparece también asociada a factores propios de la enfermedad, del contexto, sociodemográficos y farmacológicos, afectando de manera negativa el pronóstico ⁶. Sandiumenge y Torrado ⁶ también reconocen la importancia de tomar medidas preventivas frente a la depresión así como al uso de medidas sencillas para garantizar la comodidad del paciente en la UCI; de esta manera, consideran que podría favorecerse la adaptación emocional de éste a la nueva situación. Sin embargo, no se menciona la potencial contribución de la Psicología en dicho proceso de adaptación.

Los pacientes que participaron en el estudio realizado por Bernat-Adell y col ⁵, indicaron que la presencia de un psicólogo podría facilitar el proceso que tiene lugar durante su estancia en UCI, que entre otros incluye sentirse deprimido, recibir malas noticias y enfrentar las dificultades de los médicos para responder a las preguntas que tienen. Existe evidencia que sugiere que la depresión es una condición que se presenta continuamente en el paciente en UCI ⁷; es frecuente durante su estancia en ella y disminuye francamente con el egreso ⁸.

Además de la depresión, el paciente en UCI durante su estancia hospitalaria puede enfrentar otras alteraciones mentales como estrés, ansiedad ⁹, delirium y otras alteraciones neuropsiquiátricas, incluso se ha descrito la aparición de Trastorno por Estrés Posttraumático al egreso ¹⁰. De forma concurrente los pacientes también tienen necesidades emocionales, por ejemplo la necesidad de sentirse seguro y conocer sobre su estado de salud, así como sentimientos de pérdida de autocontrol.

En general, el tratamiento en una UCI puede ser estresante y traumático para los pacientes, llegando a dejar incluso secuelas de tipo físico, psicológico y cognoscitivo ¹¹. En lo referente al estrés experimentado por el paciente en UCI, la evidencia permite dar cuenta de estresores biológicos, psicológicos y sociales en este escenario, que suelen presentarse de manera aguda y recurrente siendo francamente agobiantes para el paciente: dolor, privación o disminución del sueño^{9,12-13}, miedo o ansiedad ¹³, ruido ^{9,12}, sed, limitación funcional, incapacidad para hablar, inmovilidad, dificultad para respirar, confusión, desorientación espaciotemporal, desesperanza, ver y ser visto por muchos médicos, ver a otros pacientes, recibir cuidado de enfermeros que proporcionan más información de la que el paciente puede llegar a comprender ¹², soledad^{12,14}, evitación de los médicos para responder a sus preguntas ⁵, cansancio, privación de sueño inducida por fármacos, intubación, dolor e interrupción de los ciclos de luz y oscuridad ¹⁵. De ellos principalmente el dolor, la disminución del sueño, la depresión y el miedo o ansiedad se asocian con disminución de la competencia inmunológica, lo que recuerda la estrecha y compleja relación entre el sistema nervioso central, el sistema inmune y el sistema endocrino, actualmente estudiada por la Psiconeuroinmunoendocrinología. De hecho, el estrés y la experimentación de emociones negativas pueden generar efectos negativos inmediatos y a largo plazo en el bienestar físico y psicológico de los pacientes, y han sido vinculados con demoras en la recuperación física. Un ejemplo de esto lo proporciona el estudio de Lusk y Aytakin ¹⁶ en el que encontraron que los esposos cuidadores de pacientes con Alzheimer tienen un decremento en su función inmune, y aquellos con menor apoyo social muestran una disminución aun mayor de dicha función. Otro ejemplo, específico del paciente crítico, es el estudio de Nicolasy col. ¹⁷ en el cual reconocen que el tiempo que un paciente duerme de noche, mientras se encuentra en una UCI, es un aspecto muy importante en el proceso de salud o de enfermedad y tiene una repercusión directa en su recuperación

En lo que respecta específicamente al estrés post traumático, puede ser una de las consecuencias a largo plazo de haber ingresado como paciente a una UCI. Al respecto Kiekkas y col. ¹⁸ resaltan que un número importante de personas que sobrevivieron a la UCI, reportan la re-experimentación de sueños, pesadillas, alucinaciones y delirios paranoides que tuvieron durante su estancia en la UCI. Según Davydow y col. ⁷ también persisten los síntomas depresivos, y especifican que este tipo de recuerdos son duraderos, vívidos y con un alto impacto emocional. Igualmente, investigaciones como

la de Schnyder y col.¹⁹ han demostrado que la aparición de síntomas de estrés postraumático en pacientes críticos por traumatismo, está asociada con condiciones premórbidas como la evaluación subjetiva de la severidad y la amenaza del evento traumático, la actitud hacia la vida y las estrategias de afrontamiento. Así mismo, Sestakova y col.²⁰ indican que la incapacidad física, el temor a la muerte y la sedación farmacológica en los pacientes son condiciones asociadas con los cuadros de estrés post traumático.

En el estudio de Hunziker y col.²¹ realizado en 9 UCI, se encontró que son factores predictores y asociados con la insatisfacción en estos escenarios, la percepción de competencia entre las enfermeras (OR para la insatisfacción = 5,9, IC 95%: 2,3 a 15,2); la preocupación y el cuidado por el personal de la UCI (OR= 5,0, IC 95%: 1.9 a 12.6); la integridad de la información (OR= 4,4, IC del 95%: 02.04 a 08.01); la insatisfacción con el proceso de toma de decisiones (OR= 3,0, IC 95%: 1.6 a 5.6); 5); el ambiente de la UCI (OR= 2,6, IC: 95% 1.4 a 4.8); y la atmósfera de la sala de espera (OR= 2.7, IC 95%: 1,2-6,0).

La remisión o interconsulta del paciente crítico a otros profesionales es fundamental para garantizar un trabajo integral de sus necesidades. De hecho, así lo reconocen Jones y col.²² al indicar que un paciente que presenta síntomas de estrés post traumático debería ser referido, con su consentimiento, a un psicólogo clínico. En coherencia con lo anterior, un paciente de UCI con esta sintomatología deberá, sin excepción, recibir valoración y atención por parte del equipo de Psicología y/o Psiquiatría. De hecho, será fundamental la interconsulta a Psiquiatría de Enlace de aquellos pacientes en UCI con delirium pues si bien el psicólogo clínico de la salud está en competencia de identificar el cuadro clínico y de apoyar al grupo familiar para su comprensión y afrontamiento, algunos autores²³ plantean que la consulta psiquiátrica puede favorecer la mejoría de estos pacientes previniendo las recaídas en una alta proporción²⁴. De hecho, el delirium es francamente incidente en la UCI (30-80%) en comparación con la población de pacientes hospitalizados en otros servicios²⁵.

Wade y col plantean que los pacientes sobrevivientes de las UCI, presentan altas tasas de morbilidad psicológica. En su estudio, concluyen que aquellos pacientes que presentan reacciones psicológicas agudas durante su estancia en UCI, tienen mayor probabilidad de desarrollar problemas psicológicos a su egreso^{15, 26}. Por lo tanto, la atención oportuna de estas reacciones, podría ser una medida de prevención

de estos problemas; e incluso Wade y col. afirman que las intervenciones psicológicas, junto con las modificaciones farmacológicas, podrían ayudar a reducir consecuencias indeseables después del egreso de la UCI, incluyendo el trastorno de estrés postraumático²⁶. Garrouste-Orgeas y col.²⁷ confirman que la dinámica cotidiana de las UCI favorece la presencia síntomas relacionados con el estrés postraumático tanto en los pacientes sobrevivientes como en los familiares, aún después de un año de haber egresado de la UCI.

Todo lo anterior indica que además de los aspectos biológicos, parece apropiado atender los aspectos psicológicos de estos pacientes para prevenir y detectar alteraciones afectivas y emocionales de manera oportuna²⁸, lo que a su vez favorecería la intervención psicosocial dirigida a lograr el ajuste y la adaptación a la estancia en UCI y proteger al paciente del impacto psicológico que puede generar este episodio en su vida. Así lo confirman Davydow y col.²⁹ quienes resaltan que experimentar síntomas de estrés agudo durante la hospitalización puede ser un factor de riesgo modificable para prevenir la morbilidad psiquiátrica en sobrevivientes de la UCI. En consecuencia, las intervenciones tempranas para estos pacientes en situación de riesgo, pueden modificar las consecuencias psiquiátricas a largo plazo.

El impacto de la UCI en los familiares del paciente crítico

Los pacientes no son los únicos afectados con el ingreso a la UCI. Tal como afirman Rodríguez Martínez y col.³⁰ el ingreso de una persona enferma a este tipo de unidad, supone una barrera física y psicológica en la dinámica relacional familia-paciente. El aislamiento del enfermo lejos de la familia tiene repercusiones para ambos, lo que de manera indirecta influye negativamente el sistema familiar. Desde ese momento, los miembros de la familia corren el mismo riesgo que tiene el paciente crítico de desarrollar alteraciones afectivas, emocionales³¹⁻³³ y físicas³³ y vivirán intensos momentos de estrés³⁴. De hecho, de acuerdo con Anderson y col.³⁵, la familia del paciente en UCI también está en riesgo de desarrollar enfermedad mental, tanto durante la estancia hospitalaria, como una vez que el paciente ha egresado de la UCI. Aunque la ansiedad y la depresión en la familia suelen estar presentes²⁷, sus síntomas tienden a disminuir con el tiempo; sin embargo, situaciones relacionadas con pérdidas y duelos tienden a complicarse a medida que pasa el tiempo, al igual que sucede con los cuadros de estrés post traumático, que suelen instaurarse cuando el paciente ya ha sido

dado de alta de la UCI. También Plaszewska-Zywko y Gazda ³⁶, resaltan que los familiares de los pacientes de la UCI experimentan emociones negativas de alta intensidad, en especial los padres y los hijos adultos; y en comparación con los hombres, las mujeres presentan mayores niveles de emociones y de necesidades.

El trastorno de estrés post traumático ha sido bien estudiado no solo en los pacientes de UCI sino también en sus familias. De acuerdo con diferentes reportes, 14-27% de los sobrevivientes de la UCI desarrollan el trastorno, que incluso puede ser de curso crónico ³⁷⁻³⁸. Así mismo se ha reportado que en estos pacientes el estrés post traumático puede presentar comorbilidad con ansiedad, depresión y trastornos del sueño; además, puede demorar la recuperación, generar sentimientos de angustia por separación de los seres queridos y disminuir la funcionalidad y la calidad de vida. La prevalencia de estrés postraumático en las familias también es representativa. Anderson y col. ³⁵ realizaron un estudio donde encontraron que el 35% de los familiares que participaron, presentaron síntomas de estrés post traumático relacionado con la experiencia de tener un ser querido en UCI luego de 6 meses de ocurrido el hecho, y 46% de aquellos que perdieron un familiar presentaron duelo complicado luego de 6 meses. Con base en estos resultados, los autores sugieren que los familiares de pacientes en UCI sean evaluados por ansiedad aguda y depresión durante la experiencia en UCI y por estrés post traumático y duelo complicado luego del alta o muerte del paciente.

En lo referente al estrés, algunas de las principales fuentes de estrés de la familia del paciente crítico son: la tecnificación del entorno, la falta de intimidad y de espacios adecuados, el alto número de profesionales diferentes que atienden al paciente, la falta de confianza en los servicios de salud, el lenguaje técnico y la escasez de información, el sometimiento a las restrictivas normas de la unidad, el síndrome de estrés del traslado (ansiedad generada por el paso del paciente de la UCI a una unidad de hospitalización) ⁴⁰ y designar un tutor sustituto que asuma tomar decisiones por el paciente y representar sus deseos ⁴¹. García Mozo y col. ⁴⁰ indican que además la familia se enfrenta a una situación de crisis vital y de muerte inminente caracterizada por: falta de control sobre la situación; incertidumbre en los momentos de espera; incertidumbre sobre el futuro del paciente; cambios de roles dentro de la familia y desajuste en su funcionamiento; preocupación por no sentirse preparados para tomar decisiones sobre el paciente y percepción de falta de libertad para verbalizar dudas y

temores. De hecho, la enfermedad aguda en uno de los miembros de una familia puede afectar negativamente a toda la familia y desencadenar conflictos en el funcionamiento y la integridad familiar ⁴².

En el estudio de Chaboyer y col. ¹⁴, se encontró que la experiencia de pacientes y familiares en la UCI es ambivalente, aunque está especialmente asociada con soledad, vulnerabilidad, indefensión y pérdida de importancia. Por lo tanto, concluyen los autores que además de enfermeras para la UCI, se requiere de profesionales de la salud que proporcionen apoyo emocional durante la transferencia a esta Unidad y que precisamente deben desarrollarse, aplicarse y evaluarse estrategias para lograr este tipo de apoyo. La familia, en especial los parientes cercanos, parecen ser una fuente de apoyo fundamental para el paciente crítico ². De hecho, en el estudio cualitativo realizado por Engstrom y Soderberh ² se encontró que los pacientes críticos expresaron sentirse dependientes de los familiares cercanos y así mismo sentirse asustados y solos en su ausencia; son uno de los medios para comunicarse, sentirse motivado, comprendido, seguro y reconocido. Estos autores concluyen que la presencia de los familiares cercanos “es de gran importancia para la persona enferma y debe ser facilitada por el personal de salud” (p. 569).

Uno de los principales temores de la familia de un paciente en UCI es la muerte. “Morir en una UCI no es natural y por lo general conlleva sufrimiento para el paciente y sus allegados” ⁴³ (p. 116). Si bien el estudio realizado por Kongsuwan y Locsin ⁴³ se desarrolla en un marco contextual propio del mundo oriental, específicamente en Tailandia, se rescata que más allá del contexto, el deseo por una muerte en paz es común en el contexto de Occidente. Seguramente, nadie desea entrar a una UCI y menos morir en ella. Pero en caso de que así fuera, una condición ideal sería lograr una estancia beneficiosa en ella y una muerte en paz; por lo tanto, entrenar al personal y a la familia para esto puede ser una de las tantas tareas a ejecutar en la UCI por parte del psicólogo. No obstante, la evidencia empírica ⁴⁴ encarga al cuidado proporcionado por enfermería la tarea de empoderar a la familia frente a la muerte de su ser querido.

En un estudio cualitativo realizado por Sanner ⁴⁵, se encontró que a siete de las 14 familias a quienes se les solicitó la donación de órganos de su familiar, este acto les resultó secundario en importancia, pues su preocupación estaba centrada en la muerte de su pariente. Sin embargo, los participantes reconocieron

que necesitaban apoyo para aliviar las reacciones inmediatas de preocupación, para poder pensar de manera racional y lograr así respuestas fundamentadas. Y es que la familia del paciente crítico necesita tener como aliados a los miembros del equipo de salud que cuidan de su familiar pues de esa manera retorna a ellos la ilusión de tener algún grado de control de la situación. Kim y col.⁴⁶, realizaron un estudio aleatorizado controlado con 275 enfermeros de los cuales 206 trabajaban en la UCI, con el objetivo de evaluar los efectos de un programa para la alianza entre el cuidador formal y la familia del paciente (Family-Provider Alliance Program) sobre la percepción de la alianza terapéutica, la satisfacción laboral y la calidad del cuidado. Entre otros, encontraron que tal alianza explica la varianza de 7,2% en la satisfacción laboral y de 11,4% en la calidad del cuidado. Además, permitió observar que el programa puede ser efectivo para que las enfermeras perciban empoderamiento por parte de la familia.

Estudios como el de Olsen y col.⁴⁷ y el de Ciuffo y col.⁴ han resaltado la importancia de la comunicación sobre el estado del paciente crítico, por su calidad protectora en el proceso de ajuste tanto del paciente como de la familia. De hecho, Ciuffo y col.⁴ indican que una proporción importante de pacientes y familiares se sienten insatisfechos con la información recibida en la UCI y recomiendan atender a esta necesidad de manera prioritaria.

De acuerdo con lo anterior y en concordancia con el planteamiento de Olsen y col.⁴⁷, si se establece una forma de diálogo en la que se puedan sopesar el estrés y los beneficios del apoyo que le puede dar la familia al paciente en UCI, es posible lograr un mejor posicionamiento de esta en beneficio de la recuperación del paciente. En consecuencia, el cuidado del paciente en la UCI debe incluir la participación de la familia, ya que esta favorece una mejor comprensión, una mayor cooperación y el mantenimiento del vínculo con el paciente. No hay evidencia alguna de que esta pueda ser una medida con consecuencias perjudiciales⁴⁸, por el contrario se conoce que los pacientes de UCI se sienten complacidos con la participación de la familia en su cuidado²⁷. De hecho, Errasti-Ibarrondo y Tricas-Sauras⁴⁹ afirman que la evidencia apoya el hecho de que las políticas de visitas flexibles en UCI son benéficas al igual que la participación de la familia en el cuidado intensivo del paciente así como la adquisición de roles más específicos en el contexto de las visitas y su relación con el paciente.

De acuerdo con lo anterior, una política de acceso libre de visitantes que tiene en cuenta los deseos del paciente, sus necesidades y las de su familia y su estado de salud, impacta de manera positiva tanto al paciente como a su familia y cuidadores. Por lo tanto, las relaciones entre los médicos de la UCI y las familias de los pacientes, deben estar basadas en la confianza mutua y de esta manera favorecer que en la UCI, familiares y otros visitantes se consideren socios en el proceso de atención⁴⁸. No obstante, pese a la pertinencia de la participación activa de la familia en el cuidado intensivo de su pariente, es necesario considerar que con frecuencia estarán pasando por procesos de duelo complicado y/o de estrés postraumático que podrán persistir aún tras el egreso del paciente³⁵. De acuerdo con Tyrie y Mosenthal³⁴, el hecho de que se comprenda y se maneje el duelo complicado de la familia del paciente en UCI y se tengan en cuenta las necesidades emocionales y educativas de esta, a través de equipos interdisciplinarios capaces de atender adecuadamente sus necesidades, favorece que las familias optimicen la capacidad de tomar decisiones y en consecuencia puede afectar positivamente al paciente.

La labor del psicólogo en la UCI

En la UCI, los profesionales están acostumbrados a resolver situaciones inmediatas y urgentes, puesto que su interés es preservar la vida de los pacientes que se encuentran allí. Sin embargo, mientras se preocupan por que el paciente se estabilice, la salud psicológica parece pasar a un segundo plano. En la mayoría de ocasiones el paciente está inconsciente, sedado y/o intubado, y al no tener contacto con su medio externo resulta más factible olvidar que es una persona la que está ahí acostada recibiendo un tratamiento.

De hecho, Shulman y Shewbert⁵⁰ señalan que el estigma social relacionado con la percepción popular de la enfermedad mental y la perspectiva exclusivamente médica de médicos y enfermeros, facilita la omisión de la atención psicológica para pacientes en cuidado crítico. Este fenómeno ocurre incluso cuando las condiciones médicas están afectadas por el estado mental del paciente. Generalmente las inclinaciones de los profesionales de la salud hacia el desvío del tratamiento psicológico afectan de forma adversa al sistema consultante de diferentes formas, puesto que existe la percepción de que la agenda del médico y/o la enfermera puede verse amenazada por la participación de un profesional de salud mental en el caso, especialmente si no se le ha solicitado.

Esto conlleva al rechazo de la consulta psicológica, y el resultado final es que los pacientes pasan su estancia sin una ayuda psicológica apropiada en las UCI; de hecho, cuando el servicio de salud mental no está disponible, el manejo emocional frecuentemente se deja al equipo de enfermería o al personal de pastoral, quienes si bien realizan una importante labor en el cuidado y el apoyo del paciente, no cuentan con el tiempo o el entrenamiento para atender estos problemas, lo que puede resultar disfuncional pues añade una carga innecesaria para aquellos que cuidan al paciente y puede producir una exacerbación de la crisis del mismo.

Parte de los prejuicios que acompañan la atención del paciente en UCI por parte de un psicólogo es que los pacientes no tienen consciencia de su entorno y no pueden interactuar con él, sin embargo esto no es del todo cierto. Merilainen y col.⁵¹ plantean la importancia de comprender el ambiente del paciente crítico en UCI. Afirman que el ambiente es más que físico y que sus dimensiones son también sociales (determinadas por los diversos actores presentes en él y las normativas que en él circulan) y simbólicas. Citando a Kim⁵², estos autores reportan que el ambiente simbólico está constituido “por las comunidades, la religión, las normas culturales, el lenguaje, la educación, las normas de comportamiento, las expectativas de rol, las ideas sobre salud y enfermedad y el tipo de cuidado que según la comunidad debe darse a los pacientes”⁵¹ (p. 247). De esta manera, el paciente en la UCI no sólo está expuesto al incómodo ambiente físico colmado de los estresores ya mencionados, sino a un ambiente social en el que de manera abrupta queda sumergido en un sistema de normas con las que posiblemente no esté de acuerdo (visitas restringidas, ropa incómoda, etc.) e interrelaciones obligadas con personas desconocidas (miembros del equipo de salud). Pero también hay un ambiente privado, creado por el paciente, un ambiente emocional, un ambiente propio, que le permite ajustarse o desajustarse a estos otros dos ambientes descritos. Merilainen y col.⁵¹ concluyen que el paciente está “conectado con el ambiente de la UCI pero usualmente no tiene la habilidad para influenciarlo” (p. 246); por lo tanto, es fundamental dotarlo de un determinado sentimiento de seguridad al influir sobre el ambiente social y simbólico del mismo y resaltan la necesidad de aprender más sobre las experiencias subjetivas y en específico sobre el ambiente psicológico del paciente.

El psicólogo, puede modificar los ambientes antes descritos como parte de un proceso terapéutico y facilitar de esta manera el ajuste del paciente e incluso de su familia, a la UCI.

De acuerdo con Garland⁵³, el desempeño en una UCI tiene dominios específicos (médico, económico, psicosocial, ético e institucional) con resultados claramente definidos y diferenciados. Ejemplo de ellos son el dominio médico y el psicosocial. En el primero, los resultados se miden con base en las tasas de supervivencia, errores médicos, tasas de complicaciones en relación con el cuidado, adecuado control de los síntomas; mientras que desde el dominio psicosocial y ético, los resultados se miden con base en el funcionamiento a largo plazo y la percepción de calidad de vida entre los supervivientes de la UCI, la satisfacción del paciente y de la familia, la concordancia entre las decisiones deseadas y las decisiones actuales sobre el final de la vida.

En cuanto a las labores que puede desarrollar el psicólogo en la UCI se encuentran la evaluación psicológica y el apoyo emocional a pacientes que no se encuentren sedados, con el fin de reducir síntomas de agitación, ansiedad y depresión que podrían retrasar la mejoría del paciente o alterar aún más sus funciones fisiológicas. Igualmente, el psicólogo se encuentra en la capacidad de realizar evaluación e intervención familiar que permita el ajuste de la familia a la situación actual, reduciendo el impacto de tener un ser querido en la UCI y promoviendo estrategias de afrontamiento que resulten adaptativas para enfrentar la situación, disminuyendo la ansiedad y mejorando la comunicación con el equipo de salud.

De esta forma, la labor del psicólogo puede resumirse en la facilitación de los diferentes procesos que se llevan a cabo en la UCI. Los pacientes percibirán un trato integral dirigido hacia sus necesidades físicas, emocionales y espirituales, lo cual tendrá un impacto positivo en la forma en cómo las relaciones se desarrollan en la unidad, y el equipo de salud tendrá la posibilidad de integrar un profesional que complementará la atención en salud, tratando dificultades que antes no se manejaban adecuadamente, relacionadas con problemas emocionales y/o de comunicación, y con las familias, facilitando procesos de duelo, firma de consentimientos y comprensión de estados psicológicos que pueden impedir o promover una adecuada toma de decisiones.

En este punto es importante hacer una aclaración sobre el perfil del psicólogo que se encuentre en la UCI. Al ser un sitio de alta complejidad y presentar características singulares, es necesario que el psicólogo cuente con conocimientos y habilidades igualmente particulares para atender las situaciones que aquí se presentan. De esta forma, resulta indispensable tener conocimientos del

área médica, que permitan entender el idioma en el que habla el equipo de salud. Esto permite la comprensión del estado de salud del paciente, su diagnóstico, pronóstico y las intervenciones a las que está siendo sometido y de las cuales se pueden inferir los diferentes estados emocionales que se presentan. Igualmente, se requiere la capacidad de hablar sobre estos temas con los familiares, personas que generalmente buscan que se les informe en términos comprensibles qué es lo que está pasando y qué pueden hacer y esperar, por lo cual el psicólogo debe saber con certeza cómo aclarar la información médica sin distorsionarla.

En cuanto a las habilidades clínicas, también es importante que el psicólogo tenga la capacidad de llevar a cabo intervenciones en crisis, procesos de duelo anticipado, psicoeducación, técnicas de manejo del dolor, evaluación psicológica e intervención breves, manejo de situaciones familiares complicadas, comunicar malas noticias y en general contar con un buen repertorio de técnicas que le permitan llevar al paciente y a su familia a utilizar sus propios recursos para afrontar la situación de la mejor manera posible.

La intervención del psicólogo en la UCI puede hacerse desde diversos enfoques terapéuticos. En la actualidad son francamente escasas las publicaciones sobre la intervención del psicólogo en este escenario; no obstante, son las intervenciones basadas en técnicas de modificación de conducta las que gozan de mayor evidencia empírica en general⁵³⁻⁵⁵. Si bien predominan las intervenciones centradas en la primera y segunda generación de la terapia comportamental, esto no excluye la utilidad de terapias comportamentales de tercera generación, de aparición más reciente, como la Psicoterapia Analítica Funcional o las intervenciones basadas en la Conciencia Plena (Mindfulness) aunque la evidencia empírica sobre estas sea mucho menor. En consecuencia, las técnicas para la modificación y la terapia de conducta permiten el abordaje de las situaciones que se han descrito previamente y que atañen al paciente y al familiar en el contexto de una UCI.

A continuación se describen solo algunas de las múltiples intervenciones que el psicólogo puede desarrollar. Cuando se realiza el abordaje psicológico desde la perspectiva comportamental, el paciente y su familia son evaluados de manera continua en el marco de un proceso analítico y dinámico, en búsqueda de conductas blanco y de factores mantenedores de las mismas. De esta manera, resulta útil el uso de procesos

de observación conductual que permiten obtener datos adecuados al objetivo de intervención y que a la vez sean precisos, contrastables y favorezcan la realización de análisis funcionales antes de la intervención y la evaluación de la eficacia de la misma⁵⁶. Por ejemplo, serían conductas objeto de observación en una UCI, saludar al paciente, comunicar al paciente su estado clínico o a su familia, preguntar al médico por su estado clínico, hablar con el familiar que se encuentra en UCI, llorar o reclamar.

Así mismo, parece acertado utilizar procesos de auto-observación, en especial centrados en los familiares del paciente y los miembros del equipo de salud aunque también de utilidad y beneficio para el paciente que se encuentra consciente. Por ejemplo, el paciente registra la sensación de angustia o los pensamientos negativos o intrusivos que tiene durante el día con respecto a su condición o a sus sensaciones corporales, o las emociones negativas que experimenta el familiar cuando piensa en el paciente o asiste a las reuniones de reporte médico.

El psicólogo también está capacitado para evaluar el dolor del paciente en UCI; en especial haciendo énfasis en los componentes cognitivo, emocional, comportamental, motivacional, y realizar así aportes esenciales para la valoración integral de este signo. Para ello, puede utilizar las dos técnicas previamente mencionadas, pues tanto el paciente como la familia y el personal de salud son fuentes activas de reporte de dolor en el paciente y en consecuencia, contribuyentes de un adecuado manejo del mismo.

Adicionalmente, es posible utilizar técnicas de autocontrol para los tres grupos mencionados, y es en especial interesante hacerlo, pues aumenta la participación activa de pacientes y familiares en el afrontamiento de las situaciones propias de la estancia en UCI, que por sí misma tiene una diversidad de factores incontrolables. En consecuencia, lo que se busca es dotar a quien se entrena, en el desarrollo de una mayor percepción de control y en el aprendizaje de ser su propio terapeuta como lo plantean Díaz y col.⁵⁷; en referencia al dolor, es posible que el paciente consciente, aprenda a relajarse y a respirar como técnicas para el control de la activación fisiológica y que conlleven a cambios psicofisiológicos como disminución de la tensión muscular, de la frecuencia e intensidad del ritmo cardiaco, de la actividad simpática general, de la secreción de adrenalina y noradrenalina, entre otros⁵⁸.

Uno de los estados emocionales más frecuentes en las UCI son las crisis producidas por la aparición inesperada de una condición que pone en riesgo la propia vida o la de alguien significativo. Shulman y Shewbert⁵⁰ afirman que la presencia permanente de un psicólogo en la UCI proporciona los medios de ofrecer la atención adecuada a la experiencia mente-cuerpo que vive el paciente, aliviando los estresores que el personal no está entrenado a tratar. Como resultado, una potencial crisis puede ser minimizada y en algunos casos prevenida. Por supuesto, el psicólogo será el profesional encargado bien sea de atender estas crisis o de entrenar a los familiares y a los miembros del equipo de salud para que lo hagan a través de primeros auxilios psicológicos.

En esa inminente confrontación con la muerte (propia o de otros), con la dependencia de otros, con la impotencia, con nuevas decisiones y exigencias en los cambios de estilos de vida, es necesario un proceso de ajuste psicosocial⁵⁹ y es predecible que emerjan en el paciente en UCI y en sus familiares, respuestas de ansiedad, de depresión, de ira y en general, que inicien procesos de duelo que ameritan apoyo psicológico. La terapia de modificación de conducta tiene disponibles también técnicas como el control del diálogo interno, las terapias racionales y de reestructuración cognoscitiva, las técnicas de solución de problemas, la inoculación de estrés, además de terapias de apoyo para el duelo.

La intervención psicológica puede dirigirse a la prevención, por ejemplo evitando o contribuyendo a que disminuya la probabilidad de que se instauren cuadros clínicos de estrés agudo o post-traumático o duelos complicados en pacientes y familiares. También puede dirigirse a la rehabilitación, pues esta favorece la modificación de hábitos que ponen en riesgo al paciente y aumentan las probabilidades de recaídas, de reingreso hospitalario o el riesgo de mortalidad.

Así mismo, el psicólogo es el encargado de intervenir para que la experiencia en UCI sea comprendida, elaborada y resignificada por el paciente; esto permitirá prevenir o disminuir la probabilidad de ocurrencia de recuerdos delirantes ya que varios estudios han encontrado que el distrés (o malestar psicológico intenso) experimentado por los pacientes críticos⁶⁰, se asocia con recuerdos delirantes de la UCI⁶¹⁻⁶⁵. Más aún si se tiene en cuenta que de acuerdo con Kiekkas y col.¹⁸, los resultados de su estudio confirman la asociación entre recuerdos delirantes y trastorno de estrés postraumático y concuerdan con Merilainen y col.⁵¹ en la importancia de desarrollar sentido de seguridad en

el paciente para protegerlo de experimentar el intenso impacto emocional de la UCI.

Según Kiekkas y col.¹⁸, “un seguimiento apropiado de los pacientes en alto riesgo puede favorecer su recuperación psicológica a largo plazo” (p. 288). Para ilustrar este hecho, Rusell⁶⁶ realizó un estudio con pacientes 6 meses después de ser dados de alta de la UCI, recolectando lo que recordaban de su experiencia. Mientras algunos pacientes describieron memorias vívidas, incluidos los nombres del personal que los atendió, otros refirieron recuerdos distorsionados. Este autor resalta que sus hallazgos muestran una gran variedad de comentarios que no solo son recordados por el paciente y su familia, sino que también resultan perturbadores mucho tiempo después del egreso de la UCI. Así, los recuerdos, reales o imaginarios, tienen el potencial de crear desórdenes psicológicos luego del alta de la UCI, tal como lo señala Lloyd⁶⁷, quien sugiere que existe la necesidad de crear una mayor consciencia sobre este tema, pues problemas como trastornos de ansiedad o el trastorno de estrés post traumático no son reconocidos ni tratados por el personal de salud.

Si bien empoderar a la familia del paciente crítico es un proceso susceptible de ser entrenado, es posible que el encargo profesional del psicólogo le permita abordar todas las reacciones que de este tipo de trabajos se derivan y que posiblemente supere las competencias profesionales del enfermero. De esta manera, un trabajo interdisciplinario entre médicos, enfermeros y psicólogos puede ser empoderamiento del familiar frente a la muerte del paciente⁴⁴.

En el estudio realizado por Szilagyi, Dioszeghy y Varga⁶⁸ con el objetivo de demostrar el efecto del apoyo psicológico proporcionado al paciente por un mismo terapeuta y de manera frecuente durante la estancia en UCI, los 36 participantes se dividieron en dos grupos en donde uno de ellos recibió apoyo psicológico basado en sugerencias positivas proporcionadas el 50% de las veces por el propio psicólogo. El grupo control solamente recibió cuidados intensivos pero sin apoyo psicológico. Los resultados indicaron que con respecto al grupo control, el grupo con apoyo psicológico presentó una reducción significativa en la ventilación mecánica (3.6 días menos; $p < 0.014$) y en la estancia en UCI (4.2 días menos; $p < 0.022$), lo que sugiere que la intervención psicológica también puede favorecer aspectos de importancia médica como la estancia hospitalaria y la permanencia de la ventilación mecánica.

CONCLUSIÓN

Los síntomas de ansiedad, depresión y estrés agudo y post traumático no solo afectan la salud mental y emocional de pacientes y familiares, sino también tienen una influencia en su salud física. Según Asimakopoulou y Madianosm⁶⁹, la hospitalización en la UCI y la prevalencia de depresión y trastorno de estrés postraumático, pueden agravar el estado general de salud. Si la depresión y el estrés postraumático de los pacientes en UCI se detectan de manera temprana y se tratan, la recuperación puede ser más rápida y puede mejorar su calidad de vida⁶⁹.

Aunque el paciente se encuentre críticamente enfermo, necesita una atención integral que cubra sus necesidades físicas, psicológicas e incluso espirituales. La humanización, según Soares da Silva y Dos Santos⁷⁰, mantiene la dignidad, respetando las necesidades, valores, creencias, principios éticos y morales de los pacientes y la familia y depende de las condiciones de los profesionales y sus habilidades técnicas, incluidas las relaciones humanas. Se ha de procurar el mantenimiento del núcleo familiar saludable, así como conservar la salud de las personas sanas, lo cual indica que no sólo se deben flexibilizar los horarios, debe mejorarse la comunicación con la familia, el trato con el paciente y procurar que todo el sistema familiar asuma la situación crítica de la forma más adaptativa posible. En el estudio realizado por Rico et al.⁷¹ dirigido a analizar algunos aspectos de la relación del equipo de salud de una UCI que pueden ser decisivos para lograr cuidado humanizado, se encontró que se valora positivamente la comunicación interdisciplinaria sistemática y que la principal razón para que haya desacuerdo entre un equipo interdisciplinario es el alivio de situaciones de sufrimiento intenso. Reportan que la deficiencia de tiempo y de recursos son los principales obstáculos para brindar una atención humanizada en una UCI. Además de lo planteado por estos autores, es válido indicar que la participación del psicólogo en el equipo interdisciplinario favorecería la comprensión y el abordaje del sufrimiento tanto del paciente como de la familia.

Con el propósito de que el paciente crítico no sea tomado exclusivamente como un cuerpo que necesita ser curado sino como una persona, que aunque esté muy enferma merece una atención psicológica de calidad, resulta deseable la presencia de un psicólogo que trabaje de forma interdisciplinaria con el equipo de salud en la UCI, con el fin de que el paciente y su familia cuenten con un tratamiento integral que les permita afrontar adecuadamente la difícil situación en

la que se encuentran.

Sobre este particular, Villalpando-Urbe y col.⁷² reportan que en las áreas críticas de un hospital es muy importante contar con apoyo psicológico por varios factores: es un ambiente extraño y hay muchos aparatos desconocidos, hay presencia de enfermos graves, se altera el ritmo sueño – vigilia, existen estímulos que cambian bruscamente y se presenta aislamiento social, así como métodos invasivos para los pacientes. De esta forma, se encuentran varios estudios que se enfocan en demostrar la efectividad de las intervenciones psicológicas tanto con los pacientes como con los familiares en estas áreas, además de explicar que la inserción del psicólogo en ellas, es algo que se vuelve cada vez más frecuente en hospitales modernos que siempre buscan estar a la vanguardia.

Así mismo, el psicólogo puede contribuir de manera activa y a través de un trabajo mancomunado con el equipo médico aumentando la probabilidad de que el paciente y/o la familia comprendan la información suministrada y tomen decisiones racionales frente a los problemas propios de la estancia en UCI.

Adicionalmente, en coherencia con Novoa y Ballesteros⁷³, dentro de las actividades que el psicólogo puede desarrollar en las UCI están la atención individual a pacientes, familiares y miembros del equipo de salud; y además la contribución en el diseño ambiental de estos escenarios. Por ejemplo en el manejo del delirium, el psicólogo puede participar de manera activa no solamente en la remisión oportuna del paciente a psiquiatría y en el apoyo de la familia del mismo, sino favoreciendo la organización del equipo de salud para lograr instaurar entre otras, las siguientes condiciones que, de acuerdo con Philbrick y Col. 23, pueden disminuir la necesidad de manejo farmacológico del cuadro: evitar, siempre que sea posible, las interrupciones del sueño; ubicar al paciente en un espacio cercano a la estación de enfermería; organizar que haya un cuidador permanente en caso de que la seguridad sea un problema potencial; evitar ubicar otro paciente con delirium en el mismo espacio; motivar la presencia de los miembros de la familia; educar a los pacientes y a la familia sobre el delirium; proveer la presencia de objetos familiares y claves visuales (fotos, relojes, calendarios); maximizar la continuidad y la familiaridad con el equipo tratante; orientar persistentemente al paciente en tiempo, persona y espacio; asegurarse de que tenga disponibles lentes y audífonos o cualquier apoyo auditivo o visual requerido.

Finalmente, esta revisión permite concluir que el

5. Bernat-Adell MD, Ballester-Arnal R, Abizanda-Campos R. ¿Es el paciente crítico competente para tomar decisiones? Razones psicológicas y psicopatológicas de la alteración cognitiva. *Med Intensiva* 2012; 36(6): 416-422.
6. Sandiumenge A, Torrado H. Depresión y uso de antidepresivos en el paciente crítico. *Med Intensiva* 2008; 32 (Suppl 1): 92-99.
7. Davydow DS, Gifford JM, Desai SV, Bienvenu OJ, Needham DM. Depression in general intensive care unit survivors: A systematic review. *Intensive Care Med* 2009; 35(5): 796-809.
8. Pérez-San-Gregorio MA, Martín-Rodríguez A, Galán-Rodríguez A. Symptoms of anxiety and depression in different stages of organ transplant. *Int J Clin Health Psychol* 2007; 7 (3): 633-639.
9. Brullmann F, Guidet B, Maury E, Vassal T, Offenstadt G. Analyse de la perception par les malades de leur séjour en réanimation médicale. *Presse Med* 1997; 26 (40): 1956-1961.
10. Desai SV, Law TJ, Needham DM. Long-term complications of critical care. *Crit Care Med* 2011; 39(2): 371-379.
11. Kowalczyk M, Nestorowicz A, Fijalkowska A, Kwiatosz-Muc M. Emotional sequelae among survivors of critical illness: A long-term retrospective study. *Eur J Anaesthesiol* 2013; 30(3): 111-118.
12. Fontaine D. Non-pharmacological management of patient distress during mechanical ventilation. *Crit Care Clin* 1994; 10: 651-657.
13. DeKeyser F. Psychoneuroimmunology in critically ill patients. *AACN Clin Issues* 2003; 14 (1): 25-32.
14. Chaboyer W, Kendall E, Kendall M, Foster M. Transfer out of intensive care: A qualitative exploration of patient and family perceptions. *Aust Crit Care* 2005; 18(4): 138-145.
15. Pochard F. Troubles psychiques des malades pendant et après leur séjour en réanimation. *Bull Acad Natl Med*. 2011; 195(2): 377-387.
16. Lusk B, Aytakin-Lash A. The stress response, psychoneuroimmunology and stress among ICU patients. *Dimens Crit Care Nurs* 2005; 24(1): 25-31.
17. Nicolás A, Aizpitarte E, Iruarrizaga A, Vázquez M, Margall A, Asiain C. Perception of night-time sleep by surgical patients in an intensive care unit. *Nurs Crit Care* 2008; 13(1): 25-33.
18. Kiekkas P, Theodorakopoulou G, Spyrtos F, Baltopoulos GI. Psychological distress and delusional memories after critical care: A literature review. *Int Nurs Rev* 2010; 57(3): 288-296.
19. Schnyder U, Mörgeli H, Nigg C, Klaghofer R, Renner N, Trentz O, et al. Early psychological reactions to life-threatening injuries. *Crit Care Med* 2000; 28(1): 86-92.
20. Sestakova B, Chytra I, Skalkova H, Kasal E, Pradl R, Fessler V. Specifická posttraumatická stresová porucha v intenzivní péči. *Anest Neodkl Pece* 2002; 13 (5): 241-243.
21. Hunziker S, McHugh W, Sarnoff-Lee B, Cannistraro S, Ngo L, Marcantonio E, et al. Predictors and correlates of dissatisfaction with intensive care. *Crit Care Med* 2012; 40(5): 1554-1561.
22. Jones C, MacMillan RR, Griffiths RD. Providing psychological support for patients after critical illness. *Clin Intensive Care* 1994; 5(4): 176-179.
23. Philbrick KL, Rundell JR, Netzel PJ. *Clinical Manual of Psychosomatic Medicine: A Guide to Consultation-Liaison Psychiatry*. 2nd Edition. Arlington, VA, USA: American Psychiatric Publishing 2012; 110.
24. Mittal D, Majithia D, Kennedy R, Rhudy J. Differences in characteristics and outcome of delirium as based on referral patterns. *Psychosomatics* 2006; 47(5):367– 375.
25. Fong TG, Tulebaev SR, Inouye SK. Delirium in elderly adults: diagnosis, prevention, and treatment. *Nat Rev Neurol* 2009; 5(4):210– 220.
26. Wade DM, Howell DC, Weinman JA, Hardy RJ, Mythen MG, Brewin CR, et al. Investigating risk factors for psychological morbidity three months after intensive care: a prospective cohort study. *Crit Care* 2012; 16(5): R192.
27. Garrouste-Orgeas M, Coquet I, Perier A, Timsit JF, Pochard F, Lancrin F, et al. Impact of an intensive care unit diary on psychological distress in patients and relatives. *Crit Care Med* 2012; 40 (7): 2033-2040.
28. Gomez-Carretero P, Monsalve V, Soriano JF, De Andrés J. Alteraciones emocionales y necesidades psicológicas de pacientes en una unidad de cuidados intensivos. *Med Intensiva* 2007; 31(6): 318-325.
29. Davydow DS, Zatzick D, Hough CL, Katon WJ. A longitudinal investigation of posttraumatic stress and depressive symptoms over the course of the year following medical-surgical intensive care unit admission. *Gen Hosp Psychiatry* 2013; 35(3): 226-232.
30. Rodríguez Martínez MC, Rodríguez Morilla F, Roncero del Pino Á, Morgado Almenara MI, Johannes B, Flores Caballero L, et al. *Enferm Intensiva* 2003; 14(3): 96-108

31. Paul F, Rattray J. Short- and long-term impact of critical illness on relatives: literature review. *J Adv Nurs* 2008; 62 (3): 276-292.
32. Siegel MD, Hayes E, Vanderwerker LC, Loseth DB, Prigerson HG. Psychiatric illness in the next of kin of patients who die in the intensive care unit. *Crit Care Med* 2008; 36(6): 1722-1728.
33. McAdam JL, Dracup KA, White DB, Fontaine DK, Puntillo KA. Symptom experiences of family members of intensive care unit patients at high risk for dying. *Crit Care Med* 2010; 38(4): 1078-1085.
34. Tyrie LS, Mosenthal AC. Care of the family in the surgical intensive care unit. *Surg Clin North Am* 2011; 91(2): 333-342.
35. Anderson WG, Arnold RM, Angus DC, Bryce CL. Posttraumatic stress and complicated grief in family members of patients in the intensive care unit. *J Gen Intern Med* 2008; 23(11): 1871-1876.
36. Plaszevska-Zywko L, Gazda D. Emotional reactions and needs of family members of ICU patients. *Anaesthesiol Intensive Ther* 2012; 44 (3): 145-149.
37. Cuthbertson BH, Hull A, Strachan M, Scott J. Post-traumatic stress disorder after critical illness requiring general intensive care. *Int Care Med* 2004; 30(3): 450-455.
38. Scragg P, Jones A, Fauvel N. Psychological problems following ICU treatment. *Anaesthesia* 2001; 56: 9-14.
39. Ballenger JC, Davidson JRT, Lecrubier Y, Nutt DJ, Foa EB, Kessler RC, et al. Consensus statement on posttraumatic stress disorder from the international consensus group on depression and anxiety. *J Clin Psychiatry* 2000; 61(5): 60-66.
40. García Mozo A, Sánchez Roldán F, Amorós Cerdá SM, Balaguer Albarracín F, Díez Alcalde M, Durán Torres, MT, et al. Desarrollo de una guía de atención a los familiares del paciente crítico. *Enferm Intensiva* 2010; 21(1): 20-27.
41. Azoulay E, Sprung CL. Family-physician interactions in the intensive care unit. *Crit Care Med* 2004; 32(11): 2323-2328.
42. Van Horn ER, Kautz D. Promotion of family integrity in the acute care setting: A review of the literature. *Dimens Crit Care Nurs* 2007; 26(3): 101-107.
43. Kongsuwan W, Locsin RC. Promoting peaceful death in the intensive care unit in Thailand. *Int Nurs Rev* 2009; 56(1): 116-122.
44. Browning AM. Empowering family members in end-of-life care decision making in the intensive care unit. *Dimens Crit Care Nurs* 2009; 28(1):18-23.
45. Sanner MA. Two perspectives on organ donation: experiences of potential donor families and intensive care physicians of the same event. *J Crit Care* 2007; 22(4): 296-304.
46. Kim SC, Yates AD, Graham P, Brown CE. Family-provider alliance program in intensive care units. *Clin Nurs Res* 2011; 20(3): 245-262.
47. Olsen KD, Dysvik E, Hansen BS. The meaning of family members' presence during intensive care stay: A qualitative study. *Intensive Crit Care Nurs* 2009; 25(4): 90-198.
48. Durand-Gasselín J. Do we need to include relatives in the management of patient' care in intensive care units? [Faut-il faire participer les familles aux soins en réanimation?] *Praticien en Anesthésie Réanimation* 2011; 15(5): 292-296.
49. Errasti-Ibarrondo B, Tricas-Sauras S. La visita flexible en las unidades de cuidados intensivos: beneficios para los familiares del paciente crítico. *Enferm Intensiva* 2012; 23(4): 179-188.
50. Shulman NM, Shewbert AL. A model of crisis intervention in critical and intensive care units of general hospitals. In: Roberts AR, ed. *Crisis Intervention Handbook: Assessment, treatment and research*. New York: Oxford University Press, 2005. p. 632-649
51. Merilainen M, Kyngas H, Ala-Kokko T. 24-Hour intensive care: an observational study of an environment and events. *Intensive Crit Care Nurs* 2010; 26(5): 246-253.
52. Kim H. *The nature of theoretical thinking in nursing*. New York: Springer Publishing Company, 2000.
53. Garland A. Improving the ICU. Part. 1. *Chest* 2005; 127(6): 2151-2164.
54. Kingdon D, Dimech A. Cognitive and behavioural therapies: the state of the art. *Psychiatry* 2008; 7(5): 217-220.
55. Morley S, Williams A, Hussain S. Estimating the clinical effectiveness of cognitive behavioural therapy in the clinic: evaluation of a CBT informed pain management programme. *Pain* 2008; 137(3):670-80.
56. De la Puente ML, Labrador FJ, García MP. La observación conductual. En: Labrador FJ, Cruzado JA, Muñoz M, eds. *Manual de técnicas de modificación y terapia de conducta*. España: Pirámide, 1998; p. 115-135.
57. Díaz MI, Comeche MI, Vallejo MA. Técnicas de autocontrol. En: Labrador FJ, Cruzado JA, Muñoz M, eds. *Manual de técnicas de modificación y terapia de conducta*. España: Pirámide, 1998; p. 577-593.

58. Labrador FJ, De la Puente ML, Crespo M. Técnicas de control de la activación: relajación y respiración. En: Labrador FJ, Cruzado JA, Muñoz M, eds. Manual de técnicas de modificación y terapia de conducta. España: Pirámide, 1998; p. 367-395.
59. Sears SF, Matchett M, Conti JB. Effective Management of ICD Patient Psychosocial Issues and Patient Critical Events. *J Cardiovasc Electrophysiol* 2009; 20(11): 1297-1304.
60. Gay EB, Weiss SP, Nelson JE. Integrating palliative care with intensive care for critically ill patients with lung cancer. *Ann Intensive Care* 2012; 2(1): 1-10.
61. Jones C, Griffiths RD, Humphris G, Skirrow PM. Memory, delusions, and the development of acute posttraumatic stress disorder-related symptoms after intensive care. *Crit Care Med* 2001; 29(3): 573-580.
62. Rundshagen K, Schnabel K, Wegner C, Schulte J. Incidence of recall, nightmares, and hallucinations during analgosedation in intensive care. *Intensive Care Med* 2002; 28 (1): 38-43.
63. Roberts B, Chaboyer W. Patients' dreams and unreal experiences following intensive care unit admission. *Nurs Crit Care* 2004; 9(4): 173-180.
64. Jones C, Bäckman C, Capuzzo M, Flaatten H, Rylander C, Griffiths RD. Precipitants of post-traumatic stress disorder following intensive care: a hypothesis generating study of diversity in care. *Intensive Care Med* 2007; 33(6): 978-985.
65. Weinert CR, Sprenkle M. Post-ICU consequences of patient wakefulness and sedative exposure during mechanical ventilation. *Intensive Care Med* 2008; 34(1): 82-90.
66. Rusell S. An exploratory study of patients' perceptions, memories, and experiences of an intensive care unit. *J Adv Nurs* 1999; 29(4): 783-791.
67. Lloyd G. Psychological problems in the Intensive Care Unit. *BMJ* 1993; 307: 306-307.
68. Szilagyi KS, Dioszeghy C, Varga K. Psychologists working as members of the intensive care team could reduce the length of stay [Az intenzív terápia team tagjaként alkalmazott pszichológus hatása az ápolási időre]. *Orvosi Hetilap* 2008; 149(49): 2329-2333.
69. Asimakopoulou E, Madianos MG. The prevalence of major depression and post-traumatic stress disorder in ICU survivors. *Nosileftiki* 2012; 51(3): 278-287.
70. Soares da Silva F, Dos Santos I. Expectativas de familiares de clientes em uti sobre o atendimento em saúde: estudo sociopoético. *Escola Anna Nery Revista de Enfermagem* 2010; 14(2): 230-235.
71. Rico LR, Marsans MC, Marquez CM, Borrás AM, Riba LS, Savall DT, et al. Relaciones interdisciplinarias y humanización en las unidades de cuidados intensivos. *Enferm Intensiva* 2006; 17 (4): 141-153.
72. Villalpando-Urbe J, Nacif-Gobera L, Vázquez-López L. Descripción cualitativa de la atención psicológica en áreas críticas del Hospital Ángeles Metropolitano. *Act Med* 2007; 5(2): 65-71.
73. Novoa M, Ballesteros B. The role of the psychologist in an intensive care unit. *Univ Psychol* 2006; 5(3): 599-612.