

## Alteraciones emocionales y necesidades psicológicas de pacientes en una Unidad de Cuidados Intensivos

P. GÓMEZ-CARRETERO<sup>a</sup>, V. MONSALVE<sup>b</sup>, J.F. SORIANO<sup>c</sup> Y J. DE ANDRÉS<sup>d</sup>

<sup>a</sup>Investigación. FUNDOLOR. <sup>b</sup>Unidad Multidisciplinar para el Tratamiento del Dolor. <sup>c</sup>Departamento de Personalidad, Evaluación y Tratamientos Psicológicos. Facultad de Psicología de Valencia. <sup>d</sup>Servicio de Anestesia, Reanimación y Terapéutica del Dolor. Unidad Multidisciplinar del Dolor, Consorcio Hospital General Universitario de Valencia. Valencia. España.

Desde el momento en que se diagnostica una enfermedad cuyo tratamiento va a requerir un ingreso hospitalario para la realización de una intervención quirúrgica, tanto el paciente como sus familiares o cuidadores primarios se ven implicados en un proceso durante el cual pueden experimentar diversas alteraciones emocionales. El objetivo de este trabajo se centra en la descripción de los diferentes problemas psicológicos y las necesidades manifestadas por los pacientes que precisan, como parte del proceso de tratamiento y control de la recuperación, ser ingresados en una Unidad de Cuidados Intensivos (UCI).

Durante su estancia en la UCI, las alteraciones emocionales citadas con mayor frecuencia por los pacientes son la ansiedad, el estrés, la depresión o el denominado síndrome de cuidados intensivos, en cuyo desarrollo se encuentran implicados factores como el ruido excesivo que puede dificultar el sueño y el descanso, el dolor, las medidas empleadas para la ventilación que impiden que los enfermos se puedan comunicar adecuadamente, etc. Además, los pacientes suelen desarrollar un sentimiento de falta de control de sí mismos, siendo las principales necesidades manifestadas la sensación de seguridad y «saber qué está pasando». Las vivencias experimentadas pueden continuar produciendo alteraciones emocionales incluso varios meses después del alta hospitalaria

llegando a desarrollar un trastorno por estrés post-traumático, lo que justifica un seguimiento con el objetivo de detectarlas y tratarlas adecuadamente. Parece adecuado que el tratamiento de estos pacientes sea multidisciplinario, atendiendo tanto las necesidades físicas relacionadas con la enfermedad, como las psicológicas.

**PALABRAS CLAVE:** *Psicología, UCI, intervención multidisciplinar, información.*

### EMOTIONAL DISORDERS AND PSYCHOLOGICAL NEEDS OF PATIENTS IN AN INTENSIVE CARE UNIT

From the time when a disease whose treatment is going to require hospitalization for a surgical intervention is diagnosed, both the patient and his/her family members or primary caretakers are involved in a process that may involve the experience of several emotional alterations. This work focuses on the description of the different psychological problems and needs manifested by the patients who require, as part of the treatment process and recovery control, admission to an Intensive Care Unit (ICU).

During the patient's stay in the ICU, the emotional alterations mentioned most frequently by them are anxiety, stress, depression or the so-called intensive care syndrome, during which factors such as excessive noise that may make sleeping and rest difficult, pain, the methods used for ventilation that prevent the patients from communicating adequately, etc. Furthermore, the patients generally develop a feeling of loss of self-control, the main needs described being the sensation of safety and «knowing what is happening». The experiences lived may continue to produce emotional alterations even months after

Este estudio ha sido realizado gracias al apoyo de la Sociedad Valenciana para el Estudio y Tratamiento del Dolor (FUNDOLOR).

Correspondencia: Dr. P. Gómez Carretero.  
Av. De la Plana, 20, pta 3.  
46460 Valencia.  
Correo electrónico: Pgomez212f@cv.gva.es

Manuscrito aceptado el 6-IX-2006.

**hospital discharge, with the development of a Posttraumatic Stress Disorder. This justifies a follow-up in order to detect them and treat them adequately. It seems to be appropriate for the treatment of these patients to be multidisciplinary, attending to both the physical needs related with the disease as well as the psychological ones.**

**KEY WORDS:** *Psychology, ICU, multidisciplinary intervention, information.*

## INTRODUCCIÓN

Desde el momento en que se diagnostica una enfermedad cuyo tratamiento va a requerir un ingreso hospitalario para la realización de una intervención quirúrgica, tanto el paciente como sus familiares o cuidadores primarios se ven implicados en un proceso durante el cual pueden experimentar diversas alteraciones emocionales.

Centrándonos en los pacientes, actualmente parece ampliamente reconocido el hecho de que el ingreso en un hospital para la realización de una intervención quirúrgica puede producir cierto grado de estrés o ansiedad en los mismos<sup>1,2</sup>, pero además, aquellos que requieren ser ingresados en una Unidad de Cuidados Intensivos (UCI) tras la intervención, pueden presentar diversas alteraciones psicológicas como consecuencia de la adaptación a la nueva situación, en la cual los pacientes se encuentran en un ambiente extraño o desconocido, que les priva de sus interacciones y sensaciones habituales, mientras les asaltan constantemente estímulos sensoriales extraños<sup>1,3,4</sup>. Por este motivo, se considera que el ambiente propio de la UCI afecta psicológicamente a los pacientes de un modo negativo<sup>5</sup>. Además, tienen que abandonar, al menos temporalmente, los roles que previamente desempeñaban (familia, trabajo, etc.)<sup>3,6</sup> y adoptar un rol pasivo y dependiente hacia el equipo médico del hospital y las máquinas y equipamiento que les rodean. Como consecuencia, puede ser difícil lograr y mantener la identidad y la integración social de estas personas que no se encuentran en un ambiente familiar, y que, a menudo, escuchan conversaciones sobre ellos pero que no les incluyen<sup>4,6</sup>.

Por otro lado, pese a que cabría esperar que, superado el período crítico, el traslado de la UCI a una sala de cuidados generales fuera considerado como un paso positivo en el proceso de recuperación de los pacientes, también en este caso pueden aparecer temores producidos por la alteración de las rutinas y/o los procedimientos de monitorización<sup>7</sup>, que pueden afectar su estado emocional.

Del mismo modo, las reacciones psicológicas adversas experimentadas por los pacientes en estas Unidades pueden continuar causando distrés muchos meses después del alta hospitalaria<sup>8</sup>, llegando a constituir un trastorno por estrés postraumático (PTSD).

Si nos basamos en el modelo biopsicosocial<sup>9</sup>, resulta relevante la detección, evaluación y tratamiento

de este tipo de problemas manifestados por los pacientes, ya que se considera necesario un abordaje integral de los mismos que incluye tanto la atención de las necesidades físicas, como de las psicológicas por parte de un equipo multidisciplinario, formado por profesionales de distintas áreas de la Salud que aportan un abordaje técnico diferente pero complementario.

El objetivo de este trabajo se centra en la revisión y descripción de los diferentes problemas psicológicos y las necesidades manifestadas por los pacientes que precisan, como parte del proceso de tratamiento y control de la recuperación, ser ingresados en una UCI.

## INGRESO EN EL HOSPITAL: ANSIEDAD PREQUIRÚRGICA

El ingreso en un hospital puede provocar sentimientos de estrés y ansiedad en muchos pacientes, especialmente en aquellos a los que se les va a realizar una intervención quirúrgica importante. La ansiedad prequirúrgica experimentada por estos pacientes puede causar problemas fisiológicos que lleven a una curación más lenta de las heridas, una disminución de la respuesta inmune y un incremento del riesgo de infecciones<sup>1</sup>. Además, puede exacerbar el dolor experimentado en el postoperatorio, dañar significativamente el bienestar psicológico y la cooperación con las actividades de autocuidado<sup>1</sup> y propiciar una recuperación más lenta y difícil<sup>10</sup>. Moix<sup>2</sup> señala que en relación con la influencia de la ansiedad prequirúrgica en la recuperación postquirúrgica pueden intervenir tanto mecanismos conductuales como fisiológicos. Respecto a los conductuales, indica la posibilidad de que los pacientes más ansiosos manifiesten más quejas y reciban por ello más analgésicos, expresen de forma más acusada sus preocupaciones sobre su estado y retrasen, de este modo, la decisión de los médicos respecto al alta, sigan peor las instrucciones de los médicos y tarden más en recuperarse, etc. En cuanto a los mecanismos fisiológicos, según Moix<sup>2</sup>, partiendo de que la ansiedad corre paralela a una activación fisiológica de los sistemas autonómico, neuroendocrino e inmunitario, se podría decir que la ansiedad afecta a la recuperación a través de esta activación, y aunque todavía son pocas las investigaciones que han intentado comprobar esta hipótesis, esta autora sostiene que los resultados hallados parecen corroborarla. Asimismo, señala que la aplicación de técnicas psicológicas al paciente quirúrgico parecen ser efectivas para reducir la ansiedad prequirúrgica y facilitar la recuperación, pudiendo emplearse técnicas cognitivas, conductuales, informativas o combinadas.

## INGRESO EN LA UNIDAD DE CUIDADOS INTENSIVOS

### **Ansiedad, estrés, depresión, síndrome de cuidados intensivos tras el ingreso**

Tras determinados tipos de intervención quirúrgica, los pacientes pasan rutinariamente el postoperatorio in-

mediato en una UCI, donde pueden manifestar diversas alteraciones psicológicas. Hewitt<sup>8</sup> destaca la ansiedad, el estrés y la desesperación como los principales desórdenes afectivos manifestados por los pacientes críticos ingresados en una UCI, siendo su necesidad primaria la sensación de seguridad. Además, afirma que las drogas sedantes desempeñan un rol importante en la aparición de los estados confusionales (desorientación y alteraciones perceptivas como ilusiones, delirios, alucinaciones visuales y táctiles, etc).

Fenner y Michels<sup>11</sup> llevaron a cabo un estudio en el que evaluaron, durante las primeras 48 horas de su ingreso en la UCI, a 134 pacientes que habían sufrido un infarto de miocardio agudo. Para ello emplearon el inventario del autoinforme Lista de Síntomas-90-Revisado (SCL-90-R)<sup>12</sup>. Los resultados mostraron, en pacientes con un nivel social bajo, puntuaciones elevadas en las escalas de somatización, depresión y ansiedad, siendo también elevado el índice de severidad global, tomado como una medida del distrés psicológico global.

Las vivencias experimentadas por los pacientes durante su estancia en la UCI pueden exacerbar los sentimientos de ansiedad producidos por la intervención y, consecuentemente, disparar las anomalías psicológicas conocidas como «síndrome de cuidados intensivos»<sup>1</sup>, cuyos síntomas consisten en una fluctuación de los niveles de conciencia, pobre orientación, ilusiones y alucinaciones, anomalías en el comportamiento que incluyen agresión, pasividad y negativismo y alteraciones de la memoria<sup>8,13</sup>, los cuales pueden llegar a incrementar la duración de la estancia hospitalaria<sup>14</sup>. Los mecanismos patogénicos del síndrome/delirio UCI todavía no se comprenden bien y continúa siendo un problema controvertido. Sin embargo, el desarrollo del síndrome parece depender de una compleja interacción entre los problemas psicológicos previos de los pacientes, el trauma psicológico infligido por la enfermedad, el estrés inducido por el ambiente y el tratamiento y cuidado de la UCI<sup>14</sup>. Hewitt<sup>8</sup> señala la importancia de valorar a los familiares y amigos de los pacientes como un recurso en la prevención de estas alteraciones, ya que pueden ayudar a mantener la orientación de los mismos durante su estancia en la UCI. No obstante, también pueden verse afectados por la situación, por lo que sería conveniente realizar una valoración de sus necesidades y alteraciones psicológicas con el objetivo de proporcionarles un apoyo adecuado que les permita ofrecer este tipo de ayuda a los pacientes, aunque estas cuestiones relacionadas específicamente con los familiares o cuidadores primarios de los pacientes ingresados en una UCI no sean tratadas en esta revisión.

### **Ambiente de la Unidad de Cuidados Intensivos: estresores y necesidades psicosociales de los pacientes**

El ambiente de la UCI puede resultar extraño o desconocido para los pacientes, privándoles de sus interacciones y sensaciones habituales, mientras les asal-

tan constantemente estímulos sensoriales extraños<sup>1,3,4</sup> que pueden afectarles de un modo negativo<sup>5</sup>. Entre los estresores presentes en este tipo de ambiente, Hewitt<sup>8</sup> destaca la deprivación sensorial, definida como una reducción en la cualidad o cantidad de estimulación. Asimismo, identifica 5 tipos de alteraciones ambientales que pueden conducir a un comportamiento anormal: una reducción en la cantidad y variedad de estimulación, pequeñas variaciones en los estímulos, ruido excesivo, aislamiento físico y social y restricciones de movimiento. Respecto del ruido, la autora identifica las alarmas, los equipos de aspiración dejados en funcionamiento tras su utilización y los teléfonos como factores que contribuyen al malestar de los pacientes. Además las conversaciones del equipo de la UCI también se han considerado una fuente de ruido y confusión, ya que como no es posible valorar adecuadamente su nivel de conciencia, puede que lleguen a entender parcialmente esas conversaciones y les produzcan miedo y ansiedad. Por otro lado, la ausencia de ciertos ruidos «normales», como la televisión, la radio, el tráfico, conversaciones con amigos, etc., pueden ser identificados como causa de estrés por algunos pacientes. Estos niveles de ruido pueden tener un impacto significativo en la cantidad y calidad del sueño de los pacientes, que puede convertirse en otro tipo de estresor. No obstante, aunque estos estresores se hallen presentes en el ambiente propio de la UCI, Hewitt<sup>8</sup> afirma que el dolor es lo que más preocupa a los pacientes.

Novaes et al<sup>4</sup> correlacionaron estresores físicos y psicológicos presentes en la UCI con diferentes variables demográficas. Seleccionaron aleatoriamente a 50 pacientes de la UCI, los cuales debían cumplir ciertos requisitos: estar conscientes, permanecer en la UCI durante un período de tiempo superior a 24 horas e inferior a una semana, tener más de 18 años y aceptar participar en la investigación. Los resultados extraídos a partir de las puntuaciones de los pacientes en la escala de estresores ambientales de la UCI (ICUESS)<sup>15</sup> mostraron que «tener dolor» fue considerado el principal estresor, seguido de la «incapacidad para dormir» y «tener tubos en la nariz o la boca», lo cual limita la comunicación y la capacidad de comer, y añade estrés a las privaciones ya experimentadas por los pacientes. El «sentimiento de no tener control de uno mismo» fue considerado el cuarto estresor, siendo el primero desde el punto de vista psicológico. Según los autores, esta falta de independencia puede generar angustia y sensación de desamparo, y podría ser considerada la principal causa de inestabilidad psicológica en este contexto. El quinto estresor mencionado por los pacientes entre los más importantes fue el «estado de verse atado por los tubos», situación que se contradice con el estado natural de libertad de movimiento. Además, Novaes et al<sup>4</sup> identificaron una de las necesidades más importantes de estos pacientes: «saber qué está pasando». Muchos de ellos consideraron que no estaban recibiendo explicaciones sobre el tratamiento y no saber qué iba a pasar se convertía en un estresor, por lo que los autores consideran que cuando los pacientes se encuentran conscientes y bien adap-

tados prefieren conocer y participar en todas las decisiones del equipo médico. Respecto a la relación entre la puntuación total de estrés de cada paciente con las variables demográficas, no se hallaron correlaciones estadísticamente significativas con el sexo, el nivel de educación, el tratamiento (clínico o quirúrgico), ni con la gravedad de la enfermedad valorada mediante el *Acute Physiology And Chronic Health Evaluation* (APACHE II)<sup>16</sup>. En función de estos resultados, los autores concluyen que las intervenciones deben ir dirigidas hacia el alivio del dolor de los pacientes y la promoción de una atmósfera en la que sea posible el descanso, con menos luces, ruido y las menores interrupciones posibles. Respecto a la falta de control de sí mismo, consideran que se debe ofrecer asistencia psicológica a los pacientes, así como una mayor cantidad de información sobre el tratamiento por parte de un equipo multidisciplinar, que les permita participar y sentirse involucrados en el proceso.

Por otra parte, Hupcey<sup>17</sup>, para tratar de describir las necesidades psicosociales de los pacientes críticos, realizó un estudio en el que participaron 45 pacientes ingresados en una UCI médica o quirúrgica durante un mínimo de tres días. Los datos fueron recogidos mediante la grabación de entrevistas no estructuradas con los pacientes una vez que se encontraban estabilizados en la UCI o inmediatamente después de su traslado a la sala de cuidados generales. Los resultados mostraron que la necesidad más importante para los pacientes fue «sentirse seguro», y que la percepción de seguridad de los mismos podía verse influenciada por los familiares y los amigos, el equipo de la UCI, las creencias religiosas y la sensación de saber, la recuperación del control, la esperanza y la confianza. Además, la autora concluye que los pacientes describen sentimientos de distrés cuando no se sienten seguros, por lo que la intervención debe dirigirse a promover los sentimientos de seguridad en los pacientes críticos.

Centrándose en el sueño, Nicolás et al<sup>18</sup> desarrollaron un estudio en el que se plantearon como objetivos describir cómo perciben los pacientes quirúrgicos su sueño nocturno en una UCI, comparar la percepción subjetiva de los pacientes con el registro realizado por enfermería y analizar el grado de acuerdo entre ambas valoraciones. Los participantes, 104 pacientes postquirúrgicos con una estancia en la UCI de entre 24 y 48 horas, completaron el cuestionario de sueño de Richards-Campbell<sup>19</sup>, cuyos ítems fueron construidos en forma de una escala análoga visual graduada de 0 (peor sueño) a 100 (sueño óptimo). También se recopilaron los comentarios de 96 pacientes en los que reflejaban las causas por las cuales pensaban que su descanso no había sido adecuado. El período de sueño nocturno se consideró desde las 23 horas hasta las 7 horas de la mañana siguiente. Los resultados mostraron que el 27,89% de los pacientes valoraron su sueño en la UCI como bueno, el 46,15% como regular y el 25,96% como malo, y comparando esta valoración con la que hicieron respecto a su patrón de sueño previo, el 54,8% consideraron que durmieron peor en la UCI, el 32,7% igual y el 12,5% mejor. No se encontraron di-

ferencias estadísticamente significativas entre las puntuaciones totales en el cuestionario y la edad, sexo y tipo de cirugía de los pacientes, así como tampoco con la frecuencia de realización de cuidados. En relación con el tipo de analgesia administrada a los pacientes, los que recibieron analgesia no opiácea valoraron peor su sueño que los que fueron tratados con opiáceos mediante analgesia controlada por el paciente, endovenosa o epidural, siendo esta diferencia estadísticamente significativa. Respecto a la valoración realizada por enfermería, describieron que el sueño había sido bueno en el 38,61% de los pacientes, regular en el 49,51%, y malo en el 11,88%. El análisis de varianza realizado mostró un acuerdo relativo entre las valoraciones del sueño llevadas a cabo por los pacientes y las de enfermería. Los autores concluyen que se puede afirmar que el perfil de sueño de los pacientes de la UCI analizada se ha caracterizado por ser ligero, con despertares frecuentes y que generalmente cuando se despertaban o les despertaban les costaba relativamente poco volver a dormirse. Además, los resultados indican que los pacientes quirúrgicos perciben que el sueño nocturno en la UCI es insuficiente, coincidiendo la valoración realizada por enfermería con la de los mismos en bastantes ocasiones, y cuando existía discrepancia, la enfermería sobreestimaba el sueño del paciente. Entre los factores señalados por los pacientes como causantes de su mal descanso destacan el ruido, el dolor y las incomodidades debidas a la postura, la presencia de tubos, etc., así como a la preocupación por la propia enfermedad, siendo todas estas cuestiones susceptibles de ser mejoradas, según los autores del estudio, mediante una buena coordinación entre los distintos miembros del equipo multidisciplinar<sup>18</sup>.

También se ha citado como otro factor estresante, recogido en la literatura revisada, la dificultad de este tipo de pacientes para comunicarse como consecuencia de las técnicas de ventilación empleadas, lo cual puede producirles sentimientos de rabia y desánimo, que a su vez pueden reducir la interacción con los familiares y cuidadores y tener un impacto en cuanto a la participación activa del paciente en su recuperación. Además, las dificultades para comunicarse con los pacientes pueden resultar frustrantes para los miembros del equipo multidisciplinar responsables de su cuidado<sup>20</sup>. Los intentos de comunicación no verbal de estos pacientes tampoco suelen ser exitosos, causándoles sentimientos de frustración, despersonalización e inseguridad<sup>8</sup>. Magnus y Turkington<sup>20</sup> realizaron un estudio en el que participaron 9 miembros de equipos multidisciplinarios (enfermería, médicos y fisioterapeutas) y 8 pacientes trasladados a la sala de cuidados generales tras un ingreso en UCI superior a 8 días. En primer lugar, los pacientes y los miembros del equipo multidisciplinar valoraron la facilidad de comunicarse en la UCI mediante una escala de 1 (difícil) a 5 (fácil) puntos. A continuación, se realizó una entrevista semiestructurada con ambos grupos para conocer sus percepciones y experiencias de comunicación en la UCI. Los resultados mostraron diferencias estadísticamente significativas respecto a la facilidad de

comunicación valorada por los pacientes y el equipo multidisciplinar, siendo valorada como más difícil por los pacientes. El análisis de las respuestas a las preguntas semiestructuradas permitió identificar 7 categorías:

1. Respuestas emocionales negativas.
2. Respuestas emocionales positivas.
3. Ayudantes de la comunicación (familiares y estrategias para la comunicación).
4. Barreras para la comunicación.
5. *Insights* reflejos.
6. Información recibida.
7. Roles (referente únicamente al equipo multidisciplinar, cuyos miembros afirmaron que el manejo de la comunicación era un rol que debía ser desempeñado bien por el personal de enfermería junto con un logopeda, bien por un logopeda, o por todo el equipo multidisciplinar).

Las autoras concluyeron que estos resultados resaltaban el impacto de las dificultades en la comunicación, siendo necesaria una coherencia en el cuidado de pacientes con dificultades de comunicación. Además, identificaron la importancia de un entrenamiento apropiado y unos métodos adecuados para proporcionar información y hacerlo en el momento oportuno.

### **Valoración y manejo de síntomas por parte del personal de enfermería de la Unidad de Cuidados Intensivos**

Varios estudios se centran en la valoración de los criterios que utiliza el equipo de la UCI (principalmente enfermería) para detectar este tipo de alteraciones en los pacientes, así como las estrategias que llevan a cabo para aliviarlas.

En el estudio de Price<sup>5</sup>, relacionado con el cuidado psicológico de los pacientes de la UCI, se valoraron las experiencias de 12 enfermeras que trabajaban en estas Unidades, con las necesidades psicológicas de los pacientes mediante una entrevista semiestructurada. El análisis de los datos dio lugar al desarrollo de 6 categorías sobre cuestiones de cuidado psicológico: a) efectos en los pacientes (las participantes resaltaron los efectos físicos y emocionales de los pacientes durante su estancia en la UCI, que se manifestaron a través de estados de depresión y agitación/ansiedad); b) factores ambientales (la deprivación sensorial, el ruido excesivo o repentino y la luz, los cuales, en opinión de las participantes, podrían ser evitados); c) educación y actitudes de las enfermeras (las participantes sintieron que las enfermeras son, generalmente, poco capaces de reconocer y tratar las necesidades psicológicas de los pacientes y que las actitudes del personal pueden afectar al cuidado psicológico. Además, también consideraron que la formación en la UCI tendría a focalizarse en los aspectos técnicos del cuidado, dejando pocas oportunidades de explorar las necesidades psicológicas); d) factores que afectan a la valoración psicológica (las participantes consideraron que los métodos de valoración [instrumentos específicos]

y la información proporcionada por los familiares ayudaban en la valoración, mientras que el estado emocional del paciente y los factores dependientes del personal tendían a entorpecerla); e) factores que afectan la comunicación (las participantes creyeron que la comunicación es importante tanto para pacientes conscientes como inconscientes y que una buena comunicación podría mejorar el síndrome UCI); f) efectos de la familia (se enfatizó la importancia de los familiares en comunicarse con el paciente y tranquilizarle, y las participantes consideraron que era positivo involucrar a los familiares en el cuidado). Las implicaciones para la práctica propuestas por la autora de este estudio incluirían la consideración del importante rol de los familiares, así como la necesidad de mejorar la comunicación y la concienciación del equipo de la UCI.

En esta línea de investigación Moser et al<sup>3</sup> se propusieron identificar los indicadores clínicos que la enfermería de la UCI considera atributos definitorios de la ansiedad en los pacientes críticos, y esbozar las intervenciones que realizan para aliviar la ansiedad en estos pacientes. Para alcanzar estos objetivos, los autores enviaron por correo un instrumento desarrollado por ellos mismos (el *Critical Care Nurse Anxiety Identification and Management Survey*) a 2.500 profesionales de enfermería que trabajaban en áreas de cuidados críticos, de los cuales 593 (*ratio* de respuesta 31,6%) lo completaron y devolvieron. El análisis de los datos mostró que, respecto a la valoración de la ansiedad de los pacientes críticos, los participantes identificaron 70 indicadores, que fueron agrupados en 4 categorías: a) indicadores físicos/fisiológicos (signos y síntomas del sistema cardiovascular, respiratorio, gastrointestinal, sistema nervioso autónomo y dolor); b) indicadores comportamentales (agitación/tensión, falta de cooperación con el cuidado y cambios en la expresión verbal); c) indicadores psicológicos/cognitivos (alteraciones cognitivas, expresión de ansiedad de los pacientes y pensamientos negativos); d) indicadores sociales (búsqueda de consuelo, necesidad de atención o compañía, o interacciones limitadas). En cuanto a las estrategias utilizadas por el personal de enfermería para manejar la ansiedad detectada en los pacientes, informaron del uso de 61 estrategias que posteriormente fueron agrupadas en tres categorías: a) técnicas de cuidado (intervención médica o farmacológica, confort físico/ambiental, empatía en el contacto físico, valoración de las causas de la ansiedad e incremento de la sensación de control de los pacientes); b) mejora del conocimiento y la comunicación (proporcionar información, comunicación y establecer una relación enfermería-paciente positiva); c) apoyo (proporcionar apoyo emocional, alentar el apoyo de la familia, la presencia del personal de enfermería y proporcionar apoyo espiritual). De este modo, según los autores del estudio, los resultados revelan que el personal de enfermería de cuidados críticos identificó una amplia variedad de indicadores de la ansiedad, lo cual dificulta la realización de una descripción fidedigna de las características de la ansiedad de estos pacientes, argumentando que es proba-

ble que tanto la diversidad de manifestaciones de la ansiedad en los pacientes críticos, como la ausencia de un lenguaje común y de instrumentos de medida estandarizados, contribuyan a la obtención de estos resultados, por lo que consideran necesaria la adopción y uso consistente de este tipo de herramientas por parte del equipo clínico, así como el desarrollo de nuevas investigaciones que comparen la valoración de ansiedad realizada por enfermería, psicólogos y los propios pacientes.

### TRASLADO A LA SALA DE CUIDADOS GENERALES: ANSIEDAD POR TRASLADO

El traslado de la UCI a una sala de cuidados generales no siempre es percibido como un paso positivo, y a menudo provoca temor tanto en los pacientes como en los familiares. Según Coyle<sup>7</sup> la evidencia sugiere que el alta de áreas de cuidado especializado puede ser realmente tan traumática como el ingreso, fenómeno conocido como ansiedad por traslado, desplazamiento, etc., el cual puede aparecer en los pacientes, especialmente cuando se alteran o se cesan las rutinas, los ambientes y/o los procedimientos de monitorización invasivos sin que se les proporcione una explicación adecuada o se les prepare para ello. Un traslado repentino, que puede ser debido entre otras causas al ingreso urgente de otros enfermos graves, no da a los pacientes la oportunidad de prepararse adecuadamente para el traslado, y esta situación puede exacerbar los sentimientos de abandono, pérdida e inseguridad, de modo que experimentan miedo por las implicaciones de su enfermedad, así como por la anticipación de abandonar la seguridad de la UCI<sup>1</sup>.

McKinney y Deeny<sup>22</sup>, en su estudio con 6 pacientes entrevistados antes y después del traslado de una UCI hallaron resultados que apoyarían estas afirmaciones. Antes del traslado los participantes manifestaron un deseo de normalidad, e identificaron la ausencia del equipo de la UCI como el componente más negativo del traslado. Los autores concluyen que la experiencia de la UCI parece tener un impacto después del traslado, así como que el traslado de estas Unidades puede ser problemático para algunos pacientes, por lo que consideran necesario mantener una continuidad en los pacientes en recuperación de una enfermedad crítica.

Odell<sup>23</sup> también entrevistó mediante un instrumento semiestructurado a 6 pacientes ingresados en una UCI durante 4 días como mínimo, tras su traslado a una sala de cuidados generales. El traslado había sido planeado como parte del proceso de recuperación de la enfermedad crítica de los participantes, sin embargo fue considerado como una experiencia traumática por los pacientes, quienes la percibieron como confusa, estresante y agotadora. Concretamente, el análisis de los datos permitió identificar tres temas principales tras agrupar las respuestas de los pacientes:

1. Retraimiento, que incluyó sentimientos de indiferencia respecto al traslado, ausencia de recuerdos o conocimiento sobre los sucesos como consecuencia

de la ambigüedad y ausencia de recuerdos o conocimiento como un mecanismo de afrontamiento.

2. Resignación, sentimientos de los pacientes de estar inmersos en un sistema y una cadena de eventos sobre los cuales tienen escaso o ningún control.

3. Mezcla de emociones, consideración tanto de aspectos positivos (el traslado de la UCI significa que se ha producido una mejoría de la enfermedad), como negativos respecto al traslado por parte de los pacientes.

Odell<sup>23</sup> concluye que se podría argumentar que los pacientes no estaban preparados para algunos de los sentimientos evocados por el traslado. Los aspectos psicológicos de los pacientes concernientes al traslado de la UCI a la sala son complejos, y a menudo se entrecruzan con diferentes emociones conflictivas. Por ello, según Odell<sup>23</sup> se debe preparar al paciente para el traslado.

A este respecto, McKinney y Melby<sup>21</sup> exponen que la literatura existente parece apoyar la idea de que una buena preparación y una intervención temprana podría facilitar el traslado de los pacientes desde la UCI a las salas de cuidado general, pudiendo realizarse programas de enseñanza previos al traslado, así como proporcionar información escrita sobre el mismo con el objetivo de ayudar a los pacientes a interpretarlo como un paso positivo, y aumentar tanto la sensación de control como de capacidad para afrontar la nueva situación.

### ALTA HOSPITALARIA: TRASTORNO POR ESTRÉS POSTRAUMÁTICO

Como señala Hewitt<sup>8</sup>, las reacciones psicológicas adversas experimentadas por los pacientes en estas Unidades pueden continuar causando distrés muchos meses después del alta hospitalaria. Concretamente, pueden aparecer cambios en la personalidad, pérdida de habilidades sociales, disfunciones sexuales, alteraciones en la imagen corporal, pesadillas y privación de sueño, *flashbacks*, etc. Todo ello podría llegar a constituir un PTSD.

Con el objetivo de determinar la incidencia y severidad de los síntomas relacionados con el diagnóstico de PTSD en pacientes que habían estado ingresados en una UCI, Cuthbertson et al<sup>24</sup> realizaron un estudio en el que evaluaron a 78 pacientes tres meses después del alta de la UCI. Contactaron telefónicamente con los pacientes, quienes completaron el *Davidson trauma scale* (DTS)<sup>25</sup>, una escala que incluye la evaluación de los grupos de síntomas principales del PTSD (pensamientos intrusivos, evitaciones e hiperactivación). El análisis de los datos mostró que el 14% de los pacientes cumplían los criterios diagnósticos del PTSD. La puntuación total de la escala no se correlacionó con el sexo, la duración de la estancia en la UCI ni la gravedad de la enfermedad (APACHE II)<sup>16</sup>, pero se halló una relación negativa de la misma con la edad, y positiva con la duración de la ventilación mecánica requerida durante la estancia en la Unidad. Esta puntuación total también se relacionó con el hecho de que el paciente hubiera visitado a su médico de cabe-

cera o a profesionales de salud mental debido a problemas de distrés psicológico previos al ingreso en la UCI. Los autores concluyen que los resultados obtenidos sugieren que un gran número de pacientes sufren síntomas psicológicos severos y debilitantes tras una enfermedad crítica, los cuales pueden no ser identificados en la práctica clínica rutinaria, y por tanto no se les ofrece una ayuda psicológica adecuada. Además, consideran importante la identificación de los estresores presentes antes del ingreso en UCI, así como la valoración del ambiente de recuperación de los individuos (por ejemplo dolor o pérdida de trabajo), ya que los pacientes con estos factores de riesgo, y probablemente aquellos con altas puntuaciones en la escala DTS en el momento del alta hospitalaria, deberían ser seguidos para evaluar el posible desarrollo de un PTSD.

Kvale et al<sup>26</sup> recopilaron los recuerdos que tenían 136 pacientes 7-8 meses después del alta de la UCI a través de una entrevista semiestructurada. El 57% de los mismos afirmó tener algún recuerdo sobre su estancia en la Unidad, aunque únicamente pudo manifestar los recuerdos desagradables el 49%. El 69% de pacientes entrevistados estuvo ventilado artificialmente un tiempo durante su estancia y, aunque tenían menos recuerdos que el 31% restante, que no habían sido ventilados artificialmente, eran más desagradables. Las experiencias más frecuentemente recordadas por estos pacientes incluyeron alucinaciones, pérdida de control, problemas de comunicación, aspiración traqueal, etc., siendo el dolor la experiencia más desagradable recordada por los pacientes no ventilados mecánicamente. La duración de la estancia no pareció influir en el grado de recuerdo en el seguimiento. La mayoría de los pacientes estuvieron despiertos al menos un tiempo durante su estancia en la UCI, y aunque recibieron información sobre su estado en repetidas ocasiones por parte de médicos y enfermería, sólo el 16% recordó haber recibido este tipo de información cuando se les entrevistó 7-8 meses después, lo cual, según los autores, demostraría que la información proporcionada a los pacientes aparentemente despiertos en la UCI es pobremente recordada, y que probablemente necesitarían información tras el alta de la misma que les permitiera adquirir una visión realista de la recuperación. Kvale et al<sup>26</sup> señalan como un punto débil del estudio no haber valorado específicamente el PTSD, la depresión o la ansiedad, con lo cual, aunque identificaron dos pacientes que en la entrevista presentaban recuerdos o *flashbacks* que interferían en sus vidas, no pudieron establecer un diagnóstico.

Por otro lado, los resultados del estudio realizado por Russell<sup>12</sup> indican que algunos de los problemas psicológicos experimentados tras el alta de la UCI podrían haberse prevenido mediante una mejor comunicación entre el equipo de la Unidad y los pacientes. En esta investigación participaron 298 pacientes, de los cuales 212 completaron un cuestionario que les fue remitido por correspondencia, y 86 fueron entrevistados para conocer sus recuerdos sobre la estancia en una UCI. En ambos casos habían transcurrido 6 meses desde el alta de la Unidad. El análisis

de la información proporcionada por los participantes mostró que mientras algunos pacientes eran capaces de describir sus recuerdos vívidamente, otros presentaban recuerdos distorsionados. Los recuerdos de los pacientes incluían una pobre comunicación, ausencia de intimidad, miedo, dolor, ruido, etc., los cuales, según Russell<sup>12</sup>, podrían ser potencialmente causantes de problemas psicológicos después del alta de la UCI. Por este motivo, sería necesario realizar un seguimiento de los pacientes con el fin de detectar alteraciones, como un PTSD, que de otro modo no serían reconocidas ni tratadas adecuadamente. Además, los datos indicaron que los pacientes identificaron la falta de una comunicación adecuada como un estresor, el cual no sólo causó ansiedad durante la estancia del paciente en la UCI, sino que también contribuyó a una peor recuperación después del alta. En este sentido, la autora sostiene que se podría afirmar que proporcionar una información adecuada no sólo disminuiría los sentimientos de ansiedad, sino que también favorecería que los pacientes se involucraran en la toma de decisiones sobre su cuidado.

Del análisis de revisión realizado se desprende que, dentro del proceso de tratamiento y recuperación de una enfermedad crítica, hay diversos momentos en los que se podría llevar a cabo una intervención para el tratamiento de las alteraciones emocionales manifestadas por los pacientes, pero además, la realización de valoraciones previas podría ser útil en el sentido de que podrían ayudar a detectar el riesgo de desarrollar algún tipo de trastorno con posterioridad e intentar prevenirlo. Por ejemplo, en el estudio de Cuthbertson<sup>24</sup> se halló una relación positiva entre el distrés psicológico de los pacientes previo al ingreso en la UCI y el desarrollo de un PTSD tres meses después del alta de la Unidad, lo cual lleva a plantearse si hubiera sido apropiado tratar el distrés manifestado con anterioridad al ingreso en la Unidad.

A modo de síntesis planteamos las siguientes conclusiones:

1. El estado emocional previo al ingreso en la UCI de los pacientes parece influir sobre el proceso de recuperación.
2. Durante la estancia en la UCI los pacientes pueden desarrollar diversas alteraciones emocionales (ansiedad, depresión, síndrome de cuidados intensivos, etc.).
3. El traslado a una sala de cuidados generales una vez superado el período crítico puede provocar ansiedad en los pacientes, motivada por el abandono de un ambiente en el que se ha realizado un control continuo de su estado.
4. El impacto emocional de este proceso puede estar presente en los pacientes incluso meses después del alta hospitalaria, llegando a desarrollar un PTSD.
5. En función de esta evidencia se considera necesaria la integración de profesionales en atención psicológica en el equipo multidisciplinar de cuidados de la UCI para la atención integral del paciente, puesto que cuentan con una formación que les dota de las herramientas necesarias para la intervención en los diferentes momentos del proceso descritos.

### Declaración de conflicto de intereses

Los autores han declarado no tener ningún conflicto de intereses.

### BIBLIOGRAFÍA

1. Scott A. Managing anxiety in ICU patients: the role of pre-operative information provision. *Nurs Crit Care*. 2004;9:72-9.
2. Moix J. Emoción y cirugía. *Anales de Psicología*. 1994;10:167-75.
3. Moser DK, Lee Chung M, McKinley S, Riegel B, An K, Cherrington CC, et al. Critical care nursing practice regarding patient anxiety assessment and management. *Intensive Crit Care Nurs*. 2003;19:276-88.
4. Novaes MAFP, Aronovich A, Ferraz MB, Knobel E. Stressors in ICU: patients' evaluation. *Intensive Care Med*. 1997;23:1282-5.
5. Price AM. Managing the anxiety in ICU patients: the role of pre-operative information provision. *Nurs Crit Care*. 2004;9:72-9.
6. Martín A, Pérez MA. Psychosocial adaptation in relatives of critically injured patients admitted to an intensive care unit. *Span J Psychol*. 2005;8:36-44.
7. Coyle MA. Transfer anxiety: preparing to leave intensive care. *Intensive Crit Care Nurs*. 2001;17:138-43.
8. Hewitt J. Psycho-affective disorder in intensive care units: a review. *J Clin Nurs*. 2002;11:575-84.
9. Engel GL. The need for a new medical model: a challenge for biomedicine. *Science*. 1977;196:129-36.
10. Moix J, Casas JM, López E, Quintana C, Ribera C, Gil A. Facilitación de la recuperación postquirúrgica a través del suministro de información y del apoyo psicológico. *Control de Calidad Asistencial*. 1993;8:13-7.
11. Fenner E, Michels G. Scl-90-R scoring after myocardial infarction. *Med Klin (Munich)*. 2003;98:7-12.
12. Russell S. An exploratory study of patients' perceptions, memories and experiences of an intensive care unit. *J Adv Nurs*. 1999;29:783-91.
13. Hughes F, Bryan K, Robbins I. Relatives' experiences of critical care. *Nurs Crit Care*. 2005;10:23-30.
14. Granberg Axèll AIR, Malmros CW, Bergbom IL, Lundberg DBA. Intensive care unit syndrome/delirium is associated with anaemia, drug therapy and duration of ventilation treatment. *Acta Anaesthesiol Scand*. 2002;46:726-31.
15. Ballard KS. Identification of environmental stressors for patients in a surgical intensive care unit. *Issues Ment Health Nurs*. 1981;3:89-108.
16. Knaus WA, Draper EA, Wagner DP, Zimmerman JE. APACHE II: A severity of disease classification system. *Crit Care Med*. 1985;13:818-29.
17. Hupey JE. Feeling safe: the psychosocial needs of ICU patients. *J Nurs Scholarsh*. 2000;32:361-7.
18. Nicolás A, Aizpitarte E, Iruarrizaga A, Vázquez M, Margall MA, Asiain MC. Percepción de los pacientes quirúrgicos del sueño nocturno en una Unidad de Cuidados Intensivos. *Enferm Intensiva*. 2002;13:57-67.
19. Richards KC, O'Sullivan PS, Phillips RL. Measurement of sleep in critically ill patients. *J Nurs Meas*. 2000;8:131-44.
20. Magnus VS, Turkington L. Communication interaction in ICU-Patient and staff experiences and perceptions. *Intensive Crit Care Nur*. 2006;22:167-80.
21. McKinney AA, Melby V. Relocation Stress in critical care: a review of the literature. *J Clin Nurs*. 2002;11:149-57.
22. McKinney AA, Deeny P. Leaving the intensive care unit: a phenomenological study of the patients' experience. *Intensive Crit Care Nurs*. 2002;18:320-31.
23. Odell M. The patient's thoughts and feelings about their transfer from intensive care to the general ward. *J Adv Nurs*. 2000;31:322-9.
24. Cuthbertson BH, Hull A, Strachan M, Scott J. Post-traumatic stress disorder after critical illness requiring general intensive care. *Intensive Care Med*. 2004;30:450-5.
25. Davidson JR, Book SW, Tupler LA, Roth S, David D, Hertzberg M, et al. Assessment of a new self-rating scale for post-traumatic stress disorder. *Psychol Med*. 1997;27:153-60.
26. Kvale R, Ulvik A, Flaatten H. Follow-up after intensive care: a single center study. *Intensive Care Med*. 2003;29:2149-56.