



AFECTACIÓN EMOCIONAL DE LOS PACIENTES INGRESADOS EN UNA UNIDAD DE CUIDADOS INTENSIVOS

BEATRIZ GIL, RAFAEL BALLESTER, SANDRA GÓMEZ Y RICARDO ABIZANDA¹

Facultad de Ciencias Humanas y Sociales, Universidad Jaime I de Castellón, España

¹ Servicio de Medicina Intensiva, Hospital General Universitario de Castellón, Castellón, España

Resumen: Este estudio pretende analizar la afectación psicológica del paciente crítico considerando el posible papel modulador de variables sociodemográficas y clínicas. Se realizó un estudio descriptivo con 40 pacientes. Los resultados muestran síntomas ansioso-depresivos asociados al ingreso en UCI. Los pacientes cumplieron la escala hospitalaria de ansiedad y depresión (HADS), el cuestionario de ansiedad rasgo-estado (STAI) y el cuestionario de depresión de Beck (BDI). Los pacientes muestran mayor percepción subjetiva en malestar general que en nerviosismo y ánimo deprimido. El 55% de los pacientes refieren un grado de estrés general intermedio, siendo los principales estresores «tener dolor» y «estar encamado». Igualmente, se han obtenido diferencias casi significativas en ansiedad según el género. Así, el paciente crítico se enfrenta a una situación especialmente delicada, viéndose su vida comprometida. Todo ello acompañado de gran impacto y sufrimiento psicológico que no podemos subestimar dada su influencia en la recuperación/supervivencia del paciente.

Palabras clave: Ansiedad; depresión; estrés; impacto emocional; paciente crítico; UCI.

Psychological distress in patients admitted to an intensive care unit

Abstract: This study aims to analyze psychological distress in critically ill patients and the potential modulating effect of sociodemographic and clinical variables. For this purpose a descriptive study of 40 patients was conducted. Results show anxiety and depression symptoms linked to ICU admission. Participants completed the Hospital Anxiety and Depression Scale (HADS), The State-Trait Anxiety Inventory (STAI-state) and the Beck Depression Inventory (BDI). Patients refer a higher subjective perception of general discomfort than of anxiety and depressed mood. 55% of patients show intermediate values of general stress, the main stressors being «to be in pain» and «to be bedridden». Likewise, nearly significant differences by gender were found in anxiety. Therefore, the critically ill patient faces a particularly delicate situation in which he considers his life compromised, along with a great psychological impact and suffering, which should not be underestimated given the influence on patients' recovery/survival.

Keywords: Anxiety; depression; stress; emotional impact; critically ill patient; ICU.

INTRODUCCIÓN

El ingreso en una Unidad de Cuidados Intensivos (UCI) lleva asociado además del estrés de ingresar en un hospital (Koenig, George, Stangl y Tweed, 1995) el hecho de tratarse de una unidad con características específicas que la dife-

rencian de otros servicios del hospital (Llubia y Canet, 2000), como la alta tecnología que se utiliza para la vigilancia/cuidado de los pacientes, la limitación de la autonomía y la gravedad médica de los mismos con los razonables miedos al sufrimiento y a la muerte. Se trata de un am-

Recibido: 11 enero 2013; Aceptado: 18 mayo 2013.

Correspondencia: Beatriz Gil Juliá, Departamento de Psicología Básica, Clínica y Psicobiología, Facultad de Ciencias Humanas y Sociales, Universidad Jaime I de Castellón, Avda. Sos Baynat, s/n, 12071 Castellón de la Plana. Correo-e: bgil@uji.es

Agradecemos a los pacientes críticos y profesionales sanitarios de la UCI del Hospital General de Castellón su ayuda y colaboración, sin la cual no hubiera sido posible la realización de este trabajo.

Este estudio ha sido desarrollado en parte gracias al Ministerio de Educación y Ciencia (PSI 2008-01642/PSIC) y a la Generalitat Valenciana (BFPI/2008/129).

biente en el que constantemente asaltan estímulos sensoriales extraños (Moser et al., 2003) que pueden constituir una fuente importante de malestar. Además el ingreso en UCI exige un reajuste importante en la vida de estas personas, al verse alterada su dinámica habitual, teniendo que adaptarse a esta nueva realidad la mayoría de veces inesperada (Lange, 2001). De esta manera, los pacientes de UCI se enfrentan a una situación realmente estresante y disruptiva (Llubia, 2008; Novaes, Aronovich, Ferraz y Knobel, 1997; Novaes et al., 1999), que requiere de un proceso de adaptación a lo largo del cual pueden experimentar diversas alteraciones emocionales que podrían continuar después del alta de la unidad (Abizanda et al., 2006; Azoulay et al., 2005; Curtis, 2003; Pattison, 2005).

En este contexto los pacientes suelen presentar sintomatología variada destacando los síntomas de miedo, ansiedad, depresión, psicosis leve/grave con alucinaciones y alteraciones del sueño (Gómez-Carretero, Monsalve, Soriano y De Andrés, 2007; Hewitt, 2002; McKinley, Nagy, Stein-Parbury, Bramwell y Hudson, 2002). No obstante, todos los pacientes ingresados en UCI no experimentarán necesariamente estos síntomas, sino que habrá diferencias individuales que abarcarán un amplio continuo de posibilidades. En este sentido y en línea de lo que plantean García-Soriano y Barreto (2008) es necesario considerar el contexto en el que se dan los síntomas, su adecuación así como la gravedad de los mismos. Esto resalta la importancia de atender la realidad biopsicosocial de cada paciente ingresado en UCI, intentando identificar a su vez posibles factores que pudieran contribuir en la aparición/perpetuación de estas alteraciones tal como señalan distintos estudios (Hopkins, Key, Suchyta, Weaver y Orme, 2010; Rattray, Johnston y Wildsmith, 2005; Sukantarat, Greer, Brett y Williamson, 2007), información que facilitaría una atención integral más ajustada a sus necesidades particulares (físicas/ psicológicas/ sociales/ espirituales), repercutiendo positivamente en su estado de ánimo y percepción subjetiva de bienestar, así como también podría tener efectos beneficiosos en la evolución de la enfermedad y en la propia supervivencia de los enfermos (Caine, 2003; Ulla, 2003).

El objetivo de este estudio ha sido analizar el grado de afectación psicológica de los pacientes ingresados en UCI en términos de ansiedad y depresión así como el posible papel modulador en dicha sintomatología de diferentes variables sociodemográficas y clínicas. En esta línea se espera que los pacientes presenten una importante afectación psicológica siendo ésta mayor en función de algunas variables como el género.

PACIENTES Y MÉTODO

Participantes

El estudio fue llevado a cabo con pacientes ingresados en la UCI del Hospital General de Castellón. Se trata de una unidad polivalente que ofrece atención a todo tipo de paciente crítico mayor de dieciséis años, exceptuando aquellos casos que precisen de cirugía cardíaca. Para la obtención de la muestra, se tuvieron en cuenta los siguientes criterios de exclusión: (1) Ser menor de 18 años; (2) Situación médica que prevea una corta estancia en UCI o alta probabilidad de resultados médicos favorables, lo que supone excluir los ingresos para control postoperatorio tras intervenciones programadas de alto riesgo (estancias inferiores a 48 horas); (3) Pacientes en situación de coma, sedoanalgesia o que presenten una situación médica que impida la comunicación sobre todo verbal (e.g., casos de intubación/alteración cognitiva); (4) Cumplir criterios médicos que desaconsejen la intervención con el paciente, desde la simple interacción hasta la propia evaluación; (5) Diagnóstico reciente activo de algún trastorno psicológico que pudiera enmascarar la afectación psicológica derivada del ingreso en UCI.

A partir de los ingresos consecutivos en UCI (enero-diciembre 2009) y teniendo en cuenta distintos factores (por ejemplo, el índice de mortalidad: 15-22% (Domínguez et al., 2008), la voluntariedad, etc.) así como los criterios de exclusión descritos, en el estudio se incluyeron un total de 40 pacientes críticos, tal como queda reflejado en la figura 1. El rango de edad oscilaba entre los 22-82 años ($M = 49,47$; $DT = 16,02$). La Tabla 1 presenta las principales características sociodemográficas y clínicas de la muestra definitiva.

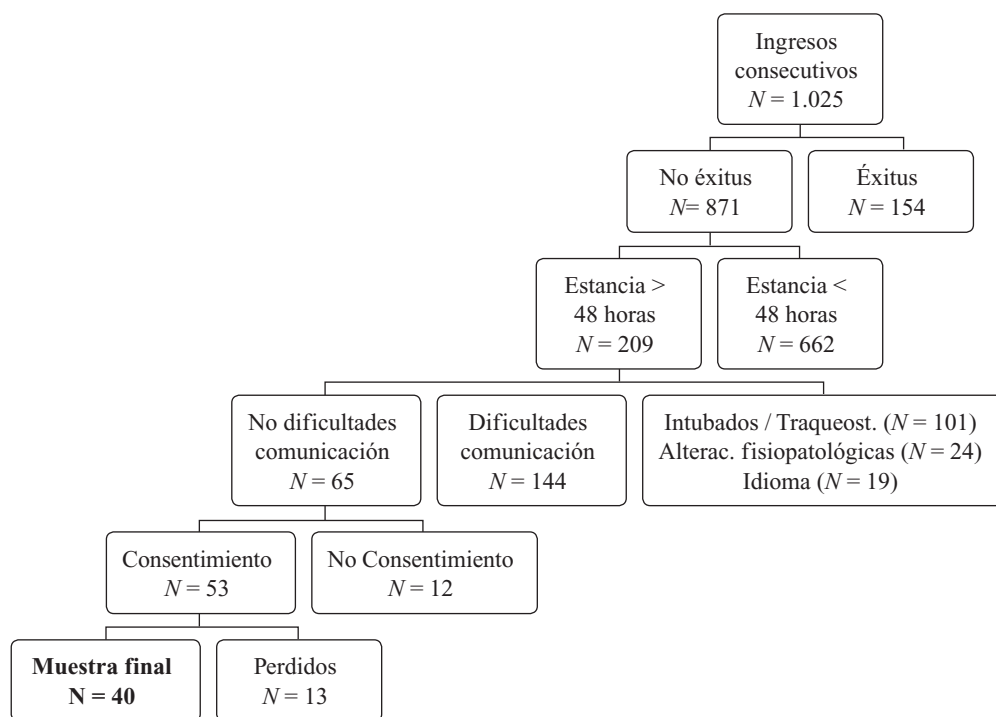


Figura 1. Pacientes ingresados en la UCI del Hospital General de Castellón.

Tabla 1. Características sociodemográficas y clínicas de los pacientes críticos (N = 40)

	(N) %
<i>Género</i>	
Hombres	(20) 50
Mujeres	(20) 50
<i>Estado civil</i>	
Soltero	(3) 12
Casado/pareja	(19) 76
Separado/divorciado	(3) 12
Viudo	(0) 0
<i>Nivel de estudios</i>	
Sin estudios	(1) 4
Primarios	(18) 75
Secundarios	(4) 17
Diplomatura	(1) 4
Licenciatura	(0) 0
<i>Patología de ingreso</i>	
Coronario	(13) 33,3
Séptico	(5) 12,8
Respiratorio	(4) 10,3
Traumatismo SNC no operado	(4) 10,3
Traumatismo General no operado	(4) 10,3
Enfermedad médica	(8) 20,5
<i>Hijos</i>	
Sí	(16) 88,9
No	(2) 11,1

Instrumentos

Para evaluar la afectación emocional de los pacientes ingresados en UCI utilizamos diferentes instrumentos de evaluación que describiremos a continuación:

Escala de Ansiedad y Depresión (HADS) (Zigmond y Snaith, 1983). Esta escala fue diseñada para detectar estados de depresión y ansiedad en pacientes de servicios hospitalarios no psiquiátricos. Adaptada y validada al español por Tejero, Guimera, Farré y Peri (1986) presenta adecuados índices de fiabilidad y validez para la población española (Herrero et al., 2003; Quintana et al., 2003; Tejero et al., 1986; Terol et al., 2007). Concretamente presenta un alfa de Cronbach que oscila entre 0,81 y 0,86 para la ansiedad y entre 0,82 y 0,86 para la depresión. Está compuesta por dos subescalas de 7 ítems cada una, una de ansiedad y otra de depresión. La intensidad/frecuencia del síntoma se evalúa en una escala Likert de cuatro puntos. Para cada subescala, el rango de puntuación es de 0 a 21 considerándose los siguientes puntos de corte: 0-7 Normal; 8-10 Dudoso/posible problema clínico; >10 Probable problema clínico.

Cuestionario de ansiedad estado-rasgo (STAI) (Spielberger, Gorsuch y Lushene, 1983). Este cuestionario fue adaptado a población española por TEA (Seisdedos, 1988) mostrando buenos índices de fiabilidad y validez. El coeficiente alfa de los estudios originales oscila entre 0,83 y 0,92 (Spielberger et al., 1983). En la muestra española los índices KR20 para la escala de ansiedad estado (A-E) oscilan entre 0,90 y 0,93 y en el caso de la ansiedad rasgo (A-R) entre 0,84 y 0,87. Las dos escalas de las que consta están formadas por 20 ítems cada una. En la escala A-R los participantes han de contestar cómo se sienten generalmente, mientras que en la escala A-E responden cómo se sienten en el momento de contestar el cuestionario. Las respuestas son valoradas siguiendo una escala Likert de cuatro puntos. El rango de las puntuaciones varía de 0 a 60 en cada escala donde mayor puntuación indica mayor sintomatología. El punto de corte en la población femenina es de 31 para la A-E y de 32 para la A-R, mientras que en los hombres la puntuación de corte es de 28 en la A-E y de 25 en la A-R.

Inventario de Depresión de Beck (BDI) (Beck, Ward, Mendelson, Mock y Erbaug, 1961) Este instrumento fue adaptado y validado a población española por Sanz y Vázquez en 1998. Es uno de los instrumentos más utilizados para evaluar la presencia de sintomatología depresiva y presenta propiedades psicométricas robustas tanto en su versión original como en la versión española (Beck, Steer y Garbin, 1988; Lasa, Ayuso-Mateos, Vázquez-Barquero, Díez-Manrique y Dowrick, 2000; Sanz y Vázquez, 1998). Consta de 21 ítems con cuatro alternativas de respuesta ordenadas de menor a mayor intensidad. La persona evaluada ha de elegir la alternativa que mejor describa su estado actual. La puntuación total puede oscilar entre 0 y 63. Se han establecido diferentes puntuaciones de corte en función de la población de estudio. Beck et al. (1988) en un principio establecieron los siguientes: 0-9 ausencia de depresión; 10-18 depresión leve; 19-29 depresión moderada; ≥ 30 depresión grave.

Escala de Estado de Ánimo. Elaborada por el equipo de psicólogos que realiza el estudio en la UCI con la finalidad de valorar de forma sencilla la percepción subjetiva del estado de

ánimo que tienen los sujetos. Consta de tres ítems que se responden mediante una escala de análogos visuales que va de 0-10, los cuales evalúan malestar psicológico general, nerviosismo y estado de ánimo deprimido.

Escala sobre Factores Estresantes en UCI: Adaptación de la Escala de Estresores Hospitalarios. Este instrumento es una adaptación al contexto de UCI de la Escala de estresores hospitalarios elaborada por Richart, Cabrero y Reig (1993) para evaluar el grado de malestar asociado a diferentes estresores durante la hospitalización en pacientes médicos/quirúrgicos. En esta adaptación, hemos incluido ítems de la escala original (Richart et al., 1993) así como otros nuevos a partir de la literatura revisada (López, Pastor, Rodríguez, Sánchez y Belmonte, 1990; Volicer y Bohanon, 1975) y de la experiencia clínica de los profesionales de UCI, con la finalidad de evaluar el grado de estrés que pueden generar distintos factores asociados a UCI. El cuestionario consta de 40 ítems y las respuestas se puntúan siguiendo una escala Likert con cinco opciones de respuesta (estimadas entre 0 y 4). Esta adaptación presenta una fiabilidad evaluada a través de la consistencia interna (alfa de Cronbach) de 0,951.

Procedimiento

Tras aprobarse el estudio por el Comité Ético de Investigación Clínica del hospital y con el fin de identificar a priori aquellos pacientes ingresados en UCI susceptibles de participar en el estudio, un psicólogo del equipo de investigación asistía a diario a las sesiones clínicas de UCI, obteniendo información relevante sobre la situación clínica y evolución de cada enfermo que podría determinar su participación o no en el estudio. A continuación, el psicólogo contactaba con aquellos pacientes que era posible comunicarse a pesar de su gravedad. Se les informó de los objetivos y características del estudio, así como de la voluntariedad, anonimato y confidencialidad de los datos siendo necesaria la obtención del consentimiento informado para poder llevar a cabo la evaluación pertinente. Tras confirmar que los pacientes cumplían criterios para ser incluidos en el estudio, se proce-

dió a su evaluación psicológica mediante los cuestionarios mencionados, siempre con la ayuda de un psicólogo especialmente cualificado en este ámbito, favoreciendo un clima de total confianza y seguridad, en el que la evaluación resultara en sí misma terapéutica siendo sensibles a las necesidades y malestar de estos pacientes en cada momento pues tal vez no hubiera más oportunidades de aliviar su sufrimiento, dado que se trata de personas gravemente enfermas con todo lo que esto conlleva.

Análisis de datos

Los datos se analizaron con el paquete estadístico SPSS versión 16. Se realizaron análisis descriptivos de las diferentes variables sociodemográficas y de las variables objeto de estudio relacionadas con la afectación emocional de los pacientes (medias y desviaciones típicas para las variables cuantitativas y análisis de frecuencias para las cualitativas). Igualmente, se estudió la posible relación entre diferentes variables sociodemográficas/clínicas y la afectación psicológica de los pacientes críticos, utilizándose para este propósito el coeficiente de correlación de Pearson, la prueba t de Student y ANOVA en función del tipo de variable y del número de subgrupos comparados. La significación estadística vino dada por un p -valor $\leq 0,05$.

RESULTADOS

Los resultados relativos a la afectación psicológica de los pacientes en términos de *ansiedad y depresión* evaluados mediante el HADS muestran para el grupo total puntuaciones medias en torno a 7 puntos en la subescala de ansiedad ($M = 7,22$; $DT = 5,68$) y en la de depresión ($= 7,05$; $DT = 6,39$), valores que se sitúan entre el rango de puntuaciones normales (0-7) y dudoso/posible problema clínico (8-10). Analizando con más detalle estos resultados hemos encontrado que el 37,5% y el 30% de los pacientes presentan puntuaciones en ansiedad y depresión respectivamente dentro del rango de lo que se consideraría probable problema clínico (puntuaciones ≥ 10).

Por otra parte, el análisis de los datos recogidos con el STAI complementa los resultados referentes a la ansiedad, presentando los pacientes puntuaciones medias mayores en A-E (17,39; $DT = 10,53$) que en A-R ($M = 14,50$; $DT = 10,43$). Aún así, estas puntuaciones en el caso de los hombres equivalen al percentil 30 en A-E y aproximadamente al percentil 17 en A-R, mientras que en las mujeres corresponden al percentil 50 en A-E y al 30 en A-R. Igualmente, mediante el BDI se ha obtenido una puntuación media en depresión de 11,29 puntos ($DT = 8,82$) dentro del rango 10-18 (depresión leve). Profundizando en su estudio, observamos que el 17% de los pacientes presentan puntuaciones indicativas de depresión moderada (rango 19-29) y el 3% presentan puntuaciones dentro del rango de depresión grave (puntuaciones ≥ 30).

En cuanto a la *percepción subjetiva de malestar emocional*, sobre una puntuación total máxima de 10 puntos, los pacientes refieren una percepción media de malestar general de 4,29 ($DT = 2,73$), siendo menores las puntuaciones obtenidas en percepción subjetiva del grado de ansiedad/nerviosismo ($= 2,59$; $DT = 2,89$) y de estado de ánimo deprimido ($= 2,12$; $DT = 2,64$). Analizando con más detalle, observamos que un porcentaje nada despreciable de pacientes presenta puntuaciones iguales o superiores a 7 puntos en percepción subjetiva de malestar general (24,3%), nerviosismo (13,5%) y ánimo deprimido (8,1%).

En relación con el *grado de estrés* al que se ven sometidos los pacientes críticos hemos obtenido una media de nivel de estrés general de 1,76 ($DT = 1,22$) en un rango de 0-4. En términos de frecuencias, el mayor porcentaje de sujetos manifiesta un grado de estrés general intermedio (55%), mientras que para el 30% la experiencia en general ha resultado ser mucho/muchísimo estresante. Si analizamos con detalle las valoraciones realizadas por los pacientes sobre el grado de estrés que pueden generar distintos factores asociados al ingreso en UCI, observamos por orden de importancia que a un porcentaje considerable de pacientes les resulta «mucho/muchísimo» estresante el tener dolor (62%) y estar encamado/sentado todo el día (57,6%). De la misma forma los resultados

muestran que aproximadamente a la mitad de los enfermos les genera estrés utilizar la cuña (46,9%) seguido por pensar que le pueda ocurrir algo grave (44,8%) y en menor medida les resulta estresante, no obtener alivio para el dolor

(41,7%), pensar que pueda tener dolor por una operación/prueba (40,7%) y estar separado de su familia (39,4%). En la Tabla 2 se muestran las medias obtenidas en los principales factores generadores de estrés en el entorno de UCI.

Tabla 2. Medias de los principales factores estresantes en pacientes ingresados en UCI

Ítem		DT
- No disponer de baño en el box	1,64	1,75
- Tener que estar en la cama/sillón todo el día	2,54	1,46
- Estar hospitalizado lejos de casa	1,03	1,45
- Dormir en una cama que no es la suya	1,39	1,62
- Utilizar la cuña	2,12	1,68
- Que no respondan al timbre de aviso	1,28	1,60
- Tener que ser ayudado para ir al baño	1,86	1,71
- Tener que comer en la cama (postura incómoda)	1,21	1,39
- Tener que estar todo el tiempo desnudo, únicamente cubierto con una sábana	1,19	1,51
- Necesitar ayuda para comer	1,00	1,24
- Estar las luces todo el día encendidas	1,09	1,49
- No tener a los familiares y amigos acompañándole a lo largo del día	1,97	1,59
- Tener dolor	2,79	1,35
- No saber con seguridad/no entender en qué consiste la enfermedad	1,86	1,57
- Pensar que le puede ocurrir algo grave	1,89	1,63
- Pensar si podrá volver a su vida normal después de salir del hospital	1,09	1,32
- No poder ocuparse de la familia como hasta ahora	1,61	1,29
- No saber con seguridad cómo quedará tras la operación	1,52	1,47
- Estar separado de sus familiares más cercanos	2,21	1,45
- No saber cuándo le darán el alta de la UCI	1,39	1,43
- Haber sido hospitalizado de repente	1,15	1,38
- No saber los resultados/razones de los tratamientos/pruebas que le hacen	1,24	1,15
- Pensar que puede tener dolor por la operación/análisis/pruebas	1,89	1,48
- No saber cuándo van a hacerle cosas a uno	1,07	1,22
- No obtener alivio para el dolor aún tomando medicación	2,08	1,59
- Que el personal sanitario no conteste a preguntas	1,33	1,24
- Que no le den la medicación para el dolor cuando lo necesita	2,00	1,56
- Nivel de estrés en general	1,76	1,22

Nota: Excluidos los factores estresantes con puntuaciones medias ≤ 1

Al analizar la posible influencia de determinadas *variables sociodemográficas* (género, edad, estado civil, tener/no hijos y nivel de estudios) en la afectación psicológica de los pacientes críticos, los resultados no mostraron diferencias significativas en ninguna de las variables analizadas, si bien estas diferencias rozaban la significación en función del género para la A-E ($t(34) = -1,945$; $p = 0,060$) y la A-R ($t(34) = -1,862$; $p = 0,071$) a favor de las mujeres. De la misma forma, se ha analizado la posible influencia de la *patología de ingreso* en la sintomatología de ansiedad y depresión no

habiéndose encontrado diferencias significativas a nivel estadístico (véase Tabla 3).

DISCUSIÓN

En líneas generales los resultados obtenidos muestran que los pacientes ingresados en UCI presentan síntomas de *ansiedad* y *depresión*. Por un lado, en relación con la ansiedad podemos observar puntuaciones mayores en A-E que en A-R, lo que reflejaría la ansiedad situacional vinculada al ingreso en UCI. Concretamente, la

Tabla 3. Relación entre síntomas de ansiedad-depresión y variables sociodemográficas y clínicas

		Género		Edad	Nivel estudios	Estado civil	Tener/no hijos	Patología ingreso
		Media (DT)	t (gl)	r	F (gl)	F (gl)	t (gl)	F (gl)
Ansiedad	HADS-A	7,22 (5,68)	-1,321 (38)	-0,148	0,427 (3)	0,941 (2)	0,751 (16)	0,416 (6)
	STAI-E	17,39 (10,53) ^a	-1,945 (34)	0,010	0,148 (2)	0,257 (2)	-0,620 (13)	0,472 (6)
	STAI-R	14,50 (10,43) ^b	-1,862 (34)	0,235	0,913 (2)	0,104 (2)	-0,332 (13)	1,102 (6)
Depresión	HADS-D	7,05 (6,39)	-0,738 (38)	0,171	0,325 (3)	0,248 (2)	-0,131 (16)	1,638 (6)
	BDI	11,29 (8,82)	-0,180 (33)	0,276	0,164 (2)	0,963 (2)	-0,924 (13)	1,556 (6)

Nota. HADS = Hospital Anxiety and Depression Scale. A = Ansiedad. D = Depresión. STAI = Cuestionario de ansiedad estado-rasgo. E = Estado. R = Rasgo. BDI = Inventario de Depresión de Beck. ^a $p = 0.061$, ^b $p = 0.071$.

puntuación media en A-E es superior aproximadamente a la mitad de la población normativa en el caso de las mujeres y al 30% en el caso de los hombres. Por otro lado, en lo que respecta a la depresión (BDI), los datos indican presencia de depresión leve. Si bien en nuestro estudio la afectación obtenida es leve, este dato podemos considerar que iría en la línea del estudio realizado por Ferreira, Granero, Noorian, Romero y Domènech-Llaberia (2012) según el cual los acontecimientos vitales negativos tienden a aumentar los síntomas de depresión. Asimismo, las puntuaciones medias obtenidas en ansiedad y depresión mediante el HADS apuntarán en la misma dirección, situándose en el límite entre lo que se considera normal y posible problema clínico, siendo relativamente moderado el porcentaje de pacientes que presentarían puntuaciones indicativas de problema clínico. Resultados similares se han obtenido en uno de los pocos estudios realizados con pacientes ingresados en UCI llevado a cabo por Rincón et al. en Colombia (2001) a partir de la evaluación de 95 enfermos críticos mediante el HADS obteniéndose puntuaciones que indicarían presencia de problema clínico en el 24% (ansiedad) y 13,7% (depresión) de los pacientes.

Si comparamos estos resultados con los obtenidos en un estudio con familiares de UCI (Gil, Ballester, Gómez, Ruiz y Giménez, 2010) podemos apreciar mayor afectación emocional en la familia, sobre todo en ansiedad. Concretamente en este estudio los familiares presentan una puntuación media en A-E superior aproximadamente al 85% de la población normativa de mujeres y al 82% en el caso de los hombres, lo cual constituyen cifras importantes, mientras

que los pacientes, aun presentando sintomatología ansioso-depresiva, no parecen estar tan afectados como cabía esperar en un principio.

Asimismo, al comparar nuestros resultados con los obtenidos por Edo y Ballester (2006) con pacientes con VIH y enfermos oncológicos, podemos comprobar que las puntuaciones en depresión de nuestros pacientes son similares a las de los enfermos oncológicos y menores que las de los pacientes con VIH. Mientras que en términos de ansiedad, los pacientes críticos presentan puntuaciones por encima de las de los oncológicos y menores que las de los pacientes con VIH.

Dentro de la afectación emocional otro dato relevante es la *percepción subjetiva de malestar*. En este sentido, los resultados indican que los pacientes presentan mayor percepción de malestar general que cuando se les pregunta específicamente sobre nerviosismo o ánimo deprimido. Además, al comparar nuestros resultados con los de otros estudios, como por ejemplo el realizado en San Francisco por Li y Puntillo (2006) con 15 pacientes críticos, observamos que los valores obtenidos en percepción subjetiva de ansiedad/depresión son más bajos que los del citado estudio, los cuales informaron de una percepción media en síntomas de ansiedad de 4,5 ($DT = 2,9$) y en depresión de 2,6 ($DT = 2,7$), evaluados también en una escala de 0-10.

En relación con el *estrés asociado al ingreso en UCI* hemos obtenido que en general la experiencia estaba resultando estresante, en línea de lo que señalan otros autores (Dyson, 1999; Llubia, 2008; Novaes et al., 1997; Novaes et al., 1999). Más de la mitad de los pacientes

han mostrado niveles intermedios de estrés general mientras que aproximadamente para una tercera parte la experiencia global ha resultado ser muy estresante. Además, los pacientes reconocen como potentes estresores aquellos relacionados con las consecuencias directas de la enfermedad (por ejemplo, tener dolor y estar encamado/sentado todo el día), así como otros más vinculados a la esfera relacional/emocional (por ejemplo, no poder estar con sus familiares cercanos). Resultados similares se han obtenido en estudios previos sobre todo al considerar el dolor como el factor más estresante tanto en pacientes críticos (Ballester et al., 2006; Novaes et al., 1997; Novaes et al., 1999) como en pacientes hospitalizados en otros servicios (Richart et al., 1993).

Al analizar la influencia de determinadas *variables sociodemográficas* en la afectación psicológica de los pacientes cabe destacar que estas diferencias rozan la significación estadística según el género en relación con la ansiedad, siendo las mujeres quienes presentan mayor sintomatología ansiosa, en línea de lo que muestra otro estudio realizado con familiares de UCI en Bélgica (Delva, Vanoost, Bijttebier, Lauwers y Wilmer, 2010). Por otra parte, al considerar la influencia en la afectación psicológica de *variables clínicas* como la patología de ingreso en UCI no se han obtenido diferencias estadísticamente significativas.

Estos resultados proporcionan información valiosa sobre la experiencia en UCI del paciente crítico permitiéndonos analizar el impacto psicológico que dicha realidad puede tener en la persona enferma, así como identificar posibles aspectos que podrían estar asociados a mayor malestar emocional, todo ello con la finalidad de llevar a cabo programas de prevención y/o intervención individualizada, que atiendan las necesidades particulares de cada enfermo, mejorando su calidad de vida y bienestar, lo que a su vez puede favorecer su recuperación y supervivencia. No obstante, es necesario ser conscientes de las limitaciones que presenta el estudio, como pueden ser la ausencia de un grupo control y el reducido tamaño de la muestra, llevándonos a realizar sobre todo un estudio descriptivo, condicionado por la dificultad que conlleva la recogida de datos en un

contexto de las características de UCI, donde la gravedad médica de los pacientes imposibilita su evaluación en numerosas ocasiones. Si bien es cierto que nuestro tamaño muestral es modesto, éste resulta aceptable si tenemos en cuenta que el tamaño de la muestra necesario para estimar la media en afectación emocional estableciendo un nivel de confianza del 95% y una precisión de 2, es de 36,32 sujetos.

Por todo lo comentado creemos necesario seguir profundizando en el estudio de aquellos factores que podrían estar implicados en la afectación psicológica de los pacientes críticos, bien como factores de riesgo bien como facilitadores de un afrontamiento adaptativo, realizando al mismo tiempo análisis diferenciales en función de los citados factores en una muestra de mayor tamaño, obteniendo datos relevantes para poder maximizar la eficacia de la intervención psicológica en UCI donde habitualmente se dispone de tiempo limitado para atender cuestiones tan delicadas e importantes como el sufrimiento y la muerte.

REFERENCIAS

- Abizanda, R., Ballester, R., Bernat, A., Ibáñez, P., Edo, M.T., Bisbal, E., et al. (2006, septiembre). *Psychological disturbances in patients admitted to ICU and their relatives*. 19th Annual Congress of European Society of Intensive Care Medicine, Barcelona, España.
- Azoulay, E., Pochard, F., Kentish-Barnes, N., Chevret, S., Aboab, J., Adrie, C., et al. (2005). Risk of Post-traumatic Stress Symptoms in family members of Intensive Care Unit patients. *American Journal of Respiratory and Critical Care Medicine*, 171, 987-994.
- Ballester, R., Abizanda, R., Edo, M., Ibáñez, M.P., Bernat, A., y Bisbal, E. (2006, noviembre). *Estresores para el paciente que ingresa en una Unidad de Cuidados Intensivos*. V Congreso de la Asociación Española de Psicología Clínica y Psicopatología, Valencia, España.
- Beck, A.T., Steer, R.A., & Carbin, M.G. (1988). Psychometric properties of the Beck Depression Inventory: Twenty-five years of evaluation. *Clinical Psychology Review*, 8, 77-100.
- Beck, A.T., Ward, C.H., Mendelson, M., Mock, J., & Erbaugh, J. (1961). An inventory for measuring depression. *Archives General Psychiatry*, 4, 561-571.
- Caine, R.M. (2003). Psychological Influences in Critical Care: Perspectives from Psychoneuroimmunology. *Critical Care Nurse*, 23, 60-69.

- Curtis, J.R. (2003). Measuring health status after critical illness: Where are we and where do we go from here? En D.C. Angus & J. Carlet (Eds.), *Surviving Intensive Care. Update in Intensive Care and Emergency Medicine* (pp. 181-196). Germany: Springer.
- Delva, D., Vanoost, S., Bijttebier, P., Lauwers, P., & Wilmer, A. (2002). Needs and Feelings of Anxiety of Relatives of Patients Hospitalized in Intensive Care Units: Implications for Social Work. *Social Work in Health Care*, 35, 21-40. Recuperado el 15 de octubre de 2012, de http://dx.doi.org/10.1300/J010v35n04_02.
- Domínguez, L., Enríquez, P., Álvarez, P., De Frutos, M., Sagredo, V., Domínguez, A., et al. (2008). Mortalidad y estancia hospitalaria ajustada por gravedad como indicadores de efectividad y eficiencia de la atención de pacientes en Unidades de Cuidados Intensivos. *Medicina Intensiva*, 32, 8-14.
- Dyson, M. (1999). Intensive Care Unit psychosis, the therapeutic nurse-patient relationship and the influence of the intensive care setting: analyses of interrelating factors. *Journal Clinical Nursing*, 8, 284-290.
- Edo, M.T., y Ballester, R. (2006). Estado emocional y conducta de enfermedad en pacientes con VIH/Sida y enfermos oncológicos. *Revista de Psicopatología y Psicología Clínica*, 11, 79-90.
- Ferreira, E., Granero, R., Noorian, Z., Romero, K., y Doménech-Llaberia, E. (2012). Acontecimientos vitales y sintomatología depresiva en población adolescente. *Revista de Psicopatología y Psicología Clínica*, 17, 123-136.
- García-Soriano, G., y Barreto, P. (2008). Trastornos del estado de ánimo al final de la vida: ¿Desmoralización o depresión? *Revista de Psicopatología y Psicología Clínica*, 13, 123-133.
- Gil, B., Ballester, R., Gómez, S., Ruiz, E., y Giménez, C. (en prensa). Síntomas de ansiedad y depresión tras la hospitalización en una unidad de cuidados intensivos. *Fórum de Recerca*.
- Gómez-Carretero, P., Monsalve, V., Soriano, J.F., y De Andrés, J. (2007). Alteraciones emocionales y necesidades psicológicas de pacientes en una Unidad de Cuidados Intensivos. *Medicina Intensiva*, 31, 318-325.
- Herrero, M.J., Blanch, J., Peri, J.M., De Pablo, J., Pintor, L., y Bulbena, A. (2003). A validation study of the Hospital Anxiety and Depression Scale (HADS) in a Spanish population. *General Hospital Psychiatry*, 25, 277-283.
- Hewitt, J. (2002). Psycho-affective disorder in intensive care units: a review. *Journal Clinical Nursing*, 11, 575-584.
- Hopkins, R.O., Key, C.W., Suchyta, M.R., Weaver, L.K., & Orme, J.F. (2010). Risk factors for depression and anxiety in survivors of acute respiratory distress syndrome. *General Hospital Psychiatry*, 32, 147-155.
- Koenig, H.G., George, L.K., Stangl, D., & Tweed, D.L. (1995). Hospital stressors experienced by elderly medical patients: developing a Hospital Stress Index. *International Journal of Psychiatry in Medicine*, 25, 103-122.
- Lange, P. (2001). Family stress in the intensive care unit. *Critical Care Medicine*, 29, 2025-2026.
- Lasa, L., Ayuso-Mateos, J.L., Vázquez-Barquero, J.L., Díez-Manrique, F.J., & Dowrick, C.F. (2000). The use of the Beck Depression Inventory to screen for depression in the general population: a preliminary analysis. *Journal Affective Disorders*, 57, 261-265.
- Li, D.T., & Puntillo, K. (2006). A pilot study on coexisting symptoms in intensive care patients. *Applied Nursing Research*, 19, 216-219.
- Llubià, C., y Canet, J. (2000). Unidades de cuidados críticos: la difícil tarea de la información. *Medicina Clínica*, 114, 141-143.
- Llubià, C. (2008). El poder terapéutico de la escucha en medicina crítica. *Fundación medicina y humanidades médicas*, 27, 1-18. Recuperado el 3 de octubre de 2012, de http://www.fundacionmhm.org/www_humanitas_es_numero27/revista.html.
- López, S., Pastor, M.A., Rodríguez, J., Sánchez, S., y Belmonte, J. (1990). Evaluación del estrés del paciente quirúrgico. *Revista de Psicología de la Salud*, 2, 113-126.
- McKinley, S., Nagy, S., Stein-Parbury, J., Bramwell, M., & Hudson J. (2002). Vulnerability and security in seriously ill patients in intensive care. *Intensive Critical Care Nursing*, 18, 27-36.
- Moser, D.K., Lee Chung, M., McKinley, S., Riegel, B., An, K., Cherrington, C.C., et al. (2003). Critical care nursing practice regarding patient anxiety assessment and management. *Intensive Critical Care Nursing*, 19, 276-288.
- Novaes, M.A.F.P., Aronovich, A., Ferraz, M.B., & Knobel, E. (1997). Stressors in ICU: patients' evaluation. *Intensive Care Medicine*, 23, 1282-1285.
- Novaes, M.A.F.P., Knobel, E., Bork, A.M., Pavão, O.F., Nogueira-Martins, L.A., & Ferraz, M.B. (1999). Stressors in ICU: perception of the patient, relatives and health care team. *Intensive Care Medicine*, 25, 1421-1426.
- Pattison, N. (2005). Psychological implications of admission to critical care. *British Journal Nursing*, 14, 708-714.
- Quintana, J.M., Padierna, A., Esteban, C., Arostegui, I., Bilbao, A., & Ruiz, I. (2003). Evaluation of the psychometric characteristics of the Spanish Version of the Hospital Anxiety and Depression Scale. *Acta Psychiatrica Scandinavica*, 107, 216-221.
- Rattray, J.E., Johnston, M., & Wildsmith, J.A.W. (2005). Predictors of emotional outcomes of intensive care. *Anaesthesia*, 60, 1085-1092.
- Richart, M., Cabrero, J., y Reig, A. (1993). Hospitalización y estrés en el paciente: percepción diferencial de estres

- sores entre paciente y personal de enfermería. *Análisis y Modificación de Conducta*, 19, 75-89.
- Rincón, H.G., Granados, M., Unutzer, J., Gómez, M., Durán, R., Badiel, M., et al. (2001). Prevalence, detection and treatment of anxiety, depression, and delirium in the Adult Critical Care Unit. *Psychosomatics*, 42, 391-396.
- Seisdedos, N. (1988). *STAI. Cuestionario de ansiedad estado-rasgo*. Madrid: TEA Ediciones, S.A.
- Spielberger, C.D., Gorsuch, R.L., & Lushene, R. (1983). *Manual for the State-Trait Anxiety Inventory*. Palo Alto, CA: Consulting Psychologists Press.
- Sukantarat, K., Greer, S., Brett, S., & Williamson, R. (2007). Physical and psychological sequelae of critical illness. *British Journal Health Psychology*, 12, 65-74.
- Tejero, A., Guimerá, E.M., Farré, J.M., y Peri, J.M. (1986). Uso clínico del HADS (*Hospital Anxiety and Depression Scale*) en población psiquiátrica: un estudio de su sensibilidad, fiabilidad y validez. *Revista Departamento Psiquiatría Facultad de Medicina de Barcelona*, 13, 233-238.
- Terol, M.C., López-Roig, S., Rodríguez-Marín, J., Martín-Aragón, M., Pastor, M.A., y Reig, M.T. (2007). Propiedades psicométricas de la Escala Hospitalaria de Ansiedad y Estrés (HAD) en población española. *Ansiedad y Estrés*, 13, 163-176.
- Ulla, S. (2003). Aportaciones de la Psiconeuroinmunología a la Psicología Hospitalaria. En E. Remor, P. Arranz, y S. Ulla (Eds.), *El psicólogo en el ámbito hospitalario* (pp. 49-72). Bilbao: Desclée de Brouwer.
- Volicer, B.J., & Bohanon, M.A. (1975). Hospital stress rating scale. *Nursing Research*, 24, 352-359.
- Zigmond, A.S., & Snaith, R.P. (1983). The Hospital Anxiety and Depression Scale. *Acta Psychiatrica Scandinavica*, 67, 361-370.