

UNIVERSIDAD JUÁREZ AUTÓNOMA DE TABASCO

DIVISIÓN ACADÉMICA DE CIENCIAS DE LA SALUD



**Ansiedad en los usuarios que egresan de la Unidad de
Cuidados Intensivos**

**Tesina para obtener el diploma de la:
ESPECIALIDAD EN ENFERMERÍA EN CUIDADOS INTENSIVOS**

Presenta:

L.E. Mariana Hernández Calderón

Directora:

DCE. María Asunción Vicente Ruiz

Villahermosa, Tabasco

Febrero 2020

UNIVERSIDAD JUÁREZ AUTÓNOMA DE TABASCO

DIVISIÓN ACADÉMICA DE CIENCIAS DE LA SALUD



**Ansiedad en los usuarios que egresan de la Unidad de
Cuidados Intensivos**

**Tesina para obtener el diploma de la:
ESPECIALIDAD EN ENFERMERÍA EN CUIDADOS INTENSIVOS**

Presenta:

L.E. Mariana Hernández Calderón

Directora:

DCE. María Asunción Vicente Ruiz

Villahermosa, Tabasco

Febrero 2020

Autorización de impresión

UNIVERSIDAD JUÁREZ
AUTÓNOMA DE TABASCO
"ESTUDIO EN LA BODA. ACCIÓN EN LA FE"

División Académica de Ciencias de la Salud

Jefatura del Área de Estudios de Posgrado

2020

Of. No. 0409/DACS/JAEP
20 de agosto de 2020

ASUNTO: Autorización Impresión de tesina

C. Mariana Hernández Calderón
Especialidad en Enfermería en Cuidados Intensivos
Presente

Comunico a Usted, que ha sido autorizada por el Comité Sinodal, integrado por los profesores investigadores M.C.E. Margarita Magaña Castillo, Mtra Tirza Gabriela Noh Basos, Dra. María Asunción Vicente Ruiz, Mtra. Carmen De La Cruz García y M.C.E. Elizabeth Aguilar Aristigue, impresión de la tesina titulada: "Ansiedad en los usuarios que egresan de la Unidad de Cuidados Intensivos", para sustento de su trabajo recepcional de la *Especialidad en Enfermería en Cuidados Intensivos*, donde funge como Directora de Tesis la Dra. María Asunción Vicente Ruiz.

Atentamente


Dra. C. Miriam Carolina Martínez López
Directora

UNIVERSIDAD JUÁREZ AUTÓNOMA DE TABASCO
DACS DIRECCIÓN

C.c.p.- Dra. María Asunción Vicente Ruiz.- Directora de Tesis
C.c.p.- M.C.E. Margarita Magaña Castillo.- Sinodal
C.c.p.- Mtra. Tirza Gabriela Noh Basos.- Sinodal
C.c.p.- Dra. María Asunción Vicente Ruiz.- Sinodal
C.c.p.- Mtra. Carmen De la Cruz García.- Sinodal
C.c.p.- M.C.E. Elizabeth Aguilar Aristigue.- Sinodal

C.c.p.- Archivo
DCVCMUOXMESUP

Wanda C. Ortiz Avila 2020
Consejo de Universidades Mexicanas

Dr. Genal Gregorio Méndez Magaña No. 2046-A,
Col. Durán de la Sotomayor,
C.P. 86150, Villahermosa, Centro, Tabasco
Tel: (993) 9541500 Ext. 6324, e-mail: programadacs@ajt.mx

www.dacs.ajt.mx | @DFURDH DACE | @DFURDH DACS OFICIAL | @DACSDFURDH

Acta de revisión

UNIVERSIDAD JUÁREZ
AUTÓNOMA DE TABASCO
ESTUDIOS EN LA DUDA - ACCIÓN EN LA FE

División Académica de Ciencias de la Salud

Jefatura del Área de Estudios de Posgrado

2020

ACTA DE REVISIÓN DE TESINA

En la ciudad de Villahermosa Tabasco, siendo las 12:30 horas del día 19 del mes de agosto de 2020 se reunieron los miembros del Comité Sinodal (Art. 71 Núm. III Reglamento General de Estudios de Posgrado vigente) de la División Académica de Ciencias de la Salud para examinar la tesina de grado titulada:

"Ansiedad en los usuarios que egresan de la Unidad de Cuidados Intensivos"

Presentada por el alumno (a):

Hernández	Cañerón	Mariana
Apellido Paterno	Apellido Materno	Nombre (s)
Con Matrícula		
1 9 1 E 2 3 0 0 6		

Aspirante al Grado de:

Especialidad en Enfermería en Cuidados Intensivos

Después de intercambiar opiniones los miembros de la Comisión manifestaron **SU APROBACIÓN DE LA TESINA** en virtud de que satisface los requisitos señalados por las disposiciones reglamentarias vigentes.

COMITÉ SINODAL

D.C.E. María Asunción Vicente Ruiz
Directora de Tesina

M.C.E. Margarita Magaña Castillo

Mtra. Mireya Gabriela Noh Pasos

Dra. María Asunción Vicente Ruiz

Mtra. Carmen de la Cruz García

M.C.E. Elizabeth Aguilar Aristigüe

Capo-Andrés
DC/MCML/OP/20ME

Oficina CIMEC de la División Académica de Ciencias de la Salud

Dr. Gregorio Méndez Magaña, S.C. A.
C.O. Terraza de las Beatas
C.R. 86150, Villahermosa, Centro, Tabasco
Tel: (993) 3581500 Ext. 4314, e-mail: posgrado.dacs@ujat.mx

www.dacs.ujat.mx

Carta de cesión de derechos

	UNIVERSIDAD JUÁREZ AUTÓNOMA DE TABASCO "ESTUDIO EN LA DUDA. ACCIÓN EN LA FE"		División Académica de Ciencias de la Salud	Dirección:	
--	--	--	---	------------	--

Carta de Cesión de Derechos

En la ciudad de Villahermosa Tabasco el día 17 del mes de febrero del año 2020, el que suscribe, Mariana Hernández Calderón, alumna del programa de la Especialidad Enfermería en Cuidados Intensivos, con número de matrícula 191E23006 adscrito a la División Académica de Ciencias de la Salud, manifiesta que es autor intelectual del trabajo de tesina titulada: **"Ansiedad en los usuarios que egresan de la Unidad de Cuidados Intensivos"**, bajo la Dirección de la DCE. María Asunción Vicente Ruiz. Conforme al Reglamento del Sistema Bibliotecario Capítulo VI Artículo 31. El alumno cede los derechos del trabajo a la Universidad Juárez Autónoma de Tabasco para su difusión con fines académicos y de investigación.

Los usuarios de la información no deben reproducir el contenido textual, gráficos o datos del trabajo sin permiso expreso del autor y/o director del trabajo, el que puede ser obtenido a la dirección: hercalma@hotmail.com. Si el permiso se otorga el usuario deberá dar el agradecimiento correspondiente y citar la fuente del mismo.

 Mariana Hernández Calderón Nombre y Firma	DIVISIÓN ACADÉMICA DE CIENCIAS DE LA SALUD  DEFATURA DEL ÁREA DE ESTUDIOS DE POSGRADO Selo
---	--

	Ar. Universidad s/n, Zona de la Cultura, Col. Magisterial, C.P. 86040 Villahermosa, Tabasco Tel. (993) 158.15.00 Ext. 6111	www.ujat.mx
---	---	--

Agradecimientos

Agradezco primeramente a Dios, por permitirme cumplir este sueño, por estar conmigo en cada paso que doy, por darme siempre fuerzas para continuar en lo adverso, por guiarme en el sendero de lo sensato y darme sabiduría en las situaciones difíciles.

Agradezco a mi familia, por estar presente siempre y desear lo mejor para mi vida, sin duda alguna sé que son las personas que más me aman, y las que yo sé que más amo.

A mis hermanos, les agradezco no solo por estar presentes aportando buenas cosas a mi vida, sino por los grandes lotes de felicidad y de diversas emociones que siempre me han causado, les hago presente mi gran amor y afecto hacia ustedes, mis hermosos hermanos.

Gracias a mi amado esposo Jesús Zarate Pacheco, por apoyarme en cada decisión y proyecto, por estar dispuesto a acompañarme cada larga y agotadora noche de estudio, agotadoras noches en las que su compañía y la llegada de sus cafés eran para mí como agua en el desierto, fuiste muy motivador, me decías que lo lograría perfectamente, muchas gracias amor, te amo.

Gracias a mis amigas y compañeras de trabajo y escuela, que sin esperar nada a cambio compartieron sus conocimientos, alegrías y tristezas, me apoyaron y creyeron en la realización de este sueño.

A todos, Gracias.

Dedicatoria

A mi amada madre que está en el cielo:

Recordarte en estas fechas hace que mi corazón tiemble pues todos los recuerdos a tu lado fueron especiales y llenaste mis días de una gran felicidad. Estoy segura que estas descansando en un lugar lejano, tranquilo y distante, y desde ahí puedes verme a mí y a los míos, recibe el amor más puro que un hijo puede dedicar a su madre.

Gracias madre por todo lo que hiciste por nosotros, te quiero y te guardo en mi memoria para siempre, este triunfo es para ti.

Tu mirada y tu sonrisa estarán siempre vivas en mi recuerdo mamá, te amo.

Universidad Juárez Autónoma de Tabasco.
México.

Resumen

Introducción: El ambiente de la Unidad de Cuidados Intensivos (UCI) puede afectar de manera negativa en la salud mental de los usuarios ya que estos deben abandonar temporalmente, parcialmente los roles o actividades que desempeñaban debido a la enfermedad tomando un nuevo rol como paciente que será pasivo y dependiente totalmente del equipo multidisciplinario y la estructura de la UCI.

Objetivo: Determinar la prevalencia de ansiedad de los usuarios egresados de la Unidad de Cuidados Intensivos.

Material y métodos: La presente investigación es de tipo cuantitativa que consiste en un proceso riguroso, metodológico, preciso y objetivo con la finalidad de recabar información con datos numéricos sobre un objetivo en particular, por lo que esta investigación, permite conocer datos sobre la ansiedad en usuarios que han egresado de la UCI. Los estudios recabados fueron de tipo descriptivo, observacional e informativo, el tipo de muestreo seleccionado para esta investigación fue de tipo cuantitativo no probabilístico por conveniencia para la investigación. La muestra estuvo constituida por usuarios mayores de 18 a 85 años con una estancia en una unidad de cuidados intensivos superior a 48 horas en un Hospital de Tercer Nivel, que egresaron de la Unidad de Cuidados Intensivos cuyo internamiento se dio por diferentes causas y que se encontraran dentro de las mismas instalaciones del hospital o egresado a su domicilio en un tiempo no mayor a 6 meses.

Conclusión: La calidad de vida tiene un impacto negativo después del egreso de la unidad de cuidados intensivos, especialmente en aquellos pacientes mayores de 80 años. Las dimensiones más afectadas son dolor/malestar, ansiedad/depresión, falta de sueño, irritabilidad y fatiga. Los pacientes egresados de la UCI aún presentan un alto porcentaje de reinserción incompleta, por encontrarse convalecientes. Todo ello acompañado de gran impacto y sufrimiento

psicológico que no podemos subestimar dada su influencia en la recuperación/supervivencia del paciente. La colaboración con psicología es minoritaria y debe ser potenciada para conseguir un manejo integral del paciente crítico.

Universidad Juárez Autónoma de Tabasco.
México.

Tabla de contenido

Agradecimiento	
Dedicatoria	
Resumen	
	Pág.
Capítulo I	12
Introducción	12
Antecedentes	12
Planteamiento del problema	13
Objetivos	15
Objetivo General.....	15
Objetivos Específicos.....	15
Capítulo II	16
Marco de Referencia	16
Unidad de cuidados Intensivos	16
Ingreso en la Unidad de Cuidados Intensivos.....	16
Egreso de la Unidad de Cuidados Intensivos.....	17
Ambiente en la Unidad de Cuidados Intensivos.....	17
Estrés postraumático	19
Ansiedad	21
Capítulo III	23
Metodología	23
Diseño de Investigación	23
Población, Muestreo y Muestra	23
Criterios de Inclusión y Exclusión	23
Método de Recolección de Datos	24
Capítulo IV	25
Resultados de artículos relacionados	25
Conclusión	28

Universidad Juárez Autónoma de Tabasco.
México.

Capítulo I

Introducción

Antecedentes

Las Unidades de Cuidados Intensivos (UCI) son utilizadas para el manejo y tratamiento médico de los pacientes que se encuentran en un estado de salud agudo crítico, por lo que, estas áreas necesitan una asistencia especializada con enfoque integral multidisciplinario. La atención tiene como base dos objetivos, de los cuales uno consiste en que el equipo multidisciplinario logre mantener las funciones vitales del paciente y atender cualquier alteración que se presenten o inestabilidad. Todo esto involucra a que la unidad debe contar con la estructura de infraestructura y recursos humanos capacitados para atender estas situaciones de salud (Diario Oficial de la Federación [DOF], 2013).

La UCI representa una de las áreas más críticas y aisladas de un hospital, que establece ciertos criterios en manejo del entorno del paciente entre ellos luz, ambiente, estructura e involucrando procedimientos invasivos y dolorosos para los pacientes. Del mismo modo, se utilizan medicamentos (sedantes) que se relacionan con efectos secundarios de la administración tales como experiencias psicóticas, delirios y alucinaciones. Debido a esta situación los pacientes y familiares tienden a preocuparse por estos efectos debido a las limitaciones que puede provocar la disminución de las habilidades de comunicación y la autonomía (Lindeman, 2013).

Cuando el paciente se encuentra enfermo está limitado de ciertas actividades que frecuentemente realizaba, sin embargo, el haber tenido la experiencia de estar un periodo de tiempo en la UCI involucra al paciente un posible estrés postraumático que se desarrolla por la exposición a un factor traumático que limita la integridad física, un daño intenso y que es experimentado con miedo, sentimiento de indefensión o temor. Es decir, están expuestos a condiciones y experiencias de estrés, dolor, incomodidades que se incrementan en las personas que han egresado de esta área (Lindeman, 2013).

Los pacientes que egresan pueden presentar distintas sintomatologías de tipo emocional (miedo, depresión, psicosis, alteraciones del sueño, etc.) que constituyen los factores traumáticos que experimentan los pacientes al enfrentarse de nuevo con su vida ordinaria, dentro de las manifestaciones más comunes se encuentra la ansiedad. De aquí parte la importancia de atender la esfera biopsicosocial del paciente desde el ingreso como vigilancia de los factores de riesgo que pueden condicionar al paciente para la presencia de ansiedad después del proceso y proporcionar atención integral con base a las necesidades individuales y con el fin de beneficiar la evolución de su estado de salud (Gil, Ballester, Gómez & Abizanda, 2013).

Planteamiento del problema

La Organización Mundial de la Salud [OMS] en 2017 reporta que los trastornos de salud mental repercuten económicamente y social a un país; se consideran problemas habituales de salud mental que afectan a la capacidad de trabajo y la productividad. Más de 260 millones de personas tienen trastornos de ansiedad en el mundo.

Los trastornos mentales generan el 13% de la carga global de enfermedad, siendo una de las tres primeras causas de mortalidad de personas entre 15-35 años, esto último influido por el suicidio. Se estima que 10% de los adultos experimentan alguna enfermedad mental y 25% de los mismos puede presentar algún problema relacionado. A nivel mundial, las tasas de prevalencia de trastornos mentales oscilan entre 12,2% y 48,6%. El 14% de la carga de morbilidad en todo el mundo es atribuible a este tipo de padecimientos y es aún más patente en los países de ingreso bajo y mediano (Secretaría de Gobierno, 2013).

A nivel nacional, la Encuesta Nacional de Salud Mental mediante los anuarios estadísticos de la Secretaría de Salud, indican un incremento continuo y significativo en la demanda de consulta externa de salud mental. En 1990 se otorgaron 239,327 consultas lo que aumentó en 1995 a 366,963 y para 1999 se registraron 583,760 consultas. En cuanto a los egresos hospitalarios referentes a trastornos mentales se registran en 1990, 2,422; en 1995, 3,857 egresos y para 1999, 19,604, lo que corresponde a un incremento de más de 500%. Por ello la detección temprana de

un trastorno mental se relaciona con el tiempo de evolución del problema, ya que hacer énfasis sobre cambiar la forma de ver los trastornos mentales permiten el acercamiento a la atención de estas enfermedades (Secretaría de Salud, 2000).

En México, se experimenta una transición epidemiológica en la disminución de las enfermedades infectocontagiosas en comparación con el aumento de las enfermedades no transmisibles, como los trastornos mentales. En la población mexicana se reporta que la depresión y la ansiedad generan una condición de discapacidad mayor y días de trabajo perdidos comparado con algunas enfermedades crónicas no psiquiátricas. Se entiende como discapacidad un deterioro en el funcionamiento que se espera de un sujeto en el trabajo, en su vida social, en su hogar y en sus relaciones cercanas (Secretaría de Salud, 2013).

Los trastornos mentales llevan a las personas a la desintegración de la familia y repercusiones económicas por los tratamientos con altos costos y la accesibilidad a los servicios de salud mental que carecen de recursos humanos y materiales. Esta problemática es un serio problema de salud pública con repercusiones sociales afectando la edad, el sexo, el nivel socioeconómico o cultura de los individuos.

La OMS (2018) define la ansiedad como el sentimiento de miedo por la exposición a un factor específico que genera el episodio. Estos están condicionados por factores individuales, familiares, escolares, sociales, etc. En el caso de una persona que ha tenido un evento que le haya causado un gran impacto en su vida, este será considerado el factor específico que puede desencadenar los trastornos de ansiedad.

El ambiente de la UCI puede afectar de manera negativa en la salud mental de los usuarios ya que estos deben abandonar temporalmente, parcialmente los roles o actividades que desempeñaban ante de la enfermedad tomando un nuevo rol como paciente que será pasivo y dependiente totalmente del equipo multidisciplinario y la estructura de la UCI (Gómez, Monsalve, Soriano & Andrés, 2007). Cuando el usuario puede superar su estado crítico y pasa a otra área de recuperación (cuidados generales), que para la familia y el propio usuario es un logro positivo, pueden desencadenarse miedos por el cambio de actividades.

Debido a estos motivos, es necesario conocer la presencia de ansiedad en los pacientes que egresan de la UCI ya que como bien se mencionó el impacto del cambio en el paciente y la familia puede ser positivo o negativo y el profesional de enfermería debe estar preparado y consciente para orientar o canalizar en caso necesario una situación de alarma en la esfera biopsicosocial del usuario.

Los trastornos de ansiedad son los trastornos más comunes. De acuerdo a la OMS en los servicios de atención primaria en el mundo, dentro de la población adulta, se encuentra una prevalencia del 12 % para los trastornos de ansiedad. Encontrándose que los subtipos con prevalencia más altas son fobia específica (FE), la Fobia Social (FS) y el trastorno de estrés postraumático (TEP). Con base a lo anterior y la magnitud e impacto del problema de salud se formula la siguiente pregunta de investigación.

¿Cuál es la prevalencia de ansiedad en los usuarios que egresan de la Unidad de Cuidados Intensivos?

Objetivos

Objetivo General.

Determinar prevalencia de ansiedad en los usuarios egresados de la Unidad de Cuidados Intensivos.

Objetivos Específicos.

1. Describir las características sociodemográficas de los usuarios egresados de la UCI.
2. Revisión bibliográfica sobre prevalencia de ansiedad en los usuarios egresados de la UCI.

Capítulo II

Marco de Referencia

A continuación, se presenta la base conceptual del trabajo de investigación retomando aspectos básicos que permitieron reforzar el tema de interés.

Unidad de cuidados Intensivos

Se define a la UCI como el área de hospitalización, en la que un equipo multi e interdisciplinario proporciona atención médica a pacientes en estado agudo crítico, con el apoyo de recursos tecnológicos de monitoreo, diagnóstico y tratamiento. Se define al paciente en estado agudo crítico como aquel que presenta alteración de uno o más de los principales sistemas fisiológicos, con pérdida de su autorregulación, que requiere soporte artificial de sus funciones vitales, asistencia continua y que es potencialmente recuperable.

La Norma Oficial Mexicana NOM-025-SSA3-2013, para la organización y funcionamiento de las unidades de cuidados intensivos; tiene como objetivo establecer las características mínimas de infraestructura física y equipamiento, los criterios para la organización y funcionamiento de las unidades de cuidados intensivos de los establecimientos para la atención médica hospitalaria, así como las características mínimas que deberán reunir los profesionales y técnicos del servicio, que participen en la atención médica de pacientes en dichas unidades.

Ingreso en la Unidad de Cuidados Intensivos.

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. 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, 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 (Gómez, Monsalve, Soriano & Andrés, 2007).

La NOM-025-SSA3-2013, para la organización y funcionamiento de las unidades de cuidados intensivos, establece como criterios de ingreso a los pacientes que presenten insuficiencia o inestabilidad de uno o más de los sistemas fisiológicos mayores, con posibilidades razonables de recuperación; que presenten alto riesgo: estabilidad en peligro de sistemas fisiológicos mayores con requerimiento de monitoreo; con la necesidad de cuidados especiales o especializados, que solamente pueden ser brindados en la UCI; que presenten muerte cerebral y sean potenciales donadores de órganos; que requieran cuidados paliativos, que justifiquen su ingreso a la UCI.

Egreso de la Unidad de Cuidados Intensivos.

La NOM-025-SSA3-2013, para la organización y funcionamiento de las unidades de cuidados intensivos considera motivos de egresos de los pacientes de las siguientes maneras: egreso programado cuando se han solucionado los problemas del paciente que motivaron su ingreso a la UCI y se traslada a otro servicio o a otra unidad hospitalaria, en donde se le otorgue la atención, de acuerdo con el concepto de cuidado progresivo del paciente o bien, se han agotado las posibilidades de mejoría; egreso no programado aquel destinado a generar posibilidades asistenciales a otros pacientes con mayores necesidades de cuidados intensivos, ante la situación de ocupación total de los cubículos de las UCI; egreso no previsto que es el solicitado por el médico tratante, el paciente o su familia, aun cuando persista la necesidad de vigilancia, diagnóstico y tratamiento y egreso por defunción, el cual se realiza de acuerdo con el procedimiento administrativo de cada institución o establecimiento.

Ambiente en la Unidad de Cuidados Intensivos.

El ambiente de la UCI puede resultar extraño o desconocido para los pacientes, privándoles de sus interacciones y sensaciones habituales, mientras les asaltan constantemente estímulos sensoriales extraños que pueden afectarles de un modo negativo. Entre los estresores presentes en este tipo de ambiente, se destaca la deprivación sensorial, definida como una reducción en la cualidad o

cantidad de estimulación. Existen 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, sin embargo, se menciona que el dolor es lo que genera mayor preocupación en los pacientes (Gómez, Monsalve, Soriano & Andrés, 2007).

El ambiente de la UCI es destinado a asistir pacientes graves e inestables que, generalmente, quedan en el medio hospitalario y es considerado de alta complejidad, por contar con un aparato tecnológico e informatizado de punta, que presenta ritmo acelerado, en el cual son realizados procedimientos agresivos e invasores, y en donde el duelo entre la vida y la muerte está muy presente, siendo que la muerte, muchas veces, es inminente. De esa manera, con frecuencia, es estigmatizada, pudiendo generar concepciones equivocadas en relación a la asistencia y actitudes del equipo. Es vista como un ambiente que genera mitos, sensaciones y sentimientos contradictorios, tales como angustia, miedo, tristeza, dolor y sufrimiento, seguridad e inseguridad, tanto en los pacientes y familiares como en los profesionales (Stein, Lorenzini & Büscher, 2015).

El ambiente de trabajo con sus características intrínsecas es fuente de estrés destacable y profusamente estudiado. Numerosos estudios y trabajos realizados hasta la fecha destacan el importante papel que tiene el medio sanitario de forma concreta como generador de estrés y de ansiedad a una población general formada por: usuarios/ pacientes de los diferentes servicios de salud y trabajadores integrantes del colectivo sanitario. Las fuentes desencadenantes de estos fenómenos de ansiedad y de estrés en los primeros (pacientes), han sido profusamente descritos en la bibliografía que sobre el tema existe hasta la actualidad, que se pueden resumir en las siguientes: miedo al dolor y a la muerte propia o de un familiar, temor hacia lo desconocido, sentimientos de indefensión ante la nueva situación y preocupación por el futuro si se deriva una patología grave crónica o invalidante. También son numerosos los estudios que inciden en los propios trabajadores del medio sanitario y sus especiales problemáticas derivadas

del principal y difícilísimo papel que han decidido escoger para ejercer su trabajo diario (San Pío, González & Romero, 2014).

Estrés postraumático

Un ingreso en una UCI supone un mayor estrés que el provocado por un ingreso en cualquier otro servicio de un hospital. Las UCI se diferencian de otras unidades principalmente por la alta tecnología destinada a la vigilancia y cuidados intensivos, la limitación de la autonomía del paciente que pasa a desarrollar un rol pasivo dependiente del equipo sanitario y la gravedad de la situación médica. El ingreso se trata de un proceso de adaptación, al que los pacientes se tienen que enfrentar de forma inesperada, y durante el cual pueden desarrollar numerosas alteraciones. Estas alteraciones no se dan por igual en todos los pacientes, su aparición dependerá de la interacción de los factores individuales de cada persona. Las alteraciones sufridas más frecuentemente por los pacientes ingresados en estas unidades son ansiedad, depresión, alteraciones del sueño y el llamado Síndrome de Cuidados Intensivos (Cuevas, 2016).

Debido a los avances en tecnología médica, un número cada vez mayor de pacientes sobreviven a enfermedades críticas. Es poco lo que se conoce de la dinámica psicológica de estos pacientes que se recuperan de una enfermedad crítica y que se movieron en una brecha estrecha entre la vida y la muerte. Comparados con la población general, los sobrevivientes de cuidados intensivos presentan menores índices de calidad de vida, mayor prevalencia de síntomas de depresión, ansiedad y estrés postraumático. El conocimiento de los factores ligados a la enfermedad crítica con pobre recuperación psicológica es esencial para desarrollar modelos de causalidad, y guiar la realización de intervenciones con el fin de mejorar el pronóstico psicológico (Lindeman, 2013).

Según el DSM-V de la American Psychiatric Association [APA] el estrés postraumático consiste en una serie de síntomas característicos que siguen a la experiencia directa, observación o conocimiento de un suceso o sucesos extremadamente traumáticos (ocurrencia o amenaza de muerte o lesiones graves o amenaza a la integridad física de uno mismo o de otras personas; a los que la persona respondió con miedo, impotencia u horror intensos. Los síntomas incluyen

la reexperimentación persistente del evento traumático, la evitación persistente de los estímulos asociados con el trauma y la disminución de la capacidad general de reacción, y síntomas persistentes de activación aumentada.

Carvajal (2002) define al estrés postraumático como un evento en el que el individuo sintió miedo y se caracteriza por re-experimentar el suceso (p.ej., pesadillas, evitación), presencia de estimulación psicológica (p. ej., insomnio) y un estrés y angustia que deteriora el funcionamiento diario de la persona. La APA en el 2013, amplía la definición introduciendo a los allegados del paciente: consiste en un trastorno que aparece tras la experiencia de un evento traumático y causa una discapacidad significativa en la vida diaria del paciente. La experiencia del estresor produce miedo, impotencia y una amenaza a la vida y la integridad física para el individuo o alguien cercano al mismo.

Los profesionales sanitarios objetivan una serie de trastornos físicos y psicológicos que muchas veces se relacionan con estrés crónico, estrés diario o no son capaces de relacionarlos con causas de estrés: alteraciones crónicas del sueño, erupciones cutáneas no explicables por causas concretas, incremento de la irritabilidad en el día a día, labilidad emocional, dolores músculo-esqueléticos inespecíficos, hipertensión arterial no ajustada a otras causas, palpitaciones, alexitimia en momentos de urgencia vital, sensación de fatiga crónica y sentimientos de indefensión (San Pío, González & Romero, 2014).

También es importante destacar en estos aspectos la importante relación existente entre el estrés producido en el trabajo por las múltiples causas vislumbradas anteriormente y el estrés producido en el ámbito particular, familiar de cada uno de los profesionales asistenciales de las unidades de cuidados intensivos. La mayoría de los trabajadores muestran una relación bidireccional entre los sucesos vitales menores y mayores producidos en el ámbito privado y su influencia en el ámbito laboral y viceversa. Un fracaso generalizado en el manejo del estrés y un aumento de los problemas psíquicos y físicos a lo largo del tiempo según mayor es el número de años dedicados a la labor asistencial, en el caso que nos ocupa, al campo concreto de trabajadores de cuidados críticos (San Pío, González & Romero, 2014).

El dominio psicológico se asocia con una calidad de vida reducida para él y su familia. Los trastornos del estado de ánimo incluyen la ansiedad, depresión y trastorno de estrés postraumático (TEPT). Dentro de los síntomas de ansiedad se han reportado preocupación excesiva, irritabilidad, inquietud y fatiga; para los que presentan depresión se quejan de fatiga, pérdida de interés, falta de apetito, sensación de desesperanza e insomnio; los síntomas documentados para el TEPT incluyen respuestas afectivas y conductuales a estímulos que provocan escenas retrospectivas, hiperexcitación y ansiedad severa, así como recuerdos intrusivos y evitación de experiencias que provocan síntomas (Quintana, Pérez & Ponce, 2018).

Ansiedad

Los pacientes que experimentan la estancia en una UCI poseen tasas más elevadas de ansiedad y depresión que la población en general. En España, se estima que, a los 6 meses tras el alta en la UCI, un 42% de pacientes tendrá ansiedad y un 36% depresión. Esta última, es la patología psíquica que presenta mayor prevalencia en la población, situándose para el 2020 como la segunda causa médica de incapacidad según la OMS. Sin embargo, la incidencia en pacientes críticos se desconoce con certeza y, a pesar de ser definida por la Asociación Psiquiátrica Americana (1994) en la 5 ed. del Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales (DSM-V), en el paciente crítico hay impedimentos en el diagnóstico, bien porque la duración o la intensidad de los síntomas no es suficiente o porque los síntomas somáticos como las alteraciones del sueño o del apetito sean de la enfermedad de base. Por ello, se han planteado cambios en los criterios diagnósticos establecidos en el DSM-V a partir de la inclusión, exclusión o sustitución de algunos de los síntomas somáticos por otros de carácter cognitivo.

Cada vez son más los pacientes que sobreviven a su estancia en las unidades de cuidados intensivos (UCI) y un porcentaje significativo de ellos se convertirán en pacientes crónicos. El síndrome post-cuidados intensivos (PICS-P) descrito recientemente afecta a un número importante de pacientes (30-50%). Engloba las secuelas físicas (principalmente respiratorias y neuromusculares), cognitivas (alteraciones de la memoria y de la atención) y psíquicas (depresión, ansiedad, estrés y/o síndrome de estrés postraumático) al alta de las UCI y que

impactan de forma negativa en su calidad de vida. Este síndrome afecta también a los familiares (PICS-F), convirtiéndolos en una población vulnerable, en muchas ocasiones olvidada, que sufre consecuencias negativas físicas, psicológicas y sociales, por las que se deteriora su propia calidad de vida.

Los familiares de los pacientes críticos sufren con frecuencia ansiedad (70%), depresión (35%) y estrés postraumático (35%), que puede perdurar años. En un estudio reciente el 16% de los familiares no habían reducido el nivel de depresión al año del alta. Además, presentan síntomas físicos como fatiga y comportamientos de riesgo para la salud como alteraciones del sueño, descanso insuficiente, falta de ejercicio físico, alimentación desequilibrada y falta de adherencia al tratamiento médico. La carga que supone el cuidado de un paciente poscrítico afecta los aspectos personales sobre sus planes vitales, relaciones sociales y profesionales, y favorece los conflictos familiares (Martín & García, 2017).

Universidad Juárez Autónoma de Tabasco.
México.

Capítulo III

Metodología

Diseño de Investigación

La presente investigación es de tipo documental o revisión de la literatura, por lo que esta investigación, permitirá conocer sobre la prevalencia de ansiedad en usuarios que han egresado de la UCI. Los artículos de estudios seleccionados fueron aquellos que permitieron conocer y describir la problemática de la presencia de la ansiedad en los usuarios que han egresado de la UCI de hospitales de tercer nivel.

Población, Muestreo y Muestra

El universo de estudio fueron los artículos acerca de la prevalencia de ansiedad en usuarios que egresaron de la Unidad de Cuidados Intensivos de diferentes Hospitales de tercer nivel.

Los artículos de estudios en usuarios mayores de 18 a 85 años con una estancia en una unidad de cuidados intensivos superior a 48 horas en un Hospital de Tercer Nivel, que egresaron de la Unidad de Cuidados Intensivos cuyo internamiento se dio por diferentes causas y que se encontraran dentro de las mismas instalaciones del hospital o egresado a su domicilio en un tiempo no mayor a 6 meses.

Criterios de Inclusión y Exclusión

Dentro de los criterios de inclusión se seleccionaron a los artículos sobre frecuencia y nivel de ansiedad en usuarios mayores de 18 años que hayan egresado de la UCI. Se incluyeron estudios en un rango de tiempo de 2008 al 2019.

Dentro de los criterios de exclusión, artículos que se orienten a otros problemas emocionales distintos de ansiedad, estudios de ansiedad en pacientes hospitalizados en la UCI y los estudios que no cumplieran con el periodo de tiempo establecido.

Método de Recolección de Datos

Se obtuvo mediante búsquedas avanzadas en la plataforma Google académico, arrojando resultados de las diferentes bibliotecas electrónicas con contenido científico como son Redalyc, Medigraphic y Scielo, de los cuales se seleccionaron 10 artículos.

Universidad Juárez Autónoma de Tabasco.
México.

Capítulo IV

Resultados de artículos relacionados

A continuación, se presentan los estudios realizados alusivos al tema investigado.

En un estudio realizado por Arango, Velásquez, Franco, Calle, Jaramillo, Ángel y Uribe (2019), de tipo observacional con el objetivo de determinar la calidad de vida relacionada a la salud posterior al egreso de una unidad de cuidados intensivos entre 2014 – 2016, se incluyeron pacientes mayores de 50 años con una estancia en una unidad de cuidados intensivos superior a 48 horas. Se obtuvo una mortalidad total del 33.6%, de la cual el 61.7% sucedió en los primeros 6 meses posterior al alta médica. El promedio en el total del resultado del EQ-5D-3L fue de 0.65 y la dimensión más afectada fue dolor/malestar. Siendo el número cero el peor resultado de la escala y el número uno el mejor en cuanto a calidad de vida. En cuanto a la escala análoga de calidad de vida, el promedio total fue de 69.05%. La calidad de vida tiene un impacto negativo después del egreso de la unidad de cuidados intensivos, especialmente en aquellos pacientes mayores de 80 años. Las dimensiones más afectadas son dolor/malestar y ansiedad/ depresión. Además, la mortalidad es superior a un tercio en los primeros seis meses después del alta.

Martin y García (2017), elaboraron un estudio de carácter informativo con el fin de mirar la sobrevivencia de los pacientes que egresan de la UCI por medio de la vivencia familiar. Reportan que el síndrome post-cuidados intensivos (PICSP) descrito recientemente afecta a un número importante de pacientes (30-50%). Engloba las secuelas físicas (principalmente respiratorias y neuromusculares), cognitivas (alteraciones de la memoria y de la atención) y psíquicas (depresión, ansiedad, estrés y/o síndrome de estrés postraumático) al alta de las UCI y que impactan de forma negativa en su calidad de vida. Mediante la búsqueda de resultados previamente analizados reportar la presencia de componentes psicológicos del PICS-P (ansiedad y depresión) a los tres meses del alta de la UCI

influyó de forma negativa en la sobrecarga de los cuidadores. Ni las secuelas físicas de los pacientes ni otras variables estudiadas (edad, género, SAPSII o la estancia en la UCI) impactaron de forma significativa en dicha sobrecarga.

Salazar S., Claudia Paola (2015) realizaron un estudio titulado “Prevalencia de ansiedad y depresión en pacientes hospitalizados del servicio de medicina del hospital nacional dos de mayo de julio – diciembre 2015” con el objetivo de determinar la prevalencia de ansiedad y depresión en pacientes hospitalizados del servicio de medicina con una muestra de 104 pacientes seleccionados entre el mes de julio a diciembre del 2015 que fueron admitidos en las diferentes salas del servicio de Medicina de los cuales todos ellos cumplieron con los criterios de inclusión, con una edad media entre 45,7 años, el 50% eran varones y el otro 50% mujeres. La ansiedad estaba presente en el 23,1% los pacientes mientras que la depresión en el 27,88%. La ansiedad estaba presente en el 26,92% de las mujeres y 19,25% de los varones y la depresión en el 100% de varones y 98,07% de las mujeres, cabe resaltar que el grado que se presentó con mayor frecuencia fue el de depresión moderada. Los pacientes con ansiedad y depresión no estaban más graves según el índice de APACHE. Los pacientes con ansiedad tenían menos edad (entre 27,1 años en promedio), menor escolarización (educación secundaria) de la misma manera que los pacientes con depresión. La prevalencia de ansiedad y depresión en enfermos hospitalizados es alta, especialmente en mujeres, sin guardar relación con la gravedad de la enfermedad, y se asocia a un menor tiempo de estancia hospitalaria.

Romero de San Pío, E, González y Romero de San Pío, M. (2014), realizaron un estudio exploratorio con la finalidad de abordar sobre el estrés y la ansiedad en la UCI. Determinaron que el ambiente de trabajo con sus características intrínsecas es fuente de estrés intenso. El ambiente de cuidados intensivos es un campo muy específico generador de trastornos psíquicos y fisiológicos asociados al estrés. Mencionaron que los principales estresores de la UCI son el ambiente, los ruidos, cargas de trabajo, la infraestructura y los cambios rotatorios. Los principales trastornos que surgen por la exposición a estos factores del estrés son la falta de sueño, irritabilidad, fatiga, dolores, depresión, así como ansiedad.

Gil, Ballester, Gómez y Abizanda (2013), realizaron un estudio descriptivo con el fin de analizar la afectación psicológica del paciente crítico considerando el posible papel modulador de variables sociodemográficas y clínicas. Los resultados mostraron síntomas ansioso-depresivos asociados al ingreso en UCI. Los pacientes respondieron 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.

Conclusión

Se concluye que los pacientes que egresan de la UCI presentan episodios de ansiedad al momento de ser referidos a otros servicios y a su domicilio, lo que altera la calidad de vida e impacta en todas las esferas de estudio al ser humano. Es de importancia continuar realizando investigaciones que permitan el diseño de intervenciones que mejoren la situación de salud al momento de egresar de uno de los servicios que más impactan en la vida de un ser humano.

Con base a la revisión de la literatura sobre la ansiedad en los pacientes que egresan de la UCI, se conoce que esta área hospitalaria es conocida como estresante para el profesional, familiares y los propios pacientes desde la percepción que se tiene de los cuidados hasta la creencia en que están viviendo de manera artificial. Por ello se han realizado investigaciones de la calidad de vida de los pacientes que egresan de la UCI y llegan a un área de hospitalización mencionando que se encuentra disminuida por los procedimientos que realizan en la terapia.

La calidad de vida tiene un impacto negativo después del egreso de la unidad de cuidados intensivos, especialmente en aquellos pacientes mayores de 80 años. Las dimensiones más afectadas son dolor/malestar, ansiedad/ depresión, falta de sueño, irritabilidad y fatiga. Además, la mortalidad es superior a un tercio en los primeros seis meses después del alta.

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, como se ha descrito, la ansiedad es un problema relativamente frecuente en UCI. La colaboración con Psicología es minoritaria y debe ser potenciada para conseguir un manejo integral del paciente crítico.

El profesional de enfermería tiene la capacidad de proyectarse y sensibilizarse hasta el punto de saber en qué medida determinado factor es estresante para el paciente.

Por otro lado, la literatura ya existente ha valorado la presencia de trastornos mentales en los pacientes egresados de la UCI tanto de estados de depresión y de ansiedad, por el tiempo de estancia hospitalaria comparado con los índices de mortalidad. Del mismo modo, las enfermedades que ocasionan la estancia hospitalaria en esta unidad son generalmente los infartos o problemas del corazón, sin embargo, existen otro tipo de enfermedades que comprometen más el estado de salud de los pacientes.

Esta temática ha sido poco estudiada por lo que se recomienda seguir investigando debido a la importancia e impacto que ocasiona en la salud de los pacientes que egresan de la UCI.

Universidad Juárez Autónoma de Tabasco.
México.

Referencias Bibliográficas

- Badia, et al. (2011). Clasificación de los trastornos mentales en la Unidad de Cuidados Intensivos. *Revista Medicina Intensiva*; 35(9):539-545. Recuperado el 15 de febrero de 2020 en: <https://medintensiva.org/es-clasificacion-los-trastornos-mentales-unidad-articulo-resumen-S0210569111001896>
- Badio-Castello, M., Trujillano-Cabello, J., Servía-Goizart, L., March-Llanes, J. & Rodríguez-Pozo, A. (2008). Cambios en la calidad de vida tras UCI según grupo diagnóstico. Comparación de dos instrumentos de medida. *Medicina Intensiva*; 32(5): pp. 203-215. Recuperado el 16 de noviembre de 2019 en: <http://scielo.isciii.es/pdf/medinte/v32n5/original1.pdf>
- Barragán-Becerra, J. A., Moreno-Mojica, C. & Hernández-Bernal, N. (2018). Nivel de independencia funcional tras el alta de cuidados intensivos. *Revista Medicina Interna de México*; 34(5): pp. 683-691. Recuperado el 15 de febrero de 2020 en: <http://www.scielo.org.mx/pdf/mim/v34n5/0186-4866-mim-34-05-683.pdf>
- Barrantes-Morales, F.; Campos-Vargas, C.; Argüello-Quirós, M. F. & Salas-Segura, D. (2016). Sobrevida a los 28 días y condición mental y física de los pacientes egresados de una Unidad de Cuidados Intensivos de tercer nivel. *Revista Acta Médica Costarricense*; 58(1): pp. 22-26. Recuperado el 15 de febrero de 2020 en: <https://www.redalyc.org/pdf/434/43443580003.pdf>
- Burgos-Fonseca, P. & Gutiérrez-Sepúlveda, A. (2013). Tesis: Adaptación y Validación del Inventario Ansiedad Estado- Rasgo (STAI) en Población Universitaria de la Provincia de Ñuble. Universidad del Bío Bío, Facultad de Educación y Humanidades. Recuperado el 18 de noviembre de 2016 en: http://repobib.ubiobio.cl/jspui/bitstream/123456789/265/3/Burgos%20Fonseca_Pia.pdf
- Campos, C. & Salas, D. (2017). Calidad de vida en pacientes egresados de una unidad de cuidados intensivos de tercer nivel; estudio prospectivo de 12 meses. *Revista Médica de la Universidad de Costa Rica*; 10(2): pp. 16-21.

Recuperado el 15 de febrero de 2020 en:
[https://www.researchgate.net/publication/309352693 CALIDAD DE VIDA EN PACIENTES EGRESADOS DE UNA UNIDAD DE CUIDADOS INTENSIVOS DE TERCER NIVEL ESTUDIO PROSPECTIVO DE 12 MES](https://www.researchgate.net/publication/309352693)
[ES](https://www.researchgate.net/publication/309352693)

Carvajal, C. (2002). Trastorno por estrés postraumático: aspectos clínicos. *Revista Chilena Neuro-Psiquiatra*; 40(2). Recuperado el 15 de febrero de 2020 en:
https://scielo.conicyt.cl/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0717-92272002000600003

Daniela Arango-Isaza, D., Velásquez-Duran, M., Franco-Mesa, C., Calle-Correa, E., Jaramillo-Hurtado, M., Ángel-Mejía, V. Uribe-Corrales, N. (2019). ¿Qué pasa con la calidad de vida después de la Unidad de Cuidados Intensivos? Estudio observacional de corte transversal. *Revista Colombiana de Anestesiología*; 47(1): pp. 32-40. Recuperado el 16 de noviembre de 2019 en:
https://download.lww.com/wolterskluwer_vitalstream_com/PermaLink/RCA/A/RCA_47_1_2019_01_24_ISAZA_RCA-D-18-00048_SDC1.pdf

Delgado, M. & García, A. (2017). Sobrevivir a las unidades de cuidados intensivos mirando a través de los ojos de la familia. *Medicina Intensiva*; 41(8): pp. 451-453. Recuperado el 16 de noviembre de 2019 en:
<http://www.medintensiva.org/essobrevivir-unidades-cuidados-intensivos-mirando-articulo-S0210569117300657>

Diario Oficial de la Federación (DOF). (2014). Reglamento de la Ley General de Salud en Materia de Investigación para la Salud. Recuperado el 18 de noviembre de 2019 en:
<http://www.salud.gob.mx/unidades/cdi/nom/compi/rlgsmis.html>

Diario Oficial de la Federación. NORMA Oficial Mexicana NOM-025-SSA3-2013, Para la organización y funcionamiento de las unidades de cuidados intensivos. Recuperado el 16 de noviembre de 2019 en:
http://www.dof.gob.mx/nota_detalle.php?codigo=5314307&fecha=17/09/2013

- Fernandes da Cruz Silva, L., Machado, C., Fernandes da Cruz Silva, V. & Salazar Posso, M. (2013). Estrés del paciente en UCI: visión de los pacientes y del equipo de enfermería. *Revista Enfermería Global*; 32. pp. 88-103. Recuperado el 15 de febrero de 2020 en: <http://scielo.isciii.es/pdf/eg/v12n32/docencia1.pdf>
- Garduño, A., Meneses, C., Díaz, L., Torres, P. & Briones, G. (2009). Calidad de vida al egreso de una Unidad de Cuidados Intensivos. *Revista de la Asociación de Medicina Crítica y Terapia Intensiva*; 23(3): pp. 119-124. Recuperado el 16 de noviembre de 2019 en: <https://www.medigraphic.com/cgibin/new/resumen.cgi?IDARTICULO=21520>
- Gil, B., Ballester, R., Gómez, S. & Abizanda, R. (2013). Afectación emocional de los pacientes ingresados en una unidad de cuidados intensivos. *Revista de Psicopatología y Psicología Clínica*; 18(2): Recuperado el 16 de noviembre de 2019 en: <http://revistas.uned.es/index.php/RPPC/article/view/12769>
- Gómez-Carretero, P., Monsalve, V., Soriano, J. & de Andrés, J. (2007). Alteraciones emocionales y necesidades psicológicas de pacientes en una Unidad de Cuidados Intensivos. *Medicina Intensiva*; 31(6): pp. Recuperado el 16 de noviembre de 2016 en: http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0210-56912007000600006
- Guillén-Riquelme, A. & Buela-Casal, G. (2015). Estructura factorial del Cuestionario de Ansiedad Estado-Riesgo (STAI) para pacientes diagnosticados con depresión. *Salud Mental*; 38(4): pp. 293-298. Recuperado el 18 de noviembre de 2019 en: http://www.scielo.org.mx/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0185-33252015000400293
- Lindeman Vergara, Y. (2013). Estrés postraumático en sobrevivientes de enfermedad crítica en unidad de cuidados intensivos: Revisión de la literatura. *PSIMONART*; 5(1): pp. 53-68. Recuperado el 16 de noviembre de 2019 en:

- <http://www.clinicamontserrat.com.co/web/documents/Psimonart/volumen5-1/08%20Psimonart%2007%20-%20Estres%20Postraumatico.pdf>
- Martín, C. & García de Lorenzo, A. (2017). Sobrevivir a las unidades de cuidados intensivos mirando a través de los ojos de la familia. *Revista Medicina Intensiva*; 41(8): pp. 451-453. Recuperado el 15 de febrero de 2020 en: <https://www.medintensiva.org/es-sobrevivir-unidades-cuidados-intensivos-mirando-articulo-S0210569117300657>
- Organización Mundial de la Salud [OMS] (2017). Salud mental. Recuperado el 16 de noviembre de 2019 en: https://www.who.int/mental_health/es/
- Organización Panamericana de la Salud [OPS] (2017). Depresión. Hablemos. Recuperado el 16 de noviembre de 2019 en: https://www.paho.org/mex/index.php?option=com_content&view=article&id=1246:dia-mundial-de-la-salud-2017&Itemid=597
- Pablo, A. (2015). Y después de la UCI, ¿qué? Síndrome post-UCI. Hospital Universitario del Sureste. Recuperado el 16 de noviembre de 2019 en: <http://curaraveces.files.wordpress.com/2015/11/y-despu3a9s-de-la-uci-quc3a9.pdf>
- Piquero-Cuevas, M. (2016). Tesis: Secuelas psicológicas e impacto emocional tras el alta de una Unidad de Cuidados Intensivos. Repositorio Universidad de Cantabria. Recuperado el 16 de noviembre de 2019 en: <https://repositorio.unican.es/xmlui/handle/10902/11609>
- Quintana-Sánchez, A., Pérez-Zumano, S. & Ponce-Gómez, G. (2018). Síndrome de Cuidados Post-Intensivos en adultos con alteraciones oncológicas hospitalizados o de egreso. XVI Coloquio Panamericano de Investigación en Enfermería, Cuba 2018. Recuperado el 16 de noviembre de 2019 en: <http://coloquioenfermeria2018.sld.cu/index.php/coloquio/2018/paper/download/719/546>
- Romero de San Pío, E., González-Sánchez, S. & Romero San Pío, M. (2014). Estrés y ansiedad en el entorno de cuidados intensivos. *Ene*; 8(3). Recuperado el 16 de noviembre de 2019 en:

http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1988348X2014000300005

Salazar Sánchez, C. (2015). Prevalencia de ansiedad y depresión en pacientes hospitalizados en los servicios de medicina interna del Hospital Nacional Dos de Mayo. Lima-Perú. Julio 2015-diciembre 2015.

Secretaría de Salud (2000). Salud Mental en México. Recuperado el 15 de febrero de 2020 en: http://www.salud.gob.mx/unidades/cdi/documentos/pasm_cap3.pdf

Secretaría de Salud. (2013). Programa de Acción Específico: Salud Mental 2013-2018. Recuperado el 15 de febrero de 2020 en: https://www.gob.mx/cms/uploads/attachment/file/11918/Salud_Mental.pdf

Stein-Backes, M., Lorenzini-Erdmann, A. & Büscher, A. (2015). El ambiente vivo, dinámico y complejo de cuidados en Unidad de Terapia Intensiva. *Revista Latino Americana de Enfermagen*. Recuperado el 17 de noviembre de 2019 en: http://www.scielo.br/pdf/rlae/2015nahead/es_0104-1169-rlae-0568-2570.pdf

Valenzuela, C. (2019). Describiendo el impacto del síndrome post UCI. Facultad de Medicina de Chile. Recuperado el 16 de noviembre de 2019 en: <http://www.medicina.uchile.cl/noticias/describiendo-el-impacto-del-sindrome-post-uci>

Wilches-Luna, E., Méndez, A. & Gastaldi, A. (2018). Independencia funcional en pacientes adultos al egreso de unidades de cuidado intensivo e intermedio. *Revista Chilena de Medicina Intensiva*; 33(1): pp. 7-14. Recuperado el 15 de febrero de 2020 en: <https://www.researchgate.net/publication/325953778> Independencia funcional en pacientes adultos al egreso de unidades de cuidado intensivo e intermedio

Universidad Juárez Autónoma de Tabasco.
México.