

Factores psicosociales en personas egresadas de unidades de cuidados intensivos: una revisión narrativa de la literatura

Socio-psychological factors in discharged persons from intensive care units

Mariana Flores-Constantino¹, Francisco Lorenzo Juárez-García²,
Abigail Quintana-Sánchez³ y Óscar Galindo-Vázquez⁴

Universidad Nacional Autónoma de México¹
Instituto Nacional de Psiquiatría “Ramón de la Fuente Muñiz”²
Instituto Nacional de Cancerología^{3,4}

Autor para correspondencia: Mariana Flores C., constantino.17_unam@outlook.com.

RESUMEN

Antecedentes: Las personas sobrevivientes de una Unidad de Cuidados Intensivos (UCI) experimentan con frecuencia deterioro cognitivo y alteraciones de la salud mental que pueden empeorar más allá del alta hospitalaria, por lo que es necesario identificar la evidencia que existe respecto a la presencia y prevalencia de dichas variables psicosociales en este grupo poblacional después de su alta, las que repercuten en su calidad de vida. *Objetivo:* Identificar los factores psicosociales más prevalentes en personas egresadas de una UCI. *Método:* Se realizó una búsqueda empleando los términos *MeSh* y *text Word* mediante los booleanos “AND” y “NOT” en las bases de datos PubMed y PsycINFO. *Resultados:* Se identificaron 770 artículos, de los cuales se utilizaron únicamente 21 para esta revisión. La mayoría de las personas estuvieron en la UCI más de siete días, varones de entre 40 y 65 años que habían ingresado a la UCI por enfermedades cardiovasculares, principalmente. Las variables psicosociales más reportadas fueron síntomas de trastorno de estrés postraumático, deterioro cognitivo, síntomas de ansiedad y depresión, todos ellos derivados de su estancia en la UCI. La ventilación mecánica, la nutrición enteral, la estancia prolongada y el ingreso en más de una ocasión a la UCI, así como presencia de comorbilidad, ser personas jóvenes y mujeres son factores de riesgo para la presencia de estas variables en tales pacientes. *Discusión y conclusiones:* Las recomendaciones abonan al desarrollo de intervenciones psicoterapéuticas preventivas al alta y mediante programas de psicología hospitalaria que mitiguen el impacto psicológico negativo de esta unidad de atención, tomando en cuenta el tipo de tratamiento recibido y sus recursos sociales y económicos.

Palabras clave: UCI; Cáncer; Depresión; Ansiedad; Estrés.

¹ Facultad de Psicología, Av. Universidad 3004, Col. Copilco-Universidad, Coyoacán, 04510 Ciudad de México, México.

² Calzada México-Xochimilco 101, Col. Huipulco, Tlalpan, 14370 Ciudad de México, México.

³ Jefatura de Enfermería, Av. San Fernando 22, Col. Belisario Domínguez, Secc. 16, Tlalpan, 14080 Ciudad de México, México.

⁴ Servicio de Psicooncología, Unidad de Investigación y desarrollo de la Psicooncología, México.



ABSTRACT

Background: *Survivors of Intensive Care Units (ICU) frequently experience cognitive impairment, and new or worsened mental health disorders after discharge. Thus, it is necessary to identify the evidence regarding the presence and prevalence of these psychosocial variables in this population that impact their quality of life after discharge. Objective:* *To identify the most prevalent psychosocial factors in people discharged from the ICU. Method:* *The search used MeSh and text Word terms, using the booleans "AND" and "NOT" in the PubMed and PsycINFO databases between October and December 2021. Results:* *770 articles appeared, of which only 21 were included for review. Most people who stayed in the ICU for >7 days were men between the ages of 40 and 65 and admitted to the ICU primarily for cardiovascular disease. The most reported psychosocial variables are PTSD symptoms (13% to 19%), cognitive impairment (30.2% to 45.3%), anxiety symptoms (28% to 34%), and depression symptoms (24% to 33%), derived from staying in the ICU. Mechanical ventilation, enteral nutrition, prolonged stay, and admission to the ICU more than once, as well as comorbidities, being young, and being women, are risk factors for the presence of these variables in patients admitted to the ICU. Discussion and conclusions:* *The recommendations support the development of preventive psychotherapeutic interventions at discharge and hospital psychology programs, which mitigate the negative impact at the psychological level, taking into account the type of treatment they received and their social and economic resources.*

Key words: ICU; Cancer; Depression; Anxiety; Stress.

Recibido: 31/07/2022

Aceptado: 19/09/2023

Hoy día se reconoce ampliamente que la experiencia de ingresar en una unidad de cuidados intensivos (UCI en lo sucesivo) debido a una enfermedad crítica tiene un poderoso y negativo efecto psicológico en las personas (Arab *et al.*, 2021). En años recientes ha crecido la evidencia sobre la prevalencia de síntomas de trastorno de estrés postraumático (TEPT) y de condiciones psicológicas adversas en la población adulta tras el internamiento (Wade, 2016).

Nikayin *et al.* (2016) hallaron en un metaanálisis que los síntomas de ansiedad una vez que

el paciente es dado de alta de una UCI ocurren en 25 a 46% de los pacientes entre tres y catorce meses después, mientras que los síntomas de depresión aparecen en alrededor de 29% a los tres, seis y doce meses posteriores. Además, estimaron la prevalencia de síntomas de TEPT entre 17 y 34% a los doce meses. Los factores de riesgo para el desarrollo de TEPT posterior al alta incluyen ansiedad y depresión previas al internamiento en una UCI.

Luego entonces, la importancia de identificar los síntomas psicológicos prevalentes que pueden aparecer en este grupo de personas al ser dadas de alta de una UCI es reconocerlos y atenderlos oportunamente, para lo cual se llevó a cabo la presente revisión narrativa⁵, que tuvo como objetivo identificar los factores psicosociales más frecuentes en las personas egresadas de esa unidad mediante la búsqueda de la literatura disponible sobre este tópico.

Método TEPT

La búsqueda de la literatura sobre el tema se realizó mediante la consulta de las bases de datos Pubmed y PsycINFO, para lo cual se utilizaron los términos MeSH en inglés: “Intensive care units”, “ICU Intensive Care Units”, “Post-intensive care unit”, “Psychology”, “Psychosocial factors”, “Emotional factors”, “Psychosocial symptoms” y “Psychological outcomes”, mismos que se combinaron con los booleanos AND y OR. Por otra parte, mediante el booleano NOT se excluyeron los siguientes términos: “Pediatric”, “NICU”, “Neonatal”, “Nurse”, “Nurses”, “Caregiver”, “Satisfaction” y “Acute illness”, ya que durante el pilotaje se identificaron artículos cuyos resultados atendían a objetivos diferentes a los del presente estudio. Para considerar la literatura más reciente del tema, únicamente se incluyeron artículos publicados a partir del año 2019 en adelante, efectuándose la búsqueda a lo largo de cuatro meses.

Los criterios que se consideraron para incluir los artículos en la revisión fueron los siguientes:

⁵ En una revisión narrativa el procedimiento llevado a cabo es distinto al de una revisión sistemática o de un metaanálisis, cuyo rigor metodológico es más estricto.

1) Pacientes al egreso de la UCI; 2) Con cualquier tipo de patología/enfermedad; 3) Mayores de edad; 4) Hombres, mujeres y género indistinto; 5) Estudios que abordasen por lo menos un factor psicosocial; 6) Estudios observacionales; 7) Estudios en idioma inglés o español, y 8) Artículos publicados a partir del año 2019.

Se excluyeron 1) las palabras “Pediátrico”, “NICU”, “Neonatal”, “Enfermería”, “Cuidador(a)”, “Satisfacción” y “Enfermedad aguda”; 2) las opiniones de expertos; 3) los estudios de pacientes aún internados en una UCI; 4) los estudios de familiares de pacientes ingresado en una UCI, y 5) Estudios cualitativos (Figura 1).

Figura 1. Diagrama PRISMA del proceso de selección de los estudios.

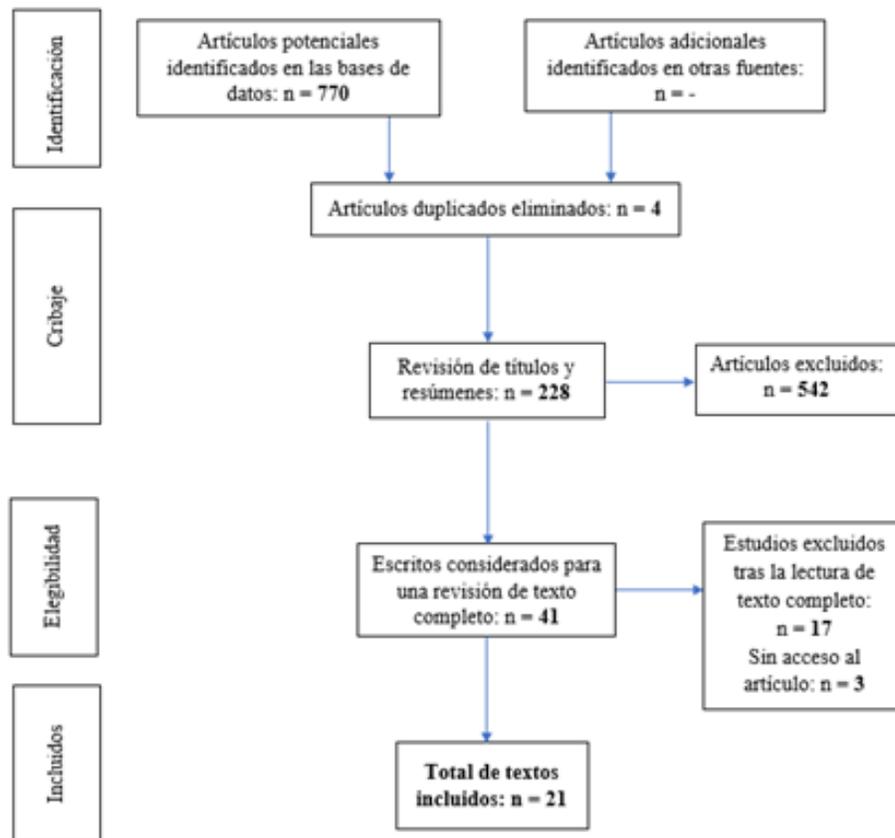


Tabla 1. Factores psicosociales en población al egreso de la UCI.

Referencia/ País	Objetivo	Muestra	Variables psicosociales	Conclusiones
Askari-Hosseini, S. M. <i>et al.</i> (2020). Irán	Prevalencia de síntomas de STEPT en sobrevivientes de la UCI y su relación con los recuerdos que tienen de la misma.	n = 100 Edad: \bar{x} = 50.63 Cardiovasculares (68%) Traumas (21%) Neurológicas (7%) Pulmonares (3%) Renales (1%) Uno a diez días en la UCI Evaluación 3.19 ± 5.37 meses después del alta.	STEPT 13%; STEPT con mayor frecuencia en pacientes con ventilación mecánica en la UCI ($p = .03$). Recuerdos delirantes: 34% Recuerdos reales: 66% Recuerdos de sentimientos como ansiedad y depresión: 89%	El uso de ventilación mecánica en el momento de la estancia en la UCI está relacionado con la presencia de síntomas de TEPT posteriores al alta. Conocer estos hallazgos puede motivar a los proveedores de atención médica en las UCI a utilizar las mejores prácticas para minimizar las consecuencias en salud mental.

Continúa...

Referencia/ País	Objetivo	Muestra	Variables psicosociales	Conclusiones
Bein, T. <i>et al.</i> (2020) Alemania	Asociación del tipo de tratamiento al inicio del SDRA y la incidencia de eventos críticos en la CVRS (componente mental) y retorno al trabajo un año después del alta de la UCI.	n = 396 Edad: \bar{x} = 56 Pulmonar 26 días en la UCI Evaluaciones 3, 6 y 12 meses después del alta de la UCI.	Supervivientes del SDRA a los doce meses: SF-12 mental = 44 ± 13. La hipoglucemia se asoció con una disminución marcada en el SF-12 mental a los seis meses. La hipoxemia confirmada se asoció con una tendencia de estado de salud mental deteriorado a los 12 meses. La ventilación de bajo flujo se asocia con deterioro a los 3 meses del SF-12 mental en comparación con VM.	El conocimiento de estos hallazgos es de importancia clínica para la atención aguda y posterior a la UCI. La prevención de eventos críticos, como control glucémico y oxigenación, es un objetivo importante para la mejora de la calidad de vida mental.
Brück, E. <i>et al.</i> (2019) Suecia	Correlación entre la función cognitiva subjetiva y la función cognitiva objetiva de sobrevivientes de la UCI	n = 100 Edad: \bar{x} = 54 Cardiovascular (31%) Respiratorio (12%) Gastrointestinal (5%) Diabetes (10%) Cáncer (14%) Inmunológico (3%) Neurológico (7%) 4.45 días en la UCI. Evaluaciones a tres, seis y doce meses después del alta de la UCI.	A los tres meses, 34% presentaba deterioro cognitivo: a los seis meses, 18%, y 16% a los doce meses. En HADS-Ansiedad: A los tres meses obtuvieron más de diez puntos (9%); a los seis meses, 10%, y a los doce meses, 2%. En HADS-Depresión puntuaron más de 10%, 12% a los tres meses y 10% a los seis y doce meses. A los tres meses alcanzaron más de 35 puntos en síntomas de TEPT (11%). A los seis meses, 6%, y a los doce meses, 5%.	Se necesitan iniciativas para validar métodos de detección eficaces de problemas cognitivos subjetivos y objetivos en los supervivientes de la UCI, ya que estos son importantes para ellos y pueden afectar su recuperación durante varios años tras los cuidados intensivos.
Dijkstra-Kersten, S. <i>et al.</i> (2020) Holanda	Comparar los síntomas de ansiedad, depresión, STEPT y HrQoL en diferentes subgrupos de sobrevivientes de la UCI.	n = 1730 Edad: \bar{x} = 59 Médico (44%) Cirugía por elección (27%) Cirugía de emergencia (28%) 5.3 días en la UCI. Evaluación un año después del alta de la UCI.	34% de pacientes puntuaron en síntomas de ansiedad moderada; 33% en síntomas de depresión moderada; 19% en STEPT; 34, 33 y 19% de los supervivientes de la UCI, con una mediana de utilidad HrQoL de 0.81 (IQR: 0.65-1). La HrQoL puede ser menor en los supervivientes de la UCI en comparación con población general. Estancia \geq siete días se relaciona con STEPT con más frecuencia.	Las intervenciones destinadas a mejorar los resultados neuropsiquiátricos no sólo deben apuntar a grupos específicos de pacientes, sino también a los supervivientes de las UCI en general.
Ferrand, N. <i>et al.</i> (2019). Francia	Evaluar el componente mental de la CVRS a los seis meses del alta de la UCI.	n = 220 Edad: \bar{x} = 63 Médico (36%) Cirugía electiva (46%) Cirugía de urgencia (18%) Seis días en la UCI. Evaluaciones antes de la admisión, a los tres y seis meses después del alta de la UCI.	La puntuación total del SF-36 en el aspecto mental es menor en pacientes que murieron dentro de los primeros seis meses desde el alta (34 [25-43] vs. 43 [31-53], $p = 0.02$) y la presencia de SDRA ($\beta = -7.45$, CI = de 12.59 a 2.29. $p = 0.004$) y se asociaron con PCS ($\beta = 0.25$, CI = de 0.08 a 0.42, $p = 0.003$) a los seis meses después del alta de la UCI.	La estancia en la UCI no parece alterar el componente mental de la CVRS a los seis meses del alta de la UCI. Sin embargo, después del alta parece que algunos dominios del SF-36 y las limitaciones de rol relacionadas con la emoción podrían mejorar. La baja CVRS previa al ingreso parece ser un factor de riesgo de disminución de la CVRS a los seis meses del alta de la UCI. Por lo tanto, el equipo de salud debe tener en cuenta esta información durante la estadía ahí de los pacientes.

Continúa...

Referencia/ País	Objetivo	Muestra	Variabes psicosociales	Conclusiones
Guidet, B. <i>et al.</i> (2020). Francia	Describir la prevalencia de deterioro cognitivo y actividad de la vida diaria, comorbilidad, polifarmacia y su influencia en la supervivencia a un mes.	n = 3920 Edad: \bar{x} = 84 Insuficiencia respiratoria, 24.1% Insuficiencia circulatoria, 13.8% Insuficiencia respiratoria y circulatoria, 11.5% Sepsis, 13.8% Cirugía de urgencia, 13.8% Otras causas, 23% 3.88 días en la UCI Evaluación a un mes después del alta.	Se observó deterioro cognitivo en 30.2% El análisis multivariable identificó los predictores habituales del resultado a los treinta días (HR; IC del 95%): edad: 1.02 (1-1.03, $p = 0.01$), diagnóstico de ingreso en la UCI, SOFA: 1.15 (1.14-1.17, $p < 0.0001$) y fragilidad 1.1 (1.05-1.15, $p < 0.001$).	El deterioro cognitivo afecta la mortalidad en muchos entornos clínicos. La ventilación a largo plazo, la enfermedad crítica crónica y la disfunción cognitiva son resultados relevantes para el paciente, y también deben evaluarse en futuros estudios.
Heydon, E., <i>et al.</i> (2020). Australia	Identificar a sobrevivientes de UCI que habían desarrollado PICS y explorar el uso de los recursos de atención de salud mental.	n = 39 Edad: \bar{x} = 57.2 Cardiovascular (8%) Respiratorio (24%) Gastrointestinal (10%) Neurológico (14%) Sepsis (12%) Posoperatorio: gastrointestinal (10%) Posoperatorio: neurológico (12%) Otros (10%) Doce días en la UCI. Evaluación a uno y tres meses después del alta de la UCI.	Disminución de síntomas de ansiedad y depresión ($p = .048$) a los tres meses después del alta. Respecto al estado cognitivo funcional, la puntuación media al inicio fue de 1.8 de 30 (IC del 95%: 0-3.5), y 8% presentó dependencia funcional. Al mes, la puntuación media fue de 8.9 (IC de 95%: 6.5-11.4; $p \frac{1}{4} < 0.001$), con 54%. A los tres meses la puntuación media fue de 7.0 (IC de 95%: 4.9-9.1; $p \frac{1}{4} < 0.001$) y 33% obtuvo 9.0 o más.	Los pacientes sufrieron deficiencias en su cognición y salud mental, en consonancia con el desarrollo de PICS. La iniciación temprana de los paquetes de prevención o de tratamiento del PICS puede resultar beneficioso. Hasta hoy, los estudios que evalúan estas intervenciones aún tienen que demostrar una mejora estadísticamente significativa en los resultados.
Janssen, D. G. <i>et al.</i> (2020) Holanda	Describir el grado en el que pacientes sufren problemas de ansiedad, depresión y STEPT después del ingreso en una UCI.	n = 1,328 Edad: \bar{x} = 59.2 No se reporta la razón de admisión a la UCI. 9.2 días en la UCI. Evaluación a un año después del alta de la UCI.	Al año después del alta de la UCI, 14.7% sufrió depresión, 15.2% ansiedad y 8.5% síntomas de TEPT. En total, 11.2% padecía dos o tres trastornos de salud mental. Recibieron tratamiento con psicofármacos con mayor frecuencia cuando presentaban síntomas combinados de depresión, ansiedad y TEPT (43.6%) un año después del alta de la UCI, mientras que el grupo de pacientes con depresión y TEPT recibió tratamiento con psicofármacos 2.5 veces con menos frecuencia (dos de once (8.2%).	Los expacientes de la UCI con problemas de salud mental posteriores también informaron una menor calidad de vida, mayor deterioro físico y una cognición más baja. Hay la posibilidad de mejorar el diagnóstico y el tratamiento de los problemas de salud mental en los pacientes que estuvieron en la UCI. Esta trayectoria podría luego centrarse en todos los aspectos de PICS. Por lo tanto, se sugiere más investigación sobre el tópico y la posibilidad de evaluar una trayectoria posterior a la UCI en la que se pueda monitorear y posiblemente tratar el desarrollo de problemas de salud mental.

Continúa...

Referencia/ País	Objetivo	Muestra	Variables psicosociales	Conclusiones
Kalfon, P. <i>et al.</i> (2019) Francia	Evaluar si un programa multicomponente personalizado es eficaz para reducir los síntomas del TEPT al año en supervivientes de la UCI en general.	n = 819 Edad: \bar{x} = 62.5 Médica 38.4% Quirúrgica 59% Cuatro días en la UCI. Evaluación a un año tras el alta de la UCI.	12 y 6.1% presentaron STEPT al año, respectivamente ($p = 0.004$). Pacientes que recibieron la atención del programa tenían menos probabilidades de padecer STEPT al año ($p = 0.015$); 9.6% presentaron síntomas sustanciales de TEPT; 28% ansiedad, y 24% depresión. La puntuación total IES-R fue más alta en el grupo no expuesto (9 [IQR 3-20]) frente a 7 (IQR 3-15), $p = 0.003$. Los pacientes que no recibieron la atención del programa mostraron síntomas de TEPT más sustanciales ($p = 0.004$; OR [IC de 95%]: 2.12 [1.26-3.56], respectivamente).	Un programa multicomponente personalizado para la reducción del malestar en la UCI puede reducir significativamente la prevalencia de STEPT evaluados 1 año después del alta de la UCI. La difusión de un programa de este tipo debería promoverse activamente en las UCI, lo que allanaría el camino para una nueva estrategia en la gestión de la atención.
Kang, J. <i>et al.</i> (2019) Corea del Sur	Investigar la incidencia de la depresión posterior a una UCI y sus factores de riesgo entre los sobrevivientes de cuidados críticos	n = 30,023 Edad: \bar{x} = 61.8 Nutrición enteral (28.4%). Sedantes (58.5%). Relajantes musculares (34.2%). Vasopresores (28.3%). Enfermedad cerebrovascular (46.9%). Insuficiencia cardíaca congestiva (14%). Enfermedad pulmonar crónica (45.5%). Diabetes (41.2%). Enfermedad hepática (37.5%). Enfermedad de úlcera péptica (41.1%). Enfermedad vascular periférica (22%). Cáncer (19.2%). Demencia (7.1%). Hemi/paraplejia (11.3%). Otros (25.1%). Comorbilidad en porcentajes no reportada. 18.9 días en la UCI Evaluación a un año del alta de la UCI.	El riesgo de depresión posterior a la UCI fue significativamente mayor para nutrición enteral (OR = 2.28), enfermedad cerebrovascular (OR = 1.59) y hemi/paraplejia (OR = 1.48). El riesgo de depresión fue mayor en los grupos de 0 a 70 años (OR = 1.24-1.31). Las mujeres tuvieron un mayor riesgo de desarrollar depresión (OR = 1.16). Además, la duración de la estancia (OR = 1.02), el uso de ventiladores mecánicos (OR = 1.06), sedantes (OR = 1.14): enfermedad reumática (OR = 1.10) y demencia (OR = 1.09) fueron factores que aumentaron el riesgo de depresión.	En particular, es necesario prestar atención a la posibilidad del desarrollo de depresión posterior a la UCI en sobrevivientes que han experimentado nutrición enteral y con discapacidades físicas. Se necesita la detección temprana o la prevención de la depresión posterior a la UCI que puede afectar negativamente la recuperación y la calidad de vida de las personas sobrevivientes de cuidados críticos. En particular, es necesario aplicar una intervención temprana antes del alta de la UCI.

Continúa...

Referencia/ País	Objetivo	Muestra	Variables psicosociales	Conclusiones
Liao, K.-M., <i>et al.</i> (2020). Taiwán	Investigar la asociación entre el riesgo de depresión y la duración de la estancia en la UCI.	n = 323,793 Edad: \bar{x} = 46.49 Hemorragia subaracnoidea, subdural y extradural después de una lesión; hemorragia intracerebral; cardiopatía isquémica crónica; septicemia; oclusión de las arterias cerebrales. Tiempo en UCI 1-3 días (28.15%) 4 a 7 días (24.02%) 8-14 días (22.09%) 15-21 días (11.66%) ≥22 días (14.08%) Evaluación al año después del alta de la UCI.	La mayoría de los pacientes con depresión tuvieron una estancia hospitalaria de <14 días (55.57%). Para los hombres, el riesgo de depresión fue mayor en aquellos con estancias en la UCI de 15 a 21 días y ≥22 días, que en aquellos con estancias en la UCI de 8 a 14 días, con los HR ajustados (IC 95%) de 1.11 (1.03-1.21) y 1.27 (1.18-1.37).	Estas experiencias hacen que los pacientes sufran lo que consideran una pérdida de su dignidad; pueden sentir impotencia, tristeza, sensación de ser castigados, vergüenza y violencia, y estos sentimientos pueden desencadenar depresión después de su alta de la UCI. La terapia cognitivo-conductual y la terapia interpersonal pueden ayudar a los pacientes a aprender formas de afrontar mejor el estrés y a controlar sus síntomas de depresión.
Martillo, M. A. <i>et al.</i> (2021). EUA	Determinar las características del PICS en los dominios cognitivo, físico y psiquiátrico en los sobrevivientes de covid-19 en la UCI.	n = 44 Edad: \bar{x} = 53.9. COVID-19. Diez días en la UCI. No se reporta temporalidad de evaluación.	48.9% de los pacientes presentó deterioro psiquiátrico, siendo la depresión la más común, seguida del insomnio. 37.8% reportó ansiedad o depresión moderada. 4.4% informó ansiedad o depresión extremas. 17.8% informaron síntomas sugestivos de TEPT (puntuación ≥ 31). De ellos, 20% exhibió deterioro cognitivo. 91.1% cumplieron los criterios de PICS. 53.6% tenían deficiencias en dos dominios y 4.9% en tres (físico, psicológico y cognitivo).	La alta prevalencia de PICS observada sugiere la necesidad de intervenciones de rehabilitación, evaluación neuropsicológica y monitoreo a largo plazo de los síntomas relacionados con PICS. El diagnóstico de PICS por sí solo no mejora los resultados; el manejo, el tratamiento y la educación de los pacientes y sus familias son esenciales para mitigar los efectos a largo plazo de los cuidados intensivos. Los hallazgos resaltan la necesidad de un seguimiento y de recursos apropiados para que estos pacientes evalúen y traten las secuelas cognitivas, físicas y psiquiátricas de la enfermedad crítica.
Nordness, M.F. <i>et al.</i> (2021) EUA	Evaluar la relación de los trastornos de salud mental con el rendimiento cognitivo en sobrevivientes de enfermedades críticas.	n = 519 Edad: \bar{x} = 61 Sepsis: 31% SDRA/EPOC/ asma, otros pulmonares: 27% IM/insuficiencia cardíaca congestiva/shock cardiogénico: 16% Cirugía abdominal: 11% Otro: 16% Cinco días en la UCI. Evaluaciones: Tres meses y un año después del alta de la UCI.	A los tres meses de seguimiento, 19% con síntomas de TEPT y 32% de depresión moderada. A los doce meses de seguimiento, 16% con TEPT y 28% con depresión. La depresión a los tres meses se asoció con una RBANS más baja (-2.25; de -3.10 a -1.39) y puntuaciones de Trails B más bajas tanto a los tres meses (OR, .69; 0.56-0.85) como a los doce meses (OR, .66; 0.52-0.84).	El PICS es sumamente prevalente entre los sobrevivientes de la UCI de todas las edades, y la intervención temprana y la rehabilitación son probablemente elementos clave para el retorno general a una vida funcional. En entornos donde no se dispone de una clínica de recuperación de la UCI, se recomienda la detección temprana para detectar depresión, trastorno de estrés posttraumático, deterioro cognitivo y evaluación de la discapacidad física en los supervivientes de la UCI.

Continúa...

Referencia/ País	Objetivo	Muestra	Variabes psicosociales	Conclusiones
Sareen <i>et al.</i> (2020) Canadá	Estimar la incidencia de trastornos mentales recién diagnosticados entre los pacientes de la UCI.	n = 49,439 Edad: \bar{x} = 63.8 Intervención quirúrgica: 51.6% Diagnóstico/médico: 48.4% Ingreso urgente: 84.6% Ingreso electivo: 15.3% 4.5 días en la UCI Criterios diagnósticos al 1ro, 2do, 3er, 4to y 5to año posterior al internamiento en una UCI.	En el primer año, la incidencia de cualquier trastorno mental fue de 14.5%. Durante los cuatro años siguientes, en la incidencia acumulada la tasa aumentó entre 6 y 8% anual. En el quinto año 42.7% de la cohorte de la UCI sufría un trastorno mental incidente. La cohorte de la UCI tuvo una incidencia significativamente mayor de todos los trastornos mentales, en comparación con la población general, excepto esquizofrenia. La exposición a la UCI, HR 1.29 (IC 95%, 1.23 – 1.35, $p = .005$), e ingresar en más de una ocasión a una fue un factor de riesgo de alteración mental, HR 1.05 (IC 95% 1.04–1.07, $p = .005$). El riesgo de nuevos trastornos de salud mental fue mayor en jóvenes HR 0.75 (IC 95%, 0.73–0.77, $p = .005$), mujeres HR 0.95 (IC 95%: 0.95–0.96, $p = .005$), años de ingreso más recientes (2013) HR 1.09 (IC 95% 1.06–1.12, $p = .005$) y presencia de comorbilidades preexistentes (más de tres) HR 1.18 (IC 95% 1.13–1.21, $p = .005$).	Los efectos directos de la admisión en una UCI pueden ser tan traumáticos y estresantes que precipitan enfermedades mentales de nueva aparición, y también efectos indirectos de la enfermedad crítica, como la discapacidad, el desempleo, el estrés financiero o un conflicto familiar. Muchas personas con un problema de salud mental no acceden ni reciben atención médica mental. Estrategias específicas de prevención e intervención temprana para las personas que siguen admisiones en la UCI pueden reducir el riesgo de morbilidad en la salud mental.
Sivanathan <i>et al.</i> (2019) Canadá	Determinar el riesgo de diagnósticos de enfermedades mentales en una población de sobrevivientes de la UCI, en comparación con pacientes hospitalizados.	n = 121,101 Edad: \bar{x} = 66 Enfermedad cardiovascular: 49% EPOC: 10.3% Diabetes mellitus: 25.3% Cáncer: 13.8% Gastrointestinal/renal: 9.8% Estancia en la UCI: siete días. Evaluación en 3, 6, 9 y 12 meses postUCI.	El riesgo de enfermedad mental parece aumentar según la dosis, con mayor riesgo entre los pacientes internados más tiempo en la UCI (HR: 1.004 por día, IC 95% 1.003–1.005, $p = .001$), con ventilación mecánica más invasiva e incómoda (HR: 1.08; IC 95% 1.05–1.12 $p = .001$) y presencia de comorbilidades (una o dos contra ninguna. 0, HR 1.17; IC 95% 1.16–1.18, $p = .001$)	Las personas sobrevivientes de la UCI tienen un riesgo marginalmente mayor de diagnóstico de enfermedad mental, en comparación con pacientes hospitalizados sin ingreso en la UCI. Estos hallazgos sugieren que algunos sobrevivientes de la UCI pueden requerir un seguimiento más cercano para controlar las complicaciones de la enfermedad mental tras el alta, en particular después de ciertas exposiciones que aumentan su riesgo, como la ventilación mecánica.
Son, Y.-J., <i>et al.</i> (2020) Corea del Sur	Identificar diferencias de sexo respecto al impacto del cambio en la función cognitiva sobre el estado funcional tres meses después de egresar de una UCI.	n = 152 pacientes Edad: \bar{x} = 76 Cardiovascular: 40.2% Gastrointestinal: 19.7% Neurológica: 9.2% Otras enfermedades: 30.9% < 5 días en la UCI: 87.5%, y \geq 5: 12.5%, Evaluaciones de línea base y a los tres meses.	Las mujeres ($R^2 = .28$, $p = .001$) sufrían un deterioro cognitivo mayor que los hombres al inicio del estudio y a los tres meses del alta. Los hombres tienen menos probabilidades de desarrollar un deterioro cognitivo que las mujeres; sin embargo, en ellos tiene mayor efecto en su estado funcional ($\chi^2 = 28.06$, $p < .001$).	Se requiere una evaluación temprana de la función cognitiva de los pacientes de la UCI para ayudarles a mantener un estado funcional independiente después del alta. Es importante desarrollar estrategias que aborden las características específicas de género relacionadas con la mejora cognitiva.

Continúa...

Referencia/ País	Objetivo	Muestra	Variables psicosociales	Conclusiones
Train <i>et al.</i> (2019). Escocia	Describir la frecuencia y la asociación de los recuerdos aterradoros y traumáticos poco después del alta de la UCI, mientras los pacientes aún estaban en el hospital.	n = 517 Edad: \bar{x} = 60 Medicina general: 28.9% Cardiológicos: 6.4% Gastrointestinales: 5.6% Respiratorios: 5% Cirugía general: 30.2% Vasculares: 4.6% Trasplantes: 5.8% Ortopedia: 3.7% Otros: 9.3% Estancia en la UCI: siete días.	Md ICE-Q FESS: 15 puntos-34.4% de pacientes con >18 puntos (IC 95%, 30.3%–38.5%). Md IES-R: 19 puntos, 25.1% de pacientes con >35 puntos (IC 95%, 21,4%–28.8%). Pacientes que tenían más temores y recuerdos reportaron una mayor sintomatología traumática (ρ de Spearman = 0.62; p = 0.001). Recuerdos posteriores a la permanencia en la UCI fueron diversos: miedo, impotencia y anticipación de la muerte eran frecuentes. Recuerdos de entumecimiento, irrealidad y sueño fueron más comunes. Estos recuerdos ocurren en 25 a 35% de los pacientes.	Los resultados apoyan la hipótesis de que la detección sistemática y oportuna puede ser útil como parte de una estrategia para la atención e intervenciones específicas personalizadas para reducir la morbilidad psicológica posterior a la estancia en la UCI.
Valso <i>et al.</i> (2020). Noruega	Examen de la aparición de síntomas de TEPT en pacientes de una UCI después del alta para evaluar las posibles asociaciones entre los síntomas de TEPT y SOC-13, la memoria de la UCI, el dolor y las características demográficas y clínicas.	n = 523 Edad: \bar{x} = 57 Trauma: 17.8% Cirugía aguda: 19.7% Cirugía electiva: 22.6% Trasplante de órganos: 10.3% Cáncer: 18.5% Medicina interna: 11.1% Tres días de estancia en la UCI y evaluación una semana después del alta.	La prevalencia de síntomas de TEPT significativos (puntuación de PTSS-10 > 29) fue de 32%. La puntuación media del SOC-13 fue 69 (D.E. = 12.5), lo que refleja una SOC fuerte. Los recuerdos delirantes de la estancia en la UCI estuvieron presentes en 44% de los pacientes. Se encontró una asociación significativa entre los recuerdos delirantes y los síntomas del TEPT, destacando las consecuencias negativas de los recuerdos de experiencias delirantes.	El SOC, la memoria delirante, la interferencia del dolor, la menor edad fueron factores asociados con más síntomas de TEPT. Destaca la necesidad de llevar a cabo más investigaciones sobre la asociación entre las características de los pacientes de la UCI en general y su capacidad para afrontar el estrés. Esta atención especializada podría ayudar a prevenir el desarrollo de síntomas de TEPT.
Wawer <i>et al.</i> (2020) Francia	Evaluar la precisión diagnóstica de la IESR después del alta de la UCI para predecir la aparición de síntomas de TEPT a los tres meses y explorar los factores de riesgo de los síntomas de TEPT en ese lapso.	n = 145 Edad: \bar{x} = 61 Quirúrgica: 54% Médica: 26% Trauma: 20% Estancia en la UCI de cinco días. Evaluación postUCI a los ocho días y a los tres meses.	A los tres meses, 13% sufrían STEPT y 17% tenían síntomas de TEPT parcial de ocho días a tres meses después del alta; presentaron STEPT 32.4% de los pacientes; disminuyó en 55.2%, y no varió en 12.4%. Antecedentes de trastornos de ansiedad (OR, 3.70; IC 95%, 1.24–11.05; p = 0.02) y síntomas de TEPT >12 dentro de los ocho días posteriores al alta de la UCI (OR, 16.57; IC 95%, 3.59–76.46; p < 0.001) estuvieron significativamente asociados con síntomas de TEPT a los tres meses.	Los trastornos psiquiátricos deben tomarse en cuenta en el cuidado de pacientes de la UCI. No hay una directriz clara respecto al tratamiento de los síntomas de TEPT, pero la mayoría recomienda sesiones cortas de terapia cognitivo-conductual.

Continúa...

Referencia/ País	Objetivo	Muestra	Variables psicosociales	Conclusiones
Wintermann <i>et al.</i> (2019). Alemania	Investigar la relación diádica entre los síntomas del TEPT y la CdV relacionada con la salud en una muestra homogénea de pacientes con enfermedades crónicas críticas y sus parejas.	n = 70 Edad: \bar{X} = 61.6 Respiratorio: 47.1% Urinario / genital: 10% Abdominal: 10% Óseos/tejidos blandos: 4.3% Infección de heridas: 1.4% Corazón: 1.4% Múltiples: 10% Otros: 4.3% Desconocidos: 1.4% Estancia en UCI, mediana de días: 62.5. Evaluación tiempo después del alta de la UCI: 4.7 meses.	El 17.1% de los pacientes con síntomas de TEPT clínicamente significativos dentro de los seis meses posteriores al alta de la UCI. La CdV relacionada con la salud fue menor en los pacientes (Md: 65, IQR: 50-80). CdV: Hedger 'g = -2.098, 95%, CI -2.343, -1.854). Los síntomas de TEPT de pacientes y sus parejas intercorrelacionaron significativamente ($\tau = .236, p = .005$). Hubo una correlación significativa entre síntomas de TEPT y CdV tanto en pacientes como en sus parejas (pacientes PTSS-10 \times EQ-5D-3L, $\tau = -.402, p < .001$; parejas PTSS: 10 \times EQ-5D-3L, $\tau = -.319, p < .001$).	Son necesarios más estudios para identificar a las parejas de pacientes con enfermedades crónicas críticas con mayor riesgo de estrés postraumático. Por lo tanto, los futuros análisis debieran permitir una evaluación profunda de las necesidades especiales de las diadas paciente-pareja, teniendo en cuenta el impacto de la edad y el sexo en la asociación diádica entre el estrés postraumático y la calidad de vida relacionada con la salud.

* Valor de $p < 0.05$. ** Valor de $p < 0.0001$. UCI: Unidad de Cuidados Intensivos; STEPT: Síntomas del trastorno de estrés postraumático; CVRS: Calidad de vida relacionada con la salud; PCS: Resumen de componentes físicos; MCS: Resumen de componentes mentales; SDRA: Síndrome de distrés respiratorio agudo; EPOC: Enfermedad pulmonar obstructiva crónica; IM: Infarto agudo de miocardio; RBANS: Batería repetible para la evaluación del estado neuropsicológico; Trails B: Trail Making Test B; ADL: Discapacidad; IES-R: Impact of Events Scale-Revised; SOC-13: Sense of Coherence Scale 13; ICE-Q FESS: Intensive Care Experience-breve; VM: Ventilación mecánica.

RESULTADOS

Se identificaron setecientos artículos, pese a lo cual se incluyeron únicamente veintiuno. Se descartaron setecientos cuarenta y nueve textos que no cumplieron con los criterios prefijados.

Las enfermedades crónicas o las razones más reportadas para el ingreso a la UCI fueron las cardiovasculares en veintitrés artículos, las pulmonares en diecisiete y las neurológicas en trece.

Las principales variables psicosociales evaluadas abarcan los síntomas de TEPT en diecisiete artículos, de depresión en catorce, de problemas de cognición (memoria, delirios, alucinaciones, disfunción cognitiva) en doce, y síntomas de ansiedad en nueve artículos.

Sivanathan *et al.* (2019) y Askari-Hosseini *et al.* (2020) reportan que aquellos pacientes de UCI que requirieron VM, traqueotomía e inserción de sonda de alimentación percutánea habían aumentado las tasas brutas de diagnóstico de alteraciones mentales, principalmente de síntomas de TEPT. El riesgo de la ocurrencia de estos síntomas parece

aumentar también entre los pacientes internados durante un mayor tiempo en la UCI (más de siete días) (Dijkstra-Kersten *et al.*, 2020).

En el estudio de Kalfon *et al.* (2019) se reporta que los pacientes expuestos al programa para reducir la sintomatología de TEPT tenían mucho menos probabilidades de mostrar tales síntomas en un año ($p = 0.015$).

Liao *et al.* (2020), a su vez, señalan que los pacientes pueden sufrir un quebranto en su dignidad y experimentar impotencia, tristeza, sensación de ser castigados, vergüenza y violencia, y estos sentimientos pueden desencadenar en ellos síntomas de depresión al ser dados de alta de la UCI. Heydon *et al.* (2020), sin embargo, identificaron disminuciones significativas de la ansiedad y la depresión ($p = .048$) a los tres meses después de ocurrida el alta.

Respecto a la comorbilidad psicológica, Jansen *et al.* (2020) apuntan que los pacientes internados recibían tratamientos con psicofármacos con mayor frecuencia cuando exhibían síntomas combinados de depresión, ansiedad y TEPT en

43.6% de los casos un año después del alta de la UCI, mientras que el grupo de personas sólo con depresión y TEPT recibía tratamiento psicofarmacológico 2.5 veces con menos frecuencia (dos de once, o sea, 18.2%), y Ferrand *et al.* (2019), por su parte, reportan que el componente mental de la calidad de vida en pacientes que murieron dentro de los primeros seis meses desde el alta de la UCI fue significativamente menor.

DISCUSIÓN Y CONCLUSIONES

Los estudios considerados para la presente revisión incluyeron personas de más de 50 años, la mayoría varones, que ingresaron a la UCI por diversas razones, principalmente por complicaciones médicas en diecinueve artículos, enfermedades crónicas en nueve y cirugías de emergencia en siete.

De acuerdo con lo reportado en esos estudios, el internamiento repetido en una UCI es un factor de riesgo para una alteración mental, y tal riesgo es mayor en jóvenes, en mujeres y en pacientes con comorbilidades preexistentes (Sareen *et al.*, 2020), mientras que la nutrición enteral es el factor de mayor riesgo para el desarrollo de depresión posterior al internamiento (Kang *et al.*, 2019).

Janssen *et al.* (2020) señalan asimismo que la baja ventilación está asociada con deterioro mental a los tres meses, en comparación con una ventilación más alta.

En cuanto al deterioro cognitivo, Son, *et al.* (2020) hallaron que las mujeres tenían un deterioro cognitivo significativamente mayor que los hombres, tanto al inicio del estudio como a los tres meses del alta; sin embargo, apuntan que el deterioro cognitivo alguna una vez presente en los hombres tiene un efecto mayor en estos que en las mujeres, lo que sugiere la necesidad de indagar si el género como constructo social influye en la ocurrencia e intensidad de dicho deterioro.

Por otra parte, Train *et al.* (2019) describen que pacientes que tenían más temor y malos recuerdos reportaron sufrir una mayor sintomatología traumática (r de Spearman, 0.62; $p = 0.001$). Estos recuerdos, que eran frecuentes tras el inter-

namiento en una UCI, fueron diversos: miedo, impotencia y anticipación de la muerte, lo que puede relacionarse con el tipo de tratamiento recibido ahí, el cual puede ser invasivo en mayor o menor medida.

A pesar del reporte de ingreso por distintos tipos de patologías, estas no estuvieron relacionadas con la presencia de alteraciones psicológicas posteriores al internamiento en la UCI, por lo que también es de gran relevancia indagar en futuras investigaciones si, dependiendo del tipo de enfermedad (crónica o aguda) por la que ingresaron, existe una relación o alguna influencia para tal presencia.

Las sugerencias de los estudios aquí presentados señalan la futura necesidad de explorar los factores de riesgo de problemas relacionados con el internamiento en una UCI, como la ventilación mecánica, y también considerar las barreras creadas por el nivel socioeconómico de los pacientes que pudiesen abonar al surgimiento y desarrollo de alteraciones mentales posteriores a la intervención médica en esta unidad de atención.

Asimismo, se ha señalado la necesidad de efectuar evaluaciones periódicas posteriores al alta para la detección y atención oportuna de deterioros cognitivos, síntomas de ansiedad, depresión o TEPT, así como un programa ambulatorio para las citas, ya que las personas sobrevivientes tienen aún una calidad de vida más baja y tasas de mortalidad más altas que la población general. Langerud *et al.* (2018) afirman en este sentido que el apoyo social es una variable esencial para la mejora de la calidad de vida en el aspecto mental.

En cuanto a los pacientes, se reporta en los resultados de los estudios aquí revisados que identificaron los servicios de salud mental como una herramienta de la cual pueden beneficiarse para su atención; sin embargo, mencionan que no acuden a ellos por el desconocimiento de su disponibilidad de atención, lo cual es viable de resolverse mediante la información que el equipo de salud les pueda brindar.

A ese respecto, Son *et al.* (2020) indican que llevar a cabo este tipo de intervenciones de forma oportuna ayuda a los pacientes a mantener un estado mental saludable tras el alta, por lo que es necesario desarrollar estrategias específicas de

prevención e intervención temprana para las personas internadas a una UCI que puedan reducir el riesgo de morbilidades en su salud mental. Dijkstra-Kersten (2020) sugiere incluso el ofrecerles un seguimiento específico en función de su perfil de riesgo y de sus preferencias para personalizar el tratamiento y optimizar el uso de los recursos.

Por último, es importante resaltar que en el presente estudio se incluyeron investigaciones efectuadas en pacientes de países anglosajones que cumplieran los criterios de inclusión, por lo que en

futuras investigaciones sería importante identificar si los resultados aquí presentados coinciden o difieren del estado psicológico de la población mexicana y de la latina en general.

Esta revisión resume el estado actual de la literatura sobre la prevalencia de los factores psicosociales en población que estuvo hospitalizada en una UCI y proporciona un impulso para el avance de la ciencia al establecer claramente una base metodológica para ello.

Citación: Flores-Constantino, M., Juárez-García, F.L., Quintana-Sánchez, A. y Galindo-Vázquez, O. (2024). Factores psicosociales en personas egresadas de unidades de cuidados intensivos: una revisión narrativa de la literatura. *Psicología y Salud*, 34(2), 271-283. <https://doi.org/10.25009/pys.v34i2.2908>

REFERENCIAS

- Arab, M., Karzari, Z. y Razban, F. (2021). Post-traumatic stress disorder in critical illness survivors and its relation to memories of ICU. *Nursing in Critical Care*, 26(2), 102–108. Doi: 10.1111/nicc.12532
- Askari-Hosseini, S.M., Arab, M., Karzari, Z. y Razban, F. (2021). Post-traumatic stress disorder in critical illness survivors and its relation to memories of ICU. *Nursing Critical Care*, 26(2), 102-108. Doi: 10.1111/nicc.12532
- Bein, T., Weber-Carstens, S., Apfelbacher, C., Brandstetter, S., Blecha, S., Dodoo-Schittko, F., ... Karagiannidis, C. (2020). The quality of acute intensive care and the incidence of critical events have an impact on health-related quality of life in survivors of the acute respiratory distress syndrome - a nationwide prospective multicenter observational study. *German Medical Science*, 18, Doc01. Doi: 10.3205/000277
- Brück, E., Larsson, J.W., Lasselin, J., Bottai, M., Hirvikoski, T., Sundman, E., ... Olofsson, P.S. (2019). Lack of clinically relevant correlation between subjective and objective cognitive function in ICU survivors: a prospective 12-month follow-up study. *Critical Care*, 23(1), 253. Doi: 10.1186/s13054-019-2527-
- Dijkstra-Kersten, S.M.A., Kok, L., Kerckhoffs, M.C., Cremer, O.L., de Lange, D.W., van Dijk, D., Needham, D.M. y Slooter, A.J.C. (2020). Neuropsychiatric outcome in subgroups of Intensive Care Unit survivors: Implications for after-care. *Journal of Critical Care*, 55, 171-176. Doi: 10.1016/j.jcrc.2019.11.006
- Ferrand, N., Zaouter, C., Chastel, B., Faye, K., Fleureau, C., Roze, H., Dewitte, A. y Ouattara, A. (2019). Health related quality of life and predictive factors six months after intensive care unit discharge. *Anaesthesia, Critical Care & Pain Medicine*, 38(2), 137-141. Doi: 10.1016/j.accpm.2018.05.007
- Guidet, B., de Lange, D.W., Boumendil, A., Leaver, S., Watson, X., Boulanger, C., ... Flaatten, H. (2020). The contribution of frailty, cognition, activity of daily life and comorbidities on outcome in acutely admitted patients over 80 years in European ICUs: the VIP2 study. *Intensive Care Medicine*, 46(1), 57-69. Doi: 10.1007/s00134-019-05853-1
- Heydon, E., Wibrow, B., Jacques, A., Sonawane, R. y Anstey, M. (2020). The needs of patients with post-intensive care syndrome: A prospective, observational study. *Australian Critical Care*, 33(2), 116-122. Doi: 10.1016/j.aucc.2019.04.002
- Janssen, D.G.A., Jonker, J., van Dijk, D., Heerdink, E.R., Egberts, T.C.G. y Slooter, A.J.C. (2020). Psychotropic medication use in former ICU patients with mental health problems: A prospective observational follow-up study. *Journal of Critical Care*, 59, 112-117. Doi: 10.1016/j.jcrc.2020.06.002
- Kalfon, P., Alessandrini, M., Boucekine, M., Renoult, S., Geantot, M.-A., Deparis-Dusautois, S. ... Auquier, P. (2019). Tailored multicomponent program for discomfort reduction in critically ill patients may decrease post-traumatic stress disorder in general ICU survivors at 1 year. *Intensive Care Medicine*, 45(2), 223-235. Doi: 10.1007/s00134-018-05511-y
- Kang, J., Yun, S., Cho, Y.S. y Jeong, Y.J. (2020). Post-intensive care unit depression among critical care survivors: A nationwide population-based study. *Japan Journal of Nursing Science*, 17(2), e12299. Doi: 10.1111/jjns.12299
- Langerud, A.K., Rustøen, T., Småstuen, M.C., Kongsgaard, U. y Stubhaug, A. (2018). Health-related quality of life in intensive care survivors: Associations with social support, comorbidity, and pain interference. *PLoS One*, 13(6), e0199656. Doi: 10.1371/journal.pone.0199656

- Liao, K.M., Ho, C.H., Lai, C.C., Chao, C.M., Chiu, C.C., Chiang, S.R. ... Cheng, K.C. (2020). The association between depression and length of stay in the intensive care unit. *Medicine*, 99(23), e20514. Doi: 10.1097/MD.00000000000020514
- Martillo, M.A., Dangayach, N.S., Tabacof, L., Spielman, L.A., Dams-O'Connor, K., Chan, C.C. ... Escalon, M.X. (2021). Post-intensive care syndrome in survivors of critical illness related to coronavirus disease 2019: Cohort study from a New York City critical care recovery clinic. *Critical Care Medicine*, 49(9), 1427-1438. Doi: 10.1097/CCM.0000000000005014
- Nikayin, S., Rabiee, A., Hashem, M.D., Huang, M., Bienvenu, O.J., Turnbull, A.E. y Needham, D.M. (2016). Anxiety symptoms in survivors of critical illness: a systematic review and meta-analysis. *General Hospital Psychiatry*, 43, 23-29.
- Nordness, M.F., Bipin Patel, M., Erickson, C.R., Kiehl, A., Jackson, J.C., Raman, R. ... Wilson, J.E. (2021). Depression predicts long-term cognitive impairment in survivors of critical illness. *The Journal of Trauma and Acute Care Surgery*, 90(1), 79-86. Doi: 10.1097/TA.0000000000002955
- Sareen, J., Olafson, K., Kredentser, M.S., Bienvenu, O.J., Blouw, M., Bolton, J.M. ... Marrie, R.A. (2020). The 5-year incidence of mental disorders in a population-based ICU survivor cohort. *Critical Care Medicine*, 48(8), e675-e683. Doi: 10.1097/CCM.0000000000004413
- Sivanathan, L., Wunsch, H., Vigod, S., Hill, A., Pinto, R. y Scales, D.C. (2019). Mental illness after admission to an intensive care unit. *Intensive Care Medicine*, 45(11), 1550-1558. Doi: 10.1007/s00134-019-05752-5
- Son, Y.-J., Song, H.-S. y Seo, E.J. (2020). Gender differences regarding the impact of change in cognitive function on the functional status of intensive care unit survivors: a prospective cohort study. *Journal of Nursing Scholarship*, 52(4), 406-415.
- Train, S., Kydonaki, K., Rattray, J., Stephen, J., Weir, C.J. y Walsh, T.S. (2019, January). Frightening and traumatic memories early after intensive care discharge. *American Journal of Respiratory and Critical Care Medicine*, 199(1), 120-123. Doi: 10.1164/rccm.201804-0699LE
- Valsø, Å. Rustøen, T., Skogstad, L., Schou-Bredal, I., Ekeberg, Ø., Småstuen, M.C. ... Tøien, K. (2020). Post-traumatic stress symptoms and sense of coherence in proximity to intensive care unit discharge. *Nursing in Critical Care*, 25(2), 117-125. Doi: 10.1111/nicc.12466
- Wade, D. y Howell, D. (2016). What can psychologists do in intensive care? *ICU Management & Practice*, 16(4), 242-244.
- Wawer, E., Viprey, M., Floccard, B., Saoud, M., Subtil, F., Wafa, H. ... Poulet, E. (2020). Early detection of patients at risk of developing a post-traumatic stress disorder after an ICU stay. *Critical Care Medicine*, 48(11), 1572-1579. Doi: 10.1097/CCM.0000000000004551
- Wintermann, G.-B., Petrowski, K., Weidner, K., Strauß, B. y Rosendahl, J. (2019). Impact of post-traumatic stress symptoms on the health-related quality of life in a cohort study with chronically critically ill patients and their partners: age matters. *Critical Care*, 23(1), 39. Doi: 10.1186/s13054-019