

# Estudio de la influencia de la presencia de depresión previa en el aumento de la morbilidad del paciente crítico

María Jesús Romero de San Pío<sup>\*</sup>, Emilia Romero de San Pío<sup>\*\*</sup>, Amparo Vallina Riopedre<sup>\*\*</sup>, Ana Wensell Fernández<sup>\*\*</sup>, María Begoña Linares Gutiérrez<sup>\*</sup>, Lara María Rodríguez Villanueva<sup>\*\*</sup>, Beatriz Fernández Ordóñez<sup>\*\*</sup>, Adrián González Fernández<sup>\*\*</sup>, Natividad Clavero Ballester<sup>\*</sup>

<sup>\*</sup>Enfermera Supervisora Unidad de Cuidados Intensivos Hospital Universitario Central de Asturias. <sup>\*\*</sup>Enfermera Unidad de Cuidados Intensivos Hospital Universitario Central de Asturias.

## Resumen

**Introducción:** El ingreso en una unidad de cuidados intensivos condiciona una situación altamente impactante en todas las esferas del individuo y de su familia; dicho ingreso puede desencadenar cuadros de depresión además de otros trastornos como estrés y delirio. El manejo de las diversas alteraciones psicológicas que pueden afectar a un enfermo crítico es altamente decisivo para disminuir la morbi-mortalidad. **Objetivos:** Determinar la influencia de la presencia de depresión previa en el aumento de la morbi-mortalidad del paciente crítico y determinar la importancia de introducir acciones preventivas proactivas en todo paciente ingresado en cuidados intensivos con historial de depresión. **Metodología:** Estudio de cohortes interna, dinámica, observacional, analítico, prospectivo. Con estudio de prevalencia y riesgos atribuibles. Se realizaron análisis descriptivos de las diferentes variables sociodemográficas (medias y desviaciones típicas para las variables cuantitativas y análisis de frecuencias para las cualitativas). Para el estudio de riesgos y asociación de variables se empleó Odds Ratio, el coeficiente de correlación de Pearson, la t de Student y Anova en función del tipo de variable seleccionada. Se considera estadísticamente significativa una  $p < 0,05$  (IC 95%). **Conclusiones:** Durante la estancia del paciente en terapia crítica es necesario desarrollar acciones coordinadas para la prevención de la aparición de depresión y/o para la no reactivación de la misma, mediante medidas farmacológicas y apoyo psicológico. En éste sentido, la evolución de las unidades de críticos hacia una mayor humanización es un hecho decisivo en la prevención proactiva.

**Palabras clave:** Cuidados intensivos, cuidados de Enfermería, depresión, prevención secundaria, morbilidad, mortalidad.

## Abstract:

**Introduction:** Admission to an intensive care unit conditions a highly impactful situation in all spheres of the individual and his family; This income can trigger depression pictures as well as other disorders such as stress and delirium. The management of the various psychological alterations that can affect a critical patient is highly decisive to reduce morbidity and mortality. **Goals:** To determine the influence of the presence of previous depression in the increase of the morbidity and mortality of the critical patient, Determine the importance of introducing proactive preventive actions in all patients admitted to intensive care with a history of depression. **Methodology:** Internal, dynamic, observational, analytical, prospective cohort study. With study of prevalence and attributable risks. Descriptive analyzes of the different sociodemographic variables were carried out (means and standard deviations for quantitative variables and frequency analysis for qualitative variables). For the study of risks and association of variables, Odds Ratio, Pearson's correlation coefficient, Student's t-test and Anova were used depending on the type of variable selected. A  $p < 0.05$  (95% CI) is considered statistically significant. **Conclusions:** During the stay of the patient in critical therapy is necessary to develop coordinated actions for the prevention of the onset of depression and/or for the non-reactivation of it, through pharmacological measures and psychological support. In this sense, the evolution of critical units towards greater humanization is a decisive fact in proactive prevention. The individualization of the treatment and its adaptation to the special physical and psychological needs of each patient is one of the most important measures put in place by the professionals of the multidisciplinary team that takes care of the critical patient to optimize their management and their care and minimize the complications that they could appear during their illness.

**Keywords:** Critical care, nursing care, depression, secondary prevention, morbidity, mortality

## Qué aporta el estudio

En el presente trabajo, el equipo de investigación de Enfermería de la Unidad de Cuidados Intensivos (UCI) 3-4-5-6-7 del Hospital Universitario Central de Asturias, estudió, a la luz de la evidencia científica, la confirmación o el posible descarte de la hipótesis de que la existencia de depresión previa en un enfermo puede condicionar el aumento y/o aparición de mayor porcentaje de complicaciones intra-UCI que en aquellos pacientes sin depresión previa a su ingreso en UCI.

El estudio de la asociación entre existencia de depresión previa y aumento de la morbi-mortalidad en el caso de ingreso en una unidad de cuidados intensivos ha sido escasamente tratado en la bibliografía actual, lo cual nos ha llevado a diseñar el presente trabajo. La importancia del problema y sus consecuencias justifican suficientemente a nuestro modo de ver dicho estudio. Durante el mismo se respetaron en todo momento la confidencialidad y la privacidad de los datos reseñados en el estudio y de la identificación de los pacientes incluidos por parte de todos los componentes del equipo de investigación. Dicho equipo tiene además el compromiso ético de guardar la confidencialidad de los datos recogidos durante el tiempo que duró la investigación y se compromete a su custodia post-estudio según lo establecido en la ley orgánica 15/ 1999 del 13 de diciembre, de Protección de Datos de Carácter Personal.

Todos los datos recogidos por los investigadores fueron necesarios para el estudio y no se recogió ningún dato ajeno a lo determinado por la estructura y contenido de la investigación. Al ser un estudio basado en la recogida de datos de seguimiento de los pacientes incluidos en él, sin ningún tipo de intervención por parte de los investigadores, no constituye riesgo alguno para la seguridad y el manejo de los pacientes.

La investigación se realizó siguiendo la normativa de buenas prácticas clínicas y fue aprobada por el Comité de Ética de la Investigación del Principado de Asturias.

## Introducción

Se entiende por depresión a aquel estado de ánimo triste y apático que persiste, pese a haberse disipado la causa externa, o una expresión emocional y comportamental desproporcionada de ésta. Es necesario destacar que existen casos severos de depresión que no tienen causa externa

precipitante, constituyen las depresiones de tipo endógeno de manejo complejo y en muchas ocasiones tórpido.

El paciente con depresión pierde el interés, incluso de vivir, sintiéndose incapaz de realizar sus actividades previas y cotidianas. Junto a la tristeza aparecen una serie de otros síntomas muy variados, como alteraciones del sueño, del apetito, del contenido del pensamiento y síntomas corporales que interfieren gravemente con la calidad de vida percibida<sup>1</sup>, dolores crónicos agudizados, malestar físico general, dolor articular, dolores de cabeza recurrentes, dolores de espalda, de articulaciones, musculares etc. La depresión es considerada un trastorno del cerebro multicausal<sup>2</sup> con afectación de un amplio abanico de edades, siendo más común su comienzo en la juventud y en la edad adulta; de curso y respuesta variable al tratamiento y de mecanismos fisiopatológicos no comprendidos en su totalidad en la actualidad. La depresión es uno de los trastornos psiquiátricos de más prevalencia en la actualidad en la población general. Suelen ser comunes, especialmente, en pacientes con enfermedades orgánicas crónicas de los que la mitad sufren síntomas depresivos en su evolución, de forma que los síntomas somáticos se agravan al aparecer los depresivos y viceversa. Se describe una prevalencia de depresión mayor de 10% en 12 meses y de 17% a lo largo de la vida. En España, según datos de la Organización Mundial de la Salud (OMS 2017); la padecen un 5,2% de la población y a nivel mundial la prevalencia es del 4,4%. Con mayor prevalencia en edad adulta y en mujeres mayores de 55 años.

Existen una serie de factores externos que pueden condicionar la aparición o agravamiento de un estado depresivo concreto, dentro de éste abanico de circunstancias, el ingreso en una unidad de cuidados intensivos condiciona una situación altamente impactante en todas las esferas del individuo y de su familia<sup>3-4-5-6</sup>; dicho ingreso puede, por tanto, desencadenar cuadros de depresión, además de otros trastornos como estrés, delirio y pérdida de autocontrol. La aparición de un cuadro de depresión suele ser precoz y prolongarse durante un tiempo variable desde el alta en cuidados intensivos o desde el alta general del hospital. Dichas alteraciones psicológicas pueden ser más o menos graves y persistir en el tiempo de una forma prolongada o no. Todo ello está motivado por la nueva situación de salud y el miedo que ésta genera en los pacientes y en

su entorno familiar<sup>7-8</sup>. El manejo de las diversas alteraciones psicológicas que pueden afectar a un enfermo crítico es altamente decisivo para disminuir la morbi-mortalidad acontecida durante su estancia en terapia crítica y aún durante su ingreso en el hospital en una unidad de hospitalización convencional<sup>9-10</sup>.

La relación entre el ingreso en un hospital y en una unidad de cuidados intensivos ha sido estudiada como generadora de depresión, lo cual alarga y hace que la evolución del enfermo sea más tórpida. Sin embargo, no ha sido tan estudiada la posible relación entre la presencia de depresión previa al ingreso y el mayor riesgo de aparición de complicaciones relacionadas o no con la patología causal de ingreso en la unidad de críticos.

Para contribuir a hacer más humana y menos estresante la estancia en una unidad de cuidados intensivos, se han desarrollado numerosas iniciativas para hacer el ambiente de la UCI menos hostil y depresivo, destacando las estrategias actuales de humanización, la flexibilidad de las visitas, la musicoterapia y otra serie de ideas novedosas para los pacientes y para su familia, queriendo contribuir con ello a la mejora de los aspectos psicológicos puestos en compromiso al enfrentarse a una situación tan diferente y estresante como es el ingreso en una unidad de cuidados intensivos.

## Objetivos

### Objetivo principal

- Determinar la influencia de la presencia de depresión previa en el aumento de la morbimortalidad general del paciente crítico.

### Objetivo secundario

- Determinar la importancia de introducir acciones preventivas proactivas en todo paciente ingresado en cuidados intensivos con historial de depresión a la luz de los resultados del estudio.

## Metodología

Estudio de cohortes interna, dinámica, observacional, analítico, prospectiva. Con estudio de prevalencia y riesgos atribuibles. Se realizaron análisis descriptivos de las diferentes variables sociodemográficas (medias y desviaciones típicas para las variables cuantitativas y análisis de frecuencias para las cualitativas). Para el estudio de riesgos y asociación de variables se empleó Odds Ratio, el coeficiente de correlación de Pearson, la t de Student y

Anova en función del tipo de variable seleccionada. Se considera estadísticamente significativa una  $p < 0,05$  (IC 95%).

En el presente trabajo, el equipo de investigación de enfermería de la unidad de cuidados intensivos (UCI) 3-4-5-6-7 del Hospital Universitario Central de Asturias, estudió, a la luz de la evidencia científica, la posible confirmación de la hipótesis que la existencia de depresión previa en un enfermo puede condicionar el aumento y/o aparición de mayor porcentaje de complicaciones intra-UCI que en aquellos pacientes sin depresión previa a su ingreso en UCI. No es objetivo de éste estudio determinar los episodios depresivos reactivos desencadenados en los pacientes de la muestra debidos a su estancia en la unidad de cuidados intensivos.

Se reclutaron en total 385 enfermos que cumplieran los criterios de inclusión predeterminados. El estudio comenzó con el primer enfermo reclutado el 19 de septiembre de 2016 hasta el 9 de junio del 2017. A lo largo de los casi 10 meses de estudio se investigaron las complicaciones aparecidas en el grupo de enfermos sometidos a terapia crítica que tenían historial previo de trastornos depresivos diagnosticados y las complicaciones aparecidas en el grupo de enfermos sometidos a terapia crítica que no tenían historial previo de trastornos depresivos diagnosticados.

Se investigaron además:

- Las complicaciones aparecidas intra-UCI relacionadas con el proceso patológico que haya motivado el ingreso.
- Las complicaciones aparecidas intra-UCI no relacionadas con el proceso patológico que haya motivado el ingreso.
- Estudio de la mortalidad atribuible en ambos grupos.
- Estudio de los riesgos atribuibles en ambos grupos.
- Aumento de la estancia en UCI atribuible en el grupo con depresión previa al ingreso.

**Grupo I:** Enfermos con antecedentes de depresión y estudio de morbilidad-mortalidad en UCI.

**Grupo II:** Enfermos sin antecedentes de depresión y estudio de morbilidad -mortalidad en UCI.

Tipo de intervención del investigador: observacional y valoración de historia clínica electrónica y archivos en papel en los casos pertinentes. Definición de las principales complicaciones intra UCI aparecidas.

### Criterios de inclusión:

Enfermos ingresados en cuidados intensivos con estancias superiores a cuatro días.

### Criterios de exclusión:

- Ingreso en UCI inferior al tiempo determinado de inclusión (cuatro días).
- Exitus en el periodo estimado de cuatro días de ingreso en UCI.

Se diseñó una hoja de recogida de datos donde se documentaban las principales variables estudiadas y se reseñaba un

evolutivo de las complicaciones parecidas a lo largo de la estancia de cada enfermo reclutado a través de un seguimiento diario por parte de los investigadores (tabla 1).

### HOJA DE RECOGIDA DE DATOS

- Clave de investigación: número de cama, número correlativo en clave y número de la unidad.
- Edad
- Sexo
- Enfermedades crónicas.
- Proceso patológico actual.
- Antecedentes familiares.
- Hábitos tóxicos.
- Antecedentes de enfermedades psiquiátricas, especificar.
- Presencia de depresión diagnosticada pre-ingreso y tipo.
- Glasgow al ingreso en UCI.
- Índice de gravedad SOFA.
- Complicaciones intra UCI relacionadas con patología de ingreso.
- Complicaciones intra UCI no relacionadas con patología de ingreso.
- Duración estancia en UCI.
- Fecha de salida del estudio.
- Razón de la salida del estudio.

Tabla 1. Los datos fueron analizados con el paquete estadístico SPSS Statistics versión 21 para Windows (SPSS Inc.).

### Resultados

El 87,3 % de los enfermos incluidos en el estudio fueron alta a unidades de hospitalización, un 12,7% resultaron exitus.

La edad media de los enfermos reclutados en el estudio fue de 59,43 años (desviación típica 18,8, mediana 63, rango 15-91). Siendo un 67,55 % de la muestra hombres y el 32,5% restante, mujeres. El porcentaje de menores/mayores de 55 años para el estudio de riesgos asociados se presenta en el gráfico 1.

La prevalencia de presencia de depresión previa en la muestra fue del 30,6%.

Los mayores porcentajes de patologías como causa de ingreso en nuestra unidad de cuidados intensivos se concentran en las cuatro siguientes: patologías neurológicas (40,8%), respiratorias (24,4%) patología infecciosa (10,4%) y politraumatismos (9,1%).

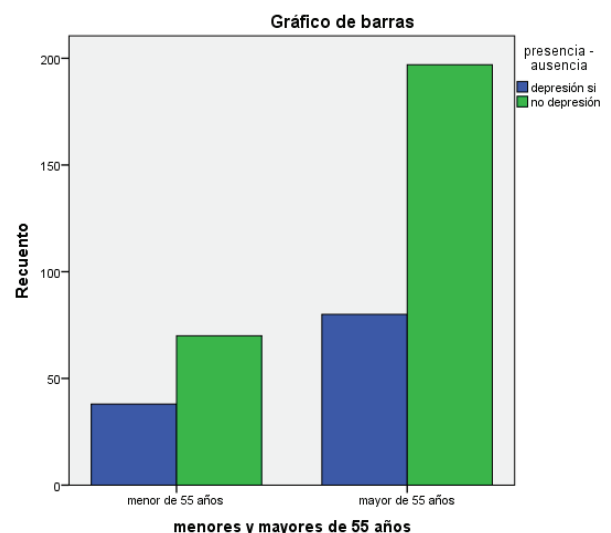


Gráfico 1. Porcentajes relación etaria/presencia–ausencia de depresión

Un 46% de los enfermos de la muestra no presentaron ningún tipo de complicación a lo largo de su estancia en UCI en relación a su patología de ingreso, el 49,1% presentaron de 1 a 3 complicaciones relacionadas con la patología detectada. Solamente un 0,8%

presentaron entre 7 a 10 complicaciones a lo largo de su ingreso.

En las complicaciones aparecidas a lo largo de la estancia en cuidados intensivos no relacionadas con patología de ingreso, un 33,2% no presentaron ningún tipo de complicación, el porcentaje mayor de complicaciones también estuvieron en un rango entre 1-3, destacando que el 7,8% de la muestra desarrolló entre 7 y 10 complicaciones no relacionadas con la patología de ingreso en cuidados intensivos. El mayor porcentaje de personas de la muestra presentaron un rango entre 1-2/3-4 enfermedades crónicas asociadas representando un 60,8% de la muestra, destacando el alto porcentaje de enfermos que presentaban a su ingreso entre 5-6 enfermedades crónicas graves (17,4% de la muestra estudiada). Tabla 2

Enfermedades crónicas	Frecuencia absoluta	Porcentaje %
no enfermedades crónicas graves	69	17,9
1-2 enfermedades crónicas graves	122	31,7
3-4 enfermedades crónicas graves	112	29,1
5-6 enfermedades crónicas graves	67	17,4
7-8 enfermedades crónicas graves	11	2,9
más de 9 enfermedades crónicas graves	4	1,0
Total N	385	100,0

Tabla 2. Enfermedades crónicas asociadas

En el índice de gravedad SOFA (Sequential Organ Failure Assessment Score) un 48,8% presentaron un valor entre 0-5, los valores más elevados superiores a 14 no representaron más que el 0,9% de la muestra estudiada. Un SOFA superior a 15 puntos representa una probabilidad de mortalidad del enfermo crítico por encima del 90%.

Se estudió el Glasgow en todos los enfermos reclutados además de los ingresados por causa neurológica, encontrándose un elevado porcentaje de enfermos cuyo Glasgow al ingreso y en primeros días se encontraban en un rango entre 11-15 (52,2%).

Un 62,3% de los enfermos reclutados no tenían ningún hábito tóxico, el hábito conjunto tabáquico/ alcohol representó un 11,7% de la muestra y el tabáquico en solitario un 11,9%. Un 2,3% de enfermos presentaban adicción a algún tipo de sustancia estupefaciente.

El porcentaje de estancia media en nuestra UCI fue bajo con un 56,9% de enfermos con

estancia entre 4-8 días y un 24, 9% de estancia entre 9 y 15 días, estancias en UCI superiores a 22 días representó un 9,4% de los enfermos reclutados en el estudio. Gráfico 2.

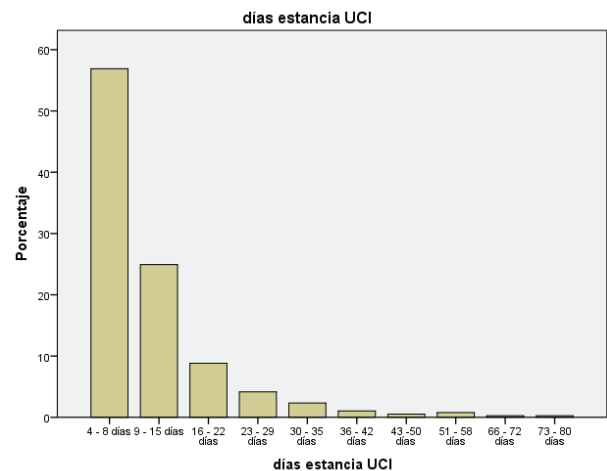


Gráfico 2. En el gráfico 3, presentamos los descriptivos de edad, sexo, hábitos tóxicos y tipos de enfermedad o patologías que determinaron el ingreso en UCI de la muestra estudiada, definidos por sus frecuencias absolutas y porcentajes.

	( N )	%
<b>Género</b>		
Hombres	260	67,5
Mujeres	125	32,5
<b>Edad</b>		
< 55 años	108	30,6
> 55 años	277	69,4
<b>Media +/- desviación estándar</b>	59, 43 +/-	18,8 (15-91)
<b>Enfermedad</b>		
Neurológica	157	40,8
Respiratoria	94	4,4
Metabólica	34	8,8
Proceso tumoral	10	2,6
Politrauma	35	9,1
Intoxicación	2	0,5
Trasplante	6	1,6
Infeciosa	40	10,4
Postoperatorio complicado	7	1,8
<b>Hábitos tóxicos</b>	145	37,6

Gráfico 3. Variables descriptivas-estudio

La variable edad no obtuvo para nuestra muestra una diferencia significativa para la presencia de depresión previa al ingreso en cuidados intensivos (para un intervalo de confianza para la media del 95%, exacta de Fisher (F) 1,451, p=0,229 (0,5924-0,7635). No se encontró una relación estadísticamente significativa entre la presencia o no de depresión previa y el aumento de la mortalidad intra-UCI (p=0,745). Sin embargo el OR determinó un mayor riesgo de mortalidad en el grupo con depresión previa (OR 1,112, IC 95% 0,586-2,111).

No se obtuvo una relación estadísticamente significativa entre la presencia/ausencia de depresión y el aumento de días de estancia en cuidados intensivos (F: 0,023, p = 0,880).

La presencia de depresión previa no constituyó un resultado estadísticamente significativo para el desarrollo de complicaciones relacionadas con patología de ingreso (p=0,462) no siendo significativo el estudio de riesgos para ésta variable. Tampoco resultó estadísticamente significativa la presencia de depresión con respecto a las complicaciones no relacionadas con patología de ingreso en UCI (p=0,062).

## Discusión

Nuestra hipótesis inicial de trabajo se relaciona con la posibilidad de que la presencia de depresión previa en un enfermo sometido a terapia crítica determinará un mayor riesgo de padecer complicaciones relacionadas o no con la patología que le haya llevado a su ingreso en dicha unidad especializada. Los pacientes y sus familiares son sometidos a un grave estrés debido al enfrentamiento a una nueva situación potencialmente peligrosa que vivencian con gran inquietud y alteración de su entorno de seguridad familiar y físico.<sup>11,12,13</sup> Ello está en sincronía con los hallazgos de otros estudios sobre el tema, que relacionan un efecto negativo a medio y largo plazo sobre el pronóstico del enfermo crítico. Es reconocido en la bibliografía actual que las tasas de depresión son significativamente más elevadas en enfermos que han estado ingresados en cuidados intensivos que en la población general, por lo que la estancia en cuidados intensivos aumenta tres o cuatro veces más la probabilidad de sufrir depresión en el paciente. Sin embargo, no ha sido suficientemente estudiada la condición pronostica en cuanto a morbilidad de aquellos enfermos que no tienen depresión previa con respecto a los que ya traían un cuadro diagnosticado de depresión al ingreso en cuidados intensivos. En nuestra muestra, en éste sentido, es de destacar la alta prevalencia de depresión previa al ingreso en cuidados críticos, lo cuál hace pronosticar un alto porcentaje global de enfermos con depresión post-ingreso en terapia crítica. En nuestro estudio, si bien no encontramos una relación directa entre la presencia/ausencia de depresión previa al ingreso en cuidados intensivos y un aumento de la morbimortalidad general de nuestros enfermos, si encontramos un mayor riesgo de aumento de la mortalidad en el grupo de pacientes que presentaban un proceso depresivo anterior a su ingreso en

terapia crítica. De éste hecho se desprende la importancia con carácter proactivo de un tratamiento precoz de dicho proceso durante su estancia en UCI, cuestión que está generalizándose como estrategia de tratamiento en éste tipo de pacientes, además la participación, implicación y el correcto trato y manejo de los familiares del paciente hace que, en la actualidad, el paciente crítico no esté aislado como ente abstracto sobre el que se realizan toda una serie de cuidados de alta tecnología, sino que por fin se ha llegado a integrar a la persona como un “yo” compuesto de múltiples áreas y necesidades que son necesario tener en cuenta<sup>14</sup>. Desde éste punto de vista, el pilar principal para el paciente será su familia, por ese motivo cada vez se tiene más en cuenta en la actualidad el apoyo psicológico a la familia del mismo desde el minuto cero de estancia en UCI, lo cual repercutirá positivamente en la correcta evolución del enfermo crítico<sup>15,16</sup>.

La edad no constituyó un factor de riesgo para la presencia de depresión previa diagnosticada al ingreso en cuidados intensivos, lo cual no está en sintonía con los hallazgos estadísticos de depresión en el adulto con mayor prevalencia de la misma en edades adultas por encima de los cincuenta años. Tampoco determinamos un mayor riesgo de padecer complicaciones relacionadas o no con la patología que haya determinado el ingreso de la persona en nuestra unidad de cuidados intensivos, sin embargo, la importancia proactiva del adecuado manejo de dichos enfermos para la prevención de dichas patologías, nos hacen ser conscientes de tenerlas especialmente presentes en la planificación de los cuidados de Enfermería proporcionados.

## Conclusión

Sin duda el enfermo sometido a cuidados intensivos es un enfermo complejo por su patología grave y por ser, según las tendencias de las últimas décadas, enfermos con una edad cada vez más avanzada y con patología crónica asociada.

Es necesario tener presente como ítem de manejo del enfermo crítico la valoración de la presencia de una depresión previa para poder optimizar el tratamiento. La alta prevalencia de presencia de depresión previa al ingreso en terapia crítica y el riesgo de desarrollo de depresión durante un proceso de ingreso hospitalario grave, hace necesario considerar como un ítem prioritario en el manejo del enfermo grave, el desarrollo de un protocolo preventivo de trastornos depresivos.

Se considera de gran importancia un adecuado apoyo psicológico al binomio paciente-familia desde el minuto cero de la estancia en UCI. Un adecuado tratamiento de los trastornos de depresión previos al ingreso en las unidades de críticos, junto con una adecuada política de vigilancia de síntomas precoces de depresión a lo largo de su permanencia en la unidad son las mejores armas proactivas a nuestro alcance como profesionales de Enfermería del paciente críticamente enfermo.

En los enfermos, que ya padecen depresión previa al ingreso en cuidados intensivos, es de vital importancia continuar su terapia teniendo en cuenta la situación actual del paciente, su patología, el necesario ajuste del tratamiento antidepressivo a las nuevas necesidades y el tener un especial cuidado y vigilancia de las posibles interacciones e incompatibilidades entre el tratamiento específico para el tratamiento de la depresión y los fármacos utilizados en el correcto y específico manejo del enfermo crítico. Es de extraordinaria importancia y decisivo un adecuado seguimiento por el servicio de Psiquiatría durante su estancia en cuidados intensivos y hasta su alta hospitalaria, continuando con el seguimiento del mismo por su centro de atención primaria de referencia.

Durante la estancia del paciente en terapia crítica es necesario desarrollar todo un

abanico de acciones coordinadas para la prevención de la aparición de depresión y/o para la no reactivación de la misma, mediante no sólo medidas farmacológicas, sino también de apoyo psicológico, en éste sentido, la evolución de las unidades de críticos hacia una mayor humanización es un hecho decisivo en la prevención proactiva. La visita flexible, régimen abierto de familiares con el enfermo, adecuación arquitectónica moderna hacia un entorno más alegre, menos hostil, la preparación del equipo de Enfermería y médico en terapias y manejo de enfermos con alteraciones psicológicas son medidas de eficacia demostrada para la prevención y manejo de alteraciones psicológicas dentro del espectro clínico de la depresión.

La individualización del tratamiento y su adecuación a las especiales necesidades físicas y psicológicas de cada paciente es una de las más importantes medidas puestas en marcha por los profesionales del equipo multidisciplinar que atiende al enfermo crítico para optimizar su manejo y su cuidado y minimizar las complicaciones que pudiesen aparecer durante su enfermedad.

## Bibliografía

- Rabiee, Anahita MD; Nikayin, Sina MD; Hashem, Mohamed D. MD; Huang, Minxuan ScM; Dinglas, Víctor D. MPH; Bienvenu, O. Joseph MD, PhD; Turnbull, Alison E. DVM, MPH, PhD; Needham, Dale M. FCPA, MD, PhD Depressive Symptoms After Critical Illness: A Systematic Review and Meta-Analysis. *Critical Care Medicine*: Sept. 2016-vol 44-Issue9-pag1744-1753.
- Gil Juliá B, Ballester Arnal R, Gómez Martínez S, Abizanda Campos R. Afectación emocional de los pacientes ingresados en una unidad de cuidados intensivos. *Revista de Psicopatología y Psicología clínica*, vol18, nº2,129-138; 2013.ISSN 1136-5420/13
- Bautista LM, Arias MF, Carreño ZO. Percepción de los familiares de pacientes críticos hospitalizados respecto a la comunicación y apoyo emocional. *Rev Cuid*. 2016; 7(2): 1297-1309.<http://dx.doi.org/10.15649/cuidarte.v7i2.330>.
- B. Errasti Ibarondo, S. Tricas Saura. La visita flexible en la unidad de cuidados intensivos: beneficios para los familiares del paciente crítico. *Enfermería intensiva*, vol.23, issue4, octubre-diciembre 2012, pág 179-188.
- Benítez-Agudelo J. C., Barceló-Martínez E.A., Gelves-Ospina M. Características psicológicas de los pacientes con larga estancia hospitalaria y propuesta de protocolo para su manejo clínico. *Cir. plást. iberolatinoam*. vol.42 no.4 Madrid oct. /dic. 2016 versión On-line ISSN 1989-2055versión impresa ISSN 0376-7892.
- Plaszewska L, Gazda D. Emotional reactions and needs of family members of icu patients. *Anaesthesiol Intensive Ther*. 2012; 44(3):145-149.
- Contreras Moreno AM, Palacios-Espinosa X. Contribuciones de la Psicología al manejo interdisciplinario del paciente en Unidad de Cuidados Intensivos (UCI). *rev. univ. ind. Santander. salud* 2014; 46 (1): 47-60.
- S. Gómez Martínez, R. Ballester Arnal, B. Gil Juliá, R. Abizanda Campos. Ansiedad, depresión y malestar emocional en los profesionales sanitarios de cuidados intensivos. *Anales de Psicología*, vol. 31, nº2, mayo 2015.
- M. Carmen Terol Cantero, V. Cabrera Perona, M. Martín Aragón. Revisión de estudios de la escala de ansiedad y depresión hospitalarias (HAD) en muestras españolas *Anales de Psicología*, vol.31, nº2, mayo 2015.
- M.D. Bernat Adell, R. Ballester Arnal, R. Abizanda Campos. ¿Es el paciente crítico competente para tomar decisiones? Razones psicológicas y psicopatológicas de la alteración cognitiva. *Medicina Intensiva*, Vol.36, issue 6, agosto-septiembre 2012, págs.: 416-422.
- Rico LR, Marsans MC, Marquez CM, Borrás AM, Riba LS, Savall DT, et al. Relaciones interdisciplinarias y humanización en las unidades de cuidados intensivos. *Enferm Intensiva* 2006; 17 (4): 141-153.
- Gómez-Carretero, P., Monsalve, V., Soriano, J.F., y De Andrés, J. (2007). Alteraciones emocionales y necesidades psicológicas de pacientes en una Unidad de Cuidados Intensivos. *Medicina Intensiva*, 31,318-325.
- Soto JE, Sánchez-Arenas C, Irigoyen-Coria A. La depresión en el adulto mayor : una perspectiva clínica y epidemiológica desde el primer nivel de atención. *Archivos en medicina familiar* 2012; Vol.14 (1) 5-13.
- Martin Delgado MC, García de Lorenzo y Mateos A. Sobrevivir a las unidades de cuidados intensivos mirando a través de los ojos de la familia. *Med. Intensiva*, 2017; 41(8): 451-453.
- M. Schmidt, E. Azoulay. Having a loved one in the ICU: The forgotten family *Curr Opin Crit Care*, 18 (2012), pp. 540-547 <http://dx.doi.org/10.1097/MCC.0b013e328357f141>.
- Pardavila Belio M.I, Vivar C.G. Needs of the family in the intensive care units: a review of the literature. *Enferm Intensiva [Internet]*. 2012; 23(2):51-67