

## **EVOLUCIÓN PSICOLÓGICA EN LOS FAMILIARES DE TRAUMATIZADOS GRAVES**

**Agustín Martín Rodríguez  
M<sup>a</sup> Angeles Pérez San Gregorio  
Alfonso Blanco Picabia**

Facultad de Psicología

### **RESUMEN**

*El objetivo de este estudio es analizar cómo afecta el tiempo transcurrido desde el ingreso del paciente en la UCI y su calidad de vida en sus familiares mas allegados, sobre determinadas variables clínicas de personalidad, las relaciones familiares y el temor experimentado ante la muerte. El grupo muestral estaba formado por 57 familiares de pacientes traumatizados graves ingresados en la UCI del Hospital Universitario "Virgen del Rocío" de Sevilla. Tras analizar los resultados hallamos: (1) que la influencia que ejerce el tiempo transcurrido desde el ingreso del paciente en la UCI sobre algunas variables clínicas de personalidad (agitación, apatía-retirada, desviación psicopática y desajuste psicológico) se da exclusivamente sobre los familiares de pacientes con buena calidad de*

vida, (2) los familiares de pacientes ingresados en la UCI, comparados con los mismos familiares cuatro años después del ingreso, obtienen puntuaciones más elevadas en algunas variables clínicas de personalidad (hipocondriasis, depresión suicida, agitación, depresión ansiosa, culpabilidad-resentimiento, paranoia, psicastenia y desajuste psicológico) y expresividad, y menor en el temor al proceso de morir propio, y (3) los familiares de pacientes con mala calidad de vida, comparados con los de buena calidad de vida puntúan más alto en hipocondriasis, depresión suicida, agitación, esquizofrenia, psicastenia y desajuste psicológico.

**Palabras clave:** FAMILIARES. CUIDADOS CRÍTICOS. ASPECTOS PSICOLÓGICOS.

## SUMMARY

*The aim of this study is to analyse how the length of time since a patient was in ICU and his quality of life affects close relatives, with regard to specific clinical variables of personality, family relationships and fear of death. The study group was composed of 57 relatives of seriously ill patients in the Intensive care unit of University Hospital "Virgen del Rocío", in Sevilla. The study showed that: (1) the length of time since the patient was in ICU only affects clinical variables of personality (agitation, apathy-withdrawal, psychopathic deviation and psychological maladjustment) in relatives of patients with a good quality of life, (2) when interviewed four years later, it was noted that relatives of ICU patients suffered less from clinical variables of personality (hypochondria, suicidal depression, agitation, anxious depression, guilt-resentment, paranoia, psychasthenia and psychological maladjustment) and self-expression than when the patient was in care and suffered more from fear of the process of dying themselves and, (3) relatives of patients with a poor quality of life compared which those with a better quality of life showed higher incidence of hypochondria, suicidal depression, agitation, schizophrenia, paranoia, psychasthenia and psychological maladjustment.*

**Key words:** RELATIVES. INTENSIVE CARE. PSYCHOLOGICAL ASPECTS

Las Unidades de Cuidados Intensivos (UCI) son probablemente los servicios más complejos y estresantes dentro del contexto hospitalario. El desarrollo creciente de estas unidades ha servido para poner de relieve una serie de manifestaciones psicológicas, a veces graves e importantes, tanto en los pacientes, como en sus familiares (Bennun, 1999; Gómez, López y Cirera, 1997; Pérez, 2001).

Por lo que se refiere a los pacientes, la incidencia de trastornos psicológicos se ha estimado entre el 14 y el 72%, siendo los más frecuentes la ansiedad, la depresión y el delirium. Los factores que contribuyen a la génesis de los problemas psíquicos en un paciente ingresado en una UCI son, entre otros, la adaptación a la nueva situación, la personalidad previa, las alteraciones fisiológicas secundarias a la enfermedad de base, la medicación, el efecto del ambiente de la UCI en el sueño y en la falta de estimulación sensorial, y el tipo de interacción del paciente con el personal sanitario (Dörr-Zegers, 1988; Gómez *et al.*, 1997). Además, los pacientes han de abandonar, al menos, temporalmente, sus roles desempeñados con anterioridad (familiar, laboral, etc.), y adoptar un rol pasivo y dependiente del personal sanitario y de los aparatos y máquinas que le rodean (Frías, 1994).

Pero no sólo los pacientes, sino también los familiares más allegados de aquellos que ingresan en una UCI, pueden desarrollar trastornos emocionales. De este modo, experimentan una gran variedad de conductas y emociones negativas tales como el temor, el bloqueo y la reacción de shock, el escepticismo, la desesperanza, la culpabilidad, la ansiedad, la confusión, etc. (Jay, 1977; Rothstein, 1980). En la mayoría de las ocasiones las reacciones descritas en los familiares de pacientes ingresados en una UCI, no llegan a ser trastornos mentales, sino que, como toda reacción, tienen una localización bastante concreta en un momento determinado, pasado el cual la sintomatología tiende a disminuir (Pérez, Murillo, Domínguez y Nuñez, 1992). Son múltiples los factores que pueden generar dichos trastornos. En este sentido, el estado de salud del paciente puede ser incierto, los procedimientos y el tratamiento son generalmente dolorosos e invasivos, y el contexto ambiental es muy estresante. Los familiares deben interactuar con personas desconocidas, la tecnología y los procesos terapéuticos son aterradores, y

la apariencia física de su familiar o de otros pacientes está normalmente alterada (Broome, 1985; Pérez y Lozano, 1994).

Sin embargo, la evolución de dichas reacciones hacia problemas psicológicos más o menos graves, va a depender de otros factores añadidos, tales como, las secuelas físicas y psíquicas del paciente y su calidad de vida después del alta hospitalaria, la muerte de éste, etc. En consecuencia, si se complican las circunstancias, los familiares pueden desarrollar diversos síntomas clínicos que pueden ser compatibles con trastornos mentales como los trastornos adaptativos, los trastornos de estrés postraumático, los duelos complicados, etc. (APA, 1994).

Por otro lado, son muchos los pacientes que sobreviven después de su ingreso en una UCI. Sin embargo, el índice de mortalidad sigue siendo una medida insuficiente para evaluar la eficacia de ésta. En este sentido, numerosas investigaciones aconsejan incorporar en la evaluación, la calidad de vida del paciente después del alta hospitalaria, con el propósito de detectar las necesidades y problemas de los supervivientes de la UCI y desarrollar estrategias de intervención (Brooks, Kerridge, Hillman, Bauman y Daffurn 1997; Capuzzo, Bianconi, Contu, Pavoni y Gritti, 1996; Zarén y Hedstrand, 1987). Asimismo, los estudios de seguimiento realizados sobre la calidad de vida de los pacientes que han estado ingresados en una UCI, ponen de manifiesto que ésta depende de diversos factores como la edad, la gravedad de la enfermedad, la calidad de vida previa al ingreso, etc. Así, en un estudio realizado por Vázquez, Rivera, Pérez, González, Fernández y Navarrete (1996), sobre la calidad de vida de pacientes politraumatizados que habían estado ingresados en una UCI, hallaron que todos ellos, excepto los niños mostraron un empeoramiento de la calidad de vida después de uno y dos años del alta en ésta, además, cuanto más grave era la enfermedad padecida mayor resultaba el deterioro en la calidad de vida.

En el caso de los familiares de los pacientes que han estado ingresados en una UCI, después del alta hospitalaria, en ocasiones, tienen que asumir el cuidado de un paciente con secuelas físicas y psicológicas (paraplejias, tetraplejias, amputaciones traumáticas, déficits cognitivos, etc.). Por esta razón, las dificultades de los familiares se plantean cuando el deterioro de la calidad de vida del

paciente se hace más o menos permanente, o bien por que la enfermedad es, o se torna, crónica, o bien debido a que quedan secuelas discapacitantes de la enfermedad y/o de los tratamientos recibidos en la UCI (Affleck, Tennen y Rowe, 1990; Anguera, 1978; Flórez, 2001). De este modo, los estudios recientes acerca de los efectos del estrés a lo largo del tiempo, en los familiares de pacientes con mala calidad de vida debido a su estado de salud, y en consecuencia derivado del cuidado sobre la salud física del paciente, han proporcionado importantes evidencias empíricas de consecuencias negativas en aquéllos. El estrés experimentado por los familiares aumenta el riesgo de presentar comportamientos no saludables, como un descanso inadecuado, una ausencia de ejercicio y una dieta pobre. Los familiares corren el riesgo de no atender adecuadamente sus propias necesidades de cuidado (Fuller-Jonap y Haley, 1995) y esto se ha demostrado en estudios que informan de un aumento en el uso de la medicación psicotrópica y en una peor auto-evaluación (Schulz, O'Brien, Bookwala y Fleissner, 1995). Además, se encuentran en situación de riesgo de padecer problemas cardiovasculares, habiendo investigaciones que muestran aumentos en la presión sanguínea en mujeres cuidadoras (King, Oka y Young, 1994). Asimismo, los resultados de algunos trabajos sobre los familiares que cuidan al paciente y que presentan dificultad a la hora de expresar su ira o expresar sus sentimientos, muestran alteraciones fisiológicas (Vitaliano, Russo y Niaura, 1995).

Dado que en las repercusiones psicológicas y sociales que presentan los familiares de pacientes que han estado ingresados en una UCI, inciden factores muy diversos: secuelas físicas y psíquicas, calidad de vida actual del paciente, estrés, apoyo social, etc., en nuestro estudio nos planteamos los siguientes objetivos: (1) analizar si la influencia que puede ejercer el tiempo transcurrido desde el ingreso del paciente en la UCI en los familiares de éste, depende de la calidad de vida del paciente. En caso de que no influya la interacción, los objetivos serían los siguientes: (2) comprobar la influencia que puede ejercer el tiempo transcurrido desde el ingreso del paciente en la UCI en los familiares de éste, (3) analizar la influencia que puede ejercer la calidad de vida del paciente que estuvo ingresado en la UCI en los familiares de éste. En caso de

comprobarse la interacción, los objetivos del presente estudio se centrarían en analizar los efectos simples que pueden enunciarse de la siguiente manera: (4) analizar la influencia que puede ejercer el tiempo transcurrido desde el ingreso del paciente en la UCI en los familiares de éste con mala calidad de vida, y (5) analizar la influencia que puede ejercer el tiempo transcurrido desde el ingreso del paciente en la UCI en los familiares de éste con buena calidad de vida.

## MÉTODO

### Participantes

En el presente estudio participaron 57 familiares de pacientes traumatizados graves ingresados en la UCI del Hospital Universitario de Rehabilitación y Traumatología "Virgen del Rocío" de Sevilla. La edad media de dicha muestra fue de 40,47 años. En relación al sexo predominaban escasamente los hombres, con un 52,6%. En cuanto al parentesco existente entre los familiares y los pacientes traumatizados graves ingresados en la UCI, se destacaba el 49,1% de "padres y/o madres". Considerando el nivel cultural, destaca más de la mitad de los sujetos (54,4%) con "estudios primarios". Por lo que se refiere a los pacientes, la edad media fue de 26,63 años. Con respecto al sexo, una gran mayoría eran hombres (78,9%). Respecto al nivel cultural, se distribuían en dos categorías fundamentales, estudios primarios con un 50,9% y E.G.B. o bachillerato elemental con un 33,3%. Para destacar algunos de los aspectos específicos de la UCI, el diagnóstico médico más frecuente de los pacientes traumatizados graves fue el de «traumatismos craneoencefálicos» (47,4%). La estancia de tiempo que los pacientes estuvieron ingresados en la UCI fue una media de 15,49 días.

### Instrumentos

A continuación se hace una descripción de los instrumentos psicológicos utilizados en este estudio:

(1) Encuesta Psicosocial: fue elaborada por los autores del presente trabajo y se centraba en recoger información sobre los siguientes datos: sociodemográficos y todos los relacionados con los aspectos médicos (diagnóstico de los pacientes, tiempo de estancia en la UCI, etc.).

(2) Cuestionario de Análisis Clínico (Krug, 1987): contiene 144 elementos con tres alternativas de respuesta cada uno, que pueden recibir 2, 1 ó 0 puntos. Estos elementos se agrupan en doce subescalas y la puntuación máxima en cada una de ellas es de 24 puntos. Estas subescalas definen doce dimensiones fundamentales: hipocondriasis, depresión suicida, agitación, depresión ansiosa, depresión baja-energía, culpabilidad-resentimiento, apatía-retirada, paranoia, desviación psicopática, esquizofrenia, psicostenia y desajuste psicológico.

(3) Escala de Clima Social en la Familia (Moos, Moos y Trickett, 1989): evalúa y describe las relaciones interpersonales entre los miembros de la familia, los aspectos de desarrollo que tienen mayor importancia en ella y su estructura básica. Esta formada por 90 elementos que se agrupan en diez subescalas y que definen tres dimensiones fundamentales: relaciones, desarrollo y estabilidad. En el presente estudio, sólo se utilizó la dimensión "Relaciones"; constituida por 27 elementos, con dos alternativas de respuesta cada uno (verdadero ó falso) y puntuados dicotómicamente (1 ó 0). Estos elementos están agrupados en tres escalas y la puntuación máxima en cualquiera de ellas es de nueve puntos. Estas escalas definen tres dimensiones fundamentales: cohesión, expresividad y conflicto.

(4) Escala de Temor a la Muerte (Urraca, 1981): contiene 36 elementos con seis alternativas de respuesta cada uno: 1 (muy en desacuerdo), 2 (moderadamente en desacuerdo), 3 (ligeramente en desacuerdo), 4 (ligeramente de acuerdo), 5 (moderadamente de acuerdo) y 6 (muy de acuerdo). La puntuación en cada elemento depende de la alternativa elegida y de la naturaleza de la frase (redactada positiva o negativamente). Está formada por cuatro subescalas que evalúan cuatro aspectos diferentes del temor a la muerte: temor a la muerte propia, temor a la muerte ajena, temor al proceso de morir propio y temor al proceso de morir ajeno.

(5) Escala de Adaptación Psicosocial de la Enfermedad (Crespo y Ferre, 1992): es una escala multidimensional diseñada para evaluar la adaptación psicológica y social de los pacientes ante la enfermedad física. Está constituida por 46 ítems que evalúan siete áreas que definen la adaptación psicosocial a la enfermedad psicosomática: conciencia del cuidado de su propia salud, ámbito profesional, ámbito doméstico, relaciones sexuales, relaciones familiares más allá de la familia nuclear, entorno social y malestar psicológico.

### Procedimiento

La recogida de datos de este estudio, se realizó en dos momentos diferentes: (1) Un primer momento, tuvo lugar cuando los pacientes traumatizados graves estaban ingresados en la UCI, constituyendo los sujetos del grupo UCI, formado por 57 familiares de pacientes traumatizados graves. Se seleccionaron a partir de todos los enfermos, que durante el período de un año ingresaron en la UCI del Hospital Universitario de Rehabilitación y Traumatología "Virgen del Rocío" de Sevilla, y (2) Un segundo momento, en el que se recabaron los datos de los mismos 57 familiares de pacientes traumatizados graves pero habiendo transcurrido 4 años desde la fecha del ingreso del paciente en la UCI. Se enviaba una carta al familiar del paciente, donde se le agradecía su voluntaria colaboración en el estudio, en el período en que su familiar estuvo ingresado, y se le pedía su colaboración y la del paciente para una segunda entrevista con el fin de completar el estudio.

Por otro lado, con el fin de lograr los objetivos de investigación planteados anteriormente, los 57 pacientes traumatizados graves transcurridos cuatro años desde la fecha de su ingreso en la UCI, se dividieron en dos grupos: (1) aquellos pacientes con puntuaciones superiores al 50% en la Escala de Adaptación Psicosocial de la Enfermedad, es decir, una puntuación total de 34 o superior, constituyendo un grupo de 29 pacientes con mala calidad de vida, y (2) aquellos pacientes con puntuaciones inferiores al 50% en la Escala de Adaptación Psicosocial de la Enfermedad, es decir, una puntua-

ción total de 32 o inferior, constituyendo un grupo de 28 pacientes con buena calidad de vida.

Los criterios de selección para los familiares de los pacientes (tanto en el período de ingreso en la UCI, como 4 años después), fueron los siguientes: (1) que el paciente no hubiese fallecido durante su estancia en la UCI, (2) que el paciente tuviera una edad superior a 14 años en el momento actual de la selección, (3) que residiese en Andalucía, (4) que su familiar no presentase antecedentes en abuso de alcohol, drogas y trastornos depresivos, y (5) que se tuvieran todas las medidas psicométricas y/o datos sociodemográficos recogidos durante el período de ingreso del paciente en la UCI.

### RESULTADOS

En este apartado presentaremos los resultados diferenciando los análisis que permiten revelar los efectos de las variables independientes del diseño (tiempo transcurrido desde el ingreso del paciente en la UCI y calidad de vida) y su interacción sobre las medidas de variables clínicas de personalidad (hipocondriasis, depresión suicida, agitación, depresión ansiosa, depresión baja-energía, culpabilidad-resentimiento, apatía-retirada, paranoia, desviación psicopática, esquizofrenia, psicastenia y desajuste psicológico), las relaciones familiares (cohesión, expresividad y conflicto), y el temor experimentado ante la muerte (temor a la muerte propia, temor a la muerte ajena, temor al proceso de morir propio y temor al proceso de morir ajeno).

Desde el modelo de análisis de efectos interactivos y principales los resultados serían los siguientes:

1. *Efectos de las variables independientes sobre las variables clínicas de personalidad, las relaciones familiares y el temor experimentado ante la muerte*

Para contrastar los efectos de las variables independientes sobre las variables clínicas de personalidad, las relaciones familiares y el temor experimentado ante la muerte se llevaron a cabo, para cada una de éstas, un análisis de varianza de medidas parcialmente repetidas 2 (calidad de vida: buena y mala) X 2 (tiempo: UCI y post-

UCI), ésta última como factor intrasujeto (recuérdese que a los familiares se les evaluaba en dos momentos distintos, cuando el paciente estuvo ingresado en la UCI y cuatro años después de su ingreso en ésta).

El análisis de varianza de medidas parcialmente repetidas, reveló el efecto de la interacción entre la calidad de vida y el tiempo en las siguientes variables: (1) agitación,  $F(1,55)= 11,894$ ,  $p=0,001$ ; (2) apatía-retirada,  $F(1,55)= 8,366$ ,  $p=0,005$ ; (3) desviación psicopática,  $F(1,55)= 6,873$ ,  $p=0,011$ ; y (4) desajuste psicológico,  $F(1,55)= 13,618$ ,  $p= 0,001$ . Para el resto de variables estudiadas, el análisis de varianza de mediadas parcialmente repetidas no mostró ningún efecto interactivo ( $p>0,05$  para todas las comparaciones).

Secundariamente, el análisis de varianza reveló un efecto principal de la variable tiempo transcurrido desde el ingreso del paciente en la UCI sobre las siguientes variables dependientes: (1) hipocondriasis,  $F(1,55)= 9,341$ ,  $p= 0,003$ ; (2) depresión suicida,  $F(1,55)= 8,154$ ,  $p= 0,006$ ; (3) agitación,  $F(1,55)= 17,200$ ,  $p= 0,001$ ; (4) depresión ansiosa,  $F(1,55)= 11,234$ ,  $p= 0,001$ ; (5) culpabilidad-resentimiento,  $F(1,55)= 12,206$ ,  $p= 0,001$ ; (6) paranoia,  $F(1,55)= 10,487$ ,  $p= 0,002$ ; (7) psicastenia,  $F(1,55)= 10,011$ ,  $p= 0,003$ ; (8) desajuste psicológico,  $F(1,55)= 8,649$ ,  $p= 0,005$ ; (9) expresividad,  $F(1,55)= 4,314$ ,  $p= 0,042$ ; y temor al proceso de morir propio  $F(1,55)= 5,996$ ,  $p= 0,018$ . En todas estas variables los familiares puntuaron más alto cuando el paciente estaba ingresado en la UCI que transcurridos cuatro años del ingreso de éste en la UCI, excepto en la variable temor al proceso de morir propio que puntuaron más bajo. En la Tabla 1 se detalla las medias para cada una de estas variables.

Por otro lado, dicho análisis también nos indicó el efecto principal de la variable calidad de vida sobre las siguientes variables dependientes: (1) hipocondriasis,  $F(1,55)= 7,425$ ,  $p= 0,009$ ; (2) depresión suicida,  $F(1,55)= 9,234$ ,  $p= 0,004$ ; (3) agitación,  $F(1,55)= 24,959$ ,  $p= 0,001$ ; (4) esquizofrenia,  $F(1,55)= 11,098$ ,  $p= 0,002$ ; (5) psicastenia  $F(1,55)= 6,126$ ,  $p= 0,016$ ; y (6) desajuste psicológico,  $F(1,55)= 18,900$ ,  $p= 0,001$ . Los familiares de pacientes con mala calidad de vida obtuvieron puntuaciones más altas, en comparación con los familiares de pacientes con buena calidad de vida (tanto en el momento de su estancia en la UCI como cuatro años después del ingreso),

**Tabla 1.- Sumario estadístico del efecto principal tiempo transcurrido desde el ingreso del paciente en la UCI para las variables hipocondriasis, depresión suicida, agitación, depresión ansiosa, culpabilidad-resentimiento, paranoia, psicastenia, desajuste psicológico, expresividad, y temor al proceso de morir propio**

Variables psicológicas	Tiempo en UCI		Tiempo post-UCI	
	Media (+)	D.T.	Media (+)	D.T.
Hipocondriasis	5,58	4,24	4,07	3,32
Depresión suicida	4,91	4,06	3,44	3,68
Agitación	10,16	3	8,14	3,82
Depresión ansiosa	8,58	3,99	7,04	2,96
Culpabilidad-resentimiento	9,26	5,07	7,12	3,62
Paranoia	9,6	3,92	7,81	3,42
Psicastenia	11,82	3,79	9,98	3,07
Desajuste psicológico	5,16	3,42	3,70	3,49
Expresividad	6,33	1,12	5,89	1,51
Temor al proceso de morir propio	26,47	4,41	28,19	4,72

Nota: (+): medias procedentes de las puntuaciones directas.

**Tabla 2.- Sumario estadístico del efecto principal calidad de vida para las variables hipocondriasis, depresión suicida, agitación, esquizofrenia, psicastenia y desajuste psicológico**

Variables psicológicas	Mala calidad de vida (+)		Buena calidad de vida (+)	
	Media (+)	D.T.	Media (+)	D.T.
Hipocondriasis	5,95	4,15	3,66	3,25
Depresión suicida	5,41	4,77	2,89	2,20
Agitación	10,66	3,31	7,59	3,16
Esquizofrenia	5,36	3,12	3,37	2,60
Psicastenia	11,72	3,57	10,05	3,37
Desajuste psicológico	5,78	3,43	3,04	3,06

Nota: (+): medias procedentes de las puntuaciones directas.

en las anteriores variables. En la Tabla 2, presentamos las medias para cada una de ellas.

2. Análisis de los efectos simples donde la interacción ha sido significativa

Se analizaron los efectos simples de aquellas variables dependientes donde estuvo presente el efecto de interacción, es decir, en algunas de las variables clínicas de personalidad (agitación, apatía-retirada, desviación psicopática y desajuste psicológico).

Por otra parte, la validación de los objetivos 4 y 5 puede suponer un aumento del riesgo de error tipo I, por el hecho de validar múltiples hipótesis sobre unos mismos datos. En consecuencia, corregimos este posible incremento por el procedimiento de Bonferroni. Por tanto, sólo se considerará significativo con un riesgo de error de 0,05, aquellos resultados cuya probabilidad de ocurrencia al azar sea igual o inferior a 0,025.

2.1. Comparación de los familiares de pacientes ingresados en la UCI y que después de cuatro años tienen una mala calidad de vida (familiares UCI mala calidad de vida) y los mismos familiares de pacientes cuatro años después del ingreso y que tienen una mala calidad de vida (familiares post-UCI mala calidad de vida)

A las variables medidas a través del Cuestionario de Análisis Clínico, en las que la interacción se manifestó relevante (agitación, apatía-retirada, desviación psicopática y desajuste psicológico) se les aplicó la prueba *t* de Student para dos muestras relacionadas para el análisis de dicho efecto simple. En la Tabla 3 se exponen los resultados obtenidos.

Como puede apreciarse, no se detectaron diferencias significativas en ninguna de las variables. En todas ellas, puntuaron igual los familiares de pacientes traumatizados graves ingresados en la UCI y que después de cuatro años tienen una mala calidad de vida en los dos momentos evaluados, cuando el paciente estaba ingresado en la UCI y transcurridos cuatro años desde su ingreso en ésta.

2.2. Comparación de los familiares de pacientes ingresados en la UCI y que después de cuatro años tienen una buena calidad de vida (familiares UCI buena calidad de vida) y los mismos familiares de pacientes cuatro años después del ingreso y que tienen una buena calidad de vida (familiares post-UCI buena calidad de vida)

**Tabla 3.- Sumario estadístico para las variables clínicas de personalidad en los grupos de familiares de UCI y post-UCI con mala calidad de vida**

Variables psicológicas	Familiares UCI mala calidad de vida		Familiares post-UCI mala calidad de vida		Significación
	Media (+)	D.T.	Media (+)	D.T.	
Agitación	10,83	3,11	10,48	3,54	0,606 N.S.
Apatía- retirada	5,72	3,44	6,72	3,45	0,184 N.S.
Desviación psicopática	13,66	3,03	13,28	3,55	0,578 N.S.
Desajuste psicológico	5,59	3,49	5,97	3,42	0,623 N.S.

Nota: (+): medias procedentes de las puntuaciones directas.

**Tabla 4.- Sumario estadístico para las variables clínicas de personalidad en los grupos de familiares de UCI y post-UCI con buena calidad de vida**

Variables psicológicas	Familiares UCI buena calidad de vida		Familiares post-UCI buena calidad de vida		Significación
	Media (+)	D.T.	Media (+)	D.T.	
Agitación	9,46	2,78	5,71	2,29	0,001**
Apatía- retirada	7,14	3,19	5,18	2,26	0,010**
Desviación psicopática	11,57	3,16	13,64	1,89	0,003**
Desajuste psicológico	4,71	3,34	1,36	1,42	0,001**

Nota: (+): medias procedentes de las puntuaciones directas, (\*\*)  $p \leq 0,01$ .

Al igual que en el apartado anterior, se les aplicó la prueba *t* de Student para dos muestras relacionadas a las variables agitación, apatía-retirada, desviación psicopática y desajuste psicológico. En la Tabla 4 se exponen los resultados obtenidos.

Como puede comprobarse en la Tabla 4, en todas las variables se detectaron diferencias significativas. Concretamente, en todas ellas, excepto en la variable desviación psicopática puntuaron más bajo los familiares de pacientes traumatizados graves ingresados en la UCI transcurridos cuatro años desde su ingreso en ésta y que presentan una buena calidad de vida.

Al observar dichos efectos podemos apreciar que el tiempo transcurrido desde el ingreso del paciente en la UCI influye en los familiares de pacientes con buena calidad de vida, mejorando las puntuaciones para las variables agitación, apatía-retirada y desajuste psicológico, y aumentando para la variable desviación psicopática. Por otro lado, se observa que el tiempo transcurrido desde el ingreso del paciente en la UCI no influye en los familiares de pacientes con mala calidad de vida, es decir, con el transcurso del tiempo no se produce ningún cambio en las variables agitación, apatía-retirada, desviación psicopática y desajuste psicológico en éstos familiares.

## DISCUSIÓN

El primer análisis de los resultados nos muestra el efecto interactivo entre la calidad de vida y el tiempo transcurrido desde el ingreso del paciente en la UCI para determinadas variables clínicas de personalidad (agitación, apatía-retirada, desviación psicopática y desajuste psicológico). En consecuencia, podemos decir que el tiempo ejerce una influencia diferencial entre los familiares de pacientes traumatizados graves que han estado ingresados en la UCI y que presentan una mala calidad de vida y los que presentan una buena calidad de vida, en dichas variables. El análisis de los efectos simples nos ayudará a explicar dicho efecto interactivo.

En primer lugar, los resultados indican que los familiares de pacientes ingresados en la UCI y que tienen una mala calidad de vida presentan las mismas puntuaciones en las variables agitación,

apatía-retirada, desviación psicopática y desajuste psicológico, tanto en el momento en el que el paciente está ingresado en la UCI, como después de cuatro años desde su ingreso en ésta. Es decir, en estos familiares el paso del tiempo no les hace cambiar: (1) su grado de excitación y cansancio (agitación), (2) la evitación de contactos interpersonales (apatía-retirada), (3) el grado de inhibición, tanto en lo que respecta al peligro o dolor físico como a las críticas de la sociedad (desviación psicopática), y (4) los pensamientos de inutilidad y desesperación (desajuste psicológico).

En segundo lugar, los familiares de pacientes ingresados en la UCI y que tienen una buena calidad de vida, puntúan más alto en las variables agitación, apatía-retirada y desajuste psicológico, y más bajo en la variable desviación psicopática, cuando el paciente está ingresado en la UCI, que cuando han transcurrido cuatro años desde su ingreso en ésta. Esto nos indica, que en estos familiares el transcurrir del tiempo hace que: (1) se encuentren menos excitados e incansables (agitación), (2) disminuya la evitación de contactos interpersonales, y se hallen más confortables con otras personas (apatía-retirada), (3) sean más complacientes ante la conducta antisocial propia o ajena (desviación psicopática), y (4) presenten en menor medida pensamientos de inferioridad o inutilidad (desajuste psicológico).

Estos hallazgos nos indican que tanto el tiempo como la calidad de vida son factores importantes para explicar cómo evolucionan psicológicamente los familiares de los pacientes que han estado ingresados en la UCI, en función de la calidad de vida de éste.

En este sentido, cuando un paciente es ingresado en una UCI de Traumatología, cuyas patologías más frecuentes son: los traumatismos viscerales, los traumatismos craneoencefálicos, las amputaciones y las lesiones medulares traumáticas; en muchas ocasiones cuando se recuperan les quedan importantes secuelas físicas, que no desaparecen con el tiempo (como por ejemplo paraplejias, tetraplejias, déficits cognitivos, etc.), afectando de pleno a su estado de salud, y por tanto, a su calidad de vida (Pérez y Lozano, 1994).

En consecuencia, cuando un paciente traumatizado grave presenta con el paso del tiempo una mala calidad de vida como resultado

de sus secuelas físicas y/o psíquicas, dicha calidad afecta tanto a éste, cómo a sus familiares más allegados.

Sin embargo, otros muchos de los pacientes traumatizados graves ingresados en la UCI, después de un tiempo del alta de ésta, recuperan su estado de salud y su calidad de vida hasta el nivel que tenían antes del ingreso. Esta recuperación podría explicar las razones de por qué los familiares puntúan más bajo en las variables agitación, apatía-retirada y desajuste psicológico y más alto en la variable desviación psicopática después de cuatro años del ingreso del paciente en la UCI en comparación a cuando el paciente se hallaba ingresado. Por un lado, dicha recuperación hace que los familiares no tengan que estar tan sobreexcitados y tensos como en el momento en que su familiar estaba ingresado en la UCI, ya que los factores estresantes (incertidumbre sobre la vida del paciente, los cambios en sus rutinas habituales, etc.) que provocarían estas respuestas van desapareciendo con el paso del tiempo. Además, si el paciente es dado de alta en el hospital y no presenta secuelas físicas y/o psíquicas, sus familiares no tienen por qué prestarle tanta atención y cuidados como en el período de ingreso, y sus relaciones sociales pueden reanudarse. Asimismo, los síntomas depresivos (sentimientos de culpa, inutilidad) disminuyen, al no tener que hacerse cargo de los cuidados del paciente.

Por otro lado, los resultados de nuestra investigación ponen de manifiesto cómo se hallan a nivel psicológico los familiares de pacientes traumatizados graves, que han estado ingresados en la UCI, con el paso del tiempo, sin tener en cuenta otras variables que pudieran explicar dicha evolución. En líneas generales, en el momento del ingreso del paciente en la UCI, sus familiares, en comparación a cómo se encuentran cuatro años después, (1) se preocupan más por la salud, desarreglos y funciones corporales (hipocondriasis), (2) se hallan más insatisfechos de la vida y con pensamientos de autodestrucción (depresión suicida), (3) tienen más sueños perturbadores, tensión y se alteran con mayor facilidad (depresión ansiosa), (4) presentan en mayor medida sentimientos de culpabilidad (culpabilidad-resentimiento), (5) creen que se les persigue o maltrata (paranoia), y (6) muestran un mayor número de conductas obsesivas en las que declaran tener poco autocontrol

(psicastenia). En el periodo de ingreso en la UCI, estos familiares puntúan más alto en dos de las variables que según Krugg (1987), forman la triada de mayor peso de la depresión: hipocondriasis, depresión suicida y depresión baja-energía. Estos resultados apuntan en la misma línea que los hallados por Kendell, Slyter y Klaus (1970) y Bresleau, Staruch y Mortimer (1982); los cuales demostraron que los familiares de pacientes hospitalizados en la UCI, aunque el pronóstico de estos últimos no fuera negativo, mostraban síntomas depresivos. Una posible explicación de esta desfavorable situación psicológica, podría radicar, en el estrés psicosocial originado por las situaciones tan traumáticas a las que están expuestos los familiares. Cuando éstos son conscientes de la noticia de que un miembro de su familia está en un estado crítico, entre la vida y la muerte, sus pensamientos giran en torno al núcleo central de que puede morir (Gafo, Vidal, Gil, Urraca, Higuera, Fernández, Pilon, Ruiz y Tornos, 1984).

Asimismo, los familiares en los dos momentos evaluados, se sienten igual de enérgicos (depresión baja-energía) y con el mismo grado de acercamiento de la realidad (esquizofrenia). Estos resultados podrían estar indicándonos que, a pesar de los sentimientos depresivos, los familiares han de estar alerta y activos para manejar la situación de la UCI (receptivos a la información del personal sanitario, horarios de visitas, cambios en la condición médica del paciente, etc.) y no se hallan tan alejados de la realidad, es decir, sus reacciones no son de tipo patológico, sino pequeñas desviaciones que tienen una localización muy concreta y en un momento determinado (Pérez *et al.*, 1992).

Por lo que se refiere a las relaciones interpersonales entre los miembros de la familia, los resultados nos muestran que los familiares de pacientes traumatizados graves en el momento del ingreso de éste en la UCI, puntúan más alto en expresividad, que pasados cuatro años del ingreso en ésta. Sin embargo, no hallamos diferencias entre los dos momentos evaluados para las variables cohesión y conflicto. Estos hallazgos podrían deberse a que los familiares necesitan aumentar su comunicación como estrategia para afrontar el momento del ingreso súbito de un allegado en una UCI por un accidente inesperado. En este sentido, algunos estudios ponen de

manifiesto el hecho de que al facilitar la comunicación y la expresión de las emociones dolorosas, disminuye la ansiedad e incrementa la capacidad de afrontamiento de los familiares de pacientes críticos (Holmes-Garrett, 1990).

Sin embargo, los hallazgos obtenidos en la literatura sobre los conflictos y la cohesión entre los familiares de pacientes ingresados en la UCI son contradictorios. Por un lado, algunos estudios afirman que los conflictos familiares se agravan rápidamente debido a la tensión creada tras el ingreso (Benoliel, 1985). Sin embargo, en una investigación llevada a cabo por Pérez *et al.* (1992), sus resultados pusieron de manifiesto que los familiares de pacientes traumatizados graves ingresados en la UCI se sienten muy compenetrados, actúan libremente y la cólera, la agresividad y los conflictos entre ellos estaban ausentes, debido a que las desgracias unen a los familiares y a que todos sus miembros tienden a eliminar los conflictos.

En cuanto a los resultados hallados en nuestra investigación sobre el temor experimentado ante la muerte, podemos afirmar que no encontramos diferencias en el temor a la muerte propia, el temor a la muerte ajena, y el temor al proceso de morir ajeno, en los familiares para los dos momentos evaluados: cuando el paciente se encuentra ingresado en la UCI y después de cuatro años de su ingreso en ésta. Por el contrario, los familiares puntuaron más alto en la variable temor al proceso de morir propio, pasado cuatro años del ingreso del paciente en la UCI. Quizás, estas ausencias de diferencias, en los dos momentos evaluados, podrían explicarse, por el hecho de que una vez que los familiares han experimentado la muerte de forma tan cercana e inesperada, el temor a ella no desaparece, e incluso con el paso del tiempo aumenta la ansiedad ante la muerte inesperada, a la latencia prolongada ante una enfermedad terminal, a la desintegración física, a la invalidez (temor al proceso de morir propio).

En el caso de nuestra investigación, los familiares evaluados han experimentado el proceso de la muerte de forma muy cercana, cuando el paciente estuvo ingresado en la UCI, pudiendo ser una de las razones que explicasen el hecho de que más que a la muerte súbita, dichos familiares experimentasen con el transcurso del tiempo un mayor temor al proceso de morir.

Otro de los resultados de nuestra investigación, hace referencia al efecto principal de la calidad de vida. De este modo, los familiares de los pacientes que después de cuatro años de su ingreso en la UCI tienen una mala calidad de vida en comparación con los que tienen una buena calidad de vida (tanto en el momento de la UCI como cuatro años después), presentaron una mayor puntuación en las variables hipocondriasis, depresión suicida, agitación, esquizofrenia, psicastenia y desajuste psicológico, y no hubo diferencias en depresión ansiosa, depresión baja-energía, culpabilidad-resentimiento, paranoia, cohesión, expresividad, conflicto, temor a la muerte propia, temor a la muerte ajena, temor al proceso de morir propio y temor al proceso de morir ajeno.

Según estos hallazgos, la calidad de vida del paciente, es por sí misma, un factor importante para explicar cómo se hallan los familiares, a nivel psicológico, tanto en el momento de la UCI, como después de cuatro años. De este modo, cuando una persona allegada ingresa en una UCI, en un estado de extrema gravedad e incertidumbre ante la vida o la muerte y, en la cual su calidad de vida está gravemente deteriorada, sus familiares están sometidos a una gran diversidad de factores capaces de provocarles un fuerte impacto emocional. Estos factores están relacionados con el estilo propio de afrontamiento de la familia, con la enfermedad y el tratamiento, y con las relaciones con el enfermo. Respecto al primer grupo, los elementos más relevantes podrían ser la aceptación o negación del estado crítico del paciente, los sentimientos de indefensión e impotencia, ya que el paciente depende totalmente de las máquinas y del personal sanitario, así como los sentimientos de culpabilidad que pueden hacer referencia tanto a las relaciones pasadas con el enfermo, como a la sensación de que no se ha hecho todo lo posible, en algunos casos, para evitar lo que ha pasado (ingreso repentino en una UCI) y el cansancio de la familia cuando la fase crítica se prolonga en el tiempo. El segundo grupo de variables está vinculada a la enfermedad y su tratamiento. En este sentido, el momento de la notificación del diagnóstico y pronóstico y la evolución de la enfermedad, son acontecimientos que inciden negativamente en el bienestar de la familia. Asimismo, por lo que se refiere al tratamiento, éste se lleva a cabo en un contexto extraño,

desconocido, invasivo, inhabitual y distinto al medio familiar. El tercer grupo de elementos trata de la relación de la familia con el enfermo, en la mayoría de los casos el personal sanitario se convierte en el único nexo de unión con el mundo exterior.

Por otra parte, podemos afirmar que a menudo, si el paciente presenta una mala calidad de vida debido a su estado de salud, sus familiares continúan estando fuertemente implicados en el cuidado de los pacientes después del ingreso en la UCI. Todo esto parece explicar fácilmente el malestar enorme que recibe y percibe, sobre todo el cuidador principal, manifestándose en rumiación excesiva, rutina programada, frenética actividad, claudicación, retracción, conductas repetitivas, etc. y que se traduce en numerosas enfermedades físicas y mentales (Eisdofer, Kennedy, Wisnieski y Cohen, 1980).

Sin embargo, la investigación ha ido reconociendo cada vez más que el estrés derivado del cuidado puede ser distinto, pero no necesariamente empeorar a medida que la enfermedad se vuelve crónica, ya que los cuidadores pueden adaptarse exitosamente al estrés causado por la enfermedad a lo largo del tiempo, es decir, los familiares pueden mostrar un afrontamiento exitoso a lo largo del tiempo debido a una mayor experiencia en tareas de cuidado (Townsend, Noelker, Deimling y Bass, 1989).

En los últimos años, se ha producido un importante incremento en el porcentaje de personas que sobreviven al ingreso en una UCI gracias a los avances médicos y al desarrollo de la tecnología. Sin embargo, se han realizado pocas investigaciones sobre cómo evolucionan psicosocialmente los pacientes, después del alta.

De este modo, algunos autores refieren que los pacientes ingresados en la UCI, después de un tiempo del alta hospitalaria no experimentan cambios en sus actividades físicas ni en su estatus social y que el deterioro, si se presenta, es mínimo y no influye en la percepción que poseen de su calidad de vida (Capuzzo, Bianconi, Contu, Pavoni y Gritti, 1996; Zarán y Hedstrand, 1987).

No obstante, para otros autores, sí que se produce un deterioro en la calidad de vida de los pacientes pasado un tiempo, más de seis meses, después del alta en la UCI, pero este deterioro está mediatizado por otras variables como la edad y el nivel de calidad

de vida que presentaban en el momento de ingreso en la UCI (Vázquez, 1996; Vázquez, Rivera, González, Delgado, Torres, Raya y Aguayo, 1992). Así, algunos estudios, concluyen que la calidad de vida sufre un deterioro en los pacientes ingresados en la UCI después del alta, en comparación con los sujetos de la población general, controlando la edad y el sexo. Además, los pacientes que han estado ingresados en la UCI, durante los seguimientos de uno y dos años están más deteriorados físicamente y presentan un nivel de depresión y ansiedad mayor que la población general (Pettilä, Kaarlola, Mäkeläinen, 2000). De este modo, Brooks, Kerridge, Hillman, Bauman y Daffurn (1997), realizan un estudio en el que sus resultados muestran que doce meses después del alta, los pacientes que habían estado ingresados en la UCI tenían más problemas de salud, estaban más ansiosos y depresivos, dependían en mayor medida de otros, y habían reducido su actividad sexual en comparación con la población general. Además, aquellos que no se veían completamente sanos estaban menos satisfechos con su calidad de vida en comparación con aquellos que se percibían completamente sanos y con la población general.

En definitiva, los datos sobre la evolución psicosocial de los pacientes que han estado ingresados en una UCI son contradictorios. Se necesitan más estudios para establecer resultados más concluyentes, así como, la influencia de esta evolución en los familiares.

Por otra parte, una de las mayores limitaciones de nuestro estudio radica en no tener medidas sobre la calidad de vida del paciente en la UCI por parte de éste. Aunque, podemos suponer que en el momento de la UCI se hallaban peor aquellos pacientes que después de cuatro años de su ingreso evolucionan con una mala calidad de vida, en comparación con los que tienen una buena calidad de vida, debido a la mayor gravedad y continuidad en el tiempo de las secuelas físicas y/o psíquicas. Sin embargo, en algunos casos no tiene por qué ser de éste modo.

En suma, algunos de estos pacientes, presentan una mala calidad de vida como resultado de la enfermedad a raíz de su ingreso en la UCI, afectando no sólo al paciente sino también a sus familiares. Además, dicha enfermedad se vuelve crónica debido a que en algunas

ocasiones no desaparece con el paso del tiempo (como por ejemplo, amputaciones traumáticas, paraplejas, tetraplejas, etc.).

## BIBLIOGRAFÍA

- Affleck, G., Tennen, H. y Rowe, J. (1990). Mothers, fathers, and the crisis of newborn intensive care. *Infant Mental Health Journal*, 1, 12-25.
- Anguera, B. (1978). Aproximación psicológica al problema del lesionado medular traumático. *Anuario de Psicología*, 19, 5-25.
- Asociación Psiquiátrica Americana (1994). *Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales. DSM-IV*. Barcelona: Masson.
- Bennun, I. (1999). Intensive care units: A systemic perspective. *Journal of Family Therapy*, 1, 96-112.
- Benoliel, J. (1985). Loss and terminal illness. *Nursing Clinics of North America*, 2, 439-448.
- Breslau, N., Staruch, K.S. y Mortimer, E.A. (1982). Psychological distress in mothers with disabled children. *American Journal of Diseases of Children*, 132, 682-686.
- Brooks, R., Kerridge, R., Hillman, K., Bauman, A. y Daffurn, K. (1997). Quality of life outcomes after intensive care. *Intensive Care Medicine*, 23, 581-586.
- Broome, M.F. (1985). Working with the family of a critically ill child. *Heart and Lung*, 17, 682-688.
- Capuzzo, M., Bianconi, M., Contu, P., Pavoni, V. y Gritti, G. (1996). Survival and quality of life after intensive care. *Intensive Care Medicine*, 22, 947-953.
- Crespo, M.D. y Ferre, F. (1992). Versión española del Pais-SR: Un instrumento de medida para la adaptación psicosocial a la enfermedad física. *Psiquis*, 13, 260-267.
- Dörr-Zegers, O. (1988). Espacio y tiempo en la unidad de cuidado intensivo. *Actas Luso-Españolas de Neurología y Psiquiatría*, 4, 246-254.
- Eisdofer, C., Kennedy, G., Wisniewski, W. y Cohen, D. (1980). Depression and attributional style in families coping with the stress of caring for a relative with Alzheimer's disease. *Gerontologist*, 20, 649-655.
- Flórez, J.A. (2001). *Aspectos psicoafectivos del enfermo terminal: Atención ética integral*. Barcelona: Astrazeneca.
- Frías, R. (1994). *El estrés en las UCI*. Madrid: Ciencias de la Dirección-Universidad de Alcalá.
- Fuller-Jonap, F. y Haley, W.E. (1995). Mental and physical health of male caregivers of a spouse with Alzheimer's disease. *Journal Aging Health*, 7, 99-118.
- Gafo, J., Vidal, M., Gil, E., Urraca, S., Higuera, G., Fernández, J.M., Pilon, J.M., Ruíz G. y Tornos, A. (1984). *La eutanasia y el derecho a morir con dignidad*. Madrid: Paulina.
- Gómez, E., López, M.A. y Cirera, E. (1997). El paciente en cuidados intensivos. En J.E. Rojo y E. Cirera (Dir.), *Interconsulta psiquiátrica* (pp. 469-477). Barcelona: Masson, S.A.
- Holmes-Garret, C. (1990). The crisis of the forgotten family: A single session group in the ICU waiting room. *Social Work with Groups*, 4, 141-157.
- Jay, S. (1977). Pediatric intensive care: Involving parents in the care of their child. *Maternal-Child Nursing Journal*, 8, 195-204.
- Kendell, J.H., Slyter, H. y Klaus, M.H. (1970). The mourning response of parents to the death of newborn infant. *New England Journal of Medicine*, 283, 344-349.
- King, A.C., Oka, R.K. y Young, D.R. (1994). Ambulatory blood pressure and heart rate responses to the stress of work and caregiving in older women. *Journals of Gerontology*, 49, 239-245.
- Krugg, S.S. (1987). *Cuestionario de Análisis Clínico*. Madrid: TEA Ediciones, S.A.
- Moos, R.H., Moos, B.S. y Trickett, E.J. (1989). *Escalas de Clima Social: Familia, Trabajo, Instituciones Penitenciarias, Centro Escolar*. Madrid: TEA Ediciones, S.A.
- Pérez, M.A. (2001). Apoyo psicológico en cuidados intensivos. En L.M. Torres (Ed.), *Tratado de cuidados críticos y emergencias* (Vol. 1, pp. 157-170). Madrid: Arán Ediciones, S.L.
- Pérez, M.A. y Lozano, J.F. (1994). Intervención psicológica en medicina: Familiares de pacientes críticos y crónicos. En M. Garrido y J. García (Comps.), *Psicoterapia: Modelos Contemporáneos y Aplicaciones* (pp. 661-694). Valencia: Promolibro.
- Pérez, M.A., Murillo, F., Domínguez, J.M. y Núñez, A. (1992). Personalidad, tipología familiar, nivel de religiosidad y actitudes hacia el cuerpo y la muerte en los familiares de pacientes ingresados en UCI. *Anales de Psiquiatría*, 10, 405-410.
- Rothstein, P. (1980). Psychological stress in families of children in a pediatric intensive care unit. *Pediatric Clinics of North America*, 27, 613-620.
- Schulz, R., O'Brien, A.T., Bookwala, J. y Fleissner, K. (1995). Psychiatric and physical morbidity effects of dementia caregiving prevalence, correlates, and causes. *Gerontologist*, 25, 771-791.

- Townsend, A., Noelker, L., Deimling, G. y Bass, D. (1989).** Longitudinal impact of interhousehold caregiving on adult children's mental health. *Psychological Aging, 29*, 393-401.
- Urraca, S. (1981).** *Actitudes ante la muerte (preocupación, ansiedad y temor) y religiosidad.* Tesis Doctoral. Madrid.
- Vázquez, G. (1996).** Calidad de vida. Un instrumento para medir la efectividad de los SMI. *Revista de Calidad Asistencial, 11*, 70-73.
- Vázquez, G., Rivera, R., Pérez, A., González, A., Fernández, E. y Navarrete, P. (1996).** Analysis of quality of life in polytraumatized patients two years after discharge from an intensive care unit. *The Journal of Trauma, 2*, 326-332.
- Vitaliano, P.P., Russo, J. y Niaura, R. (1995).** Plasma lipids and their relationships with psychosocial factors in older adults. *Journals of Gerontology, 50*, 18-24.
- Zarén, M.D. y Hedstrand, M.D. (1987).** Quality of life among long-term survivors of intensive care. *Critical Care Medicine, 8*, 743-747.