



Universidad de Oviedo

Centro Internacional de Postgrado

Máster Universitario en Enfermería de Urgencias y Cuidados Críticos

“Intervención enfermera en el malestar psicológico al alta de la Unidad de Cuidados Intensivos”

M^a Almudena Pousada González

4 de Junio de 2012

Trabajo Fin De Máster



INDICE

1. RESUMEN Y PALABRAS CLAVE	4
2. INTRODUCCIÓN	5
2.1 JUSTIFICACIÓN	9
3. HIPÓTESIS Y OBJETIVOS DEL ESTUDIO	11
3.1 HIPÓTESIS NULA	11
3.2 HIPÓTESIS ALTERNATIVA	11
3.3 OBJETIVO GENERAL	11
3.4 OBJETIVOS ESPECÍFICOS	11
4. METODOLOGÍA	12
4.1 TIPO DE ESTUDIO	12
4.2 LUGAR DE ESTUDIO	12
4.3 TIEMPO DE ESTUDIO	12
4.4 SUJETOS A ESTUDIO	12
4.4.1 CRITERIOS DE INCLUSIÓN	12
4.4.2 CRITERIOS DE EXCLUSIÓN	12
4.5 SELECCIÓN MUESTRAL	13
4.6 VARIABLES	15
4.6.1 Variables del factor a estudio	15
4.6.2 Variable de resultado	15
4.6.3 Co-variables	17
4.7 ANÁLISIS DE DATOS	17
4.8 PLAN DE TRABAJO Y CRONOGRAMA	18
4.9 DURACIÓN DEL PROYECTO Y ETAPAS DEL DESARROLLO	19
4.10 PERSONAL IMPLICADO Y DISTRIBUCIÓN DE TAREAS	20
4.11 PROCEDIMIENTO	22
5. CONSIDERACIONES ÉTICAS	24
6. SEGOS Y LIMITACIONES DEL ESTUDIO	25



7. RECURSOS NECESARIOS	26
7.1 RECURSOS HUMANOS	26
7.2 RECURSOS MATERIALES	26
8. PRESUPUESTO	27
9. BIBLIOGRAFÍA	28
10. ANEXOS	33
10.1 ANEXO I. INVENTARIO DE ANSIEDAD ESTADO-RASGO	33
10.2 ANEXO II. INVENTARIO DE DEPRESIÓN DE BECK	35
10.3 ANEXO III. ESCALA DE SUEÑO DE MOS	38
10.4 ANEXO IV. ESCALA DE TRAUMA DE DAVIDSON	39
10.5 ANEXO V. SOLICITUD AL COMITÉ DE BIOÉTICA	40
10.6 ANEXO VI. INTERVENCIÓN	41
10.7 ANEXO VII. CONSENTIMIENTO INFORMADO	48
10.8 ANEXO VIII. HOJA DE REGISTRO DE DATOS	54



1. RESUMEN Y PALABRAS CLAVE

El paciente ingresado en la Unidad de Cuidados Intensivos es vulnerable y susceptible de desarrollar una respuesta desadaptativa, influenciada por el padecimiento de una enfermedad grave y el ambiente de la unidad.

El ruido, el aislamiento social, la inmovilidad, la falta de información, los equipos médicos y procedimientos invasivos, la pérdida del rol habitual, la disminución de la calidad y cantidad del sueño...son factores potencialmente estresantes que aumentan la angustia del paciente.

Además, algunos pacientes pueden desencadenar durante su ingreso en la unidad, pesadillas y delirios, aumentando los niveles de ansiedad y depresión, que se identifican como factores de riesgo para el desarrollo del trastorno por estrés postraumático. Derivado de ello, se ve mermada tanto la calidad de vida, como la salud mental de estos.

Por tanto, en el tratamiento del enfermo crítico, debemos tener en cuenta las tres esferas, biológica, psicológica y social. El tratamiento ha de ser integral, a cargo de un equipo multidisciplinar, siendo la enfermera especialista en salud mental, clave en el desarrollo de intervenciones eficaces.

Por ello, será pertinente investigar acerca de la implantación de un programa de autoayuda y entrenamiento en técnicas de relajación, para ver si logramos disminuir el malestar psicológico del paciente al ser dado de alta de la Unidad de Cuidados Intensivos. Así mismo, se plantea el desarrollo de un estudio analítico experimental longitudinal prospectivo.

Palabras clave: Crit Care Unit (Unidad de Cuidados Intensivos), anxiety (ansiedad), depression (depresión), nurse intervention (intervención enfermera).



2. INTRODUCCIÓN

En la actualidad, el avance de las tecnologías y de la medicina ha aumentado el número de supervivientes después de una enfermedad crítica o lesión grave, a costa de elevar los ingresos en Unidades de Cuidados Intensivos.

Tradicionalmente la estancia en estas unidades, se consideraba un éxito si el paciente era dado de alta. Hoy en día, el objetivo ha cambiado, y el éxito en las Unidades de Cuidados Intensivos, no está solo relacionado con la disminución de la mortalidad, sino también con la restauración de la salud con un grado mínimo de sufrimiento físico y psicológico.¹

Experimentar el tratamiento de una terapia intensiva moderna como es la Unidad de Cuidados Intensivos, es un evento potencialmente traumático, pues muchos de los pacientes sufren secuelas tanto físicas como psicológicas, hasta 12 meses después del alta.² Lo que puede ser perjudicial para su recuperación, y por lo que se ve mermada su calidad de vida.³

Las alteraciones psicológicas son consecuencia de la adaptación a una nueva situación, en la cual los pacientes se encuentran en un ambiente extraño, que les priva de ciertos estímulos e interacciones habituales. Además, tienen que abandonar temporalmente los roles desempeñados previamente y adoptar un rol pasivo, dependiente del equipo médico y la maquinaria que les rodea en la unidad.⁴

Podemos destacar numerosos estresores en las Unidades de Cuidados Intensivos como son, el ruido excesivo, el aislamiento físico y social, las restricciones del movimiento, los equipos médicos, el dolor y la incapacidad para dormir. La falta de información y/o la escasa comprensión de la misma, puede incrementar por otro lado el malestar.⁵

Además, si la vida está en peligro y hay lesiones graves, se percibe psicológicamente como más traumático.² Para el tratamiento de la enfermedad crítica, son necesarias



terapias que exponen al paciente a factores estresantes extremos, como pueden ser la intubación traqueal, la aspiración y otros procedimientos invasivos.⁶

Algunos pacientes desarrollan confusión aguda, así como experiencias irreales, alucinaciones y pesadillas, que es probable que tengan un alto impacto emocional.⁷

Aparte del dolor y los estímulos nocivos de la Unidad de Cuidados Intensivos, la investigación señala que el miedo, la pérdida de control, la agonía, las alteraciones del autoconcepto incluidas las alteraciones de la imagen corporal, la pérdida de autoestima, la soledad, la despersonalización, la impotencia y desesperanza, pueden ser mediadores importantes de altos niveles de estrés.⁸

Por tanto, los supervivientes de enfermedades críticas, que fueron hospitalizados en Unidades de Cuidados Intensivos, pueden tener mermada su salud mental, con un afrontamiento ineficaz, desencadenado así trastornos de ansiedad, depresión y trastorno de estrés postraumático, con la consecuente angustia psicológica.⁹

La ansiedad es un estado permanente de temor y preocupación, que se manifiesta a través de síntomas que se exteriorizan a nivel físico, caracterizados por la hiperactivación fisiológica en forma de taquicardia, sudoración... y la depresión es un trastorno del estado de ánimo, que se presenta en forma de tristeza, pena y angustia permanente. Hablamos de ansiedad y depresión cuando la sintomatología se presenta de forma continua y de manera severa, afectando negativamente al estado físico y mental.¹⁰

Mientras que el trastorno de estrés postraumático, es un tipo de trastorno de ansiedad, que se diferencia de los demás, ya que su inicio depende de la exposición única y repetida a un acontecimiento traumático.¹¹ La sintomatología se presenta como una reacción de miedo intenso, desamparo y terror, con posteriores síntomas de intrusión, evasión y excitación.¹² Los síntomas intrusivos engloban recuerdos recurrentes y pesadillas, dando la sensación de estar reviviendo el evento traumático. Los síntomas de



excitación incluyen la dificultad para dormir, irritabilidad y ataques de ira, así como problemas de concentración.⁷

Las prevalencias de estos tres trastornos, en pacientes tras ser dados de alta de Unidades de Cuidados Intensivos, obtienen cifras variables. Son varias las investigaciones que las estiman. En uno de los estudios más recientes, el trastorno de ansiedad se presenta hasta en un 40% de los paciente, hasta un 30% para la depresión¹³ y del 15% al 64% para el trastorno de estrés postraumático.¹⁴

Respecto a la problemática planteada anteriormente, son varios los estudios que señalan que el paciente ingresado en una Unidad de Cuidados Intensivos, puede ser susceptible de desarrollar alguna de estas patologías.^{2,4,5,7,8,9,13,14,15,16,17}

De ello se deriva la necesidad de desarrollar intervenciones eficaces mejorando la salud mental de esta población, evitando así problemas derivados como son, disfunción en su vida habitual, así como en relaciones sociales y en el trabajo. Esto tiene un impacto significativo en su calidad de vida, puede conducir a un aislamiento social, desempleo y a largo plazo problemas de salud.¹⁶ Además, la comorbilidad psicológica desarrollada al alta de la Unidad de Cuidados Intensivos, eleva el coste de atención en salud y de la sociedad, ya que disminuye la productividad de la persona.²⁹

Por tanto, el abordaje del problema debe realizarse de manera integral, desde un modelo biopsicosocial, manteniendo la atención a las necesidades físicas y en especial a las psicológicas, por parte de un equipo multidisciplinar, donde los profesionales de salud mental, pueden aportar un enfoque técnico diferente pero complementario.⁴ Para el equipo de salud mental, supone un importante desafío, ya que puede contribuir a reducir las tasas de complicaciones y minimizar los problemas del paciente.¹⁹

Con colaboración del resto del equipo, la enfermera tiene un papel fundamental. Pudiendo realizar así, intervenciones educativas, asesoramiento, manejo del estrés,



apoyo psicológico y estrategias de afrontamiento diseñadas para reducir la ansiedad, depresión, miedo e incomodidad producida por las condiciones de salud y los procedimientos médicos.¹³ Además, puede contribuir a restaurar la fisiología del sueño y reducir el delirio, descritos como factores de riesgo para el desarrollo del trastorno de estrés postraumático.²

Para nuestro estudio, proponemos así, la intervención de la enfermera de psiquiatría de enlace, basada en un programa de autoayuda, en el que la interacción empática enfermera-paciente es básica, además de la proporción de información y ayuda en la transferencia del paciente de la Unidad de Cuidados Intensivos a otros servicios. Todo ello complementario de un entrenamiento en técnicas de relajación, basado en el control de la respiración abdominal, la evasión a través de imágenes y ejercicios de contracción muscular. A través de la relajación y las imágenes podemos modular las respuestas fisiológicas, pudiendo disminuir aquellos factores de riesgo descritos anteriormente para el desarrollo del trastorno de estrés postraumático, como son ansiedad, depresión, estrés, imágenes recurrentes e intrusivas etc...



2.1 JUSTIFICACIÓN

Las Unidades de Cuidados Intensivos proporcionan hoy en día cuidados médicos de avanzada tecnología y gran calidad asistencial, pero quizá las repercusiones psicológicas derivadas de todo ello son todavía un reto a abordar desde un modelo biopsicosocial.

Son varias las investigaciones que destacan cifras variables aunque significativas, de prevalencias elevadas para trastornos como ansiedad, depresión y trastornos de estrés postraumático en pacientes después del alta de la Unidad de Cuidados Intensivos. Aunque todavía quedan por determinar nuevas investigaciones que den un enfoque más intervencionista, y que demuestren ser eficaces para reducir la angustia psicológica derivada de la estancia en la unidad y el padecimiento de una enfermedad grave.

Las repercusiones mencionadas anteriormente, como son el insomnio, las pesadillas, los pensamientos intrusivos etc...merman la calidad de vida del paciente e influyen en su recuperación, aumentando los costes en atención sanitaria.

La atención del equipo de psiquiatría de enlace puede ser fundamental. Además, la intervención temprana puede evitar el desarrollo de patologías que precisen tratamientos farmacológicos de coste elevado.

La información adecuada y la participación del paciente en el proceso de transferencia de la unidad de cuidados intensivos a otro servicio al alta, proporciona seguridad y un ambiente de confianza. Posteriormente, la enfermera del servicio de enlace realizará un seguimiento al paciente indagando en el posible malestar psicológico, derivado de la enfermedad crítica. El entrenamiento en técnicas de relajación, podrá mejorar las repercusiones a nivel psíquico. La relajación, a través de los ejercicios de contracción-relajación de Jacobson, reduce la hiperexcitación simpática y las reacciones de estrés agudo. Además, es beneficiosa en la regulación del ciclo sueño-vigilia.



La utilización de la evasión a través de imágenes y la visualización del cuerpo, puede favorecer la distracción y disminuir los pensamientos intrusivos.

Por último, la respiración abdominal tiene numerosos beneficios como son, mejora en el estado del sistema nervioso y cardiovascular, además de la relajación mental y corporal. Todas ellas, técnicas que pueden ser eficaces en la mejoría a largo plazo del paciente tras el alta de la Unidad de Cuidados Intensivos, reduciendo así mismo, la sintomatología ansiosa, desencadenante del insomnio. Podremos ayudar al paciente a enfrentar sus perspectivas futuras, después de una enfermedad grave. Y de manera complementaria, el apoyo del equipo, la escucha activa y la verbalización de expresiones pueden ayudar en las dificultades percibidas por el paciente, aumentando el afrontamiento.



3. HIPÓTESIS Y OBJETIVOS DEL ESTUDIO

3.1 HIPÓTESIS NULA

- El programa de autoayuda y las técnicas de entrenamiento en relajación, tras el alta de la Unidad de Cuidados Intensivos, no influyen en el malestar psicológico del paciente.

3.2 HIPÓTESIS ALTERNATIVA

- El programa de autoayuda y las técnicas de entrenamiento en relajación, tras el alta de la Unidad de Cuidados Intensivos, reducen el malestar psicológico del paciente.

3.3 OBJETIVO GENERAL

- Determinar la eficacia de un programa de autoayuda y el entrenamiento en técnicas de relajación, después del alta de la Unidad de Cuidados Intensivos, en el malestar psicológico del paciente.

3.4 OBJETIVOS ESPECÍFICOS

- Establecer asociaciones entre características sociodemográficas de los pacientes y el efecto de la intervención.
- Evaluar la eficacia del programa en trastornos como la ansiedad, la depresión y las alteraciones del sueño.
- Determinar la relación entre el desarrollo del trastorno de estrés postraumático y la eficacia de la intervención.



4. METODOLOGÍA

4.1 TIPO DE ESTUDIO

Estudio analítico experimental longitudinal prospectivo.

4.2 LUGAR DE ESTUDIO

Unidades de Cuidados Intensivos del Hospital Universitario Central de Asturias (HUCA).

4.3 TIEMPO DE ESTUDIO

Desde la aprobación del proyecto de investigación, se llevará a cabo la intervención en un periodo aproximado de un año, hasta que se obtenga la cifra de pacientes necesaria según el cálculo muestral expresado en apartados posteriores.

4.4 SUJETOS A ESTUDIO

Pacientes hospitalizados y que sean dados de alta de Unidades de Cuidados Intensivos en el Hospital Universitario Central de Asturias, que acepten voluntariamente a participar y que lo hagan partícipes firmando el consentimiento informado. Además deberán cumplir los siguientes criterios de inclusión.

4.4.1 CRITERIOS DE INCLUSIÓN

- Pacientes que sean dados de alta de las Unidades de Cuidados Intensivos del HUCA en el momento del estudio.
- Con edades comprendidas entre los 18 y 75 años.
- Con un ingreso de más de 48 horas en la Unidad de Cuidados Intensivos.
- Sin diagnóstico previo de trastornos mentales.

4.4.2 CRITERIOS DE EXCLUSIÓN

- Pacientes que no cumplan los criterios de selección anteriores.
- Pacientes que por indicación médica no puedan realizar la intervención.



4.5 SELECCIÓN MUESTRAL

Para la selección del tamaño muestral, se ha utilizado la fórmula de comparación de proporciones representada en la figura 1.

La elección de los pacientes se hará de forma aleatoria en dos grupos, un grupo control que no realizará el seguimiento, ni formará parte de la intervención y un grupo intervención que formará parte del programa.

$$N = \frac{[Z_{\alpha} + \sqrt{[2P(1-P)]} + Z_{\beta} \sqrt{[P_1(1-P_1) + P_2(1-P_2)]}]^2}{(P_1 - P_2)^2}$$

Figura 1. Fórmula para el cálculo del tamaño muestral (comparación de proporciones)

Aplicamos en ella los siguientes datos:

- n = sujetos necesarios en cada uno de los grupos.
- Z_{α} = Valor Z correspondiente al riesgo α deseado.
- Z_{β} = Valor Z correspondiente al riesgo β deseado.
- p_1 = Valor de la proporción en el grupo de referencia.
- p_2 = Valor de la proporción en el grupo de estudio.
- p = Media de las dos proporciones p_1 y p_2 .
- $p_2 - p_1$ = Valor mínimo de la diferencia que se desea detectar.

Usaremos una hipótesis unilateral, con los siguientes valores para cada parámetro aplicados en la figura 2:

- $Z_{\alpha} = 1,960$ // error $\alpha = 0,05$.
- $Z_{\beta} = 1,282$ // error $\beta = 0,10$.
- $p_1 = 0,4$. (Medida ajustada a lo revisado en la bibliografía)
- $p_2 = 0,2$.
- $p = 0,3$.



- $p_2 - p_1 = 0,2$.
- pérdidas = 15%.

$$N = \frac{[Z\alpha + \sqrt{2P(1-P)}] + Z\beta\sqrt{[P_1(1-P_1) + P_2(1-P_2)]}}{(P_1 - P_2)^2} = 292,05 \approx 292 \text{ sujetos}$$

Figura 2. Fórmula para el cálculo del tamaño muestral (comparación de proporciones)

No se ajusta el tamaño muestral a población finita, ya que el número de ingresos en Unidades de Cuidados Intensivos de año en año puede ser variable. A ello aplicaremos el tamaño muestral ajustado a pérdidas, representado en la figura 3:

$$Nap = n \left(\frac{1}{1 - R} \right)$$

Figura 3. Fórmula para ajustar el tamaño muestral a pérdidas.

- Nap = Número de sujetos ajustados pérdidas.
- n = número de sujetos de la muestra.
- R = Proporción de pérdidas esperadas (15% = 0,15).

Usaremos los siguientes valores para cada parámetro, representados en la figura 4:

- $n = 292$
- $R = 15\% = 0,15$.

$$Nap = n \left(\frac{1}{1 - R} \right) = 343,529 \approx 344 \text{ sujetos}$$

Figura 4. Fórmula para ajustar el tamaño muestral a pérdidas.



Los 344 sujetos necesarios, resultantes del cálculo del tamaño muestral, se dividirán de la siguiente manera:

- Grupo control: 172 pacientes.
- Grupo Intervención: 172 pacientes respectivamente.

4.6 VARIABLES

4.6.1 Variables del factor a estudio

- **Intervención:** variable cuantitativa, discreta, independiente. Se registrará el número de intervenciones y sesiones que recibe el paciente, midiéndolo en una escala de razón de 0 a 12.
- **Intervenciones recibidas:** variable cuantitativa, discreta, independiente. La mediremos con una escala de razón (n° de sesiones en la que participa/ n° total de sesiones x 100)

4.6.2 Variable de resultado

- **Ansiedad:** variable cualitativa, ordinal, dependiente. Medida con el inventario de ansiedad estado-rasgo. Este cuestionario está diseñado para evaluar dos conceptos diferentes de la ansiedad: la ansiedad como condición emocional transitoria y como propensión ansiosa relativamente estable. Consta de un total de 40 ítems y se administra de manera autoaplicada. Proporciona una puntuación de ansiedad como estado y otra como rasgo, cada una con los 20 ítems correspondientes. La puntuación de los ítems oscilan de 0 a 3, que se basa en la frecuencia de presentación (0,nada; 1,algo; 2,bastante 3,mucho.) en alguno de los ítems, y (0, casi nunca; 1, a



veces; 2, a menudo; 3, casi siempre) en los restantes. Las puntuaciones obtenidas se clasifican según percentiles.³⁰

Disponible en **Anexo I**.

- **Depresión:** variable cualitativa, nominal, dependiente. Medida con el inventario de depresión de Beck. Este inventario consta de 21 ítems que evalúan los síntomas clínicos de la melancolía y los pensamientos intrusivos presentes en la depresión. Se administra de manera autoaplicada. En cada ítem, las opciones de respuesta obtienen un valor determinado.³⁰ Disponible en **Anexo II**.
- **Sueño:** variable cualitativa, ordinal, dependiente. Medida con la escala del sueño de MOS. Que consta de 12 ítems que evalúan calidad y cantidad del sueño.³⁰ Disponible en **Anexo III**.
- **Trastorno de estrés post-traumático:** variable cualitativa, ordinal, dependiente. Medida con la escala de trauma de Davidson. Que valora la frecuencia y la gravedad de los síntomas del trastorno por estrés postraumático, con un total de 17 ítems referentes a la intrusión y evitación relacionados directamente con el acontecimiento estresante, y al aislamiento e hiperactivación. Para cada ítem se utilizará una Escala de Likert de 5 puntos que oscila entre 0 (nunca o gravedad nula) y 4 (diariamente o gravedad extrema). Se administra de manera autoaplicada.³⁰ Disponible en **Anexo IV**.



4.6.3 Co-variables

➤ Características sociodemográficas

- **Edad:** variable, cuantitativa, continua, modificadora del efecto. Se medirá con una escala de razón representada en años.
- **Sexo:** variable cualitativa, modificadora del efecto. Medida como escala nominal dicotómica (hombre/mujer).

➤ Características de la enfermedad

- **Motivo de ingreso:** variable cualitativa, modificadora del efecto. La mediremos con una escala nominal politómica, se especificará el diagnóstico que motivó la hospitalización.

4.7 ANÁLISIS DE DATOS

El análisis de datos se llevará a cabo mediante el programa estadístico SPSS 17.0. Para el estudio estadístico, se elaborará una base de datos donde incluiremos todas las variables registradas.

Para el estudio se realizará estadística descriptiva y cálculo de porcentajes. Se calcularán las medias, desviaciones típicas e intervalos de confianza del 95%.

Para la comparación de las proporciones entre el grupo control y el grupo intervención se utilizará el riesgo relativo (RR).

Se plantearán también análisis bivariantes para buscar aquellas variables que se asocian de forma significativa con mayor o menos nivel de malestar, ansiedad, depresión y trastorno de estrés postraumático, mediante la prueba t de Student y la prueba de χ^2 , indicando el nivel de significación.



4.8 PLAN DE TRABAJO Y CRONOGRAMA

La realización del proyecto y su plan de acción la dividimos en varias etapas que mostramos en la tabla 1, cronograma.

Tabla 1. Cronograma

	2012					2013		
	Mar	Abr/May	Jul	Sep	Oct	Oct	Oct/Nov	Dic
Revisión bibliográfica								
Definición del problema								
Objetivos e hipótesis								
Selección del diseño								
Selección de la muestra								
Definición de variables								
Limitaciones del estudio								
Elaboración de documentos								
Presentación del proyecto y aprobación del estudio								
Selección de personal que realice la intervención								
Formación y entrenamiento del personal implicado								
Selección de pacientes e implementación de la intervención								
Recolección de datos								
Presentación y difusión de resultados								



4.9 DURACIÓN DEL PROYECTO Y ETAPAS DEL DESARROLLO

- **Facultad de Medicina y Ciencias de la Salud de la Universidad de Oviedo:** en esta etapa se planifica el estudio. Se elaboran los documentos necesarios y se planificarán las visitas de presentación del proyecto. Tiene una duración de 3 meses, comprendidos entre Marzo y Mayo de 2012.
- **Unidades de coordinación de los servicios de medicina intensiva y comité de bioética:** etapa de presentación del proyecto y aprobación del estudio, con una duración de un mes, en Septiembre de 2012.
- **Servicio de psiquiatría de enlace y unidades de cuidados intensivos del Hospital Universitario Central de Asturias:** en ella se realizará la presentación del proyecto, y se pedirá la colaboración de los profesionales de enfermería que serán incluidos en el estudio para la realización de la intervención. Tendrá una duración de un mes, Septiembre de 2012.
- **Servicio de psiquiatría de enlace y unidad de gestión del personal de salud mental:** en ella se realizará la formación y entrenamiento del personal de enfermería implicado en la realización de la intervención y en la obtención de datos de la historia clínica del paciente. Tendrá una duración de 1 mes, Septiembre de 2012.
- **Unidades de Cuidados Intensivos del HUCA:** en ella se realizará la captación de los pacientes al alta de la unidad, que serán incluidos en el estudio, según criterios de inclusión y con consentimiento previo. Se realizará una división aleatoria de los participantes en grupos de intervención y control. Se aplicará el programa al grupo intervención



desde la Unidad de Cuidados Intensivos, continuando éste en el servicio donde sea derivado el paciente y realizando el seguimiento al alta Hospitalaria. Se hará la recogida de datos en la hoja de registro de ambos grupos, cumplimentando los registros necesarios para cada uno. Esta etapa tendrá una duración aproximada de 12 meses, comprendido entre Octubre de 2012 y Octubre de 2013, podrá terminar antes o después, si ya han sido incluidos en el estudio los pacientes necesarios según la muestra indicada.

- **Unidad estadística, Oficina de Investigación Biosanitaria (OIB):** se realizará el análisis estadístico y explotación de los datos. Tendrá una duración de 3 meses, comprendidos entre Octubre y Noviembre del año 2013.
- **Facultad de Medicina y Ciencias de la Salud de la Universidad de Oviedo:** por último se realizará la emisión de informes e inicio de difusión de resultados, tanto en congresos como publicaciones en revistas. Duración de 1 mes, Diciembre de 2013.

4.10 PERSONAL IMPLICADO Y DISTRIBUCIÓN DE TAREAS

El personal implicado en el estudio ha de ser un investigador principal, en nuestro caso una Enfermera Especialista en Salud Mental, con la colaboración de un grupo de trabajo multidisciplinar, psiquiatras, psicólogos y compañeros Enfermeros Especialistas en Salud Mental. Además de la colaboración del servicio de psiquiatría de enlace del Hospital Universitario Central de Asturias.

La distribución de tareas se hará de la siguiente manera:

- **Investigador principal y compañeros enfermeros especialistas en salud mental:** serán responsables del proyecto y de las bases de



datos, convocarán las reuniones para el inicio y seguimiento del proyecto, gestión de recursos económicos y distribución de tareas entre los demás miembros del equipo investigador. Serán además las responsables del análisis de resultados y el plan de difusión del proyecto.

- **Investigador Principal con la ayuda de otra enfermera especialista en salud mental del grupo de trabajo:** encargadas de la realización de los documentos necesarios para la realización del proyecto (consentimientos del Comité de Bioética y del Hospital Universitario Central de Asturias, consentimiento informado para los pacientes incluidos en el estudio y hoja de registro de datos). Además serán las encargadas del diseño de la intervención, estableciendo los objetivos que se llevarán a cabo en cada sesión. Realizarán también la presentación del proyecto de investigación a las entidades mencionadas anteriormente, así como a sus compañeros, los enfermeros especialistas en salud mental que colaborarán en la intervención y el equipo de psiquiatría de enlace. Contando con la colaboración además de un psiquiatra y un psicólogo. A los enfermeros especialistas se les entregará la documentación necesaria para la realización de la intervención. Por último, se encargarán de la inclusión de pacientes en el estudio, con la colaboración de un psiquiatra y un psicólogo. Así como en la difusión de la información a los pacientes incluidos en el estudio y la entrega del consentimiento informado.
- **Psiquiatra y psicólogo del servicio de psiquiatría de enlace o colaboradores en el estudio:** Se encargarán tanto de la inclusión



como la exclusión de pacientes en el estudio. Además de la valoración clínica del paciente al alta de la Unidad de Cuidados Intensivos, a los 3 meses después de la intervención.

4.11 PROCEDIMIENTO

Se presentará el proyecto a la coordinación del servicio de medicina intensiva del Hospital Universitario Central de Asturias, al servicio de psiquiatría de enlace y al servicio de coordinación central del HUCA. Así como al Comité de Bioética, pidiendo así mismo el **consentimiento para llevarlo a cabo (Anexo V)**. Una vez obtenida la aprobación, se programarán sesiones con el personal de enfermería, psiquiatría y psicología implicados en la intervención, se les expondrá el proyecto y se propondrá su participación en el estudio.

Previo al comienzo del estudio se asignará a cada profesional la distribución de tareas, y se detallará a los profesionales de enfermería el diseño de la intervención que se va llevar a cabo. Se les facilitará el **programa diseñado**, con las sesiones, objetivos y materiales necesarios (**AnexoVI**).

Para la participación los pacientes incluidos en el estudio, deberán firmar el **consentimiento informado (Anexo VII)**. El modelo de consentimiento informado será igual para ambos grupos, pero se explicará al grupo control que ellos solamente participarán en la evaluación clínica y cumplimentación de los cuestionarios, además de la recolección de datos en la historia clínica. En todo momento, se garantizará la confidencialidad de los datos y se respetará la intimidad y decisión del paciente de no continuar en el estudio.



Cada paciente tendrá una **hoja de registro de datos (Anexo VIII)**, que será cubierta por el personal implicado para ambos grupos. Además a lo largo del estudio se administrarán pre y post intervención los siguientes cuestionarios:

- **Inventario de ansiedad estado-rasgo. Anexo I.**
- **Inventario de depresión de Beck. Anexo II.**
- **Escala de sueño de MOS. Anexo III.**
- **Escala de trauma de Davidson. Anexo IV.**



5. CONSIDERACIONES ÉTICAS

Antes del comienzo del estudio contaremos con la aprobación del Comité de Bioética, pero debemos decir que los datos serán tratados de manera confidencial, garantizando el anonimato del paciente. Pudiendo revocar el consentimiento informado del estudio, en el momento que el paciente decida.

La intervención no es cruenta, para ella está definido su posible beneficio para estos pacientes, de todas formas se podrán abandonar las sesiones tanto por decisión clínica como por parte del paciente.

No se manifiesta conflicto ético alguno por aplicar la intervención a un grupo y realizar seguimiento al otro sin intervención. Pues al grupo que no recibirá la intervención, no se les omite ningún cuidado básico, seguirán recibiendo los cuidados necesarios y rutinarios del hospital.



6. SESGOS Y LIMITACIONES DEL ESTUDIO

- Diferenciar la causa del malestar psicológico del paciente no es posible, ya que puede ser debido al ingreso en la Unidad de Cuidados Intensivos, al padecimiento de la enfermedad crítica o ambas.
- Podemos obtener diferencias entre los diferentes subgrupos de intervención que reciben el programa, ya que las sesiones serán impartidas por profesionales de enfermería diferentes para cada subgrupo.
- Además debemos asumir, que puede haber un mal registro de los datos en la historia clínica del paciente.
- Otras limitaciones asumidas son error tipo alfa de 0,05 (nivel de confianza 95%), error tipo beta de 0,10 (potencia 90%) y limitación de la potencia (1-B). No se detectarán cambios menores a 20 puntos porcentuales.



7. RECURSOS NECESARIOS

7.1 RECURSOS HUMANOS

Para el presente estudio necesitaremos la colaboración de los siguientes profesionales:

- Un psiquiatra.
- Un psicólogo clínico.
- 3 enfermeras especialistas en salud mental.

7.2 RECURSOS MATERIALES

- Material de papelería: cuestionarios, consentimiento informado, hojas de registro de datos, información acerca de la intervención para los pacientes.
- Material para la intervención: material de audio para las diferentes sesiones, Cd's de música para el entrenamiento en técnicas de relajación.
- Material informático: paquete estadístico SPSS para la elaboración de la base de datos y elaboración de documentos.
- Recursos ambientales: salas reservadas en los centros de salud mental, para continuar las sesiones que no puedan ser impartidas en el HUCA, al alta hospitalaria del paciente.



8. PRESUPUESTO

Representado en la tabla 2. Presupuesto

1. Gastos de personal	Euros
1.1 Gasto por el total de entrevistas e intervenciones	1200
Subtotal	1200
2. Gastos de ejecución	
2.1 Adquisición de bienes y contratación de servicios	
Imprenta: cuestionarios y hojas de registro de datos	500
Varios de informática y cd's	150
Equipos de música	1500
Inscripciones en congresos (uno nacional y otro internacional)	800
Subtotal	2950
2.2 Viajes y dietas	
Viajes a congresos (uno nacional y otro internacional)	1000
Subtotal	5150

Tabla 2. Presupuesto



9. BIBLIOGRAFÍA

1. McKinney AA, Melby V. Relocation Stress in critical care: a review of the literature. *J Clin Nurs*. 2002;11(2):149-57.
2. Hatch R, Mckechnie S, Griffiths J. Psychological intervention to prevent ICU-related PTSD: who, when and for how long?. *Crit Care*. 2011;15(2):141.
3. Rattray J, Cocker C, Jones M, Connaghan J. Patient's perceptions of and emotional outcome after intensive care: results from a multicentre study. *Nurs Crit Care*. 2010;15(2):86-93.
4. Kiekkas P, Theodorakopoulou G, Spyrtos F, Baltopoulous GI. Psychological distress and delusional memories after critical care: a literature review. *Internacional Nursing Review*. 2010;57(3):288-96.
5. Gómez-Carretetero P, Monsalve V, Soriano JF, de Andres J. Alteraciones emocionales y necesidades psicológicas de pacientes en una unidad de cuidados intensivos. *Med. Intensiva*. 2007;31(6):318-25
6. Davydow DS, Gifford JM, Desai SV, Needham DM, Bienvenu OJ. Posttraumatic stress disorder in general intensive care unit survivors: a systematic review. *Gen Hops Psychiatry*. 2008;30(5):421-34.
7. Corrigan I, Samuelson KA, Fridlund B, Thomé B. The meaning of posttraumatic stress-reactions following critical illness or injury and intensive care treatment. *Intensive Crit Care Nurs*. 2007;23(4):206-15.
8. Papathanassoglou ED. Psychological support and outcomes for ICU patients. *Nurs Crit Care*. 2010;15(3):118-28.
9. McKinley S, Aitken LM, Alison JA, King M, Leslie G, Burmeister E, Elliott D. Sleep and other factors associated with mental health and psychological distress after intensive care for critical illness. *Intensive Care Med*. 2012;38(4):627-33.



10. Agudelo D, Buela-Casal G, Donald C. Ansiedad y depresión: el problema de la diferenciación a través de los síntomas. *Salud Mental*. 2007;30(2):33-41.
11. Bobes J, Bousoño M, Calcedo A, González MP. Trastorno de estrés postraumático. 1ª ed. Barcelona:Masson;2000.
12. Griffiths J, Fortune G, Barber V, Young JD. The prevalence of posttraumatic stress disorder in survivors of UCI treatment: a systematic review. *Intensive Care Med*. 2007;33(9):1506-18.
13. Peris A, Bonizzoli M, Lozzelli D, Migliaccio ML, Zagli J et al. Early intra-intensive care unit psychological intervention promotes recovery from post traumatic stress disorder, anxiety and depression symptoms in critically ill patients. *Crit Care*. 2011;15(1):R41.
14. Myhren H, Ekeberg O, Tøien K, Karlsson S, Stokland O. Posttraumatic stress, anxiety and depression symptoms in patients during the first year post intensive care unit discharge. *Crit Care*. 2010;14(1):R14.
15. Rattray J. Comentario Jackson JC et al. (2007). Post-traumatic stress disorder and post-traumatic stress symptoms following critical illness in medical intensive care unit patients: assessing the magnitude of the problem. *NursCrit Care*. 2008;13(4):215-7.
16. Jones C, Bäckman C, Capuzzo M, Egerod I, Flaathen H et al. Intensive care diaries reduce new onset post traumatic stress disorder following critical illness: a randomised, controlled trial. *Crit Care*. 2010;14(5):R168.
17. Davydow DS, Zatzick DF, Rivara FP, Jurkovich GJ, Wang J, Roy-Byrne PP et al. Predictors of posttraumatic stress disorder and return to usual major activity in traumatically injured intensive care unit survivors. *Gen Hosp Psychiatry*. 2009;31(5):428-35.



18. Kross EK, Gries CJ, Curtis JR. Posttraumatic stress disorder following critical illness. *Crit Care Clin.*2008;24(4):875-87.
19. Johns RH, Dawson D, Ball J. Considerations and proposals for the management of patients after prolonged intensive care unit admission. *Postgrad Med J.* 2010;86(1019):541-51.
20. Martín A, Pérez MA. Psychosocial adaptation in relatives of critically injured patients admitted to an intensive care unit. *Span J Psychol.* 2005;8(1):36-44.
21. Hughes F, Bryan K, Robbins I. Relatives' experiences of critical care. *NursCrit Care.* 2005;10(1):23-30.
22. Hupcey JE. Feeling safe: the psychosocial needs of ICU patients. *J NursScholarsh.* 2000;32(4):361-7.
23. Nicolás A, Aizpitarte E, Iruarrizaga A, Vázquez M, Margall MA, Asiain MC. Perception of night-time sleep by the surgical patients in an Intensive Care Unit. *EnfermIntensiva.* 2002;13(12):57-67.
24. McKinney AA, Deeny P. Leaving the intensive care unit: a phenomenological study of the patients' experience. *IntensiveCritCareNurs.* 2002;18(6):320-31.
25. Cuthbertson BH, Hull A, Strachan M, Scott J. Post-traumatic stress disorder after critical illness requiring general intensive care. *Intensive Care Med.* 2004;30(3):450-5.
26. Kvale R, Ulvik A, Flaatten H. Follow-up after intensive care: a single center study. *Intensive Care Med.* 2003;29(12):2149-56.
27. Jackson JC, Hart RP, Gordon SM, Hopkins RO, Girard TD, Ely EW. Post-traumatic stress disorder and post-traumatic stress symptoms following critical illness in medical intensive care unit patients: assessing the magnitude of the problem. *Crit Care.* 2007;11(1):R27. Review.



28. Pochard F. Psychiatric issues during and after intensive care (ICU) stays. *Bull AcadMatl Med.* 2011;195(2):377-85;discussion 385-7.
29. Kiekkas P, Aretha D. Psychiatric long-term complications of intensive care units survivors. *Crit Care Med.* 2011;39(7):1852-3.
30. Bobes J, García MP, Bascarán MT, Sáiz PA, Bousoño M. Banco de Instrumentos básicos para la práctica de la psiquiatría clínica. 2ª ed. Barcelona: Ars Medica;2002.
31. Organización mundial de la Salud. The ICD-10 Classification of Mental and Behavioural Disorders: Clinical descriptions and diagnostic guidelines. 10ª ed. Madrid:Meditor;1992.
32. Jacobson J. Tracking PTSD in UCI patients and their caregivers. *Am J Nurs.* 2010;110(12):18.
33. Tøien K, Myhren H, Bredal IS, Skogstad L, Sandvik L, Ekeberg Ø. Psychological distress after severe trauma: a prospective 1-year follow-up study of a trauma intensive care unit population. *J Trauma.* 2010;69(6):1552-9.
34. Davydow DS. The burden of adverse mental health outcomes in critical illness survivors. *Crit Care.* 2010;14(1):125.
35. Griffiths RD, Jones C. The intensive Care Unit Diary and posttraumatic stress disorder. *Crit Care Med.* 2009;37(6):2145-6.
36. Wallen K, Chaboyer W, Thalib L, Creedy DK. Symptoms of acute posttraumatic stress disorder after intensive care. *Am J Crit Care.* 2008;17(6):534-43.
37. Samuelson KA, Lundberg D, Fridlund B. Stressful memories and psychological distress in adult mechanically ventilated intensive care patients a 2-month follow-up study. *ActaAnaesthesiol Scand.* 2007;51(6):671-8.



38. Chan MF, Chung YF, Chung SW, Lee OK. Investigating the psychological responses of patients listening to music in an intensive care unit. *J Clin Nurs*. 2009;18(9):1250-7.
39. Pochard F. Psychiatric issues during and after intensive care (ICU) stays. *Bull Acad Natl Med*. 2011;195(2):377-85.
40. Desai S, Law T, Bienvenu J, Needham D. Psychiatric long-term complications of intensive care unit survivors. *Crit Care Med*. 2011;39(12):2790.



10. ANEXOS

10.1 ANEXO I. INVENTARIO DE ANSIEDAD ESTADO-RASGO

Tabla 3. Inventario de ANSIEDAD – ESTADO

7.5. Inventario de Ansiedad Estado-Rasgo (State-Trait Anxiety Inventory, STAI)

1

ANSIEDAD-ESTADO		
<i>Instrucciones:</i> A continuación encontrará unas frases que se utilizan corrientemente para describirse uno a sí mismo. Lea cada frase y señale la puntuación de 0 a 3 que indique mejor cómo se siente usted ahora mismo, en este momento. No hay respuestas buenas ni malas. No emplee demasiado tiempo en cada frase y conteste señalando la respuesta que mejor describa su situación presente.		
1. Me siento calmado	0. Nada 2. Bastante	1. Algo 3. Mucho
2. Me siento seguro	0. Nada 2. Bastante	1. Algo 3. Mucho
3. Estoy tenso	0. Nada 2. Bastante	1. Algo 3. Mucho
4. Estoy contrariado	0. Nada 2. Bastante	1. Algo 3. Mucho
5. Me siento cómodo (estoy a gusto)	0. Nada 2. Bastante	1. Algo 3. Mucho
6. Me siento alterado	0. Nada 2. Bastante	1. Algo 3. Mucho
7. Estoy preocupado ahora por posibles desgracias futuras	0. Nada 2. Bastante	1. Algo 3. Mucho
8. Me siento descansado	0. Nada 2. Bastante	1. Algo 3. Mucho
9. Me siento angustiado	0. Nada 2. Bastante	1. Algo 3. Mucho
10. Me siento confortable	0. Nada 2. Bastante	1. Algo 3. Mucho
11. Tengo confianza en mí mismo	0. Nada 2. Bastante	1. Algo 3. Mucho
12. Me siento nervioso	0. Nada 2. Bastante	1. Algo 3. Mucho
13. Estoy desasosegado	0. Nada 2. Bastante	1. Algo 3. Mucho
14. Me siento muy «atado» (como oprimido)	0. Nada 2. Bastante	1. Algo 3. Mucho
15. Estoy relajado	0. Nada 2. Bastante	1. Algo 3. Mucho
16. Me siento satisfecho	0. Nada 2. Bastante	1. Algo 3. Mucho
17. Estoy preocupado	0. Nada 2. Bastante	1. Algo 3. Mucho
18. Me siento aturdido y sobreexcitado	0. Nada 2. Bastante	1. Algo 3. Mucho
19. Me siento alegre	0. Nada 2. Bastante	1. Algo 3. Mucho
20. En este momento me siento bien	0. Nada 2. Bastante	1. Algo 3. Mucho



Tabla 4. Inventario de ANSIEDAD – RASGO

7.5. Inventario de Ansiedad Estado-Rasgo
(State-Trait Anxiety Inventory, STAI)

2

ANSIEDAD-RASGO		
<p><i>Instrucciones:</i> A continuación encontrará unas frases que se utilizan corrientemente para describirse uno a sí mismo. Lea cada frase y señale la puntuación de 0 a 3 que indique mejor cómo se <i>siente usted en general</i>, en la mayoría de las ocasiones. No hay respuestas buenas ni malas. No emplee demasiado tiempo en cada frase y conteste señalando la respuesta que mejor describa cómo se siente usted generalmente.</p>		
21. Me siento bien	0. Casi nunca 2. A menudo	1. A veces 3. Casi siempre
22. Me canso rápidamente	0. Casi nunca 2. A menudo	1. A veces 3. Casi siempre
23. Siento ganas de llorar	0. Casi nunca 2. A menudo	1. A veces 3. Casi siempre
24. Me gustaría ser tan feliz como otros	0. Casi nunca 2. A menudo	1. A veces 3. Casi siempre
25. Pierdo oportunidades por no decidirme pronto	0. Casi nunca 2. A menudo	1. A veces 3. Casi siempre
26. Me siento descansado	0. Casi nunca 2. A menudo	1. A veces 3. Casi siempre
27. Soy una persona tranquila, serena y sosegada	0. Casi nunca 2. A menudo	1. A veces 3. Casi siempre
28. Veo que las dificultades se amontonan y no puedo con ellas	0. Casi nunca 2. A menudo	1. A veces 3. Casi siempre
29. Me preocupo demasiado por cosas sin importancia	0. Casi nunca 2. A menudo	1. A veces 3. Casi siempre
30. Soy feliz	0. Casi nunca 2. A menudo	1. A veces 3. Casi siempre
31. Suelo tomar las cosas demasiado seriamente	0. Casi nunca 2. A menudo	1. A veces 3. Casi siempre
32. Me falta confianza en mí mismo	0. Casi nunca 2. A menudo	1. A veces 3. Casi siempre
33. Me siento seguro	0. Casi nunca 2. A menudo	1. A veces 3. Casi siempre
34. No suelo afrontar las crisis o dificultades	0. Casi nunca 2. A menudo	1. A veces 3. Casi siempre
35. Me siento triste (melancólico)	0. Casi nunca 2. A menudo	1. A veces 3. Casi siempre
36. Estoy satisfecho	0. Casi nunca 2. A menudo	1. A veces 3. Casi siempre
37. Me rondan y molestan pensamientos sin importancia	0. Casi nunca 2. A menudo	1. A veces 3. Casi siempre
38. Me afectan tanto los desengaños que no puedo olvidarlos	0. Casi nunca 2. A menudo	1. A veces 3. Casi siempre
39. Soy una persona estable	0. Casi nunca 2. A menudo	1. A veces 3. Casi siempre
40. Cuando pienso sobre asuntos y preocupaciones actuales me pongo tenso y agitado	0. Casi nunca 2. A menudo	1. A veces 3. Casi siempre



10.2 ANEXO II. INVENTARIO DE DEPRESIÓN DE BECK

Tabla 5. Inventario de Depresión de Beck

5.3. Inventario de Depresión de Beck (Beck Depression Inventory, BDI)

1

Instrucciones: A continuación se expresan varias respuestas posibles a cada uno de los 21 apartados. Delante de cada frase marque con una cruz el círculo que mejor refleje su situación actual.

1. Estado de ánimo
 - Esta tristeza me produce verdaderos sufrimientos
 - No me encuentro triste
 - Me siento algo triste y deprimido
 - Ya no puedo soportar esta pena
 - Tengo siempre como una pena encima que no me la puedo quitar
2. Pesimismo
 - Me siento desanimado cuando pienso en el futuro
 - Creo que nunca me recuperaré de mis penas
 - No soy especialmente pesimista, ni creo que las cosas me vayan a ir mal
 - No espero nada bueno de la vida
 - No espero nada. Esto no tiene remedio
3. Sentimientos de fracaso
 - He fracasado totalmente como persona (padre, madre, marido, hijo, profesional, etc.)
 - He tenido más fracasos que la mayoría de la gente
 - Siento que he hecho pocas cosas que valgan la pena
 - No me considero fracasado
 - Veo mi vida llena de fracasos
4. Insatisfacción
 - Ya nada me llena
 - Me encuentro insatisfecho conmigo mismo
 - Ya no me divierte lo que antes me divertía
 - No estoy especialmente insatisfecho
 - Estoy harto de todo
5. Sentimientos de culpa
 - A veces me siento despreciable y mala persona
 - Me siento bastante culpable
 - Me siento prácticamente todo el tiempo mala persona y despreciable
 - Me siento muy infame (perverso, canalla) y despreciable
 - No me siento culpable
6. Sentimientos de castigo
 - Presiento que algo malo me puede suceder
 - Siento que merezco ser castigado
 - No pienso que esté siendo castigado
 - Siento que me están castigando o me castigarán
 - Quiero que me castiguen
7. Odio a sí mismo
 - Estoy descontento conmigo mismo
 - No me aprecio
 - Me odio (me desprecio)
 - Estoy asqueado de mí
 - Estoy satisfecho de mí mismo
8. Autoacusación
 - No creo ser peor que otros
 - Me acuso a mí mismo de todo lo que va mal
 - Me siento culpable de todo lo malo que ocurre
 - Siento que tengo muchos y muy graves defectos
 - Me critico mucho a causa de mis debilidades y errores
9. Impulsos suicidas
 - Tengo pensamientos de hacerme daño, pero no llegaría a hacerlo
 - Siento que estaría mejor muerto
 - Siento que mi familia estaría mejor si yo muriera
 - Tengo planes decididos de suicidarme
 - Me mataría si pudiera
 - No tengo pensamientos de hacerme daño
10. Períodos de llanto
 - No lloro más de lo habitual
 - Antes podía llorar; ahora no lloro ni aun queriéndolo
 - Ahora lloro continuamente. No puedo evitarlo
 - Ahora lloro más de lo normal



Tabla 6. Inventario de Depresión de Beck

5.3. Inventario de Depresión de Beck
(Beck Depression Inventory, BDI)

2

11. Irritabilidad
<input type="radio"/> No estoy más irritable que normalmente
<input type="radio"/> Me irrito con más facilidad que antes
<input type="radio"/> Me siento irritado todo el tiempo
<input type="radio"/> Ya no me irrita ni lo que antes me irritaba
12. Aislamiento social
<input type="radio"/> He perdido todo mi interés por los demás y no me importan en absoluto
<input type="radio"/> Me intereso por la gente menos que antes
<input type="radio"/> No he perdido mi interés por los demás
<input type="radio"/> He perdido casi todo mi interés por los demás y apenas tengo sentimientos hacia ellos
13. Indecisión
<input type="radio"/> Ahora estoy inseguro de mí mismo y procuro evitar tomar decisiones
<input type="radio"/> Tomo mis decisiones como siempre
<input type="radio"/> Ya no puedo tomar decisiones en absoluto
<input type="radio"/> Ya no puedo tomar decisiones sin ayuda
14. Imagen corporal
<input type="radio"/> Estoy preocupado porque me veo más viejo y desmejorado
<input type="radio"/> Me siento feo y repulsivo
<input type="radio"/> No me siento con peor aspecto que antes
<input type="radio"/> Siento que hay cambios en mi aspecto físico que me hacen parecer desagradable (o menos atractivo)
15. Capacidad laboral
<input type="radio"/> Puedo trabajar tan bien como antes
<input type="radio"/> Tengo que esforzarme mucho para hacer cualquier cosa
<input type="radio"/> No puedo trabajar en nada
<input type="radio"/> Necesito un esfuerzo extra para empezar a hacer algo
<input type="radio"/> No trabajo tan bien como lo hacía antes
16. Trastornos del sueño
<input type="radio"/> Duermo tan bien como antes
<input type="radio"/> Me despierto más cansado por la mañana
<input type="radio"/> Me despierto unas 2 horas antes de lo normal y me resulta difícil volver a dormir
<input type="radio"/> Tardo 1 o 2 horas en dormirme por la noche
<input type="radio"/> Me despierto sin motivo en mitad de la noche y tardo en volver a dormirme
<input type="radio"/> Me despierto temprano todos los días y no duermo más de 5 horas
<input type="radio"/> Tardo más de 2 horas en dormirme y no duermo más de 5 horas
<input type="radio"/> No logro dormir más de 3 o 4 horas seguidas
17. Cansancio
<input type="radio"/> Me canso más fácilmente que antes
<input type="radio"/> Cualquier cosa que hago me fatiga
<input type="radio"/> No me canso más de lo normal
<input type="radio"/> Me canso tanto que no puedo hacer nada
18. Pérdida de apetito
<input type="radio"/> He perdido totalmente el apetito
<input type="radio"/> Mi apetito no es tan bueno como antes
<input type="radio"/> Mi apetito es ahora mucho menor
<input type="radio"/> Tengo el mismo apetito de siempre
19. Pérdida de peso
<input type="radio"/> No he perdido peso últimamente
<input type="radio"/> He perdido más de 2,5 kg
<input type="radio"/> He perdido más de 5 kg
<input type="radio"/> He perdido más de 7,5 kg
20. Hipocondría
<input type="radio"/> Estoy tan preocupado por mi salud que me es difícil pensar en otras cosas
<input type="radio"/> Estoy preocupado por dolores y trastornos
<input type="radio"/> No me preocupa mi salud más de lo normal
<input type="radio"/> Estoy constantemente pendiente de lo que me sucede y de cómo me encuentro
21. Libido
<input type="radio"/> Estoy menos interesado por el sexo que antes
<input type="radio"/> He perdido todo mi interés por el sexo
<input type="radio"/> Apenas me siento atraído sexualmente
<input type="radio"/> No he notado ningún cambio en mi atracción por el sexo



Tabla 7. Inventario de Depresión de Beck

5.3. Inventario de Depresión de Beck
(Beck Depression Inventory, BDI)

3

Instrucciones: Éste es un cuestionario en el que hay grupos de afirmaciones. Por favor, lea íntegro el grupo de afirmaciones de cada apartado y escoja la afirmación de cada grupo que mejor describa el modo en que se siente hoy, es decir, actualmente. Haga una cruz en el círculo de la afirmación que haya escogido.

- 1 No me encuentro triste
 Me siento triste o melancólico
 Constantemente estoy melancólico o triste y no puedo superarlo
 Me siento tan triste o infeliz que no puedo resistirlo
- 2 No soy particularmente pesimista y no me encuentro desalentado respecto al futuro
 Me siento desanimado respecto al futuro
 No tengo nada que esperar del futuro
 No tengo ninguna esperanza en el futuro y creo que las cosas no pueden mejorar
- 3 No me siento fracasado
 Creo que he fracasado más que la mayoría de las personas
 Cuando miro hacia atrás en mi vida, todo lo que veo son un montón de fracasos
 Creo que como persona soy un completo fracasado (padre, marido, esposa)
- 4 No estoy particularmente descontento
 No disfruto de las cosas como antes
 No encuentro satisfacción en nada
 Me siento descontento de todo
- 5 No me siento particularmente culpable
 Me siento malo o indigno muchas veces
 Me siento culpable
 Pienso que soy muy malo e indigno
- 6 No me siento decepcionado conmigo mismo
 Estoy decepcionado conmigo mismo
 Estoy disgustado conmigo mismo
 Me odio
- 7 No tengo pensamientos de dañarme
 Creo que estaría mejor muerto
 Tengo planes precisos para suicidarme
 Me mataría si tuviera ocasión
- 8 No he perdido el interés por los demás
 Estoy menos interesado en los demás que antes
 He perdido la mayor parte del interés por los demás y pienso poco en ellos
 He perdido todo el interés por los demás y no me importa en absoluto
- 9 Tomo mis decisiones con la misma facilidad que antes
 Trato de no tener que tomar decisiones
 Tengo grandes dificultades para tomar decisiones
 Ya no puedo tomar decisiones
- 10 No creo que mi aspecto haya empeorado
 Estoy preocupado porque me veo viejo y poco atractivo
 Creo que mi aspecto empeora constantemente quitándome atractivo
 Siento que mi aspecto es feo y repulsivo
- 11 Puedo trabajar igual de bien que antes
 Me cuesta un esfuerzo especial comenzar a hacer algo
 Debo esforzarme mucho para hacer cualquier cosa
 No puedo realizar ningún trabajo
- 12 No me canso más que antes
 Me canso más fácilmente que antes
 Me canso por cualquier cosa
 Me canso demasiado por hacer cualquier cosa
- 13 Mi apetito no es peor de lo normal
 Mi apetito no es tan bueno como antes
 Mi apetito es ahora mucho peor
 He perdido el apetito



10.3 ANEXO III. ESCALA DE SUEÑO DE MOS

Tabla 8. Escala de sueño de MOS

8.2.4. Escala de Sueño MOS (Medical Outcomes Study Sleep Scale, MOS Sleep Scale)

SU SUEÑO

1. ¿Cuánto tiempo ha tardado habitualmente en dormirse durante las 4 últimas semanas? (Marque un solo número)

- 0-15 min. 16-30 min. 31-45 min. 46-60 min. Más

2. De promedio, ¿cuántas horas ha dormido cada noche durante las 4 últimas semanas?

- (Escriba el número de horas por noche)

¿Con qué frecuencia durante las 4 últimas semanas? (Marque un solo número por cada pregunta)

	Siempre	Casi siempre	Muchas veces	Algunas veces	Sólo alguna vez	Nunca
3. ¿Ha notado que su sueño no era tranquilo, moviéndose de forma inquieta, sintiéndose tenso/a, hablando, etc., mientras dormía?	1	2	3	4	5	6
4. ¿Ha dormido lo suficiente como para sentirse descansado/a al despertarse por la mañana?	1	2	3	4	5	6
5. ¿Se ha despertado con falta de aire o con dolor de cabeza?	1	2	3	4	5	6
6. ¿Se ha sentido soñoliento/a o dormido/a durante el día?	1	2	3	4	5	6
7. ¿Ha tenido problemas para quedarse dormido/a?	1	2	3	4	5	6
8. ¿Se ha despertado mientras dormía y le ha costado volverse a dormir?	1	2	3	4	5	6
9. ¿Le ha costado mantenerse despierto/a durante el día?	1	2	3	4	5	6
10. ¿Ha roncado mientras dormía?	1	2	3	4	5	6
11. ¿Se ha echado siestas de 5 minutos o más durante el día?	1	2	3	4	5	6
12. ¿Ha dormido todo lo que necesitaba?	1	2	3	4	5	6



10.4 ANEXO IV. ESCALA DE TRAUMA DE DAVIDSON

Tabla 9. Escala de trauma de Davidson

Escala de Trauma de Davidson (DTS)

(Jonathan R. T. Davidson)

(Traducida por: J Bobes, MT Bascarán, MP González, M Bousoño, A Calcedo, JA Hormaechea, D H. Wallace, 17 de febrero de 1999)

Nombre: _____ Edad: _____ Sexo: H M

Estado civil: _____ Domicilio: _____ Fecha: _____

Por favor, identifique el trauma que más le molesta

Cada una de las siguientes preguntas se trata de un síntoma específico. Considere, para cada pregunta, cuántas veces le ha molestado el síntoma y con cuánta intensidad, durante **la última semana**. Escriba en los recuadros de al lado de cada pregunta un número, de 0 a 4 para indicar la frecuencia y gravedad del síntoma.

Frecuencia	Gravedad
0 = nunca	0 = nada
1 = a veces	1 = leve
2 = 2-3 veces	2 = moderada
3 = 4-6 veces	3 = marcada
4 = a diario	4 = extrema

- ¿Ha tenido alguna vez imágenes, recuerdos o pensamientos dolorosos del acontecimiento?.....
- ¿Ha tenido alguna vez pesadillas sobre el acontecimiento?.....
- ¿Ha sentido que el acontecimiento estaba ocurriendo de nuevo? ¿Como si lo estuviera reviviendo?.....
- ¿Le ha molestado alguna cosa que se lo haya recordado?.....
- ¿Ha tenido manifestaciones físicas por recuerdos del acontecimiento? (Incluye sudores, temblores, taquicardia, disnea, náuseas o diarrea).....
- ¿Ha estado evitando algún pensamiento o sentimiento sobre el acontecimiento?.....
- ¿Ha estado evitando hacer cosas o estar en situaciones que le recordaran el acontecimiento?.....
- ¿Ha sido incapaz de recordar partes importantes del acontecimiento?.....
- ¿Ha tenido dificultad para disfrutar de las cosas?.....
- ¿Se ha sentido distante o alejado de la gente?.....
- ¿Ha sido incapaz de tener sentimientos de tristeza o de afecto?.....
- ¿Ha tenido dificultad para imaginar una vida larga y cumplir sus objetivos?.....
- ¿Ha tenido dificultad para iniciar o mantener el sueño?.....
- ¿Ha estado irritable o ha tenido accesos de ira?.....
- ¿Ha tenido dificultades de concentración?.....
- ¿Se ha sentido nervioso, fácilmente distraído o permanecido "en guardia"?.....
- ¿Ha estado nervioso o se ha asustado fácilmente?.....



10.5 ANEXO V. SOLICITUD AL COMITÉ DE BIOÉTICA

Oviedo, a ____ de _____ de 20__

De: M^a Almudena Pousada González.

Enfermera especialista en salud mental del HUCA.

A: Comité de ética del HUCA.

Asunto: *Proyecto de investigación.*

Adjunto envío para su evaluación el proyecto de investigación titulado: “Intervención enfermera en el malestar psicológico al alta de la unidad de cuidados intensivos”

Se adjunta:

- Memoria del proyecto.
- Hoja consentimiento informado para pacientes.
- Hojas de registro de datos para pacientes.

Un saludo

Fdo. M^a Almudena Pousada González



10.6 ANEXO VI. INTERVENCIÓN

El equipo de enfermería de las Unidades de Cuidados Intensivos (UCI), comunicarán al servicio de psiquiatría de enlace, responsable del estudio, las posibles altas de la unidad de aquellos pacientes que cumplan los criterios de inclusión. Después de ser comunicada el alta de la UCI tanto al paciente como a la familia, por parte del médico responsable, la enfermera de psiquiatría de enlace se presentará, explicará el proceso de transferencia al paciente, le dirá el servicio al cual se le deriva y le acompañará. Al día siguiente, se entrevistará con el paciente para ofrecerle la inclusión en el estudio y explicarle el procedimiento. Después de una selección de los pacientes de manera aleatoria, los que pertenezcan al grupo intervención recibirán las siguientes sesiones, a razón de tres a la semana:

SESIÓN 1

Objetivo: Establecer el primer contacto con el paciente, favorecer un ambiente de confianza, relación empática y verbalización de expresiones mediante la escucha activa.

Durante esta sesión, la enfermera se volverá presentar, proporcionará la información necesaria al paciente y aclarará las dudas que sean de su competencia.

Mostrará así mismo, preocupación por el paciente, interesándose por sus emociones. Éste podrá exponer sus inquietudes de manera abierta. Es importante considerar esta entrevista como un primer contacto, el paciente marcará la fluidez de la conversación y el tiempo.



Esta sesión tendrá una duración mínima de 20 minutos, al finalizar entregaremos las escalas e inventarios de valoración para que el paciente los cumplimente y recogerlos en la próxima visita.

SESIÓN 2

Objetivo: Proporcionar seguridad, aceptación y ánimo. Ayudar al paciente a adaptarse a los factores estresantes o cambios.

Durante esta sesión comentaremos la experiencia emocional que está viviendo el paciente, le animaremos a expresar sentimientos como ansiedad, ira o tristeza. Favoreceremos además la conversación para disminuir la respuesta emocional.

Debemos valorar siempre el proceso de la enfermedad, dispondremos un ambiente de aceptación de esta y desarrollaremos una valoración objetiva del acontecimiento. Podemos confrontar además los sentimientos ambivalentes que puede tener el paciente, como son la ira o la depresión. Apoyaremos así el uso de mecanismos de defensa adecuados y alentaremos al paciente en la manifestación de sentimientos, miedos y percepciones.

Esta sesión tendrá una duración mínima de 20 minutos, al finalizar recogeremos las escalas e inventarios proporcionados en la sesión 1.

SESIÓN 3

Objetivo: Ayudar al paciente a que aumente el juicio personal de su propia valía.

Durante esta sesión trabajaremos la autoestima, ayudando al paciente a identificar sus virtudes. Reexaminaremos con él las percepciones negativas que tiene de sí mismo. Le ayudaremos a aceptar la dependencia de otros en caso que lo necesitare.



Esta sesión tendrá una duración mínima de 20 minutos. Concretaremos con el paciente, familiares y personal la hora de las próximas sesiones, ya que para ellas necesitaremos fomentar un ambiente tranquilo. Previamente el psiquiatra o psicólogo clínico valorará si el paciente puede realizar el entrenamiento en técnicas de relación.

SESIÓN 4

Objetivo: Enseñar la técnica de la respiración abdominal.

Con esta sesión comenzaremos el entrenamiento en técnicas de relajación. Le explicaremos al paciente el procedimiento y sus beneficios. Una vez que haya realizado 10 inspiraciones profundas, le animaremos a cerrar los ojos si quiere, no le obligaremos si se siente incómodo, y repetiremos el ejercicio con música adecuada. Al acabar le preguntaremos acerca de cómo se ha sentido, favoreciendo que verbalice sus expresiones.

Esta sesión tendrá una duración de 15 minutos como mínimo. Reforzaremos los beneficios de realizar esta técnica, al menos 15 minutos cada día hasta la próxima sesión, para ello le facilitaremos el material de audio.

SESIÓN 5

Objetivo: Realizar la técnica de respiración abdominal y enseñar la relajación muscular progresiva de Jacobson.

Comenzaremos la sesión preguntando al paciente si realizó la técnica de la respiración abdominal los días previos y le reforzaremos si lo ha llevado a cabo. Animaremos al paciente a que exprese sus dudas del procedimiento.



Después de realizar 5 minutos de respiración abdominal profunda, pasaremos a la técnica de relajación muscular progresiva. Para ello el ambiente ha de ser tranquilo y cómodo, con luz tenue y evitando las interrupciones. El paciente ha de estar en una posición cómoda, ideal sería tumbado en la cama. Observaremos para ello si hay lesiones ortopédicas de cuello o espalda, que puedan añadir molestias u otras consecuencias que podrían contraindicar la técnica.

Explicaremos previamente el procedimiento y sus beneficios.

El ejercicio consiste en tensar y relajar diferentes grupos musculares como son los músculos de la mano, antebrazo y bíceps. Músculos de la cabeza y cara, cuello y hombros, tórax, estómago y región lumbar, además de los músculos de la pantorrilla, muslos y pies. Realizaremos 5 contracciones con cada grupo muscular valorando la capacidad del paciente y finalizaremos con la respiración abdominal

Esta sesión tendrá una duración mínima de una hora. Al finalizar reforzaremos el trabajo de estas dos técnicas hasta la próxima sesión, al menos 15 minutos diarios, proporcionado el material de audio necesario.

SESIÓN 6

Objetivo: Realizar las dos técnicas anteriores: respiración abdominal y relajación muscular progresiva para disminuir la actividad simpática.

Al inicio de la sesión preguntaremos acerca de lo trabajado días previos y las dudas. Explicaremos al paciente que realizaremos las dos técnicas de las sesiones anteriores. En esta pediremos que cierre los ojos, ya que contribuye a la mejora del ejercicio.



Se realizarán 5 contracciones con cada grupo muscular, y 3 ciclos de respiración abdominal alternados con la contracción muscular, acompañando con audio específico para el ejercicio. Le preguntaremos como se ha sentido y le animaremos a expresar dudas y sentimientos. Volveremos a incidir en la importancia de realizarlo 15 minutos al día hasta la próxima sesión.

Esta sesión tendrá una duración mínima de 1 hora.

SESIÓN 7

Objetivo: Realizar las técnicas de respiración abdominal y relajación muscular progresiva, finalizando con la visualización del cuerpo.

Preguntaremos acerca de lo trabajado días anteriores y comenzaremos con las dos técnicas descritas anteriormente, al finalizar el ejercicio haremos uno de visualización del cuerpo. Este consiste en ir indicando al paciente la parte de su cuerpo que tiene que imaginar. Recorreremos mentalmente el cuerpo desde las partes distales a las proximales, favoreciendo así, la evasión de otros pensamientos, concentrándose solamente en la parte relajada previamente por la relajación muscular progresiva de Jacobson.

Esta sesión tendrá una duración mínima de una hora y media. Reforzaremos como en las anteriores los beneficios de realizar la técnica de manera diaria.

SESIÓN 8

Objetivo: Realizar técnicas de respiración abdominal, relajación muscular y evasión a través de imágenes “La Playa”.

Aclaremos de nuevo las dudas del paciente y preguntaremos si ha realizado las técnicas los días previos a la sesión actual.



Además de la respiración abdominal y la relajación muscular progresiva, utilizaremos la evasión a través de imágenes. Con el paciente en posición cómoda y ojos cerrados, iremos describiendo la imagen que tiene que visualizar, “La Playa”, evitando así los pensamientos intrusivos.

Esta sesión tendrá una duración mínima de una hora y media. Reforzaremos como en anteriores sesiones la importancia de realizarlas a diario.

SESIÓN 9, SESIÓN 10, SESIÓN 11

Objetivo: Realizar las técnicas descritas anteriormente.

Durante estas tres sesiones realizaremos las técnicas descritas anteriormente, alternando una técnica de visualización diferente en cada una.

Tendrán una duración mínima de una hora y media.

SESIÓN 12

Objetivo: Realizar las técnicas de relajación y una de visualización, exponer los beneficios de las técnicas, ayudar al paciente a que exprese su opinión y expresiones y sentimientos

Después de realizar las técnicas de relajación, favoreceremos la expresión de sentimientos y opinión por parte del paciente, haciendo hincapié en aspectos tratados en las tres sesiones iniciales.

Al ser la última sesión nos tenemos que despedir del paciente, ofreciéndole nuestra ayuda. Reforzaremos la continuación con las técnicas de relajación, ya que se obtienen más beneficios si el trabajo es diario.



Además le proporcionaremos las escalas e inventarios de ansiedad, depresión, sueño y trastorno de estrés postraumático para comparar con las estimaciones previas a la intervención.

Durante los 3 meses siguientes se concretará una cita al mes con el clínico responsable para cada paciente, tanto del grupo control como de intervención. En esta entrevista, el psiquiatra o psicólogo clínico explorará la situación en que se encuentra el paciente, comparándola con la previa a la intervención enfermera.



10.7 ANEXO VII. CONSENTIMIENTO INFORMADO

○ ***Título del proyecto:***

Intervención enfermera en el malestar psicológico al alta de la Unidad de Cuidados Intensivos.

○ ***Grupo de investigadores:***

3 enfermeros especialistas en salud mental, un psiquiatra y un psicólogo clínico.

○ ***Lugar donde se realizará el estudio***

Hospital Universitario Central de Asturias.

○ ***Nombre, apellidos y DNI del paciente:***

A usted se le invita a participar en un estudio de investigación. Antes de decidir si participa o no, debe conocer y comprender cada uno de los siguientes apartados.

Siéntase con absoluta libertad para preguntar sobre cualquier aspecto que le ayude a aclarar sus dudas al respecto.

Una vez que haya comprendido el estudio y si usted desea participar, entonces se le pedirá que firme esta forma de consentimiento, de la cual se le entregará una copia firmada y fechada.



1- JUSTIFICACIÓN DEL ESTUDIO (Razones de carácter médico y social).

Las Unidades de Cuidados Intensivos proporcionan hoy en día, cuidados médicos de avanzada tecnología y gran calidad asistencial, pero quizá las repercusiones psicológicas derivadas de todo ello son todavía un reto a abordar desde un modelo biopsicosocial.

Todavía quedan por determinar nuevas investigaciones que den un enfoque más intervencionista, y que demuestren ser eficaces para reducir la angustia psicológica derivada de la estancia en la unidad y el padecimiento de una enfermedad grave.

La atención del equipo de psiquiatría de enlace puede ser fundamental. Además, la intervención temprana puede evitar el desarrollo de patologías que precisen tratamientos farmacológicos de coste elevado.

La información adecuada y la participación del paciente en el proceso de transferencia de la unidad de cuidados intensivos a otro servicio al alta, proporciona seguridad y un ambiente de confianza. Posteriormente, la enfermera del servicio de enlace realizará un seguimiento al paciente indagando en el posible malestar psicológico derivado de la enfermedad crítica. El entrenamiento en técnicas de relajación, podrá mejorar las repercusiones a nivel psíquico.

Y de manera complementaria, el apoyo del equipo, la escucha activa y la verbalización de expresiones pueden ayudar en las dificultades percibidas por el paciente, aumentando su afrontamiento.

2- OBJETIVO DEL ESTUDIO

Determinar la eficacia de un programa de autoayuda y el entrenamiento en técnicas de relajación, después del alta de la Unidad de Cuidados Intensivos, en el malestar psicológico del paciente.



3- BENEFICIOS DEL ESTUDIO

El principal beneficio es para el paciente, ya que están descritos numerosos problemas tanto a nivel físico como psíquico después del ingreso en una Unidad de Cuidados Intensivos y el padecimiento de una enfermedad crítica, algunos de los cuales, son el objetivo de cambio de nuestra intervención.

4. PROCEDIMIENTOS DEL ESTUDIO

En caso de aceptar participar en el estudio se registrarán algunos datos:

- Socio-demográficos (sexo y edad)
- Motivo y duración del ingreso
- Se le propondrá completar unos cuestionarios de medición antes y después de recibir la intervención

Desde la inclusión en el estudio, el equipo de psiquiatría de enlace le realizará un seguimiento, que consiste en entrevista clínica, 3 sesiones semanales de entrenamiento en técnicas de relajación y entrevista de enfermería.

6. ACLARACIONES

- La decisión de participar en el estudio es completamente voluntaria.
- No habrá ninguna consecuencia desfavorable, en caso de no aceptar la participación. Por lo tanto, no afectará a los cuidados médicos.

- Si decide participar en el estudio debe saber que puede retirarse en el momento que lo desee, pudiendo explicar o no, las razones de su decisión, que será respetada. Se le pedirá que firme en este caso la **carta de revocación**.



- No tendrá que hacer gasto alguno durante el estudio.
- No recibirá remuneración por la participación.
- En el transcurso del estudio usted podrá solicitar información actualizada sobre el mismo, al grupo investigador responsable.
- La información obtenida en este estudio, será mantenida con estricta confidencialidad por el grupo de investigadores. Sobre estos datos asisten los derechos de acceso, rectificación, cancelación y oposición. Podrá ejercitar estos derechos mediante solicitud ante el investigador responsable en la dirección de contacto que figura en este documento.
- Los datos no podrán ser cedidos sin su consentimiento expreso, que no se otorga en este acto.

7. CARTA DE CONSENTIMIENTO INFORMADO

Yo, _____ declaro que he leído y comprendido el contenido del presente documento y mis preguntas han sido respondidas de manera satisfactoria. Asumo y acepto que los datos obtenidos en el estudio pueden ser publicados o difundidos con fines científicos.

Por ello, convengo que participo en este estudio de investigación, en el cual se me realizará un seguimiento por parte del servicio de psiquiatría de enlace, los cuales consultarán mi historia clínica cuando precisen.

Recibiré una copia firmada y fechada de este consentimiento.



Firma del paciente: _____

Fecha: _____

Testigo: _____

Fecha: _____

Esta parte debe ser completada por el Investigador (o su representante):

He explicado al Sr(a). _____ la naturaleza y los propósitos de la investigación; le he explicado los riesgos y beneficios que implica su participación. He contestado a las preguntas en la medida de lo posible y he preguntado si tiene alguna duda.

Una vez concluida la sesión de preguntas y respuestas, se procedió a firmar el presente documento.

Firma del investigador: _____

Fecha: _____

8. CARTA DE REVOCACIÓN DEL CONSENTIMIENTO

○ **Título del proyecto:**

Intervención enfermera en el malestar psicológico al alta de la Unidad de Cuidados Intensivos

○ **Grupo de investigadores:**

3 enfermeros especialistas en salud mental, un psiquiatra y un psicólogo clínico.



Sede donde se realizará el estudio: _____

Nombre y DNI del participante:

Deseo informar mi decisión de retirarme de este estudio de investigación por las siguientes razones: (Este apartado es opcional y puede dejarse en blanco si así lo desea)

Si usted así lo desea, podrá solicitar que le sea entregada toda la información que se haya recabado sobre su participación en el presente estudio.

Se deberá elaborar por duplicado quedando una copia en poder del paciente

Firma del paciente: _____

Fecha: _____

Testigo: _____

Fecha: _____



10.8 ANEXO VIII. HOJA DE REGISTRO DE DATOS

Número de historia clínica: _____

Fecha de Ingreso: _____

Fecha de alta: _____

I. DATOS DEL PACIENTE

1) Edad (años) _____

2) Sexo:

a) Hombre

b) Mujer

II. CARACTERÍSTICAS DEL INGRESO

3) Diagnóstico: _____

III. CARACTERÍSTICAS DE LA INTERVENCIÓN

4) Marque aquellas sesiones que recibe el paciente y la fecha de cada una:

a) Primera sesión _____ g) Séptima sesión: _____

b) Segunda sesión _____ h) Octava sesión: _____

c) Tercera sesión _____ i) Novena sesión: _____

d) Cuarta sesión _____ j) Décima sesión: _____

e) Quinta sesión _____ k) Undécima sesión: _____

f) Sexta sesión _____ l) Duodécima sesión: _____



5) Si el paciente no asiste a todas las sesiones o ninguna, marque el motivo:

- a) Motivo clínico
- b) Revocación del consentimiento informado
- c) Otros