



## Jornades de Foment de la Investigació

# **SÍNTOMAS DE ANSIEDAD Y DEPRESIÓN TRAS LA HOSPITALIZACIÓN EN UNA UNIDAD DE CUIDADOS INTENSIVOS<sup>1</sup>**

<sup>1</sup> Proyecto financiado por Ministerio de Educación y Ciencia (PSI 2008-01642/PSIC) y Generalitat Valenciana (BFPI/2008/129).

**Beatriz GIL  
Rafael BALLESTER  
S. GÓMEZ  
Estefanía RUIZ  
Cristina GIMÉNEZ**

## INTRODUCCIÓN

Los grandes avances científico-técnicos acontecidos durante las últimas décadas han dado lugar a una medicina altamente especializada cuya máxima expresión se encuentra en las Unidades de Cuidados Intensivos (UCIs), donde tecnología y eficacia se unen para intentar restablecer el estado de salud de pacientes gravemente enfermos. Si bien es cierto que éste ha sido uno de los principales objetivos de la medicina intensiva también lo es que este proceso, incluso en el mejor de los casos, no está exento de gran malestar y sufrimiento.

En este sentido, si el ambiente hospitalario en sí mismo se considera extraño e intimidante, cuánto más puede serlo una Unidad de Cuidados Intensivos en la que además de la gravedad médica del paciente, con todo lo que esto conlleva, convergen diferentes aspectos característicos de estas unidades que pueden afectar de manera particular a los pacientes y sus familias (Llubià y Canet, 2000). Tal es el caso de la alta tecnología, el constante ir y venir de los profesionales sanitarios, el ruido de máquinas y alarmas, gran cantidad de tubos y cables que limitan la movilidad y posibilidades de comunicación en la persona enferma, el aislamiento de la familia y la ruptura con la vida cotidiana, viéndose alterado el normal funcionamiento del círculo familiar en su conjunto. De esta manera, el ingreso en UCI puede constituir una experiencia realmente estresante y disruptiva (Novaes et al., 1997; Novaes et al., 1999; Llubià, 2008) tanto para el paciente como para sus familiares, pudiendo dar a lugar a un grado variable de afectación emocional durante el ingreso en UCI e incluso varios meses después del alta de la unidad (Curtis, 2003; Pattison, 2005; Azoulay et al., 2005; Abizanda et al., 2006).

Todo esto pone de relieve la importancia de entender al paciente como un ser biopsicosocial, ofreciéndole una atención integral, en la que además de las dolencias físicas, de vital importancia en estos momentos, se atiendan sus necesidades psicológicas, sociales y espirituales, con la finalidad de disminuir el impacto del ingreso en UCI y facilitar en la medida de lo posible un afrontamiento adaptativo a esta situación, tanto en pacientes como en sus familiares y allegados.

## OBJETIVO GENERAL

El objetivo de este trabajo ha sido analizar la afectación psicológica de pacientes y familiares de UCI en términos de ansiedad y depresión así como explorar la posible afectación diferencial entre ambos grupos en este contexto.

## MÉTODO

### PARTICIPANTES

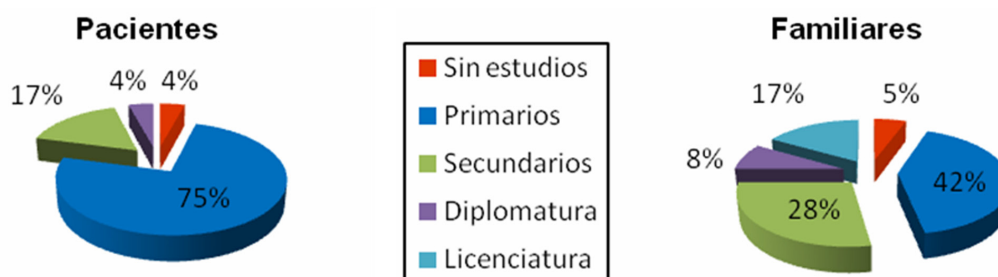
La muestra total para la realización de este estudio ha estado formada por 80 participantes distribuidos a partes iguales entre pacientes y familiares de la Unidad de Cuidados Intensivos del Hospital General de Castellón.

En todo momento se intentó que la distribución de la muestra en cada uno de los grupos fuera lo más homogénea posible. Por sexos, en relación con los pacientes, la muestra estuvo compuesta por el mismo porcentaje de hombres que de mujeres con una edad media en torno a los 50 años ( $\overline{XX}=49,47$ ;  $DT=16,02$ ), mientras que de los 40 familiares evaluados con una edad media próxima a los 44 años ( $\overline{XX}=43,73$ ;  $DT=15,34$ ) el 45% fueron hombres y el 55% restante mujeres (véase Figura 1).



**Figura 1.** Distribución de los pacientes en función del sexo.

Atendiendo a la distribución de la muestra en función del **nivel cultural**, dentro del grupo de los pacientes el 20,8% había realizado estudios secundarios o superiores mientras que el 79,2% restante no tenía estudios o éstos eran primarios. En cambio, el porcentaje de familiares con estudios secundarios o superiores es ligeramente mayor (52,8%) que el de familiares sin estudios/estudios primarios (47,2%) (véase Figura 2).



**Figura 2.** Distribución de la muestra según el nivel de estudios.

En relación con el **estado civil**, cabe destacar que la mayoría de participantes estaban casados/ con pareja. En el grupo de pacientes el 76% tenían pareja frente al 24% que no (12% de solteros y 12% de separados/divorciados). De la misma manera, más de la mitad de los familiares (59,5%) estaban casados/ con pareja mientras que el 40,5% restante no tenían pareja (32,4% referían estar solteros y el 8,1% separados) (véase Figura 3).



**Figura 3.** Distribución de los participantes en función del estado civil.

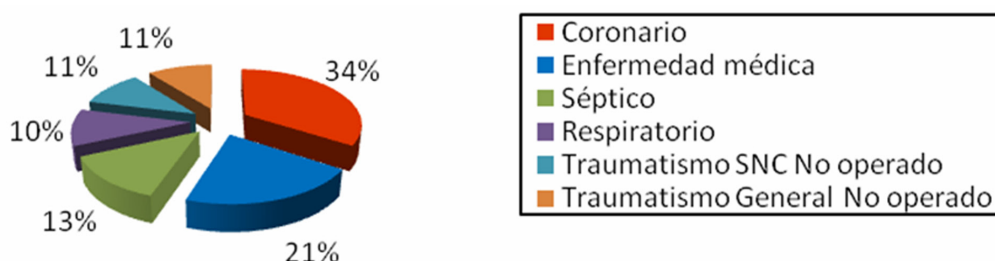
Otro dato en relación con los sujetos que participaron en el estudio es que un gran porcentaje de los mismos tenían **hijos**, concretamente el 88,9% de los pacientes y el 69,2% de los familiares (véase Figura 4).



**Figura 4.** Distribución de los sujetos en función de si tienen o no hijos.

Además de las características descritas comunes a pacientes y familiares, se han recogido otras específicas de cada uno de los grupos.

En el caso de los **pacientes**, atendiendo a la **patología** que motivó su ingreso en UCI, el 33,3% eran pacientes coronarios, el 20,5% ingresó como consecuencia de otras enfermedades médicas (pancreatitis, accidente cerebrovascular, etc.), el 12,8% eran pacientes sépticos, y en menor medida pacientes respiratorios (10,3%), pacientes con traumatismos que afectan sistema nervioso central (SNC) no operados (10,3%) y pacientes con traumatismos generales no operados (10,3%) (véase Figura 5).



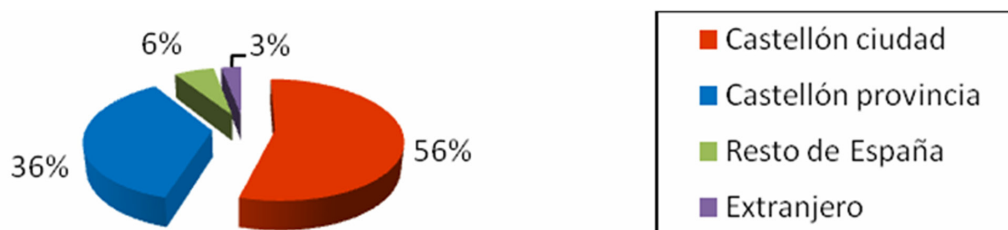
**Figura 5.** Distribución de los pacientes según el grupo de diagnóstico al ingreso.

En relación con el grupo de **familiares**, en función del **parentesco** mantenido con el paciente ingresado, cabe destacar que casi la mitad de los familiares evaluados eran hijos (48,6%), un 24,3% eran pareja, en un 16,2% de los casos se trataba de padres, un 8,1% de hermanos y en un 2,7% otros familiares (véase Figura 6).



**Figura 6.** Distribución de los familiares en función del tipo de parentesco con el paciente.

Respecto al **lugar de residencia**, la mayoría de los participantes residían en Castellón ciudad (54,5%) o en la provincia (36,4%), frente a un 6,1% de familiares de otras provincias españolas y un 3% de fuera de España (véase Figura 7).



**Figura 7.** Distribución de los familiares según el lugar de residencia.

## INSTRUMENTOS DE EVALUACIÓN

Para poder alcanzar los objetivos del presente estudio se han utilizado diferentes instrumentos de evaluación que describiremos a continuación.

### *ESCALA DE ANSIEDAD Y DEPRESIÓN (HADS- ZIGMOND Y SNAITH, 1983)*

Se trata de un cuestionario de 14 ítems, compuesto por dos subescalas de 7 ítems cada una, una de ansiedad (ítems impares) y otra de depresión (ítems pares). La intensidad o frecuencia del síntoma se evalúa en una escala Likert de cuatro puntos (rango 0-3). El marco temporal, aún cuando las preguntas están formuladas en presente, se refieren a la situación durante la última semana y en nuestro caso particular a los primeros días de ingreso en la Unidad de Cuidados Intensivos.

En este instrumento, ideado para ser administrado en contexto hospitalario a sujetos con enfermedades de tipo médico, se ha incidido sobre todo en los aspectos emocionales, evitando la inclusión de aspectos físicos que pueden acompañar a la ansiedad o a la depresión y ser confundidos por el paciente con sintomatología propia de su enfermedad física. El rango de puntuación es de 0 a 21 para cada subescala, considerándose los siguientes puntos de corte: 0-7 Normal; 8-10 Dudoso/posible problema clínico y >10 Probable problema clínico. Su fiabilidad y validez han sido demostradas en diferentes estudios realizados con muestra española (Tejero, Guimera, Farré y Peri, 1986; Herrero et al., 2003).

*CUESTIONARIO DE ANSIEDAD ESTADO-RASGO (STAI- SPIELBERGER, GORSUCH Y LUSHENE, 1970)*

Este cuestionario descrito por Spielberger et al. (1970, 1983) fue adaptado a población española por TEA (Seisdedos, 1988) mostrando buenos índices de fiabilidad y validez. Consta de dos escalas, la de ansiedad estado (A-E) y la de ansiedad rasgo (A-R), formadas por 20 ítems cada una. En la escala A-R los participantes han de contestar cómo se sienten generalmente, mientras que en la escala A-E cómo se sienten en el momento de contestar el cuestionario. Se ha mostrado útil para medir ambos conceptos tanto en escolares de estudios medios y superiores como en pacientes de diversos grupos clínicos. Las respuestas son valoradas siguiendo una escala tipo Likert de cuatro puntos donde una mayor puntuación indica mayor sintomatología. Las categorías de respuesta para la escala A-R son: casi nunca, a veces, a menudo y casi siempre. Y para la escala A-E: nada, algo, bastante y mucho.

*INVENTARIO DE DEPRESIÓN DE BECK (BDI- BECK, WARD, MENDELSON, MOCK Y ERBAUGH, 1961)*

Este instrumento es uno de los más utilizados para evaluar la presencia de sintomatología depresiva. Consta de 21 ítems con cuatro alternativas de respuesta ordenadas de menor a mayor intensidad. La persona evaluada ha de elegir la alternativa que mejor describa su estado actual. Mide sobre todo aspectos cognitivos del estado de ánimo deprimido, aunque también aspectos fisiológicos y conductuales. La puntuación total puede oscilar entre 0 y 63. A este respecto se han establecido diferentes puntuaciones de corte en función de la población de estudio. Beck, Steer y Garbin (1988) en un principio establecieron como posibles los siguientes puntos de corte: 0-9 ausencia de depresión; 10-18 depresión leve; 19-29 depresión moderada y >30 depresión grave.

El instrumento presenta propiedades psicométricas robustas tanto en su versión original como en la versión española (Beck et al., 1988; Sanz y Vázquez, 1998; Lasa, Ayuso-Mateos, Vázquez-Barquero, Díez-Manrique y Dowrick, 2000).

## PROCEDIMIENTO

Este trabajo forma parte de un proyecto de investigación más amplio sobre la afectación emocional de los diferentes agentes implicados en una Unidad de Cuidados Intensivos que en líneas generales presenta la siguientes estructura: evaluación inicial (pretest), fase de intervención, evaluación posterior (postest) y seguimientos.

Los datos que presentamos en este estudio corresponden a la evaluación inicial de la afectación emocional de pacientes y familiares de UCI en términos de ansiedad y depresión. Con el fin de identificar aquellos pacientes ingresados en UCI y los familiares/allegados susceptibles de participar en la investigación ha sido fundamental la colaboración de los profesionales sanitarios de la unidad, lo cual se ha visto reforzado sobre todo en relación con la obtención de muestra de familiares, por el equipo de voluntarias y los carteles informativos colocados en la sala de espera y zonas de paso.

Una vez identificados los posibles participantes, el psicólogo contactaba con cada uno de los pacientes y familiares informándoles de los objetivos y características del estudio así como también de la voluntariedad, anonimato y confidencialidad de los datos, siendo necesaria la obtención del consentimiento informado para poder evaluarles con una batería de cuestionarios diseñada para dicho propósito, entre los que se encuentran los instrumentos descritos anteriormente. En general, el tiempo estimado para llevar a cabo la evaluación completa podía variar de 60 a 90 minutos, en función de la situación clínica particular de cada sujeto.

Es necesario tener en cuenta que la obtención de participantes para el estudio en una Unidad de Cuidados Intensivos resulta muy dificultosa dada la gravedad médica de los pacientes que muchas veces imposibilita su evaluación al no poder establecerse con ellos una adecuada comunicación por encontrarse en situación de coma, sedoanalgesiados, intubados, con deterioro cognitivo, etc., lo cual de entrada reduce considerablemente el posible número de participantes. De la misma forma resulta complejo obtener muestra de familiares puesto que éstos suelen verse desbordados por la gran cantidad de tareas/obligaciones que de repente, tras el ingreso de su ser querido en UCI, tienen que atender al asumir nuevos roles dentro de la familia, acudiendo muchas veces al hospital con el tiempo justo para la visita.

## ANÁLISIS ESTADÍSTICOS

En este estudio nos hemos centrado en el análisis descriptivo de las variables relacionadas con la afectación emocional fundamentalmente en términos de medias y desviaciones típicas. Del mismo modo, se ha llevado a cabo un análisis diferencial de dicha afectación entre el grupo de pacientes y familiares utilizando la Prueba T para muestras independientes.

## RESULTADOS

A continuación se presentan los resultados obtenidos relativos a la afectación emocional de pacientes y familiares de UCI en términos de la presencia de sintomatología ansiosa y depresiva asociada al ingreso en estas unidades.

En el grupo de **pacientes**, los resultados obtenidos con el *HADS* muestran puntuaciones medias en torno a los 7 puntos tanto en la subescala de ansiedad ( $\bar{X}=7,22$ ;  $DT=5,68$ ) como en la de depresión ( $\bar{X}=7,05$ ;  $DT=6,39$ ) sobre un total de 21 puntos en cada subescala, valores que se sitúan entre el rango de puntuaciones normales (0-7) y dudoso/posible problema clínico (8-10). Por otra parte, el análisis de los datos recogidos con el *STAI* complementa los resultados en relación con la ansiedad, presentando puntuaciones medias mayores en Ansiedad-Estado ( $\bar{X}=17,39$ ;  $DT=10,53$ ) que en Ansiedad-Rasgo ( $\bar{X}=14,50$ ;  $DT=10,43$ ). Estas puntuaciones en el caso de los hombres equivalen al percentil 30 en A-E y aproximadamente al percentil 17 en A-R; mientras que en las mujeres corresponden al percentil 50 en A-E y al 30 en A-R. Igualmente, mediante el *BDI* cuya puntuación total puede oscilar entre 0 y 63 puntos, se ha obtenido una puntuación media en depresión de 11,29 puntos ( $DT=8,82$ ) dentro del rango 10-18 (depresión leve) (véase Tabla 1).

En cuanto a las puntuaciones obtenidas en **familiares**, el *HADS* ofrece una puntuación media en ansiedad de 12,75 ( $DT=4,48$ ) y de 10,55 puntos en depresión ( $DT=4,22$ ) (puntuaciones  $>10$  = Probable problema clínico). Por otro lado, el *STAI* muestra puntuaciones medias mayores en Ansiedad-Estado ( $\bar{X}=33,75$ ;  $DT=13,73$ ) que en Ansiedad-Rasgo ( $\bar{X}=21,05$ ;  $DT=11,33$ ), lo que equivale en los hombres a percentiles de 82 en A-E y de 55 en A-R; y en las mujeres a percentiles de 85 en A-E y de 42 en A-R. Mediante el *BDI* la puntuación media en depresión ha sido aproximadamente de 15 puntos ( $\bar{X}=15,15$ ;  $DT=8,64$ ) situándose en el rango 10-18 (depresión leve) (véase Tabla 1).

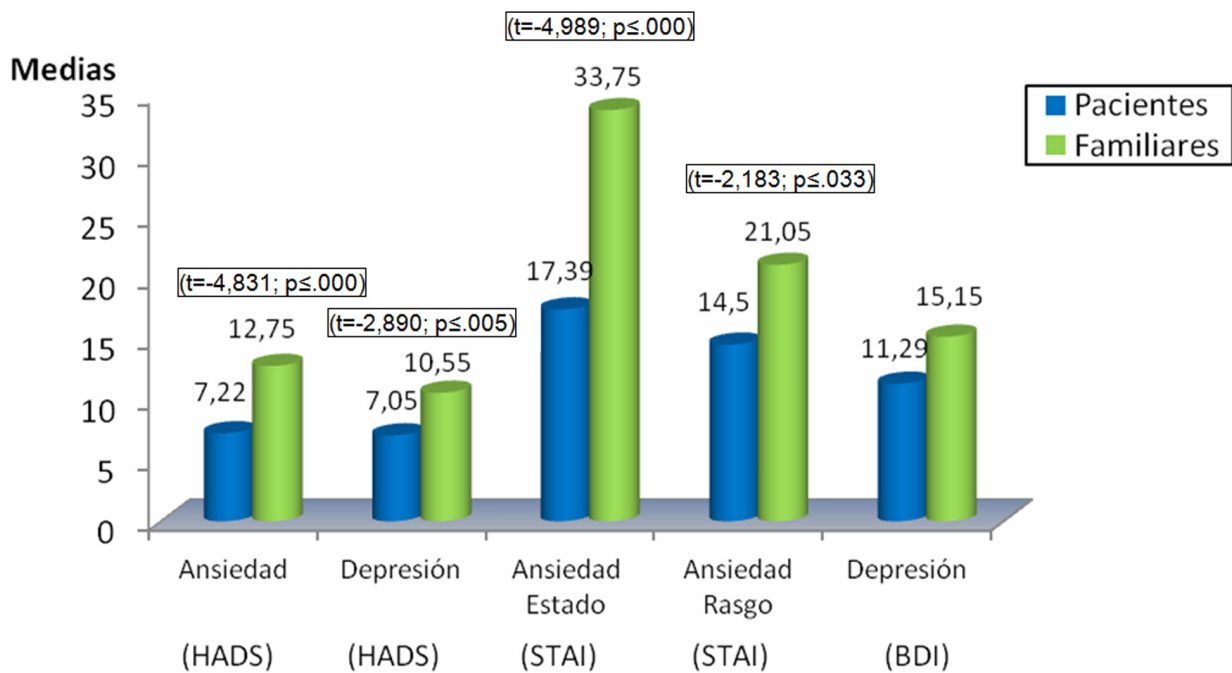
Al comparar las medias obtenidas en depresión y ansiedad entre pacientes y familiares se han encontrado diferencias estadísticamente significativas en ansiedad tanto en los resultados derivados del *HADS* ( $t=-4,831$ ;  $p\leq 0,000$ ) como en las dos subescalas del *STAI*, A-E ( $t=-4,989$ ;  $p\leq 0,000$ ) y A-R ( $t=-2,183$ ;  $p\leq 0,033$ ). En relación con la depresión, las diferencias conseguidas mediante el *HADS* señalan significación estadística ( $t=-2,890$ ;  $p\leq 0,005$ ) mientras que ésta no se alcanza al comparar las medias en depresión de ambos grupos obtenidas a partir del *BDI* ( $t=-1,575$ ;  $p\leq 0,121$ ) (véase Tabla 1).

En todas estas variables, la media de los familiares es superior a la de los pacientes como se aprecia fácilmente en la Figura 8.



|                  | Cuestionario | PACIENTES<br>(N=40) |       | FAMILIARES<br>(N=40) |       | t      | p     |
|------------------|--------------|---------------------|-------|----------------------|-------|--------|-------|
|                  |              | $\bar{x}$           | DT    | $\bar{x}$            | DT    |        |       |
| <b>Ansiedad</b>  | HADS-A       | 7,22                | 5,68  | 12,75                | 4,48  | -4,831 | 0,000 |
|                  | STAI-E       | 17,39               | 10,53 | 33,75                | 13,73 | -4,989 | 0,000 |
|                  | STAI-R       | 14,50               | 10,43 | 21,05                | 11,33 | -2,183 | 0,033 |
| <b>Depresión</b> | HADS-D       | 7,05                | 6,39  | 10,55                | 4,22  | -2,890 | 0,005 |
|                  | BDI          | 11,29               | 8,82  | 15,15                | 8,64  | -1,575 | 0,121 |

**Tabla 1.** Medias en ansiedad y depresión de pacientes y familiares.



**Figura 8.** Medias en ansiedad y depresión en pacientes y familiares de UCI.

## DISCUSIÓN Y CONCLUSIONES

A partir de las diferentes aportaciones teóricas e investigadoras en torno a la afectación emocional en el contexto de UCI y una vez analizados los resultados relativos a la presencia de síntomas de ansiedad y depresión asociados al ingreso en estas unidades, cabe concluir una serie de aspectos.

En líneas generales, pacientes y familiares de UCI presentan alguna sintomatología ansiosa y depresiva, siendo ésta mucho mayor en el grupo de familiares.

Analizando con más detalle los resultados obtenidos en la muestra de **pacientes**, por un lado en relación con la *ansiedad* podemos observar puntuaciones mayores en ansiedad-estado que en ansiedad-rasgo. Concretamente, la puntuación media asociada al ingreso en UCI (STAI-Estado) es superior aproximadamente a la mitad de la población normativa en el caso de las mujeres y al 30% en el caso de los hombres. Por otro lado, en lo que respecta a la *depresión* (BDI), las puntuaciones obtenidas indican presencia de depresión leve. Asimismo, las puntuaciones obtenidas en *ansiedad y depresión* mediante otro instrumento de evaluación (HADS) apuntarán en la misma dirección, situándose en el límite entre lo que se considera normal y posible problema clínico. Resultados similares se han obtenido en uno de los pocos estudios realizados con pacientes todavía ingresados en UCI (Rincon et al., 2001) llevado a cabo en Colombia a partir de la evaluación de 95 enfermos críticos mediante el HADS. Sin embargo, a diferencia de estos autores quienes han encontrado mayor prevalencia en ansiedad que en depresión, en nuestro estudio hemos obtenido valores similares en ambas escalas.

El grupo de **familiares**, tal como es de esperar, también presenta puntuaciones menores en ansiedad-rasgo que en ansiedad-estado. Así, la puntuación media obtenida en *ansiedad* asociada al ingreso en UCI (STAI-Estado) es superior aproximadamente al 85% de la población normativa de mujeres y al 82% en el caso de los hombres, lo cual constituyen cifras realmente importantes. Por otro lado, las puntuaciones obtenidas mediante el BDI estarían dentro del rango de lo que se considera una *depresión* leve. Mientras que los resultados obtenidos con el HADS indican presencia de probable problema clínico tanto en *ansiedad* como en *depresión*. A partir de estos datos podemos comprobar que los familiares muestran una afectación emocional considerable en *ansiedad y depresión*, siendo incluso la sintomatología ansiosa más acusada o manifiesta que la de depresión, tal como se ha encontrado en otros estudios franceses (Pochard et al., 2001; Pochard et al., 2005), americanos (Anderson et al., 2009) y en un estudio piloto realizado por nuestro equipo de investigación (Abizanda et al., 2006). En todos estos trabajos se ha utilizado como instrumento de evaluación el HADS.

Además, al comparar la afectación emocional de pacientes y familiares se observa que en general ésta es significativamente mayor en los familiares (sobre todo en ansiedad) al igual que apuntaban los resultados del estudio piloto realizado por Abizanda et al. (2006).

Estos resultados ponen de relieve la importancia de la intervención psicológica en el contexto de una Unidad de Cuidados Intensivos, proporcionando una atención individualizada a las diferentes necesidades no sólo de los pacientes sino también de sus familiares, intentando mejorar en la medida de lo posible la calidad de vida y bienestar de estas personas.

## BIBLIOGRAFÍA

- ABIZANDA, R., BALLESTER, R., BERNAT, A., IBÁÑEZ, P. EDO, M.T., BISBAL, E., MICÓ, M., REIG, R. y ALVARO, R. (2006): <<Psychological disturbances in patients admitted to ICU and their relatives>>, *European Society of Intensive Care Medicine. 19<sup>th</sup> Annual Congress*. Barcelona, Septiembre de 2006.
- ANDERSON, W.G., ARNOLD, R.M., ANGUS, D.C. y BRYCE, C.L. (2009): <<Passive decision-making preference is associated with anxiety and depression in relatives of patients in the intensive care unit>>, *Journal of Critical Care*, 24, 249-254.
- AZOULAY, E., POCHARD, F., KENTISH-BARNES, N., CHEVRET, S., ABOAB, J., ADRIE, C., ANNANE, D., BLEICHNER, G., BOLLAERT, P.E., DARMON, M., FASSIER, T., GALLIOT, R., GARROUSTE-ORGEAS, M., GOULENOK, C., GOLDGRAN-TOLEDANO, D., HAYON, J., JOURDAIN, M., KAIDOMAR, M., LAPLACE, C., LARCHÉ, J., LIOTIER, J., PAPAZIAN, L., POISSON, C., REIGNIER, J., SAIDI, F. y SCHLEMMER, B. (2005): <<Risk of Post-traumatic Stress Symptoms in family members of Intensive Care Unit patients>>, *American Journal of Respiratory and Critical Care Medicine*, 171, 987-994.
- BECK, A.T., WARD, C.H., MENDELSON, M., MOCK, J. y ERBAUGM, J. (1961): <<An inventory for measuring depression>>, *Archives of General Psychiatry*, 4, 561-571.
- BECK, A.T., STEER, R.A. y CARBIN, M.G. (1988): <<Psychometric properties of the Beck Depression Inventory: Twenty-five years of evaluation>>, *Clinical Psychology Review*, 8, 77-100.
- CURTIS, J.R. (2003): <<Measuring health status after critical illness: Where are we and where do we go from here?>>, en D.C. ANGUS y J. CARLET (Eds.), *Surviving Intensive Care. Update in Intensive Care and Emergency Medicine* (Volume 39). Berlin/Heidelberg: Springer. Pp. 181-196.
- HERRERO, M.J., BLANCH, J., PERI, J.M., DE PABLO, J., PINTOR, L. y BULBENA, A. (2003): <<A validation study of the hospital anxiety and depression scale (HADS) in a Spanish population>>. *General Hospital Psychiatry*, 25, 277-283.
- LASA, L., AYUSO-MATEOS, J.L., VÁZQUEZ-BARQUERO, J.L., Díez-MANRIQUE, F.J. y DOWRICK, C.F. (2000): <<The use of the Beck Depression Inventory to screen for depression in the general population: a preliminary analysis>>, *Journal of Affective Disorders*, 57, 261-265.
- LLUBIÀ, C. y CANET, J. (2000): <<Unidades de cuidados críticos: la difícil tarea de la información>>, *Medicina Clínica*, 114, 141-143.
- LLUBIÀ, C. (2008): <<El poder terapéutico de la escucha en medicina crítica. Fundación

medicina y humanidades médicas>>, *Humanitas*, (en línea) <[http://www.fundacionmhm.org/www\\_humanitas\\_es\\_numero27/revista.html](http://www.fundacionmhm.org/www_humanitas_es_numero27/revista.html)>. [3 de febrero de 2010].

- NOVAES, M.A.F.P., ARONOVICH, A., FERRAZ, M.B. y KNOBEL, E. (1997): <<Stressors in ICU: patients' evaluation>>, *Intensive Care Medicine*, 23, 1282-1285.
- NOVAES, M.A.F.P., KNOBEL, E., BORK, A.M., PAVÃO, O.F., NOGUEIRA-MARTINS, L.A. y FERRAZ, M.B. (1999): <<Stressors in ICU: perception of the patient, relatives and health care team>>, *Intensive Care Medicine*, 25, 1421-1426.
- PATTISON, N. (2005): <<Psychological implications of admission to critical care>>, *British Journal of Nursing*, 14, 708-714.
- POCHARD, F., AZOULAY, E., CHEVRET, S., LEMAIRE, F., HUBERT, P., CANOUI, P., GRASSIN, M., ZITTOUN, R., LE GALL, J.R., DHAINAUT, J.F. y SCHLEMMER, B. (2001): Symptoms of anxiety and depression in family members of intensive care unit patients: Ethical hypothesis regarding decision-making capacity, *Critical Care Medicine*, 29, 1893-1897.
- POCHARD, F., DARMON, M., FASSIER, T., BOLLAERT, P.E., CHEVAL, C., COLOIGNER, M., MEROUANI, A., MOULRONT, S., PIGNE, E., PINGAT, J., ZAHAR, J.R., SCHLEMMER, B. y AZOULAY, E. (2005): <<Symptoms of anxiety and depression in family members of intensive care unit patients before discharge or death. A prospective multicenter study>>, *Journal of Critical Care*, 20, 90-96.
- RINCON, H.G., GRANADOS, M., UNUTZER, J., GOMEZ, M., DURAN, R., BADIÉL, M., SALAS, C., MARTINEZ, J., MEJIA, J., ORDÓÑEZ, C., FLOREZ, N., ROSSO, F. y ECHEVERRI, P. (2001): <<Prevalence, detection and treatment of anxiety, depression, and delirium in the Adult Critical Care Unit>>, *Psychosomatics*, 42, 391-396.
- SANZ, J. y VÁZQUEZ, C. (1998): <<Fiabilidad, validez y datos normativos del Inventario para la Depresión de Beck>>, *Psicothema*, 10, 303-318.
- SEISDEDOS, N. (1988): *STAI. Cuestionario de ansiedad estado-rasgo*. Madrid: TEA.
- SPIELBERGER, C.D., GORSUCH, R.L. y LUSHENE, R. (1983): *Manual for the State-Trait Anxiety Inventory*. Palo Alto, CA: Consulting Psychologists.
- TEJERO, A., GUIMERÁ, E.M., FARRÉ, J.M. y PERI, J.M. (1986): <<Uso clínico del HADS (Hospital Anxiety and Depression Scale) en población psiquiátrica: un estudio de su sensibilidad, fiabilidad y validez>>, *Revista Departamento Psiquiatría Facultad de Medicina de Barcelona*, 13, 233-238.
- ZIGMOND, A.S. y SNAITH, R.P. (1983): <<The Hospital Anxiety and Depression Scale>>, *Acta Psychiatrica Scandinavica*, 67, 361-370.