



## Descripción cualitativa de la atención psicológica en áreas críticas del Hospital Ángeles Metropolitano

Jessica Villalpando Uribe,\* Loris Nacif Gobera,\* Lourdes Vázquez López\*

### Resumen

Los pacientes que llegan a las áreas críticas del Hospital Ángeles Metropolitano, presentan síntomas emocionales que requieren atención psicológica durante su estancia. El objetivo es describir las características demográficas de los pacientes y la sintomatología presentada durante su estancia en áreas críticas (Unidad de Cuidados Coronarios –UCC y Unidad de Terapia Intensiva–UTI), así como el tipo de intervención más utilizada por el Departamento de Intervención Psicológica Hospitalaria (IPH). Se tomó una muestra de 368 pacientes, y se clasificó el tipo de intervención psicológica en tres vertientes: psicoeducación, terapia de apoyo e intervención en crisis. También se comparó la sintomatología emocional presentada por los pacientes de la UCC y la UTI. De la muestra de pacientes, 60% fueron hombres y 40% mujeres, con una edad promedio de 61 años. De las intervenciones 60% fueron a pacientes y 40% a familiares. De acuerdo a la clasificación de estas intervenciones 70% fueron terapia de apoyo, 20% psicoeducación y 10% intervención en crisis. Las técnicas más utilizadas fueron: Contención emocional, solución de problemas y construcción de pensamientos alternativos. Los pacientes de UCC tienden a presentar más problemas en su manejo de estrés cotidiano y estilos de vida poco saludables, mientras que en la UTI, se observan niveles altos de ansiedad en los familiares y fijeza funcional en cuanto a la solución de problemas. Se discute la relevancia de esta información para estructurar un grupo de apoyo en UCC y un instrumento para evaluar la eficacia de la intervención con familiares de UTI.

**Palabras clave:** Terapia intensiva, psicoeducación, terapia de apoyo, intervención en crisis.

### Summary

Patients in critical areas at Hospital Angeles Metropolitano, present emotional symptoms that require psychological attention during their stay. The aim of this study is to describe the demographics characteristics and the symptoms of this patients when they stay at the critical areas of the hospital (Coronary Care Unit–CCU and Intensive Care Unit–ICU). Also it is described the kind of psychological intervention more used in the Department of Hospital Psychological Intervention (IPH). The sample was of 368 patients, and the kinds of psychological intervention were: psychoeducation, supporting therapy and crisis intervention. The emotional symptoms between CCU and ICU were also compared. Of the sample, 60% were male and 40% were female, the mean age was 61 years. 60% of the interventions were with patients and 40% with the patients family. According to the classification of the psychological interventions, 70% were supporting therapy, 20% were psychoeducation and 10% were crisis intervention. The more used techniques were: emotional contention, problems solving and the building of alternative thoughts. Patients in CCU had more problems in their daily stress management and life styles less healthy, while in ICU, the family had high anxiety levels, and functional stiff in the problem solving process. It is discussed the importance of this information for the building of an instrument that could evaluate the efficacy of the intervention with patients and family in ICU, and the creation of a workshop for support CCU patients.

**Key words:** Intensive care, psychoeducation, support therapy, crisis intervention.

\* Intervención Psicológica Hospitalaria. Hospital Ángeles Metropolitano.

*Correspondencia:*  
Jessica Villalpando Uribe  
Hospital Ángeles Metropolitano.  
Oficina Intervención Psicológica Hospitalaria  
4º. Piso Torre Esmeralda  
Tlacotalpan Núm. 59 Col. Roma Sur  
Correo electrónico: jessicavu@hotmail.com

*Aceptado:* 12-02-2007.

### INTRODUCCIÓN

Desde 1978 surge el campo de psicología de la salud, que según Matarazzo<sup>1</sup> es el agregado de contribuciones específicas, educativas, científicas y profesionales, de la disciplina de psicología para la promoción y mantenimiento de la salud, la prevención y tratamiento de la enfermedad, la identificación de correlaciones entre etiología y diagnóstico de salud, enfermedad, y disfunciones relacionadas, y

para el análisis y mejora del sistema del cuidado de la salud y la formación de una política en salud.

Otro término que va muy de la mano y se estableció desde 1978 es el de Medicina Conductual que según Schwartz y Weiss,<sup>2</sup> se usa para referirse al amplio campo interdisciplinario de índole científico, educativo y práctico, el cual se interesa en sí mismo por la salud y la enfermedad y las disfunciones relacionadas (por ejemplo la hipertensión arterial, desórdenes relacionados con el estrés, adicciones, obesidad, etc.). Es un campo interdisciplinario concerniente al desarrollo e integración de la ciencia biomédica y conductual y las técnicas relevantes para la salud y la enfermedad, así como la aplicación de este conocimiento y estas técnicas para la prevención, diagnóstico, tratamiento y rehabilitación.

Desde sus inicios, la medicina conductual ha tenido valiosas aplicaciones en diversos campos de la medicina: oncología, cardiología, medicina interna, pediatría, medicina crítica (Sarafino, 1994).<sup>3</sup>

La intervención psicológica en el área de la salud se clasifica en tres vertientes: intervención en crisis, educación para la salud y terapia de apoyo. De acuerdo con Belar et al (1996)<sup>4</sup> se refiere a lo siguiente: En la intervención en crisis se persiguen básicamente tres objetivos, revertir el distrés psicológico presente del paciente (ansiedad, confusión, desesperanza). Regresar el nivel de funcionamiento anterior. Enseñar acciones personales y recursos comunitarios. Estos tres objetivos se cumplen al lograr que el paciente identifique sus pensamientos, emociones y conductas; ayudándolo a permanecer centrado en el foco del problema, explorando explicaciones y soluciones alternativas; enfatizando las fortalezas del paciente al enfrentar sucesos de vida previos; promoviendo recursos adicionales; y dotando de información y consejo apropiado para el reestablecimiento del equilibrio emocional. En la Unidad de Terapia Intensiva es común observar que tanto los pacientes como los familiares viven una crisis por el estatus médico, ya que esto implica cambios en el estilo de vida, cambio de roles, y preocupación por el avance de la enfermedad y muerte. Aquí es importante aplicar un modelo de intervención de seis pasos (Roberts, 1996)<sup>5</sup> el cual implica: establecimiento de rapport, identificación del problema principal, escucha empática y validación de emociones, explorar y generar alternativas, desarrollo de un plan y su seguimiento para la posterior a la hospitalización.

La terapia de apoyo es un tipo de intervención terapéutica dirigida a disminuir el distrés psicológico del paciente. Es un modelo de tratamiento a corto plazo que se enfoca en ayudar al paciente y su familia a enfrentar exitosamente situaciones amenazantes. En el área de la salud se logra fomentando la participación activa en las decisiones médi-

cas, estableciendo una buena relación paciente–equipo de salud, y asegurándose que los niveles de ansiedad y depresión del paciente son normales. Se siguen técnicas psicológicas específicas como la reestructuración cognitiva (Ellis, 1981;<sup>6</sup> Beck, 1986<sup>7</sup>), que busca identificar los pensamientos disfuncionales que son irracionales porque no tienen un fundamento o causan malestar emocional, y elaborar pensamientos alternativos con un fundamento o que conducen a un equilibrio emocional. Otra técnica muy utilizada en la terapia de apoyo es la de solución de problemas, propuesta por D´Zurrilla y Nezu (1999),<sup>8</sup> en la cual se trabaja bajo el supuesto de que entre más efectiva sea la gente para resolver o enfrentar un problema, menor será la cantidad de estrés que experimentará; los pasos a seguir en esta técnica son: formulación y definición del problema, generación de alternativas, toma de decisiones, e implementación y verificación.

La educación para la salud se refiere a trabajar con la información que el médico ha proporcionado al paciente sobre su padecimiento y tratamiento, es un ingrediente fundamental para lograr la adherencia terapéutica. Depende del grado de ansiedad del paciente y consiste en ayudar a asimilar la información sobre los procedimientos y las sensaciones de un tratamiento. Es importante mencionar que este tipo de intervención no se refiere a dar información médica, pues ésta es función exclusiva del personal médico, sino que se enfoca a trabajar con el paciente ideas irracionales sobre su enfermedad y tratamiento, pues en ocasiones la cultura o el grado de ansiedad no les permite recordar toda la información que le ha dado el médico.

En las áreas críticas de un hospital (Unidad de Cuidados Coronarios – UCC y Unidad de Terapia Intensiva – UTI) es muy importante contar con apoyo psicológico por varios factores: es un ambiente extraño y hay muchos aparatos desconocidos, la presencia de enfermos más graves, la alteración del ritmo sueño – vigilia, estímulos que cambian bruscamente, el aislamiento social, así como métodos invasivos para los pacientes. Existen varios estudios que se enfocan a demostrar la efectividad de este tipo de intervenciones tanto con los pacientes como con los familiares en estas áreas, además de explicar que la inserción del psicólogo en ellas es algo que se vuelve cada vez más frecuente en hospitales modernos que siempre buscan estar a la vanguardia.

Giacomonte en el 2000,<sup>9</sup> por ejemplo, hace un estudio en el que se ayuda a los pacientes y familiares a identificar dificultades y enfrentarlas de la mejor manera posible. Hay también estudios que se han enfocado a medir el estrés de los pacientes durante y después de la estancia en UTI, que han encontrado que hay niveles altos de estrés ante procedimientos tales como la ventilación mecánica (Uligh y Kallus, 2004;<sup>10</sup> Chlan, 2003<sup>11</sup>), que puede desencade-

nar incluso un trastorno por estrés postraumático (Scragg et al, 2001).<sup>12</sup>

Otros autores como Albístur en el 2000<sup>13</sup> o Andreoli et al en el 2001,<sup>14</sup> hablan de que un papel muy importante del psicólogo es el de contener y por lo tanto disminuir los conflictos entre el equipo de la UTI y los familiares, al optimizar la comunicación y apoyar en aspectos emocionales. Por otro lado, Parada (1998)<sup>15</sup> en un estudio demuestra una reducción de ansiedad en los familiares de pacientes de la UTI, por medio de psicoeducación con respecto a cómo funciona la UTI y los procedimientos que se le hacen a los pacientes, modelamiento con respecto a la interacción con el paciente, además de llevar a cabo intervención en crisis en los momentos de mayor estrés. En esta misma línea se han desarrollado instrumentos para medir tanto el estrés en los pacientes de la UTI (Johnson et al, 1995),<sup>16</sup> así como las necesidades de los familiares de estos pacientes (Bijttebier et al, 2000),<sup>17</sup> que de acuerdo con él son 5 tipos de necesidades: necesidad de información, necesidad de confort, necesidad de apoyo, necesidad de seguridad y de reducción de ansiedad. Lo anterior señala la importancia de contar con estudios sistematizados en México que demuestren la efectividad de la intervención psicológica en las áreas críticas de los hospitales.

## OBJETIVO

En el Hospital Ángeles Metropolitano desde el año 2003 se cuenta con el Departamento de Intervención Psicológica Hospitalaria (IPH), el cual está inmerso en varias áreas del hospital, entre ellas la Unidad de Cuidados Coronarios – UCC y la Unidad de Terapia Intensiva – UTI. Así en el presente trabajo se describen las características demográficas de los pacientes y la sintomatología presentada durante su estancia ya sea en UCC o en UTI, así como el tipo de intervención psicológica más utilizada por IPH. Esto con la finalidad de tener una primera etapa que nos dé los datos suficientes para sustentar la necesidad de medir de manera cuantitativa la efectividad de la intervención psicológica en las áreas críticas de hospitalización, construyendo un instrumento estandarizado en la población mexicana, que permita esto en una segunda etapa de investigación.

## MATERIAL Y MÉTODOS

De una población de 452 pacientes que estuvieron en UTI y UCC de enero a septiembre de 2005, se tomó una muestra de 368 pacientes atendidos por IPH. Se obtuvieron los datos demográficos de los pacientes a través del sistema de expedientes de IPH, y se clasificó en tres vertientes el tipo de intervención psicológica realizada: intervención en crisis, terapia de apoyo y psicoeducación. Por

último se comparó de manera cualitativa el tipo de sintomatología emocional presentada por los pacientes de UCC con los pacientes de la UTI.

Esta sintomatología era evaluada por medio de la observación clínica diaria que IPH hace a los pacientes de las áreas críticas, y a la referencia por parte del personal médico y de enfermería.

Los criterios que se consideran para que un paciente sea objeto de atención psicológica según sus tres vertientes son, de psicoeducación: angustia del paciente y/o familiar, por la hospitalización misma y por los procedimientos a los que será sometido; estancia prolongada; desorientación del paciente y problemas de comunicación por la intubación. De terapia de apoyo: ansiedad del paciente o el familiar por la incertidumbre de la evolución (referida por el mismo o cualquier síntoma observable propio de ansiedad: llanto fácil, temblor, sudoración; discurso desorganizado, falta de atención y concentración, malestar estomacal, mareo, vómito); fijeza funcional del familiar (no encuentra solución a problemas que tiene que enfrentar durante la hospitalización); irritabilidad del paciente (referida sobre todo por el personal médico, enfermería o los familiares); angustia por la causa o por las consecuencias de su padecimiento físico (referido por el paciente). De intervención en crisis: angustia del paciente o familiar en fase terminal; ansiedad ante un diagnóstico inesperado o muerte súbita.

## RESULTADOS

De los 368 pacientes con los que se llevó a cabo una intervención psicológica, 40% eran mujeres y 60% eran hombres. En las áreas críticas en general, la media de edad fue de 61 años con una  $ds = 8$ . El promedio de días de estancia fue de 5 días. En la *figura 1*, se ilustra esta distribución.

De los 368 pacientes, 199 (54%) eran de la UTI y 169 (46%) de la UCC. De los pacientes de la UTI, 118 (58%) fueron hombres y 81 (42%) mujeres. Mientras que de los pacientes de UCC, 110 (65%) fueron hombres y 59 (35%) mujeres. En las *figuras 2 y 3* podemos observar la distribución de la población en la UTI y UCC, respectivamente.

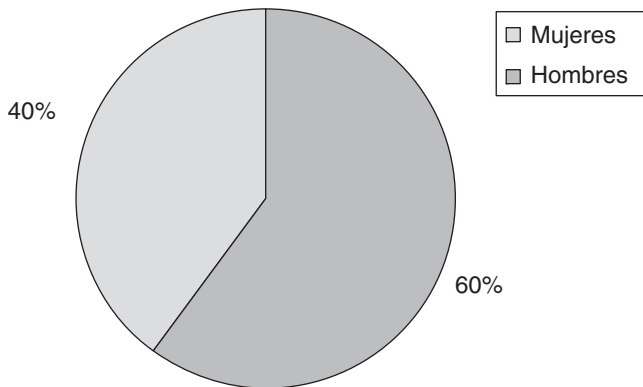
Los padecimientos de la UCC son en su totalidad cardíacos. En la UTI, los padecimientos por orden de frecuencia son: neurológicos, digestivos, respiratorios, traumatismos, otros padecimientos (escaras, lupus, intoxicación, shock séptico), renales y oncológicos. En la *figura 4*, se observa la distribución de estos padecimientos.

Como se mencionó anteriormente, las intervenciones se llevaron a cabo tanto con los pacientes como con los familiares. De éstas, el 60% fueron intervenciones con los

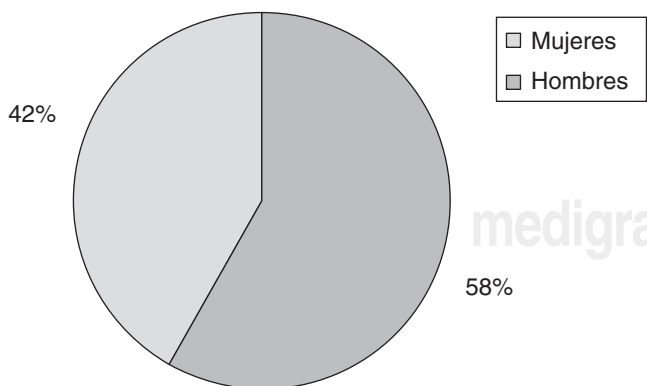
pacientes y el 40% con los familiares. En la *figura 5*, se representa esta distribución.

De estas intervenciones, los tres tipos de atención (intervención en crisis, terapia de apoyo y psicoeducación) de acuerdo a los expedientes clínicos que tenemos sistematizados en IPH, se distribuyeron de la siguiente manera: 70% terapia de apoyo, 20% psicoeducación y 10% intervención en crisis. Las técnicas psicológicas más usadas en estas intervenciones fueron: contención emocional, solución de problemas y construcción de pensamientos alternativos. En la *figura 6*, se representa la distribución del tipo de intervención psicológica.

En cuanto a la sintomatología emocional presentada por los pacientes y familiares de UTI y UCC, se menciona en el *cuadro 1* en orden descendente de frecuencia, los síntomas emocionales que fueron objeto de atención psicológica, de acuerdo a los expedientes clínicos de IPH, en cada una de las áreas críticas del Hospital Ángeles Metropolitano.



**Figura 1.** Sexo y edad de los pacientes.

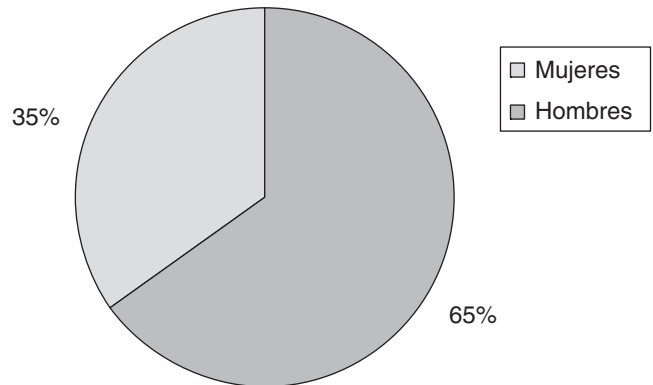


**Figura 2.** Distribución de la población de la UTI.

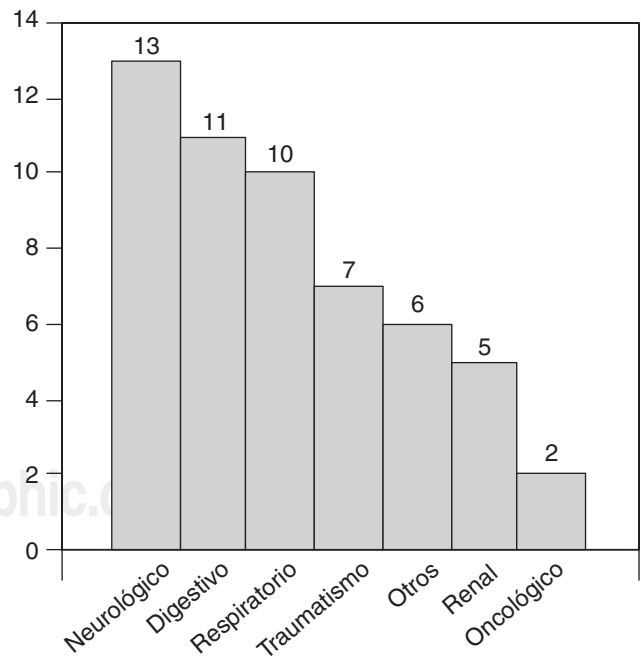
Esta sintomatología requirió el siguiente tipo de intervención psicológica en UTI y UCC, descrito en el *cuadro 11* en orden descendente, donde observamos que es similar en frecuencia pero las técnicas específicas empleadas difieren en cada Unidad.

## DISCUSIÓN Y CONCLUSIONES

Esta descripción ofrece un panorama de las necesidades de atención psicológica que tienen los pacientes en la Unidad de Terapia Intensiva y Cuidados Coronarios, ya que de la población de 452 pacientes, con 368 se logró llevar



**Figura 3.** Distribución de la población de la UCC.



**Figura 4.** Padecimientos médicos en UTI.

a cabo una intervención psicológica, lo que representa un 82% de dicha población.

Este tipo de intervención se pudo llevar a cabo porque la mayoría de los pacientes y familiares presentó síntomas de ansiedad y depresión durante su estancia. La mayoría de las intervenciones fueron una terapia de apoyo (70%), ya que por los días de estancia (promedio 5 días) en áreas críticas se puede llevar a cabo un proceso corto en el cual se fortalezcan las habilidades del paciente y familiar para enfrentar el suceso crítico, mejorar la comunicación con el personal médico y visualizar más alternativas para resolver problemas, todo esto a través del cambio de pensamiento a uno más objetivo y funcional; tal como lo menciona Roberts (op. cit.).

En cuanto al tipo de padecimiento, se observó que un porcentaje notable de los pacientes de áreas críticas tienen una afección cardíaca (46%), mientras que el otro 54% tiene diversos padecimientos. Es decir, que casi se distribuye por partes iguales la población de áreas críticas en las dos subáreas: pacientes de UCC y pacientes de UTI. Es importante mencionar que los pacientes de cada una de estas subáreas presentan sintomatología emocional diferente: los pacientes de UCC muestran un mal control en su estrés cotidiano y estilos de vida poco saludables, lo que influye junto con otras causas biológicas en que se haya desencadenado un padecimiento cardíaco. Mientras que los pacientes de UTI están ansiosos por la estancia en un área totalmente desconocida, lo que coincide con los estudios revisados (Uligh y Kallus, op. cit.; Chlan, op. cit.; Scragg et. al, op. cit.). Además de que en la UTI la ansiedad de los familiares es mayor, pues se enfrentan a una situación nueva donde tienen que cambiar roles, y están muy preocupados por la evolución de su paciente, ya que perciben la muerte como

algo muy cercano. Esto explica por qué el 40% de las intervenciones fueron con familiares.

Esto es importante, ya que al agruparse tanto la UTI como la UCC en áreas críticas, parecería que las necesidades de atención psicológica son similares, sin embargo, al hacer una descripción de la sintomatología presentada en cada una, podemos ver, como se observó en el cuadro I y II de los resultados, que el tipo de intervención requiere de técnicas específicas diferentes, que llevan a beneficios importantes en cada área, pues aunque la terapia de apoyo fue predominante en ambas, en la UTI se enfoca más a dar contención al familiar y al paciente, con lo cual, la estancia prolongada que tienen la mayoría de los pacientes es más llevadera y se enfoca a tener cercanía y confianza con el equipo médico, así como a promover un papel más activo del familiar mediante la solución de problemas. Mientras que en la UCC, esta misma terapia de apoyo se enfoca más al control de la irritabilidad del paciente por medio de las técnicas de manejo de ansiedad y estrés, lo que busca facilitar el trabajo del equipo médico y de enfermería, con lo que se busca generalizar en la vida del paciente cuando sea dado de alta, logrando en el mejor de los casos mantener el nivel de salud que el procedimiento médico otorgó, al fomentar en el paciente el autocuidado y prevención de recaídas.

De esta manera, podemos ver que cada subárea requiere del desarrollo de diferentes cosas en una segunda etapa del estudio. En UCC se requiere de un seguimiento de los pacientes a través de una intervención estructurada y breve que les dé las herramientas para aprender a controlar su estrés cotidiano y cambiar los estilos de vida poco saludables. Y en UTI es importante desarrollar una medida cuantitativa que demuestre la efectividad de la intervención psicológica tanto en pacientes como en familiares.

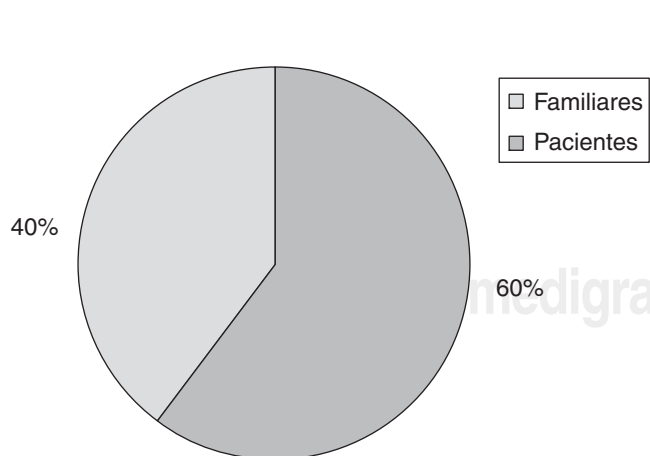


Figura 5. Sujeto de la intervención.

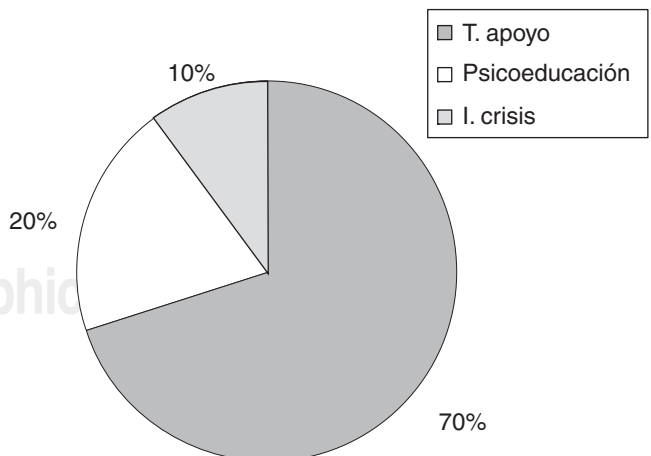


Figura 6. Tipo de intervención.

**Cuadro I.** Cuadro comparativo de la sintomatología emocional más frecuente en pacientes y familiares de UCC y UTI.

| UTI  | UCC  |
|--|--|
| Ansiedad de paciente y/o familiar por la incertidumbre de la evolución<br><br>Fijeza funcional del familiar<br>Angustia por procedimientos médicos<br>Angustia por la llegada a la UTI<br>Desorientación del paciente y angustia por problemas de comunicación<br>Angustia por fase terminal o muerte súbita<br>Angustia por un diagnóstico inesperado | Angustia por la causa de su padecimiento y por las consecuencias de éste en su vida (Sobre todo infartos)<br>Irritabilidad del paciente<br>Angustia por procedimientos médicos<br>Angustia por la llegada a UCC<br>Angustia del paciente por no poder comunicarse debido a la intubación<br>Angustia por fase terminal o muerte súbita |

**Cuadro II.** Cuadro comparativo del tipo de intervención psicológica requerido en UTI Y UCC.

| UTI   | UCC  |
|---|--|
| Terapia de apoyo: contención emocional<br>Terapia de apoyo: solución de problemas<br>Psicoeducación<br>Intervención en crisis | Terapia de apoyo: manejo de ansiedad y estrés<br>Terapia de apoyo: manejo de ansiedad y estrés<br>Psicoeducación<br>Intervención en crisis |

Como conclusión, la intervención psicológica en las áreas críticas de un hospital es un factor importante para manejar la angustia, tanto de los pacientes como de los familiares. El hecho de intervenir con la mayoría de los pacientes que llegan a la UTI o UCC, indica esta necesidad, sin embargo, se requiere una segunda etapa en la que se demuestre de forma cuantitativa la efectividad de la intervención psicológica, así como se ha demostrado en estudios que se han hecho fuera de México (Giacomonte, 2000; Albistur, 2000; Andreoli et al, 2001, Parada, 1998).

Sobre todo, se requiere de un instrumento que pueda dar una medida objetiva y confiable de la efectividad de este tipo de intervención, similar al de Bijttebier et al (2000), donde se especifique las necesidades de los familiares y los pacientes, y se le dé una prioridad al brindarles la atención psicológica, dependiendo también de las características de ellos.

Esto establecerá también las diferencias entre tipo de pacientes, ya que por ejemplo, de manera cualitativa en esta primera etapa se observó que las características de los pacientes de la UCC y UTI son diferentes, pues en UCC la mayoría reportan un mal manejo de su estrés cotidiano, lo que sugiere un tratamiento específico para esto. Mientras que para los pacientes de UTI se requeriría manejar el

estrés generado por la experiencia del hospital y para el funcionamiento de los familiares en los momentos de angustia, tal como lo han hecho Uligh y Kallus (2004), Chlan (2003) y Scragg et al (2001).

Además con este trabajo, se observa que el hospital Ángeles Metropolitano como un hospital de vanguardia, demuestra estar abierto al trabajo interdisciplinario donde participan de manera colaborativa el equipo médico, de enfermería y el Departamento de Intervención Psicológica, lo que resulta en una atención integral y de calidad para los pacientes. Esto sucede sobre todo por la apertura de los médicos a trabajar en equipo con otros profesionales de la salud, tanto en áreas críticas como en otras áreas del hospital.

## REFERENCIAS

1. Matarazzo JD. Behavioral health's challenge to academia, scientific and professional psychology. *American Psychologist* 1982; 37: 1-14.
2. Schwartz G, Weiss S. Yale Conference on Behavioral Medicine: A proposed definition and statement of goals. *Journal of Behavioral Medicine* 1978; 1(1): 3-12.
3. Sarafino E. *Health Psychology*. New York: John Wiley & Sons, 1994. Cap. 1 y 6.

4. Belar C, Deardoff W, Kelly K. *The practice of Clinical Health Psychology*. New York: Pergamon Press; 1987. Cap. 1, 6 y 7.
5. Roberts A. *Crisis Intervention Handbook*. New York: Pergamon Press; 1996: 412-427.
6. Ellis A. Manual de terapia racional – emotiva. Bilbao: Descleé de Brouwer; 1981.
7. Beck A. *Cognitive Therapy & The Emotional Disorders*. Connecticut: International Universities Press; 1986. Caps. 9 y 10.
8. D´Zurrilla J, Nezu M. *Problem – Solving Therapy*. A social competence approach to clinical intervention. New York: Springer; 1999. Cap. 1.
9. Giacomonte E. El médico Clínico frente a la ansiedad. *Acta Médica Sanatorio Mater Dei* 2000; 16: 36-45.
10. Uligh T, Kallus K. Stress and stress disorders during and after intensive care. *Current Opinion in Anaesthesiology* 2004; 17(2): 131-135.
11. Chlan L. Description of anxiety levels by individual differences and clinical factors in patients receiving mechanical ventilatory support. *Heart and Lung: Journal of Acute & Critical Care* 2003; 32(4): 275-282.
12. Scragg P, Jones A, Fauvel N. Psychological problems following ICU treatment. *Anaesthesia* 2001; 56(1): 9-14.
13. Albístur M, Bacigalupo J, Gerez J, Uzal M, Ebeid A, Maciel M, Soto J. La familia del paciente internado en la Unidad de Cuidados Intensivos. *Rev Med Uruguay* 2000; 16: 243-256.
14. Andreoli P, Novaes M, Karam C, Knobel E. (2001). The ICU Humanization Program: contributions from the psychologist team. *Critical Care* 2001; 5(Suppl 3): 80.
15. Parada M. Procesos psicoterapéuticos desarrollados a familiares y pacientes críticos que ingresan en una unidad de cuidados intensivos. *Revista del Hospital de Clínicas Caracas Venezuela* 1998; 14: 228-235.
16. Johnson S, Craft M, Titler M, Halm M, Kleiber Ch, Montgomery L, Megivern K, Nicholson A, Buckwalter K. Perceived changes in adult family members´ roles and responsibilities during critical illness. *Journal of Nursing Scholarship* 1995; 27(3): 238-243.
17. Bijttebier P, Delva D, Vanoost S, Bobbaers H, Lauwer P, Vertommen H. Reliability and validity of the critical care family needs inventory in a Dutch-speaking Belgian sample. *Heart & Lung: Journal of Acute & Critical Care* 2000; 29(4): 278-286.