

Patient Guide

Español | Spanish

Trastorno por Estrés Postraumático (TEPT) asociado a Enfermedades Críticas y Cuidados intensivos



Sobre esta guía

Bienvenido a la guía de Psychology Tools sobre el trastorno por estrés postraumático (TEPT) asociado a enfermedades críticas y cuidados intensivos

Psychology Tools tiene una misión dual: En primer lugar, asegurar que los terapeutas alrededor del mundo tengan acceso a herramientas con evidencia de alta calidad que les permita desarrollar terapias efectivas y, al mismo tiempo, ser una fuente confiable de auto-ayuda psicológica para el público. Hemos elaborado esta guía, la cual se encuentra disponible de forma gratuita debido a que, como resultado de la crisis de salud global, un mayor número de personas están manifestando experiencias médicas serias. Estas incluyen la admisión a hospitales con problemas respiratorios y/o el traslado a unidades de cuidados críticos (terapia intensiva). Una gran proporción de estas personas desarrollarán síntomas del trastorno por estrés postraumático (TEPT).

Esta guía es para el uso de:

- **Personas que han sobrevivido a una experiencia médica aterradora, como haber sido admitido por ejemplo, a una unidad de cuidados intensivos.**
- **Personas que han sido hospitalizadas con problemas médicos severos relacionados a la COVID-19, sus familiares y amigos.**
- **Profesionales de la salud mental y médicos quienes quieren entender alternativas sobre cómo ayudar.**

Si has vivido alguna de las experiencias descritas en esta guía, es posible que puedas percibir algunos de los ejemplos como ‘provocadores’ o molestos. Recuerda que nada en esta guía puede lastimarte y que aprender sobre lo que te ha ocurrido (y continúa ocurriendo) puede ayudar a su pronta recuperación. Te sugerimos que leas el contenido en forma pausada y por secciones. Si en algún momento te sientes demasiado abrumado, solicita ayuda de un profesional de la salud.

¿Cómo se sienten las personas después de haber sido tratadas en una unidad de cuidados intensivos?

Estar gravemente enfermo es una experiencia física y emocionalmente abrumadora. Naturalmente, debido a la magnitud de lo que has pasado, toma tiempo recuperarse. Cómo te sientas y cuánto tiempo toma recuperarse, dependerá del tipo de enfermedad que hayas tenido y del tiempo que estuviste enfermo. Algunas de las experiencias más comunes después de salir de una unidad de cuidados intensivos (UCI) incluyen:

- **Sentirse físicamente débil.** Incluso, hacer cosas sencillas como vestirse, moverse o salir del baño, pueden requerir un enorme esfuerzo.
- **Fatiga.** Podrías sentirte exhausto y con la necesidad de dormir más de lo habitual.
- **Entumecimiento o diversos** cambios corporales.
- **Sensación de falta de oxígeno (disnea),** incluso al hacer pequeños esfuerzos como subir las escaleras.
- **Cambios en su apariencia** que pueden incluir cambios en cómo se ve y siente su cabello, piel o uñas. También podrías estar recuperándote de alguna cicatriz quirúrgica.
- **Voz ronca,** especialmente si fuiste intubado.
- **Efectos en cómo te sientes mentalmente.** Podrías sentirte más olvidadizo o con dificultades para leer más de unas pocas oraciones. Es normal sentirse desconcertado y con dificultades para concentrarse o realizar alguna tarea.
- **Cambios emocionales** incluidos sentimientos de irritabilidad, depresión o ansiedad. Podrías no querer salir o si lo haces, podrías sentirte abrumado por los lugares con mucha gente.
- **Preocupación abrumadora,** como desasosiego por volverse a enfermar o por nunca poder recuperarse. Podrías sentir que las experiencias de cuidado crítico que viviste repercuten en su salud mental: por ejemplo, preocuparse sobre recuerdos de las alucinaciones que pudiste haber tenido mientras estabas hospitalizado.

Trastorno por estrés post-traumático (TEPT) asociado a Enfermedades Críticas y Cuidados intensivos

La recuperación podría tomar más tiempo de lo esperado. Algunos síntomas como la debilidad muscular son muy comunes incluso seis meses después de salir del hospital.

Investigadores entrevistaron a personas egresadas de la UCI. A continuación encontrarás sus comentarios:

- “Me da pánico salir solo y pensar que puedo enfermar”
- “Estoy muy enojado con mi familia. Ellos se preocupan demasiado cuando intento hacer algo por mi cuenta”
- “Estoy molesto conmigo mismo por no regresar ya a la normalidad”
- “He intentado ayudar lavando platos pero siempre se me caen”
- “La primera vez que regresé a casa, subí las escaleras utilizando las manos y rodillas, pues tropecé y caí sentado”

¿Algunos de estos comentarios te resultan familiar? Son experiencias normales que ocurren después de requerir cuidado crítico en un hospital. El cuerpo y la mente necesitan tiempo para sanar y es importante que seas paciente contigo mismo mientras te recuperas.

¿Qué es el Trastorno de Estrés Postraumático (TEPT)?

El TEPT describe una variedad de síntomas que muchas personas desarrollan después de que su vida ha estado en peligro o cuando ha existido la posibilidad de sufrir lesiones graves. También, usted podría sentirse de esta forma si ha presenciado que estas situaciones le han sucedido a un ser querido – tales como observar a un familiar en cuidados intensivos. Algunos eventos traumáticos que pudieran ocurrir durante la admisión a un hospital incluyen:

- Momentos en los que usted creyó que iba a morir.
- Experiencias médicas aterradoras, invasivas o dolorosas.
- Momentos en los que recibió malas noticias y tuvo pensamientos sobre lo que esto significaría para usted o para sus seres queridos.
- Alucinaciones causadas por la medicación, delirios u otras condiciones.
- Experiencias en las que usted se sintió impotente o en las que sintió que no estaba recibiendo ayuda.
- Experiencias en las que usted era consciente de la muerte de otras personas.

Durante una experiencia traumática, es común sentir emociones poderosas, sensaciones corporales, o tener pensamientos aterradores. Es posible que haya tenido alguno (o ninguno) de los siguientes pensamientos y sentimientos:

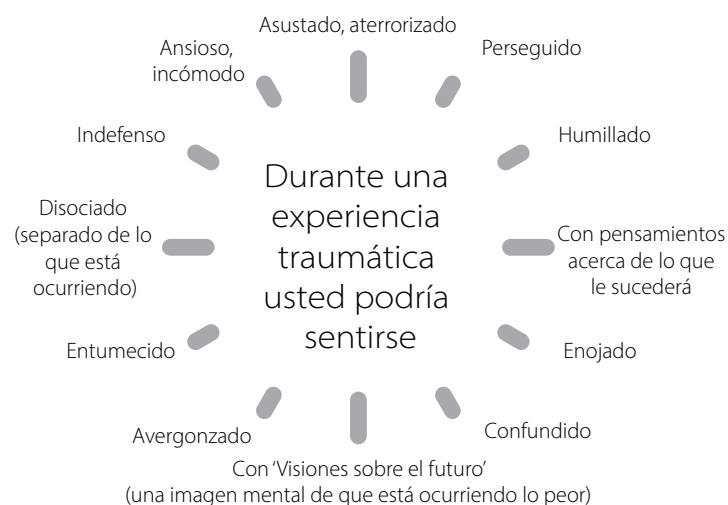


Figura: Formas comunes de pensamientos y sentimientos durante los eventos traumáticos.

Trastorno por estrés post-traumático (TEPT) asociado a Enfermedades Críticas y Cuidados intensivos

Una vez finalizada la experiencia traumática, puede tomar algún tiempo aceptar lo que sucedió. Es normal sentirse conmocionado, abrumado o adormecido durante días, semanas o incluso meses después. Para la mayoría de las personas, estos sentimientos disminuyen con el tiempo pero para otras personas, persisten y empiezan a afectar su vida.

¿Cuáles son los síntomas del TEPT?

Si usted ha experimentado estos síntomas luego de una experiencia traumática, usted podría recibir un diagnóstico de TEPT:



Re-experimenta la experiencia del trauma en forma de recuerdos, pesadillas o reacciones corporales.



Evita pensamientos, sentimientos y recordatorios sobre esa experiencia.



Cambios negativos en sus pensamientos o estado de ánimo.



Sentirse 'en guardia' y 'al borde'

- **Re-experimenta la experiencia del trauma en forma de recuerdos, pesadillas o reacciones corporales.** Usted podría experimentar recuerdos no deseados sobre su experiencia traumática, los cuales 'aparecen' de forma involuntaria y frecuentemente llegan acompañados de emociones muy fuertes. Sus recuerdos podrían ser activados por recuerdos de su experiencia médica, por ejemplo al ver un drama de hospital por televisión o al recibir confirmación de una cita médica. Usted podría experimentar:
 - Recuerdos de los hechos (eventos que realmente sucedieron), como el momento en el que recibió malas noticias.
 - Recuerdos de alucinaciones - las alucinaciones son muy comunes en personas gravemente enfermas. Es posible que haya visto o escuchado cosas que luego descubrió que realmente no existían.
 - Recuerdos de los pensamientos que tenía mientras se encontraba enfermo. Por ejemplo: algunos pacientes en cuidados intensivos a menudo piensan que están siendo perseguidos por el personal médico, quienes en realidad están tratando de ayudar.

Usted podría experimentar una mezcla de estos síntomas:

Trastorno por estrés post-traumático (TEPT) asociado a Enfermedades Críticas y Cuidados intensivos

- **Evasión de pensamientos, sentimientos y recuerdos de su experiencia.** Esto puede incluir personas, lugares, evasión de recuerdos, o intentos de suprimir los propios pensamientos y recuerdos. Tras una experiencia médica traumática, es posible que las citas médicas le provoquen ansiedad, puede que intente evitar los programas televisivos sobre hospitales, o incluso puede que trate de evitar mirar o tocar partes de su propio cuerpo que le recuerden lo que ha pasado.
- **Cambios negativos en sus pensamientos o en su estado de ánimo.** Por ejemplo, algunas personas tienen alucinaciones aterradoras cuando están enfermas y empiezan a preocuparse (de forma errónea) sobre el hecho de que puedan tener un problema de salud mental grave. Otras personas piensan que están siendo maltratadas en el hospital y estos pensamientos persisten después de marcharse. Tras una enfermedad crónica, muchos empiezan a preocuparse con la idea de volver a enfermarse. Estas creencias pueden hacerlo sentir ansioso/a o deprimido/a.
- **Sentimientos de “alerta” y de “estar al borde”.** Tras una experiencia traumática es común sentirse ansioso/a o incapaz de relajarse. Algunas personas se sienten más furiosas o irritables que antes. Puede que incluso tengas dificultad para conciliar el sueño.

¿Qué tan común es el TEPT?

Es normal experimentar algunos síntomas de TEPT tras una experiencia traumática. Afortunadamente, la mayoría de personas empiezan a mejorar en el primer mes posterior al evento. Sin embargo, dependiendo del tipo de trauma, el 20-30% de personas pueden experimentar síntomas de TEPT persistentes. Tras el tratamiento en cuidados intensivos, 1 de cada 5 personas experimentan TEPT.



Figura: Tras el tratamiento en cuidados intensivos, 1 de cada 5 personas experimentan TEPT.

¿Cómo la hospitalización en una unidad de cuidados críticos puede provocar el TEPT?

Por definición, si usted es hospitalizado en una unidad de cuidados intensivos, su estado es crítico. Requerirá monitoreo las 24 horas del día y algunos procedimientos invasivos que provean el soporte vital. Los pacientes en cuidados intensivos a menudo están conectados a una amplia gama de máquinas: las más comunes incluyen monitores cardíacos y ventiladores mecánicos (cuando los pacientes no pueden respirar por sí mismos). Muchas máquinas de soporte vital emiten pitidos y ruidos fuertes para alertar al personal sobre los cambios en el estado del paciente. También es probable que a los pacientes se les coloquen varios tubos, ya sea para introducir fluidos y nutrientes o para extraer fluidos. La mayoría de pacientes de la UCI están sedados, pero no siempre se encuentran completamente inconscientes. Es común además, que tengan los brazos o las piernas atadas para evitar que se quiten los tubos o el equipo. Todas estas intervenciones son para ayudarles a sobrevivir la crisis inmediata, sin embargo también pueden ser eventos aterradores.



Figura: El tratamiento en cuidados intensivos es invasivo, e involucra una gran cantidad de equipo especializado.

Trastorno por estrés post-traumático (TEPT) asociado a Enfermedades Críticas y Cuidados intensivos



Intervenciones médicas

Las intervenciones médicas pueden ser aterradoras, incómodas, dolorosas o todas las anteriores.



Conciencia de que tu vida está en peligro

La actividad de tu "sistema de riesgos" conduce a sentimientos normales de miedo o angustia.



Duración prolongada

Algunas experiencias traumáticas terminan en unos minutos. Pero tu estancia en la sala de cuidados intensivos puede durar días o semanas, proporcionando una "dosis" mayor de trauma



Delirio

El delirio es un estado severo de confusión. Las personas con delirio no pueden pensar con claridad, tienen dificultades para entender lo que ocurre a su alrededor, y pueden llegar a ver u oír cosas que no son reales.



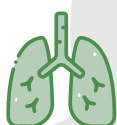
Alucinaciones, creencias inusuales y sueños

Los pacientes en cuidados intensivos con frecuencia tienen sentimientos de persecución. Algunos ven cosas que no son reales. Estos son intentos de la mente para dar sentido a lo que te está sucediendo.



La sedación afecta el estado de conciencia

Es confuso entrar y salir de la conciencia. La medicación sedante puede llevar a los pacientes al delirio.



Ventilación Mecánica

Estar intubado significa que no puedes comunicarte, puede hacerte sentir impotente, y te pone en mayor riesgo de delirar.



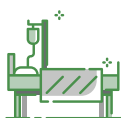
Restricciones

Los pacientes en cuidado intensivo pueden estar físicamente restringidos para que no traten de removerse las cánulas, catéteres u otro equipo. Esto podría hacerlos sentir impotentes y fuera de control.



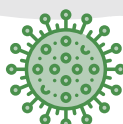
Privación del sueño

La privación del sueño es una de las causas principales de los síntomas psicológicos de angustia.



Factores ambientales como la iluminación o el ruido de las máquinas.

Esto puede dejarle desorientado o con incapacidad de conciliar el sueño o dormir.



COVID-19

La falta de contacto con tus seres queridos puede hacerte sentir solo y aislado.



El personal sanitario lleva Equipo de Protección Personal (EPP)

Todos estamos programados para encontrar rostros amables que nos tranquilicen. Una combinación de sentimientos se produce al estar inconscientes

¿Alguno de estos le recuerda su experiencia en el hospital? La prioridad principal de la unidad de cuidados intensivos es ayudarte a sobrevivir, así que debes saber que todos los

procedimientos realizados fueron hechos con esa intención. Sin embargo, podrías estar viviendo con las secuelas no deseadas de los síntomas de estrés postraumático.

Los psicólogos que trabajan con personas que han sido admitidas en unidades de cuidados intensivos saben que es común que tengan experiencias desagradables – y a menudo inusuales – durante su ingreso en el hospital. Los siguientes informes de casos son anónimos, pero describen experiencias que comúnmente reportan los pacientes de cuidados intensivos.



La historia de Tanya

Tanya tenía treinta y cinco años cuando acudió al hospital para una cirugía pulmonar programada. La primera cirugía no salió como se había planificado y mientras se encontraba en recuperación, experimentó inflamación severa en todo su cuerpo. Ella recuerda que sus doctores lucían preocupados y decían que necesitaría otra operación. La segunda operación no fue exitosa, y pasó mayor tiempo en la sala de recuperación postoperatoria sintiéndose extremadamente mal (“lo más enferma que he estado”) antes de regresar al quirófano para una tercera cirugía. Apenas dice haber firmado un consentimiento para su última cirugía, y lo siguiente que recuerda, es despertarse en un lugar completamente extraño.

Tanya estaba muy enferma, medicada y tenía delirios. En algunos momentos estaba consciente y en otros no. En este estado, experimentó alucinaciones - pensaba que las enfermeras eran ninjas, que la habían secuestrado y mantenido bajo captura en un bote. Se sentía aterrada y perseguida. Sintió que esto pasó durante varias largas semanas.

Los doctores necesitaron colocarle una vía central en una vena grande de su cuello. Tanya estuvo intubada y conectada a un ventilador mecánico que respiraba por ella. Al tener tubos en su boca, no podía hablar ni comunicarse. Repentinamente tenía recuerdos de tratar de alcanzar y remover aquello incómodo cerca de su cuello, y de que siempre alguien intentaba detenerla. Más tarde descubrió que era una enfermera tratando de evitar que tirara de las líneas, pero en ese momento se sintió impotente y torturada.

Tanya tardó mucho en recuperarse físicamente. Fue hasta un año después de su estancia

Trastorno por estrés post-traumático (TEPT) asociado a Enfermedades Críticas y Cuidados intensivos

en cuidados críticos, cuando comenzó un curso de terapia psicológica. El psicólogo de Tanya la escuchó y dijo que estaba experimentando síntomas de trastorno de estrés postraumático. Tanya estaba reviviendo terribles recuerdos de su ingreso al hospital: algunos de estos incluían recuerdos de las alucinaciones que había experimentado, y revivía la misma sensación de impotencia cuando aparecían esos recuerdos no deseados. También estaba profundamente angustiada porque sentía que de alguna manera era mala o culpable, porque había causado mucha preocupación a su familia: durante un momento relativo de lucidez en el hospital, describió que imaginaba a su familia sufriendo sin ella, e incluso los imaginaba sin hogar y en las calles porque ella había muerto.

Tanya completó una forma de terapia psicológica llamada desensibilización y reprocesamiento del movimiento ocular (EMDR, por sus siglas en inglés), donde se la alentó a pensar y "procesar" lo que le había sucedido. Ella y su terapeuta revisaron el "diario de la UCI" que su enfermera de cuidados intensivos había preparado para ella, lo que la ayudó a colocar los eventos en algún orden. Durante la terapia, reunió fragmentos importantes de sus recuerdos, los cuales eran percibidos como angustiantes y confusos. Acercarse a sus recuerdos traumáticos fue aterrador para Tanya: cuando volvió a pensar en ellos, se sintió perseguida, al igual que lo había hecho en cuidados intensivos. Sin embargo, con el tiempo, descubrió que su sensación de miedo se había ido y ya no sentía que era impotente. Poco a poco comenzó a entender y sus flashbacks (recuerdos retrospectivos) se redujeron. Era importante para ella darse cuenta de que las enfermeras la habían estado ayudando y que aquellas imágenes de los "ninjas" habían sido solamente alucinaciones.

Una creencia en particular con la que Tanya luchó fue su idea de que ella era mala porque había causado angustia a su familia. Recordaba haberse acostado en la cama del hospital e imaginarse como sufrían sin ella, sintiéndose abrumada por los sentimientos de culpa. Trabajó con su terapeuta para expresar y resolver estos sentimientos, y finalmente se dio cuenta de que ella no era responsable de cómo se habían desarrollado los eventos. Le pareció útil "actualizar" su imagen catastrófica de su familia, sustituyendo esta imagen por una en la que se encontrarían todos felices un año después. Cuando dejó de culparse, se sintió capaz de ofrecerse a sí misma la amabilidad y la paciencia que la ayudaron a recuperarse físicamente.



La historia de Dave

Dave, de sesenta años, sufría de enfermedad pulmonar obstructiva crónica (EPOC) y una enfermedad cardíaca. Estaba mal después de una operación, y no se estaba recuperando como esperaba. Se había sentido sin aliento durante algunos días y cuando empezó a empeorar fue a ver a su médico de cabecera. Su médico estaba tan preocupado, que llamó a una ambulancia que lo trasladara directamente a urgencias. En el departamento de emergencias, Dave continuó sintiendo que le faltaba el aliento a pesar de la administración de oxígeno. Posteriormente, fue trasladado a una sala de pacientes con enfermedades respiratorias y pasó cinco horas con disnea- describió que luchaba por cada respiro.

Finalmente, sus médicos decidieron que Dave necesitaba ser transferido a cuidados intensivos. En este punto estaba exhausto y estaba seguro de que moriría. Fue transportado a la unidad de cuidados intensivos pero hubo un retraso ya que la puerta del ascensor no funcionaba bien, y recordó haber pensado que moriría en el ascensor. Posteriormente, Dave pasó cuatro días en la unidad de cuidados intensivos. Requirió ventilación mecánica hasta que su condición se estabilizó lo suficiente como para ser trasladado de nuevo a la sala de pacientes con enfermedades respiratorias. Dave se recuperó, finalmente, para dejar el hospital después de siete días más.

Cuando regresó a casa, Dave empezó a tener pesadillas repetidas y se le venía una imagen mental de la tapa de un ataúd. Encontraba estas pesadillas aterradoras y evitaba irse a dormir, luchaba constantemente por no tenerlas: a menudo pasaba toda la noche en el sofá frente al televisor. Los flashbacks le traían recuerdos que Dave no podía entender, pero que le hacían sentir muy ansioso. Sintió que no podía hacer frente a la situación, y comenzó a evitar las cosas que le molestaban como los ascensores y los hospitales. Esto fue particularmente problemático para Dave porque necesitaba asistir a sus citas regulares en el hospital por su EPOC y la condición cardíaca. Para empeorar las cosas, el empleador de Dave no le brindaba apoyo en su condición y Dave tenía la presión de seguir trabajando más de lo que era saludable para él.

Cuando comenzó la terapia psicológica muchos meses después, Dave inicialmente reportó no recordar gran parte de su estadía en la unidad de cuidados intensivos. Sabía,

Trastorno por estrés post-traumático (TEPT) asociado a Enfermedades Críticas y Cuidados intensivos

por lo que le cuenta su esposa, que había permanecido cuatro días, que había sido ventilado mecánicamente y que también había sido atado para evitar movimientos. No sabía mucho más, porque su mujer se enfadó cuando le preguntó sobre ello. Durante la terapia, Dave se enteró que estaba experimentando síntomas de TEPT. Su terapeuta le explicó que era comprensible que evitara las cosas que le recordaban su experiencia en el hospital y que esto podría estar obstaculizando su recuperación.

Durante la terapia, su terapeuta le pidió que reprodujera sus recuerdos de la UCI lenta y cuidadosamente. Dave recordó una ocasión en la UCI en la que estaba seguro de que había muerto y le habían puesto una tapa de ataúd - llegó a entender que los "clavos" eran en realidad detalles en el techo encima de él que había malinterpretado debido al delirio que estaba experimentando en ese momento. Más tarde, en el curso de la terapia, una parte importante del tratamiento de Dave implicó regresar al hospital donde había recibido tratamiento. Acompañado por una enfermera, él y su terapeuta volvieron a recorrer el viaje de Dave desde la sala de emergencias, a la sala de enfermedades respiratorias, a la unidad de cuidados intensivos - incluyendo un viaje en el ascensor que había funcionado mal. Le provocaba ansiedad afrontar sus miedos, pero con el incentivo de su terapeuta fue capaz de exponerse a las cosas que temía. Se fue con el conocimiento de que había sobrevivido. Empezó a ir a sus citas en el hospital de nuevo, y poco a poco su miedo se redujo y empezó a sentirse seguro de nuevo. A medida que se recuperaba, reconoció que su esposa también había desarrollado síntomas de PTSD, y la apoyó para que buscara tratamiento.

Delirio

Muchos pacientes que sufren una enfermedad crítica y requieren cuidados intensivos sufren de delirio. El delirio es un estado de confusión grave.

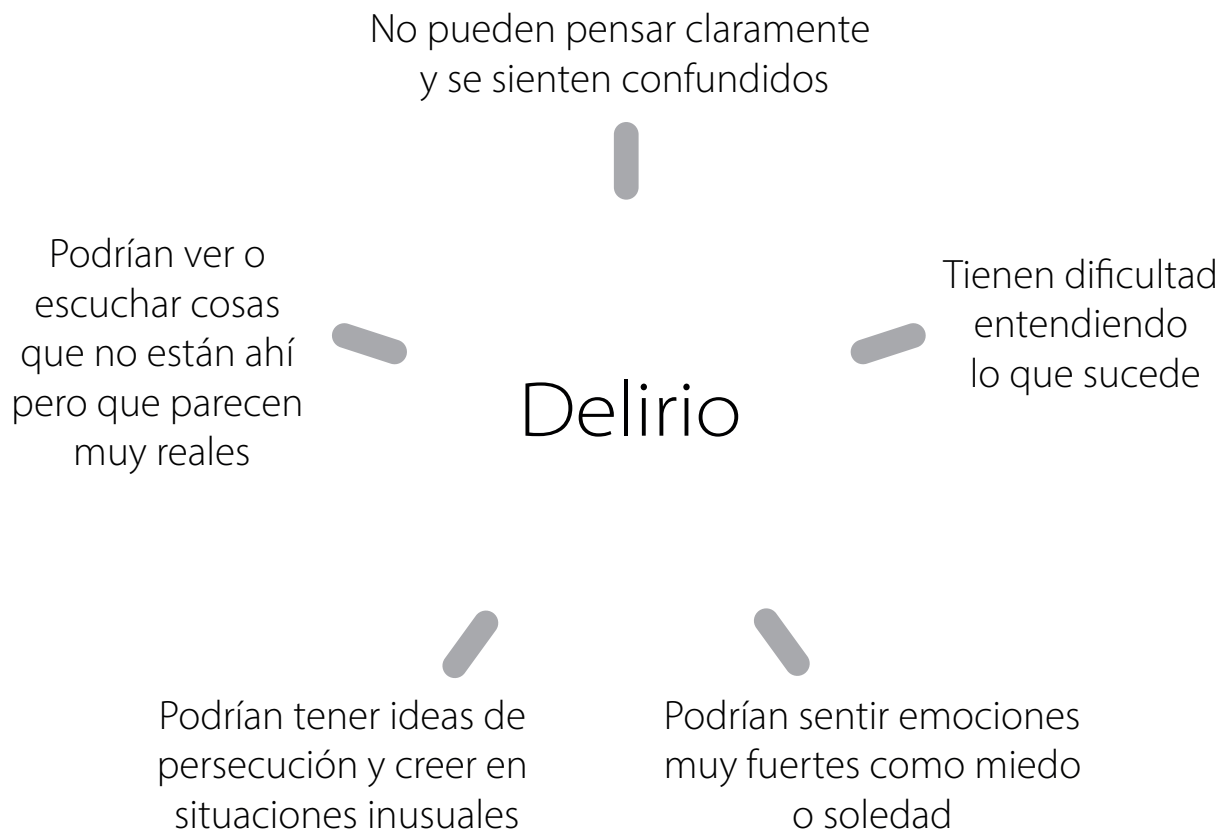


Figura: El delirio es el nombre médico de un estado de confusión grave.

Si usted experimentó delirio durante su hospitalización puede estar preocupado por lo que eso significa. A algunas personas les preocupa que sea una señal que están mentalmente enfermos o volviéndose locos. **No se preocupe**, no significa ninguna de estas cosas. El delirio es en realidad muy común en los entornos médicos. Entre cuatro y nueve de cada diez pacientes en cuidados intensivos deliran. Esto se eleva a ocho de cada diez pacientes que necesitaron el apoyo con ventilación mecánica ^[3].

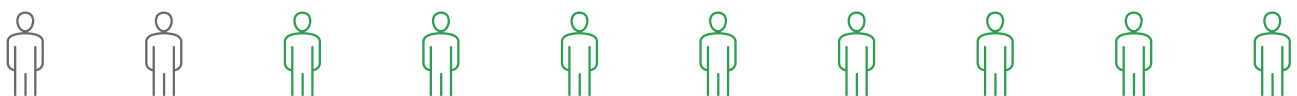


Figura: El delirio lo experimentan ocho de cada diez pacientes que requieren ventilación mecánica en la UCI.

Trastorno por estrés post-traumático (TEPT) asociado a Enfermedades Críticas y Cuidados intensivos

Los médicos creen que el delirio es causado por cambios en la forma en que funciona el cerebro. Esto puede ocurrir cuando:

- El cerebro recibe menos oxígeno.
- Hay cambios en la forma en que el cerebro utiliza el oxígeno, y cuando hay cambios químicos en el cerebro.
- Estás tomando ciertos medicamentos, o bajo anestesia o sedación.
- Tiene una infección grave o padece ciertas enfermedades médicas.
- Tiene un dolor intenso.
- Tiene una reducción de la vista o del oído.
- Eres mayor de edad.

Si usted tuvo la experiencia de ver o creer cosas inusuales cuando estaba en la UCI las posibilidades de que fuera el resultado del delirio son altas. Afortunadamente, el delirio es temporal y pasa una vez que se trata la causa subyacente. Si usted continúa teniendo experiencias como las que tuvo en el hospital, es probable que se trate de flashbacks de TEPT de las alucinaciones que tuvo en el hospital, y no es un signo que indique que el delirio continúe.

Recuperándose del TEPT

Aunque el TEPT es extremadamente angustioso de sufrir, es afortunadamente una condición muy tratable. El primer paso para superar el TEPT es entender cómo se "atasca" y por qué no mejora por sí mismo. Los psicólogos han desarrollado una forma muy útil de pensar sobre el TEPT que ayuda a unir todas las piezas. Entonces, ¿cómo se desarrolla el TEPT y qué lo mantiene en marcha?

1. Su sistema de amenazas está activo y se ha mantenido activo

Tu cerebro y tu cuerpo contienen un "sistema de amenaza" cuyo propósito es ayudarte a permanecer vivo. Una parte de tu cerebro - la amígdala - tiene el trabajo de identificar los peligros. Se activa por cualquier cosa que pueda amenazar tu vida y activa una "alarma" en tu cuerpo para ayudarte a prepararte para responder. El lema de este sistema de amenazas es "más vale prevenir que lamentar". Prefiere disparar una falsa alarma nueve veces que dejar pasar un peligro real.

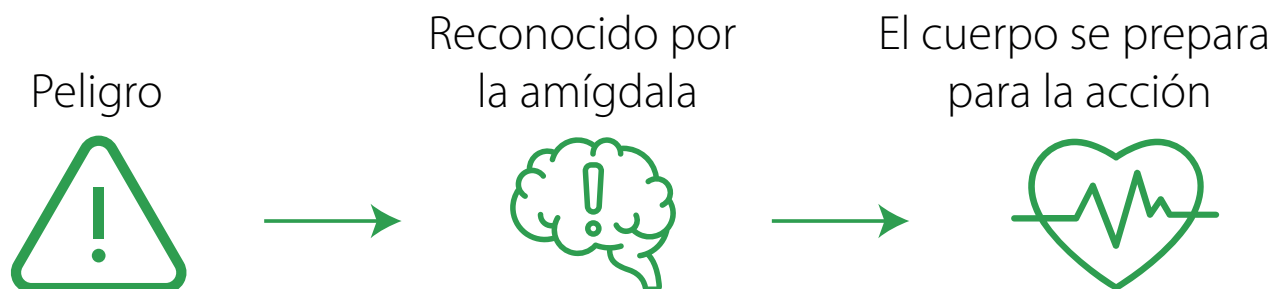


Figura: Su sistema de amenazas reconoce el peligro y prepara su cuerpo para responder. Después de una experiencia traumática, su sistema de amenazas puede estar en alerta máxima.

Mientras tu sistema de amenazas está activo, puede que te resulte difícil dormir o relajarte, que te sientas "nervioso" o que estés alerta a otros peligros que te rodean. Después de una experiencia traumática, como la hospitalización en la UCI, es normal que tu sistema de amenazas permanezca en alerta máxima durante algún tiempo después. Para las personas que tienen TEPT, parece que se tarda aún más en volver a la normalidad.

Su sistema de amenazas se puede activar tanto por peligros imaginarios como reales. Puede que descubras que incluso pensar en lo que te pasó puede desencadenar sentimientos de ansiedad y tensión.

Tanya se asustó durante su estancia en el hospital, y durante mucho tiempo después. Cuando se lo describió a su psicólogo le dijo lo asustada que estaba al saber que las dos primeras operaciones no habían funcionado y que necesitaba otra. También describió lo aterrada que se sentía cuando estaba en cuidados intensivos y lo impotente que se sentía al pensar que estaba cautiva. Después de que Tanya egresara del hospital, su ansiedad continuó, sus recuerdos eran aterradores y le hacían preocuparse de que se estaba volviendo loca, se sentía "al límite", le costaba dormir y no le gustaba estar cerca de otras personas.

2. Los recuerdos del TEPT son diferentes

Los recuerdos del TEPT son diferentes que los recuerdos normales. Algunas de las cualidades que pueden hacerlos particularmente angustiosos son:

- **Inmediatez.** Cuando los recuerdos del TEPT "juegan" en tu mente puede sentirse como si el evento estuviera sucediendo ahora mismo en el momento presente. Incluso puedes perder la pista de dónde estás.
- **Vívido.** Los recuerdos del TEPT suelen ser tan vívidos que parecen reales. Es posible que oiga los sonidos o huela los olores que experimentó durante el evento traumático con tanta claridad que sienta que está de vuelta al mismo lugar.
- **Involuntario.** Los recuerdos del TEPT se sienten menos "bajo control". Pueden aparecer en su mente de forma inesperada, y pueden ser difíciles de suprimir.
- **Fragmentados.** Puede que sólo recuerde partes de lo que pasó, o que su memoria siga reproduciendo las peores partes.

No es su culpa si experimentas recuerdos como estos. Sus recuerdos son así por su neurobiología, la forma en que su cerebro está diseñado. Los psicólogos piensan que los recuerdos de los traumas como estos son almacenados de manera diferente por el cerebro. Una tarea importante durante la terapia del trauma es "procesar" los recuerdos para que no sean tan angustiosos.

Durante su estancia en la UCI Tanya deliraba y pensaba que había sido secuestrada por personas que planeaban hacerle daño. Cuando fue dada de alta del hospital, Tanya tuvo muchos recuerdos no deseados de las cosas que había experimentado en la UCI. Tenía recuerdos de conversaciones que creía haber escuchado, y tenía los mismos sentimientos

Trastorno por estrés post-traumático (TEPT) asociado a Enfermedades Críticas y Cuidados intensivos

de terror que había sentido en ese momento. Cuando estos recuerdos "regresaban" a su mente se sintió como si estuviera de vuelta en la UCI. Eran tan fuertes que podía volver a oler las cosas, el olor de los productos químicos de limpieza, y podía oír los pitidos de las máquinas. Cuando volvió a experimentar estos extraños recuerdos le hizo dudar de lo que era real y lo que no.

3. El trastorno de estrés postraumático se trata de crear un significado

La Terapia Cognitiva Conductual (TCC) trabaja con nuestros pensamientos y creencias, porque entiende que son lo que impulsa nuestros sentimientos. Lo que hace que el TEPT sea tan angustioso, y parte de lo que lo mantiene en marcha, son las formas en las que ha encontrado sentido a lo que le ha sucedido. A veces nuestras interpretaciones son completamente exactas, pero otras veces pueden ser inútiles.

Mientras estaba en cuidados intensivos, Tanya estaba muy enferma y tuvieron que sujetarla para evitar que se retirara el equipo médico. Su delirio significaba que alucinaba con que las enfermeras eran ninjas. El significado que el cerebro (delirante) de Tanya sacó de esta experiencia en ese momento fue que la mantenían cautiva y la perseguían, y se sentía asustada como resultado. Después de ser dada de alta del hospital, Tanya tuvo pesadillas y flashbacks que reprodujeron este trauma. Se sentían tan reales y su interpretación de estas experiencias fue que se estaba volviendo loca, lo que la hizo sentir aún más asustada.

Evento	Interpretación	Sentimiento
Estando en la UCI y dándome cuenta que no me podía mover	Me tienen cautivo	Temeroso
Pesadillas de las enfermeras ninja	Me estoy volviendo loca	Temeroso

Tabla: ¿Cómo interpretó Tanya algunas de sus experiencias durante y después de su estancia en la UCI?

Las interpretaciones poco útiles de los eventos pueden mantenerte "atascado". Los tratamientos psicológicos para el TEPT implican la actualización de cualquier significado poco útil de su trauma.

Trastorno por estrés post-traumático (TEPT) asociado a Enfermedades Críticas y Cuidados intensivos

Significados poco útiles	Significados útiles
Me tienen cautivo los ninjas enmascarados.	Estaba siendo atendido en el hospital por enfermeras enmascaradas.
Voy a morir, mi vida está en peligro.	Mi vida estaba en peligro, pero ahora estoy a salvo y recuperándome.
Nadie me escucha, nadie se preocupa por mí.	No podía hablar porque tenía un tubo en la tráquea. Me estaban cuidando entonces, y la gente se preocupa por mí ahora.
Me estoy volviendo loco, no es normal tener experiencias como estas.	Estaba delirando en la UCI y experimenté alucinaciones. Esto es muy común y no significa que me esté volviendo loco.
Tal vez no soy una persona segura para estar cuidando a mis hijos ahora.	No me estoy volviendo loca, me estoy recuperando del TEPT y soy capaz de cuidar a mis hijos con seguridad.

Tabla: Algunos de los significados poco útiles de Tanya, y las perspectivas más útiles que descubrió.

4. A veces las cosas que hacemos para enfrentarnos son contraproducentes

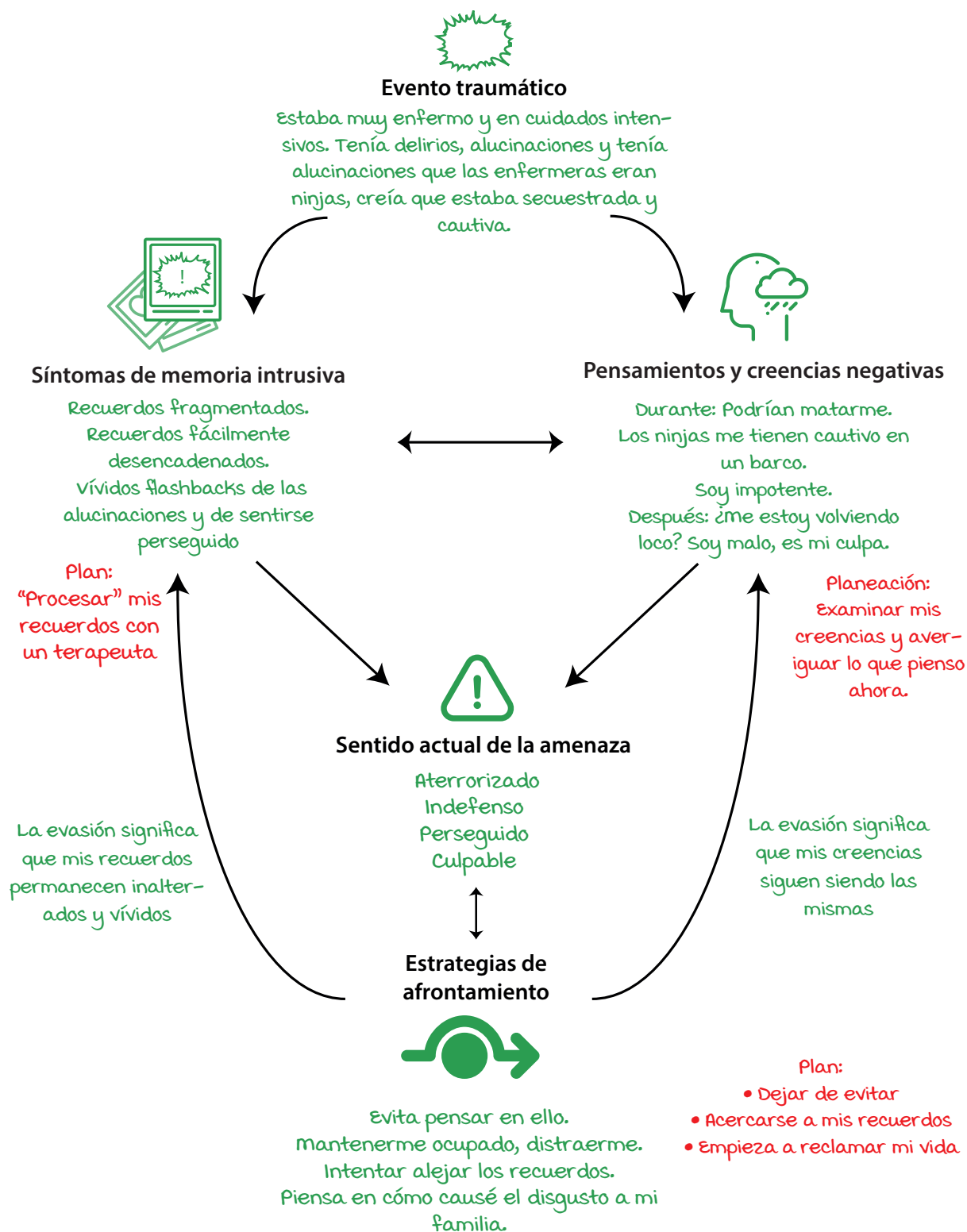
Todos nosotros tratamos de hacer lo mejor para hacer frente a cómo nos sentimos. Un problema en el TEPT es que las cosas que hacemos para enfrentarnos a veces resultan ser inútiles. ¿Utiliza alguna de las siguientes estrategias de afrontamiento?

Estrategia de afrontamiento	Efecto previsto	Efecto no deseado
Evitar los recordatorios.	Evita la angustia. Siéntase mejor.	La memoria del trauma permanece "sin procesar". La vida está restringida por la ansiedad.
No hablar de ello.	Evite la angustia. No quiero que la gente piense que estoy loco.	La memoria del trauma permanece "sin procesar". No se deje tranquilizar por sus seres queridos o profesionales. Sigo pensando que estoy loco.
Consumir alcohol o drogas.	Duerme mejor. Controla cómo me siento.	El sueño empeora. No me siento mejor. Adicción / dependencia
Evita pensar en lo que pasó, sigue suprimiéndolo.	Evita sentirte angustiado.	Suprimir las cosas los lleva a "rebotar" y a experimentarlas con más fuerza.
Revisar / escanear los síntomas.	Detecte los síntomas antes de que se sea graves.	Sigue teniendo "falsas alarmas" y notando síntomas sin importancia.

Tabla: Las estrategias de afrontamiento tienen consecuencias intencionadas y no intencionadas.

5. Poniéndolo todo junto

Si juntamos todos estos pasos, empezará a entender por qué el TEPT no mejora por sí mismo. Este es el "círculo vicioso" que la terapeuta de Tanya dibujó con ella. Tanya lo encontró útil porque le daba sentido a lo que le estaba pasando. Y les dio un plan para lo que necesitaban hacer en el tratamiento.



Tratamientos psicológicos para el TEPT

Hay excelentes tratamientos psicológicos basados en la evidencia para el TEPT. Algunos de los más investigados son:

- Terapias Cognitivas del Comportamiento (TCC) incluyendo la Terapia Cognitiva para el TEPT (TC-TEPT) y la Terapia de Procesamiento Cognitivo (CPT)
- Desensibilización y Reprocesamiento del Movimiento Ocular (DRMO)

Aunque estos tratamientos pueden diferir en algunos de sus detalles, lo que todos implican es:

- **Algo de exposición a su memoria de trauma.** Los recuerdos del TEPT pueden ser un poco confusos (los de los cuidados intensivos aún más). Hablar y escribir sobre lo que le sucedió puede ayudar a "procesar" estos recuerdos y hacerlos menos intrusivos y angustiantes.
- **Darle sentido.** Darle sentido a lo que le sucedió, comprender el sentido que se le ha dado a estas experiencias en ese momento y ayudarle a reevaluar estas ideas a la luz de lo que sabe ahora.
- **Aprender diferentes estrategias de afrontamiento.** Superando la evasión, aprendiendo formas más sanas de enfrentar la situación y reclamar su vida.

Tareas de terapia especial si ha estado en cuidados intensivos

Algunos componentes del tratamiento que pueden ser particularmente útiles para las personas que han experimentado la UCI incluyen:

- Aprender sobre las formas en que la enfermedad física, el delirio y las cosas del entorno médico pueden afectarte psicológicamente.
- Inclinandose sobre las alucinaciones y los flashbacks, y por qué suceden. Es importante que entienda que sólo porque haya experimentado alucinaciones durante la UCI, o flashbacks después, no significa que se esté volviendo loco o que esté en peligro.
- Leer los historiales médicos para saber qué te pasó a diario (de este modo puede

Trastorno por estrés post-traumático (TEPT) asociado a Enfermedades Críticas y Cuidados intensivos

llenar los vacíos de su memoria). Si su trauma se prolongó durante mucho tiempo, los psicólogos te ayudarán a menudo a hacer una "línea de tiempo" para reconstruir toda su historia.

- Visitas al sitio si fuera posible. Visitar la UCI (o mirar fotos o videos) puede ayudar a "procesar" sus recuerdos del trauma y corregir cualquier creencia poco útil. Mucha gente encuentra útil también conocer al personal que los atendió.
- Aceptar que pueden haber lagunas mentales porque no estuvo consciente durante todo el tiempo.
- Entiende que puedes tener fuertes "recuerdos corporales" de lo que te pasó. Estos pueden ser experimentados como flashbacks, o puede que los vuelvas a experimentar durante el tratamiento del trauma.

¿Qué debo hacer si creo que puedo tener TEPT después de una enfermedad crítica?

Paso 1: Diagnóstico

Si crees que puedes tener TEPT, entonces un buen primer paso es completar este corto cuestionario. No puedes diagnosticarte a ti mismo con TEPT, pero este instrumento puede indicarle si se beneficiaría de una evaluación completa por parte de un profesional de la salud mental.

A veces pasan cosas que son inusualmente o especialmente aterradoras, horribles o traumáticas. Por ejemplo, ser admitido en una unidad de cuidados intensivos. ¿Ha experimentado alguna vez este tipo de evento?

SÍ / NO

En caso afirmativo, por favor, responda a las siguientes preguntas.

En el pasado mes,

1. ¿Has tenido pesadillas sobre el (los) evento (s) o pensado en eso cuando no querías?

SÍ / NO

2. ¿Has intentado fuertemente no pensar en el (los) evento (s) o ha evitado situaciones que le recuerdan esta situación?

SÍ / NO

3. ¿Has estado constantemente en guardia, vigilante, o te has asustado fácilmente?

SÍ / NO

4. ¿Te has sentido entumecido o separado de la gente, de las actividades diarias o de su entorno?

SÍ / NO

5. ¿Te sientes culpable o incapaz de no culparte a tí mismo y a los demás por los acontecimientos y problemas que éstos hayan causado?

SÍ / NO

Si respondió Sí a tres o más de estas preguntas, entonces podría estar sufriendo un trastorno de estrés postraumático. Puede que desee contactar con un especialista en salud mental para una evaluación completa.

Paso 2: Habla con un profesional

Si crees que estás experimentando síntomas de TEPT, debes buscar ayuda de un profesional. Puedes ponerte en contacto con su médico de cabecera o con un terapeuta psicológico.

Para encontrar un terapeuta entrenado en TCC (terapia cognitiva conductual)

- Estados Unidos de América: <http://www.abct.org>
- Reino Unido: <https://www.babcp.com>
- Europa: <https://eabct.eu/about-eabct/member-associations/>
- Australia: <https://www.aacbt.org.au>
- Canadá: <https://cacbt.ca/en/>

Para encontrar un terapeuta entrenado en DRMO (Desensibilización y re de movimiento ocular)

- Estados Unidos de América: <https://emdria.org>
- Reino Unido: <https://emdrassociation.org.uk>
- Europa: <https://emdr-europe.org/associations/european-national-associations/>
- Australia: <https://emdraa.org>
- Canadá: <https://emdrcanada.org>

Información para los profesionales de la salud mental que trabajan con pacientes que tienen TEPT tras su admisión en cuidados intensivos

Incluso los terapeutas acostumbrados a trabajar con sobrevivientes de traumas pueden "impactarse" por ciertos aspectos del trauma de la UCI. Fundamentalmente, los tratamientos psicológicos para el trauma de la UCI utilizan los mismos elementos que cuando se tratan otros tipos de trauma. Sin embargo, a los terapeutas les puede resultar útil estar familiarizados con los detalles que se indican a continuación y buscar una supervisión adecuada cuando trabajen con este segmento de la población. Si usted ha experimentado un trauma médico y está planeando buscar terapia, puede ser útil discutir esta página con su terapeuta.

Memorias de trauma: duración, fragmentación, contenido

Las estancias en cuidados intensivos varían de días a semanas. La duración de la estancia puede significar que los pacientes han experimentado una "dosis" de trauma mayor que algunos otros supervivientes y que posteriormente pueden existir muchos más recuerdos de traumas con los que trabajar.

Es poco probable que los pacientes hayan estado conscientes durante toda su estancia en la UCI. Es probable que hayan tenido un deterioro de la conciencia, que la codificación de la memoria se haya visto afectada y que la recuperación también se vea afectada posteriormente. Es de esperar que los pacientes tengan lagunas en su memoria y que éstas puedan ser reconocidas. Durante el abordaje del procesamiento de la memoria se puede utilizar la frase: "¿Y qué es lo siguiente que puedes recordar?".

Los terapeutas deben esperar que los recuerdos traumáticos de las experiencias en la sala de cuidados intensivos estén particularmente fragmentados, y contengan una mezcla de contenido "real" y "alucinado". A menudo es útil construir una línea de tiempo de las experiencias hospitalarias para que la persona incorpore información de su memoria mediante el uso de registros médicos y del diario de la UCI, si se dispone de uno, así como la ayuda de las descripciones de familiares y amigos. La construcción de una narración ilustrada o escrita suele ser útil.

Las experiencias de delirios o alucinaciones en la UCI pueden parecer que persisten después del egreso médico

El delirio es extremadamente común en pacientes que han requerido cuidados intensivos, y puede causar alucinaciones y creencias delirantes. Si estas experiencias parecen persistir después de la UCI, puede ser útil conceptualizarlas como recuerdos involuntarios de sus experiencias de intentos activos en la búsqueda del sentido, que fueron codificados durante los estados fisiológicos del delirio.

Para dar un ejemplo clínico. Mark fue ventilado y sedado durante su estancia en la UCI, y experimentó delirios. Una de sus enfermeras era de origen asiático y durante este tiempo percibió que estaba siendo perseguido por gánsters asiáticos. Después de haberse recuperado físicamente, seguía sintiendo miedo alrededor de las personas de aspecto asiático, experimentaba recuerdos no deseados de rostros asiáticos y mantenía la creencia (algo menos fuerte que durante su estancia en la UCI) de que estaba siendo vigilado por una banda de hombres asiáticos. La conceptualización que le resultó más útil fue que su sistema de amenazas se desencadenaba fácilmente por similitudes con su memoria del trauma (caras asiáticas), y sus recuerdos no deseados de su tiempo en la UCI. Ambos se redujeron en intensidad con la exposición terapéutica a los recuerdos del trauma. Posteriormente realizó algunos experimentos de comportamiento para probar sus creencias sobre ser observado y reevaluó su creencia a una perspectiva menos amenazante "nadie me está prestando atención". Una vez que sus recuerdos fueron "procesados" y sus creencias reevaluadas, ya no sintió tanta angustia por sus recuerdos de la UCI.

Los pacientes pueden describir "recuerdos corporales" o sentimientos particularmente fuertes durante el reprocesamiento de la memoria del trauma.

Los pacientes pueden describir estas experiencias de forma espontánea durante la evaluación o durante el procesamiento de la memoria, pero también puede resultar útil que el terapeuta pregunte con sensibilidad sobre esas experiencias directamente. Por ejemplo, los pacientes podrían informar de sensaciones desagradables en la garganta relacionadas con la experiencia de la intubación, o de molestias en la ingle relacionadas con el cateterismo. Al igual que los recuerdos traumáticos habituales de las experiencias

visuales o auditivas, el reprocesamiento de la memoria (es decir, la exposición a) estos recuerdos somatosensoriales es una forma eficaz de tratamiento. Si los pacientes permanecieron un tiempo en la UCI acostados de espaldas, o en posición prona, puede ser útil realizar algunas partes del trabajo de memoria en la terapia con el paciente en una posición corporal similar.

Los "flashbacks de dolor" son un fenómeno real y merecen ser explorados

Los flashbacks son formas de memoria involuntaria. A menudo se experimentan en modalidades visuales y auditivas, pero también es común que se produzcan recuerdos olfativos (olfato) y somatosensoriales (tacto). Las investigaciones indican que los individuos que experimentan dolor físico durante su trauma pueden volver a experimentar este dolor en forma de flashbacks, pero que muchos no informarán espontáneamente de estas experiencias. La experiencia clínica indica que estos recuerdos pueden ser procesados de la misma manera que otros recuerdos traumáticos.

Es necesario abordar la evaluación de las consecuencias del trauma

Las valoraciones posteriores a las experiencias de cuidados intensivos pueden tocar un número de dominios importantes, y pueden ser abordadas usando intervenciones cognitivas y de comportamiento. Para más información, los médicos se dirigen a Murray et al (2020) [4], que analizan con más detalle los enfoques clínicos de algunos de ellos.

- **Creencias sobre la enfermedad mental o la integridad mental debido a experiencias de delirio.** Las creencias pueden incluir temas como "Me estoy volviendo loco", "No puedo confiar en mi propia mente" o "No tengo el control". Los pacientes pueden sentirse avergonzados por la forma en que se comportaron durante el tratamiento.
- **Creencias sobre la pérdida.** Estas pueden incluir creencias sobre la pérdida de la función física, o la pérdida de una forma de vida anterior.
- **Creencias sobre la imagen corporal.** Estas pueden incluir creencias sobre el cambio permanente como "Nunca volveré a ser el mismo", u otras creencias sobre las cicatrices u otros cambios en la imagen corporal como "Soy repugnante".
- **Preocupaciones sobre la salud.** Es común que los pacientes que han tenido experien-

Trastorno por estrés post-traumático (TEPT) asociado a Enfermedades Críticas y Cuidados intensivos

cias médicas graves temen la reaparición de su enfermedad, o de otra enfermedad que pueda dar lugar a la readmisión en el hospital. Esa ansiedad por querer salud también puede generalizarse a la preocupación por los seres queridos.

- **Creencias relativas al tratamiento médico y al personal sanitario.** Sentirse enfadado por aspectos del tratamiento médico no es raro, y algunos pacientes pueden sentir desconfianza en el personal sanitario.

Visitas al lugar y acceso a los registros

De manera útil, los pacientes pueden acceder a los registros de su admisión en cuidados intensivos, en los que se detalla el curso temporal de su enfermedad y los procedimientos médicos a los que se sometieron. Algunos hospitales crearán un "diario de la UCI" de fácil acceso para el paciente y esa información suele ser útil en la terapia cuando se ayuda a los pacientes a desenredar sus experiencias.

En algunas circunstancias es posible realizar visitas a las unidades de cuidados intensivos y muchos pacientes dicen que son útiles. Las visitas in-vivo son en la actualidad poco probables debido al coronavirus, pero las visitas virtuales son una alternativa viable.

Los terapeutas deben ayudar a los clientes a buscar información que les ayude a comprender dónde pueden haberse originado las alucinaciones, o que les ayude a actualizar sus creencias. Por ejemplo, nuestro cliente "Dave" llegó a entender que los "clavos de ataúd" que vio en la UCI eran probablemente detalles en el techo. Cuando 'Tanya' visitó la UCI vio lo gentiles que las enfermeras eran con los pacientes, y lo suave que las animaban a no interferir con los equipos médicos, y salió con información actualizada "están tratando de ayudar no hacer daño".

Las herramientas de psicología para el tratamiento del TEPT

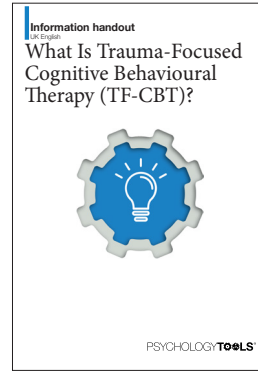
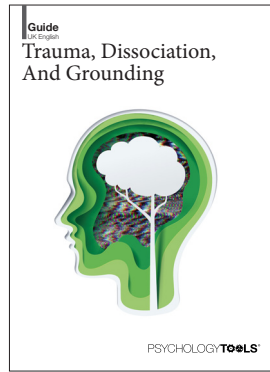
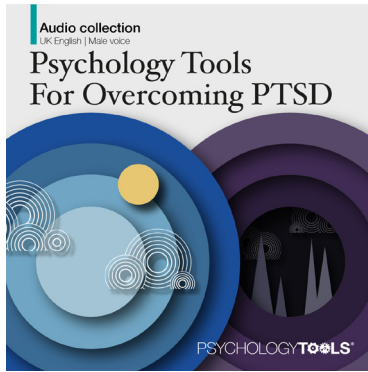
incluyen

Los disparadores pueden ser visuales, como el personal médico, los lugares o el personal físico. Los disparadores también pueden ser auditivos, como las máquinas con pitido. También pueden ser somatosensoriales, como estar tumbado en determinadas posiciones. Se puede animar a los pacientes a usar la discriminación de estímulos para discriminar entre el "entonces" y el "ahora", tanto a los desencadenantes naturales experimentados

Trastorno por estrés post-traumático (TEPT) asociado a Enfermedades Críticas y Cuidados intensivos

en su vida diaria, como a las provocaciones deliberadas en la sala de terapia.

Las Herramientas de Psicología para el tratamiento del TEPT incluyen



¿Quiénes somos?

El Dr. Matthew Whalley es psicólogo clínico y director de Psychology Tools. Sus intereses clínicos especializados son el trabajo con sobrevivientes de traumas y el desarrollo de recursos psicológicos para ayudar a los clínicos a ofrecer una terapia efectiva. Ha ocupado puestos clínicos en entornos primarios, comunitarios y terciarios dentro del NHS y ahora mantiene una pequeña práctica privada. Sus antecedentes son de investigación y su trabajo publicado incluye la exploración de enfoques psicológicos para el manejo del dolor, la memoria autobiográfica en sobrevivientes de traumas y enfoques de comportamiento cognitivo para el mareo.

La Dra. Hardeep Kaur es una psicóloga clínico y consultora clínica de Psychology Tools. Es especialista en adicciones y traumas, una profesora cualificada de atención al público y supervisora clínica. La Dra. Kaur labora en un servicio de adicciones del NHS y un servicio de IAPT del NHS. Ha dirigido equipos de psicología en un servicio de IAPT y en Combat Stress, y ha trabajado en un servicio terciario de trauma del NHS. La Dra. Kaur es una terapeuta TCC acreditada por el BABCP y tiene experiencia en ACT, CFT y DRMO.

¿Qué es Psychology Tools?

Psychology Tools tiene una misión dual: En primer lugar, asegurar que los terapeutas alrededor del mundo tengan acceso a herramientas con evidencia de alta calidad que les permita desarrollar terapias efectivas y, al mismo tiempo, ser una fuente confiable de auto-ayuda psicológica para el público. Hemos elaborado esta guía, la cual se encuentra disponible de forma gratuita debido a que, como resultado de la crisis de salud global, un mayor número de personas están manifestando experiencias médicas serias. Aprende más en psychologytools.com

Referencias y más lecturas

- [1] Griffiths, R. D., & Jones, C. (1999). Recovery from intensive care. *Bmj*, 319(7207), 427-429.
- [2] Righy, C., Rosa, R.G., da Silva, R.T.A., Kochhann, R., Migliavaca, C. B., Robinson, C. C., Teche, S. P., Teixeira, C., Bozza, F. A., Falavigna, M. (2019). Prevalence of post-traumatic stress disorder symptoms in adult critical care survivors: a systematic review and meta-analysis. *Critical Care*, 23, 213.
- [3] Cavallazzi, R., Saad, M., & Marik, P. E. (2012). Delirium in the ICU: an overview. *Annals of Intensive Care*, 2(1), 49.
- [4] Murray, H., Grey, N., Wild, J., Warnock-Parkes, E., Kerr, A., Clark, D. M., Ehlers, (2020). Cognitive therapy for post-traumatic stress disorder following critical illness and intensive care unit admission. *Cognitive Behaviour Therapist*, (April 2020).

Trastorno por estrés post-traumático (TEPT) asociado a Enfermedades Críticas y Cuidados intensivos

Resource details

Title: Critical illness, intensive care, and post-traumatic stress disorder

Language: Spanish

Translated title: Trastorno por Estrés Postraumático (TEPT) asociado a Enfermedades Críticas y Cuidados intensivos

Translated by: Alicia Cerrato Grande, Sara Rivera Molina, Joan González, Andrés Calvo Abaunza, Yaddira Molano Santiago, Israel Mallart Ortega, Brenda Morales Torres, Alejandra Morales Phipps, Carolina Haylock-Loor, Ahsley Gibbs, Elizabeth Eastman

Type: Guide

Document orientation: Portrait

URL: <https://www.psychologytools.com/resource/critical-illness-intensive-care-and-post-traumatic-stress-disorder>

Disclaimer

Your use of this resource is not intended to be, and should not be relied on, as a substitute for professional medical advice, diagnosis, or treatment. If you are suffering from any mental health issues we recommend that you seek formal medical advice before using these resources. We make no warranties that this information is correct, complete, reliable or suitable for any purpose. If you are a mental health professional you should work within the bounds of your own competencies, using your own skill and knowledge, and therefore the resources should be used to support good practice, not to replace it.

Copyright

Unless otherwise stated, this resource is Copyright © 2020 Psychology Tools Limited. All rights reserved.