

ANSIEDAD Y DEPRESIÓN EN PACIENTES CON COVID-19 TRAS PERMANENCIA EN UNIDAD DE CUIDADOS INTENSIVOS: UNA REVISIÓN DE ALCANCE.

González-Beltrán, Claudia S¹; Durango-Rocha, Daniela V¹; Corrales-Muñoz, Vivian V¹; Giraldo-Jiménez, Claudia F².

1. Estudiante Programa de Medicina, Universidad Santiago de Cali.
 2. Docente Tiempo Completo, Asesor Metodológica, Universidad Santiago de Cali.
-

RESUMEN

La enfermedad por COVID-19, tiene una alta carga en la unidad de cuidados intensivos y genera consecuencias en diversos aspectos, entre ellos la salud mental. La afectación es evidente sin embargo faltan estudios que logren establecer una relación entre diferentes factores estresantes y la presentación de la patología, el objetivo de la siguiente revisión es determinar el efecto de la hospitalización en unidad de cuidados intensivos por COVID 19 sobre la presentación de ansiedad y depresión y con ello ayudar a investigaciones y propuestas de intervención futuras, que brinden una atención integral. **Método:** Se realizó una revisión de alcance, a partir de una búsqueda sistemática de artículos y tesis que aborden la problemática. **Resultados:** Se encontraron estudios experimentales (25%) y observacionales (75%) con un cumplimiento en la calidad 72% y 79% respectivamente. El 55% de estudios establecen una relación entre ansiedad y depresión en pacientes con COVID 19 tras la estancia en la unidad de cuidados intensivos y factores como uso de soporte ventilatorio (20%), mayor edad (10%), aislamiento (15%) y sexo femenino (10%). El 30% evidencia la presentación de la enfermedad mental sin realizar alguna asociación con alguna variable y el 15% de los estudios consideran la aparición de la enfermedad no están asociadas con la población objeto. **Conclusiones:** La ansiedad y depresión en pacientes con COVID 19 en unidades de cuidado intensivo es un problema, desafortunadamente no existe suficiente evidencia para establecer una causa directa de la problemática, pero sí hay hallazgos en la relación con el uso de ventilación mecánica, la edad, el sexo femenino, el aislamiento y otros más específicos, con una adecuada calidad de evidencia. Identificar estos vacíos de conocimiento representa un punto de partida para conducir estudios futuros que contribuyan a disminuir las tasas de presentación de la enfermedad mental.

Palabras Clave: Covid-19, Unidad de cuidados intensivos, Ansiedad y depresión.

ABSTRACT

COVID-19 disease has a high burden in the intensive care unit and general consequences in various aspects, including mental health. The affectation is evident, however there is a lack of studies that establish a relationship between different stressors and the presentation of the pathology, the objective of the following review is to determine the effect of hospitalization in an intensive care unit due to COVID 19 on the presentation of anxiety and depression and thereby help future research and intervention proposals that provide comprehensive care. **Method:** A scope review was carried out, based on a systematic search for articles and theses that address the problem. **Results:** Experimental (25%) and observational (75%) studies were found with quality compliance of 72% and 79%, respectively. 55% of studies strengthen a relationship between anxiety and depression in patients with COVID 19 after a stay in the intensive care unit and factors such as the use of ventilatory support (20%), older age (10%), isolation (15%) and female (10%). 30% evidence the presentation of mental illness without making any association with any variable and 15% of the studies considering the appearance of the illness are not associated with the target population. **Conclusions:** Anxiety and depression in patients with COVID 19 in intensive care units is a problem, unfortunately there is no evidence to establish a sufficient direct cause of the problem, but there is evidence in relation to the use of mechanical ventilation, age, female sex and isolation in these patients, with adequate quality of evidence. Identifying these knowledge gaps represents a starting point to conduct future studies that will contribute to reducing the rates of presentation of mental illness.

INTRODUCCIÓN

A finales del año 2019, en Wuhan China se dio a conocer una nueva enfermedad; el 11 de marzo del 2020 fue catalogada como pandemia por la Organización Mundial de la Salud (OMS) (1), debido a la magnitud de contagio y al espectro clínico del SARS-CoV-2 que incluye desde pacientes asintomáticos hasta pacientes con insuficiencia respiratoria grave lo que desencadenó un gran número de ingresos en unidades de cuidados intensivos (UCI) con altas tasas de mortalidad (2).

En Colombia desde el inicio del brote hasta el momento (junio 2022) se han registrado 6.13 millones de casos, 140 mil muertes asociadas a enfermedad por COVID 19 y un porcentaje de hospitalización en UCI del 39% (3).

La alta morbilidad, mortalidad y estancia en UCI que se ha generado por el COVID-19, ha causado un impacto en la salud de la población; hasta el momento se han descrito fibrosis pulmonar, problemas cardíacos y problemas de salud mental que, aunque todavía no hay datos sobre el impacto a largo plazo, existen factores asociados que se siguen estudiando (2).

Con respecto a la salud mental, el secretario general de las Naciones Unidas, al presentar su informe de actuación sobre los efectos de la COVID-19 y la salud mental, destacó que las personas que corren mayor riesgo en la actualidad son los trabajadores de salud, las personas mayores, los adolescentes y las personas con afecciones de salud mental preexistentes. Así mismo, la directora del Departamento de Salud Mental de la OMS informó el incremento del número de personas con problemas de salud mental; y, por último, el Dr. Tedros Adhanom; señaló que el impacto sobre la salud mental de la población es muy preocupante.

Debido a que esta emergencia es nueva, es aún prematuro estimar las consecuencias psicológicas y emocionales del brote epidémico. Sin embargo, las investigaciones realizadas en China apuntan a que, el miedo a lo desconocido, la incertidumbre y los cambios en la cotidianidad pueden llevar a presentar distintos problemas de salud mental (4), concretamente, en relación con la epidemia de COVID-19, los estudios han encontrado que el 20.4% de las personas en Shanghái y el 32.7% de las personas en Wuhan, presentaban niveles significativos de ansiedad, de igual manera fuera de Asia también se hallaron altas tasas de ansiedad y depresión (5).

Es decir, la afectación de la salud mental como consecuencia del COVID 19 es evidente, y faltan estudios que logren establecer una relación entre diferentes factores estresantes y la

presentación de la patología; un aspecto primordial en la atención médica debido al impacto de la salud mental en el bienestar del paciente, los familiares y la comunidad en general. Es decir, la investigación del tema planteado generará conocimiento al estudiante y al profesional en salud para el abordaje de las patologías asociadas a la salud mental, teniendo en cuenta que la prevención ayuda a minimizar los factores de riesgo y a consolidar los factores protectores; de la misma manera, brinda bases para futuros temas de investigación, que logren impactar en las normativas o procesos clínicos y con ello mejorar la salud mental.

Por lo anterior, resulta de gran interés conocer las enfermedades mentales asociadas al ingreso en UCI por COVID-19, para poder repensar las estrategias de prevención, intervención y planear tratamientos posteriores; por lo cual es necesario contar con evidencia que permita orientar estos esfuerzos, a través de la pregunta ¿Qué evidencia hay disponible sobre la presentación de ansiedad y depresión en pacientes con COVID-19 en las unidades de cuidado intensivos?

Es así, cómo se desarrolla la siguiente revisión de alcance, con el objetivo de determinar el efecto de la hospitalización en unidad de cuidados intensivos por COVID 19 sobre la presentación de ansiedad y depresión. Esta revisión de alcance refleja la evidencia en la literatura, para ayudar a investigaciones y propuestas de intervención futuras, que brinden una atención integral y con ello, generar un impacto en la atención del paciente por parte de los estudiantes y profesionales en salud, sobre la prevención y el abordaje de la enfermedad mental como secuela de la enfermedad orgánica y el factor estresante como la estancia en UCI.

MÉTODO

Preguntas de revisión

La pregunta de investigación para la siguiente revisión es: ¿Qué evidencia hay disponible sobre la presentación de ansiedad y depresión en pacientes con COVID-19 en las unidades de cuidado intensivos? Y se incluyen sub-preguntas sobre: ¿Cuáles son las características de la evidencia disponible sobre la presentación de ansiedad y depresión en pacientes con COVID-19 en las unidades de cuidado intensivos?, ¿Qué factores están asociados al desarrollo de ansiedad y/o depresión en este contexto?

Diseño de protocolo

El propósito de esta revisión es hallar, describir y resumir los datos sobre la presentación de ansiedad y depresión en pacientes hospitalizados por COVID 19 en unidades de cuidado intensivo y sintetizar y resumir la evidencia disponible. Como metodología se eligió una revisión de alcance para mapear sistemáticamente la literatura disponible sobre el tema, identificando los factores asociados, conceptos clave y fuentes de evidencia; se llevará a cabo de acuerdo con la metodología JBI para revisiones de alcance (6).

Criterio de elegibilidad

Se eligen dentro de los criterios de elegibilidad, siguiendo el esquema marco de participante, concepto y contexto (PCC) sugeridas para las revisiones de alcance. Se incluirán estudios, artículos y publicaciones en español e inglés, de carácter cuantitativo, cualitativo y mixto que se hayan realizado y/o publicado desde la aparición de la enfermedad por COVID-19 hasta el cierre de la búsqueda de información (mayo 2022).

Participantes

Entre los criterios de inclusión se encuentran en el marco de participantes, estudios que incluyan adultos mayores de 18 años que hayan cursado con enfermedad por COVID-19; se excluyen niños y gestantes.

Concepto

La presente revisión de alcance incluye los artículos que evidencian el desarrollo de ansiedad y/o depresión durante la hospitalización por COVID-19; definidos como:

Ansiedad: Sensación de aprensión difusa, desagradable y vaga, a menudo acompañada de síntomas vegetativos como cefalea, diaforesis, taquicardia, opresión torácica, malestar epigástrico e inquietud (7).

Depresión: Alteración del estado de ánimo caracterizado por síntomas que incluyen: cambios en el apetito y el peso, en el sueño y la actividad, falta de energía, sentimientos de culpa, problemas para pensar y tomar decisiones, y pensamientos recurrentes de muerte o suicidio (7).

Contexto

Se incluirán estudios, artículos y publicaciones sin distinción de características culturales, ubicación geográfica o intereses raciales. Solo se incluirán estudios que abordan la presentación de ansiedad y depresión desarrollada en contexto durante o después de la hospitalización en unidades de cuidados intensivos.

Fuentes de información

Esta revisión de alcance consideró artículos online y tesis con diseños de tipo experimental como ensayos clínicos y ensayos aleatorizados y estudios de tipo observacional, tanto analíticos como descriptivos.

Estrategia de búsqueda

Durante el inicio de la búsqueda se realizó de manera libre para conocer la extensión del tema y así poder generar una delimitación, que abarca tres conceptos principales, ansiedad/ depresión, COVID-19 y unidad de cuidados intensivos.

Luego se realizó una búsqueda sistemática de artículos científicos publicados desde la aparición de la enfermedad por COVID-19; utilizando la combinación de términos y palabras mesh, en idioma español e inglés, en los registros PubMed, Scopus, Scient Direct, Cochrane Database for Systematic Reviews y Google académico, y se potenció buscando manualmente en la bibliografía de los artículos incluidos. En el material adicional (Anexo 1) se muestran todas las combinaciones de palabras empleadas para la búsqueda.

Selección de estudio/fuente de evidencia

Posterior a la búsqueda, las citas identificadas se comparan y se cargarán en el gestor bibliográfico EndNote para eliminar duplicados. Después de esto, dos revisores encargados, examinarán los resúmenes para evaluar cada artículo según los criterios de inclusión. Las fuentes relevantes se recuperarán en su totalidad y los detalles de sus citas se importarán al Sistema JBI para la gestión, evaluación y revisión unificadas de la información (JBI).

Por último, el texto completo de los estudios seleccionados será evaluado en detalle por otro de los autores, quien no participa en la parte inicial del proceso para evitar sesgos. Los desacuerdos que se presenten entre los revisores durante la elaboración de la revisión de alcance se resolverán

con un revisor adicional; el tutor de la revisi3n en curso. El proceso y los resultados de la b3squeda se dejar3n esquematizados en el diagrama de flujo tipo PRISMA (Ver anexo 2).

Extracci3n de datos

Los datos se extraer3n de los estudios a trav3s de una versi3n modificada del instrumento de extracci3n de datos JBI (6). Se obtuvo de cada art3culo detalles de la publicaci3n como autores, a3o, t3tulo del art3culo y revista de publicaci3n; as3 mismo, el tipo de dise3o, poblaci3n estudiada y detalles de resultados.

Evaluaci3n de la evidencia

Dentro de la metodolog3a JBI, la evaluaci3n no es obligatoria para las revisiones de alcance. Sin embargo, se us3 la metodolog3a de evaluaci3n de ensayos cl3nicos CONSORT y STROBE para dise3os observacionales, para dar mayor confiabilidad a la presente revisi3n.

An3lisis y presentaci3n de datos

Los autores hacen la presentaci3n de datos por medio de tablas donde se expone la investigaci3n sobre este tema. Estos datos extra3dos responden a las preguntas planteadas al inicio de la revisi3n, as3 mismo se hacen comentarios te3ricos para ampliar y documentar la informaci3n encontrada. En estos resultados se podr3 evidenciar el cumplimiento del objetivo planteado y de la pregunta de investigaci3n.

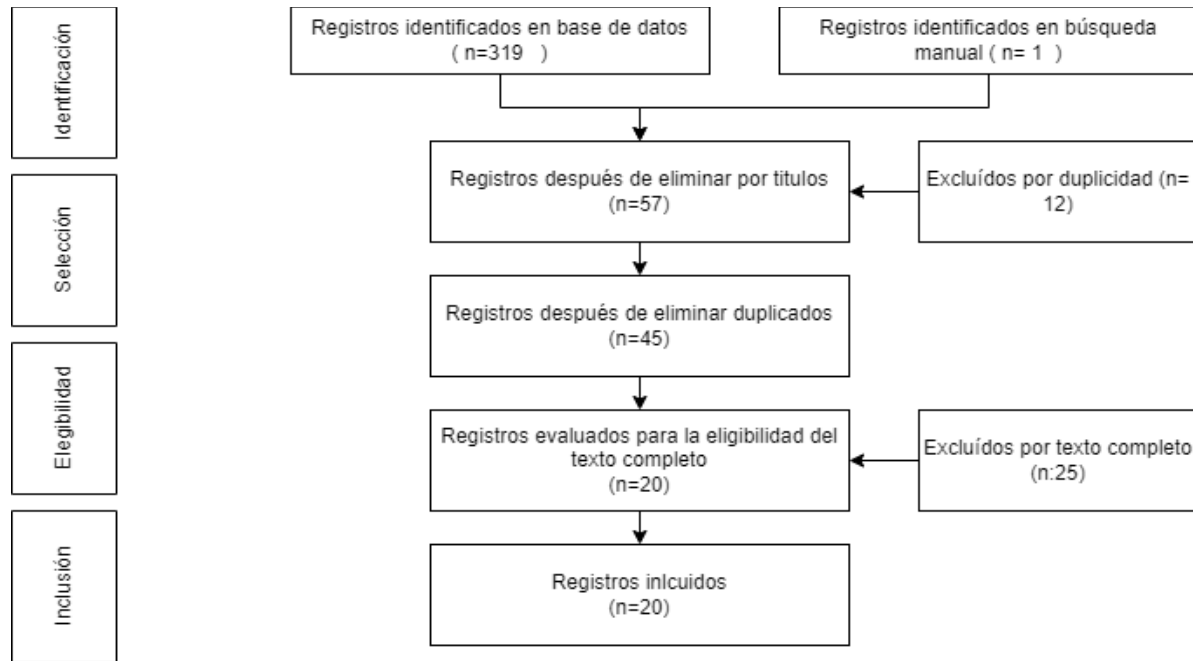
RESULTADOS

Evidencia disponible sobre la presentaci3n de ansidad y depresi3n en pacientes con COVID-19 en las unidades de cuidado intensivos

Se hizo una selecci3n de las fuentes de evidencia, en total se incluyeron en la revisi3n 20 art3culos. El proceso de tamizaci3n se representa en el gr3fico PRISMA (ver imagen 1); y el resumen de la identificaci3n de los trabajos encontrados se muestra en la Tabla 1 donde se registraron el autor, el pa3s y a3o donde se realiz3 la investigaci3n, la metodolog3a utilizada, tipo de art3culo, muestra y periodo de seguimiento; variables que ayudan a responder los objetivos

sobre qué evidencia hay disponible y sobre las características de estas; que se complementarán con la evaluación de la evidencia de acuerdo a las guía CONSORT y STROBE.

Imagen 1: Gráfico Prisma para selección de evidencia



Fuente: Elaboración propia

Se encontraron 20 artículos de revisión, de ellos el 25% corresponde a estudios experimentales tipo ensayos clínicos y el 75% a estudios observacionales. De los estudios observacionales el 40% son estudios analíticos y el 60% son diseños de tipo descriptivos. Tiene una evaluación mínima durante el primer mes de presentado el evento y un seguimiento máximo de 1 año. Las muestras de los estudios oscilaron entre 30 a 890 participantes, con una media promedio de 100 participantes.

El 65% de los artículos se produjeron en Europa, siendo España con mayor producción en el tema con 6 artículos (30%), seguido por Italia, Francia y los países bajos. Entre los países de América se produjeron un 15% de artículos de los cuales 2 en Latinoamérica (Perú y Brasil) y 1 en Estados Unidos. Por último, Asia está representado por Turquía 3 artículos (15%) y en África por Marruecos 1 artículo (5%).

Con relación al año de publicación, un 50% se realizaron en el 2020; es decir reciente al inicio de la pandemia por SARS-COV2 y el otro 50% en el 2021. Al término de la búsqueda no se evidenciaron publicaciones del año en curso.

Tabla 1. Resumen identificaci3n de evidencia

Autor	Año	Diseño del estudio	País	Muestra	Periodo
Ensayos Clínicos					
Kupeli et al	2021	Ensayo Clínicco cohorte prospectivo	Turquía	62	3 meses
Heesakkers et al	2022	Ensayo Clínicco cohorte prospectivo	Países bajos	246	1 año
Longueville	2022	Ensayo Clínicco cohorte prospectivo	Francia	100	1 año
Furlan et al	2022	Ensayo Clínicco cohorte prospectivo	Brasil	210	1 año
Wiertz et al	2021	Ensayo Clínicco cohorte prospectivo	Países bajos	60	1 año
Estudios observacionales					
Morin et al	2021	Estudio de cohorte prospectivo	Francia	142	4 meses
Dominguez et al	2021	Estudio de cohorte prospectivo	España	42	2 meses
Kebapcı et al	2021	Estudio de cohorte prospectivo	Turquía	50	6 meses
Nevile et al	2022	Estudio de cohorte prospectivo	EE. UU.	132	6 meses
Vassalini et al	2021	Estudio de cohorte prospectivo	Italia	115	3 meses
Perez et al	2022	Estudio de cohorte prospectivo	España	125	4 meses
Damico et al	2021	Estudio transversal	Italia	100	1 año
Chadli et al	2021	Estudio descriptivo	Marruecos	41	6 meses
Osorio et al	2021	Estudio descriptivo	Perú	32	1 mes
Turan et al	2021	Estudio retrospectivo	Turquía	892	1 mes
Piras et al	2022	Estudio retrospectivo	Italia	15	3 meses
Taboada et al	2022	Estudio prospectivo	España	242	2 meses
Ezzendine et al	2022	Estudio transversal	España	59	2 meses
Valverde et al	2022	Estudio transversal	España	41	4 meses
Pinedo et al	2022	Estudio prospectivo	España	115	6 meses

Elaboraci3n propia

Características de la evidencia disponible sobre la presentaci3n de ansiedad y depresi3n en pacientes con COVID-19 en las unidades de cuidado intensivos

Para la evaluaci3n de las características de los artículos incluidos en la presente revisi3n de alcance se utiliz3 la guía CONSORT para los ensayos clínicos y la guía STROBE para los estudios observacionales.

La guía CONSORT cuenta con 6 parámetros generales que incluye título y resumen, introducci3n, métodos, resultados, discusi3n y otros; que suman 25 subparámetros en total. Por cada artículo, se evalu3 el cumplimiento de cada parámetro, obteniendo un porcentaje de cumplimiento en general de 72.11%. ([Ver anexo 2: Tabla valoraci3n ensayos clínicos](#))

La variable con un porcentaje del 100% es el de introducci3n, en donde especifican los antecedentes y el objetivo del ensayo clínicco; y el ítem con menor porcentaje observado fue el de Título y resumen con un porcentaje de cumplimiento del 50%; en esta categoría, la característica

faltante fue la identificación como un ensayo clínico o ensayo aleatorizado en el título, el cual solo un artículo cumplió. Seguido de la discusión (53.3%), en donde ningún ensayo cumplió la característica de posibilidad de generalización. Las variables métodos, resultados y otros están por encima del 60% de cumplimiento, se evidenció afectación de las variables en relación con la aleatorización. (Ver tabla 2)

Los estudios observacionales se evaluaron con la guía STROBE que cuenta igualmente con 6 parámetros similares a la guía CONSORT y con 22 subparámetros. El porcentaje promedio de cumplimiento de los estudios observacionales evaluados fue del 79%. Todos los estudios estuvieron por encima de 60% de cumplimiento y un máximo de 94%. El ítem de introducción obtuvo el mayor porcentaje, es decir se cumplió a 100% en todos los estudios y el de menor cumplimiento fue el de título y resumen (57%), puesto que sólo 2 artículos dentro del título incluyeron la identificación del tipo de estudio, seguido de financiamiento (60%) debido a que 6 artículos no especificaron si tuvieron o no algún tipo de ayuda económica. Las variables de métodos, resultados y discusión tuvieron un cumplimiento por encima del 80%. (Ver tabla 3)

**Tabla 2. Evaluación de ensayos clínicos
Método CONSORT**

Variable	%
Título y resumen	50%
Introducción	100%
Métodos	60%
Resultados	76%
Discusión	53%
Otros	93%
Total	72%

Fuente: elaboración propia

**Tabla 3. Evaluación de estudios
observacionales Método STROBE**

Variable	%
Título y resumen	57%
Introducción	100.00%
Métodos	84%
Resultados	88% %
Discusión	83%
Otros	60%
Total	79%

Factores asociados al desarrollo de ansiedad y/o depresión

Se revisaron los artículos y se establecieron las variables en común estudiadas por los diferentes autores, se realizó la división entre variables epidemiológicas y variables clínicas en relación con la unidad de cuidados intensivos. En la siguiente tabla se presentan las variables mencionadas con su respectivo análisis. (Ver tabla 4)

Tabla 4: Variables clínicas y epidemiológicas estudios sobre ansiedad y depresión en pacientes con COVID 19 post estancia en UCI

Autor	Resultados	Escala evaluación	Variables epidemiológicas			Variables Clínicas			
			Edad Media	Sexo	Media IMC	Duración UCI	Coomorb.	VM	OTROS
Kupeli et al	Prevalencia de ansiedad fue del 37,1% (23 pacientes), y de depresión fue del 43,6% (27 pacientes).	Escala HADS	57,1 años.	Relación M/F 20/42	SD	SD	SD	SD	Media de APACHE II 29,3±0,4.
Heesakkers et al	El 17,9 % (44/246) reportaron síntomas de ansiedad y el 18,3 % (45/246) de depresión 1 año después del tratamiento en la UCI por COVID-19	Escala HADS	61,2 años	Hombres 71,5%	IMC > 28.0	18,5 días	23.6%	81.5 %	SD
Furlan et al	Prevalencia 2,56% depresión (1,16% de depresión severa), 8,14% de trastorno de ansiedad generalizada.	Escala HADS	55,7 años	Mujeres 51,5%	SD	13,62 días	SD	43%	SD
Wiertz et al	Los pacientes post-UCI con COVID-19 muestran síntomas físicos y de ansiedad.	Síntomas auto informados	59,9 años	Hombres 75%	IMC > 25, en 83%	15 días	80%	85 %	SD
Morin et al	94 pacientes se observaron ansiedad, depresión en 23% y 18% respectivamente. Al mes del alta hospitalaria se obtuvo una puntuación con mediana en la escala HAD de 12 RIQ, mediana en el HADD de 7 RIQ (4-9) y en el HADA de 4 RIQ (2,75-7).	Escala HADS, Inventario de Depresión de Beck	60.9 años	Hombres 57.9%	IMC > 28.8 (5.6)	9 días	47.1%,	50 pacientes	SD
Dominguez et al	Al mes del alta, el 12% de los pacientes tenían resultados compatibles con ansiedad y el 20% tenían resultados compatibles con depresión.	Escala HADS	65 años	Hombres 69,7%	SD	24,5 días	SD	SD	SD
Kebapcı et al	Las VPV redujeron los niveles de ansiedad de todos los pacientes y familiares.	Face Anxiety Scale y HADS	67,3 años	Hombres (64%)	SD	11,3 días	52%	ver correlación	Visitas virtuales disminuyen ansiedad.
Nevile et al	La ansiedad, la depresión, y la función cognitiva no fueron significativamente diferentes de la población general de EE. UU.	PROMIS-29	59 años	Mujeres,42.4%	IMC > 29	6 días	54.6%	36.10%	SD
Vassalini et al	Duración de la hospitalización y tratamiento de cuidados intensivos no asociados con el desarrollo depresivos. 14,8 % de la muestra (N = 17) recibió un diagnóstico de depresión basado en PHQ-9.	Cuestionario (PHQ-9).	57 años	Hombres 54%,	IMC > a 30, 5 (4%)	15 días	13%	SD	Enf psiquiátrica previa favor predictivo según modelo regresión PHQ-9.
Pérez et al	Los síntomas de ansiedad (HAD-A) a los dos meses se relacionan con la recuperación física posterior.	Escala HADS	61.77	Hombres 60,5%	IMC >31,86	20,06 días	SD	16,35 días	SD
Damico et al	Las puntuaciones medias ansiedad y depresión fueron (5,1 a 3,8), (6,9 a 3,7). Prevalencia de ansiedad (HAD ≥ 8) y depresión (HAD ≥ 8) fue (23,2 %) (25,6 %) y (n = 38, 44,2%).	Escala HADS	SD	SD	SD	SD	43,9% DM, 34,1% HTA, 4,9% Asma	12,2%	A < ejercicio > probabilidad de depresión (AOR = 2,57) y ansiedad (AOR = 3,19).

Ansiedad y depresión en pacientes con covid-19 tras permanencia en UCI

Chadli et al	El 12,2% depresión moderada, el 2,4% depresión severa, el 14,6% ansiedad leve a moderada, el 12,2% ansiedad severa	Escala HADS	55 años	Relación M/F 1,05	SD	8,42 días	SD	14%	SD
Osorio et al	Relación directa y significativa entre la variable Apoyo familiar y nivel de depresión de los pacientes objeto de estudio.	Escala de Likert	SD	SD	SD	SD	SD	SD	Apoyo familiar disminuye ansiedad
Turan et al	Trastornos neuropsiquiátricos asociada con los resultados negativos de la enfermedad, $p < 0,001$ y ventilación mecánica ($p < 0,001$). Pacientes diagnosticados mayor frecuencia depresión (19,1 %) y ansiedad (11,2 %)	Valoración médico psiquiatra	55,6 años.	Hombres 46,2 %	SD	SD	38%	11%	SD
Piras et al	66,7% de los participantes presentó valores leves o moderados de ansiedad y depresión. Tras el alta, el 86,7% pasó a valores normales.	Cuestionario PHQ-4	56,4 años	Hombres 80%	SD	64 días	SD	73,3%	Falta de apoyo familiar y aislamiento.
Taboada et al	Ansiedad/depresión (37,7%). Las mujeres refirieron más problemas (53,6 vs .24,2%, $p < 0,001$). Necesidad de ventilación mecánica se asocia con ansiedad/depresión (68,2 vs 33,5%, $p = 0,002$).	Escala EQ-5D-3L	66,07 años	Hombres 43,2%	IMC $\geq 30:13$	13,00 días	50,0%)	70,5%	Media APACHE II 13,09 (4,52)
Ezzendine et al	En el cuestionario EQ-5D-5L hasta el 73% de los pacientes refirieron niveles de ansiedad o depresión	Cuestionario EQ-5D-5L	60 años	Hombres 66,1%,	IMC > 29,2	16 días	SD	SD	SD
Valverde et al	Después de tres meses, el 84% tienen síntomas persistentes, siendo las más frecuentes depresiones/ansiedad, y tienen peores puntuaciones en SF-36.	Cuestionario SF-36.	64,39 años	Hombres 66,1%	SD	27,49 días	89,8%	22,4 días	SD
Pinedo et al	Ansiedad y depresión presente en un 34,7% de los pacientes a los 6 meses del alta hospitalaria. La ansiedad es más prevalente que la depresión, con medias de 4,27 y 3,51, respectivamente	Escala HADS	63 años	Hombres 75,65%	IMC > 25,0 86%	17,1 días	> 50%	SD	SD

***HADS Escala Hospitalaria de Ansiedad y Depresión, IMC: índice de masa corporal, VMI ventilación mecánica invasiva, Cuestionario de Salud del Paciente (PHQ-4), UCI unidad de cuidados intensivos, M/F relación masculino y femenino, SD sin datos, Enf. Enfermedad, DM Diabetes mellitus, HTA Hipertensión arterial, AOR razón de posibilidades, APACHE Acute Physiology and Chronic Health disease Classification System.

El análisis de esta información muestra lo siguiente; se encontraron 3 variables epidemiológicas en la mayoría de los artículos, tales como edad media, relación sexo y media de índice de masa corporal. La edad media mínima se estableció en 55 años y máxima en 67, 3 años, en cuestión de género en 12 artículos (60%) predominó el sexo masculino y el índice de masa corporal fue relacionado en torno al sobrepeso y obesidad.

Con respecto a las variables clínicas, se establecieron 3 aspectos en común, la duración de estancia en la unidad de cuidados intensivos, el porcentaje de pacientes con comorbilidades asociadas y el requerimiento de ventilación mecánica; en algunos artículos con información sobre el porcentaje de pacientes con requerimiento del soporte ventilatorio y en otros se relaciona los días del requerimiento del soporte. En la casilla otros, se relacionaron variables importantes para cada artículo que no eran compartidas por los demás estudios, tales como clasificación APACHE, aislamiento, falta de apoyo familiar, ejercicio y visitas virtuales.

Se evidencia una estancia en UCI mínima en uno de los artículos de 6 días y máxima en 64 días; en 11 artículos (55%) fueron reportadas comorbilidades, entre ellas Hipertensión arterial, Diabetes, enfermedades renales y pulmonares. En el 60% de estudios se evidencia el uso de ventilación mecánica en los pacientes.

A partir del análisis de las variables, se encontraron 11 artículos (55%) que establecen una relación entre la presentación de ansiedad y depresión en pacientes con COVID 19 tras la estancia en la unidad de cuidados intensivos y diferentes factores. En la siguiente tabla se hace una relación de estos artículos y la explicación con la variable relacionada. (Ver tabla 5)

Tabla 5: Variables asociadas a la presentación de ansiedad y depresión en la población objeto

Autor	Factor asociado	Relación encontrada
Kupeli et al	Edad, APACHE	A mayor edad y puntuación APACHE; la ansiedad y la depresión disminuyeron ($p < 0,05$).
Damico et al	Edad, Ejercicio	A mayor edad más probabilidades de depresión (AOR = 8,2, IC del 95 %:) y ansiedad (AOR = 3,26; IC del 95 %:) y en la disminución del nivel de ejercicio más probabilidad de mostrar síntomas de depresión y ansiedad.
Morin et al	VM	Relación inversa entre uso de ventilación mecánica con ansiedad y depresión, 50 con VMI y de ellos 13 (26%) presentaron ansiedad y 9 (18%) presentaron depresión.
Kebapcı et al	VM, aislamiento	La diferencia en los niveles de ansiedad de los pacientes apoyados ventilados con método invasiva y no invasiva fue de ($p < 0,001$), no hubo diferencia estadísticamente significativa. Pero si hubo disminución significativa en todos los pacientes después de sVPV evitando así el aislamiento.
Turan et al	VM y resultado negativo de enfermedad	Aumento de ansiedad y depresión asociados con resultados negativos de la enfermedad, $p < 0,001$ y ventilación mecánica ($p < 0,001$).
Taboada et al	VM, Sexo femenino	Mujeres, mayor ansiedad/depresión (53,6 vs. 24,2%, $p < 0,001$). Los pacientes que necesitaron ventilación mecánica mayor ansiedad/depresión en pacientes con VM (68,2 vs. 33,5%, $p = 0,002$)

Ansiedad y depresión en pacientes con covid-19 tras permanencia en UCI

Vassalini et al	Condición psiquiátrica previa y sexo femenino	Depresión tras coronavirus multifactorial, involucrando factores orgánicos, psicológicos y sociales, condiciones psiquiátricas previas y el sexo femenino. Apoyo familiar se tiene una media de 1.97, una mediana de 2 puntos, representando un 50% de los datos determinó correlación moderada, positiva entre acompañamiento familiar y depresión.
Osorio et al Piras et al	Acompañamiento familiar	La ansiedad se vinculó con la soledad sufrida en el hospital por la imposibilidad de reunirse con seres queridos y la dificultad de comunicarse con ellos.
Chadli et al	Acompañamiento familiar Estancia en UCI, resultado tardío de prueba PCR	Se encontró una correlación positiva entre la ansiedad y la estancia en cuidados intensivos ($p = 0,005$), y entre depresión y resultado PCR negativo tardío > 30 días ($p=0,006$).
Ezzendine et al	Enfermedad viral	Relación presencia de ansiedad y depresión asociada a enfermedad viral por COVID 19, similar a otras enfermedades virales causadas por el SARS-CoV

***VM Ventilación mecánica, sVPV visitas virtuales estructuradas, PCR reacción en cadena polimerasa, UCI unidad de cuidados intensivos, IC intervalo de confianza, AOR razón de posibilidad.

Fuente: elaboración propia

A partir de lo anterior, se encuentran los siguientes hallazgos; el 20% (4) se relaciona con el requerimiento de soporte ventilatorio invasivo, el 10% (2) con mayor edad, en el 15% (3) con aislamiento o poco acompañamiento familiar, una presentación mayor en sexo femenino 10% (2). Se asoció en un 35% otros factores, entre los que se encuentran clasificación APACHE (1), disminución del ejercicio (1), resultado negativo de enfermedad (1), condición psiquiátrica previa (1), estancia en uci (1), resultado tardío de PCR (1) y enfermedad viral (1).

Continuando con la evidencia, en las siguientes tablas 6 y 7, se presentan hallazgos de artículos diferentes al planteamiento anterior.

Tabla 6: Estudios con evidencia de ansiedad y depresión sin establecer relación con algún factor

Heesakkers et al		Evidencia ansiedad y depresión, no realiza correlación clínica con algún factor.
Furlan et al	Sin relación con alguna variable	Evidencia ansiedad y depresión, pero no hubo ninguna señal asociación significativa entre la gravedad clínica en la fase aguda de la infección por SARS-CoV-2 y el deterioro neuropsiquiátrico.
Wiertz et al		Evidencia ansiedad y depresión, no realiza correlación clínica con algún factor.
Pérez et al		La ansiedad y depresión pueden persistir más a largo plazo que la limitación física, requiriendo una evaluación multidisciplinar, No establece relación con factores asociados.
Pinedo et al		Evidencia ansiedad y depresión, no realiza correlación clínica con algún factor.

Tabla 7: Estudios que no evidencian aumento de ansiedad y depresión en la población objeto

Dominguez et al		La media del HAD del estudio indica la ausencia de ansiedad y depresión.
Nevile et al	Ausencia de ansiedad y depresión	Posterior al evento peor función física, pero ansiedad y depresión similar en comparación con las de la población general de EE. UU
Valverde et al		No encontramos grandes diferencias de puntuación en las distintas dimensiones entre los grupos de UCI y planta.

Fuente: Elaboración propia

De acuerdo con lo analizado en las tablas 6 y 7 se puede afirmar que el 30% de los artículos evidencian la presentación de ansiedad y depresión en la población objeto, pero no realizan ninguna asociación con alguna de las variables clínicas y epidemiológicas.

Y por último, se deja expresado en la tabla 7, que el 15% de los estudios realizados evidencian la presentación de ansiedad y depresión, sin embargo, consideran no están asociadas con la población objeto, por el contrario, establecen unas cifras similares a ansiedad y depresión de la población en general.

ANÁLISIS Y DISCUSIÓN

En relación a la evidencia disponible sobre la presentación de ansiedad y depresión en pacientes con COVID-19 en las unidades de cuidado intensivos, se encuentran 20 artículos, en contraste en una búsqueda general sobre salud mental, COVID-19 y unidad de cuidados intensivos, arroja una evidencia aproximada de 76000 artículos, es decir un porcentaje extremadamente mayor; puesto que abarca el compromiso en la salud mental en diversos contextos, tales como de los trabajadores de salud de las unidades y el abordaje de los cuidados de UCI durante la pandemia, excluyendo el sujeto de la presente revisión; que son los pacientes.

Sin embargo, las diferencias en los hallazgos de búsqueda se basan en las manifestaciones inmediatas sobre la salud mental que generó la pandemia en los trabajadores en salud, más aún en los empleados en UCI, como lo explica Zhen et al (8), quien refiere en su trabajo que las posibles causas de ansiedad y depresión del equipo de salud se asoció al miedo a exposición directa de la enfermedad, la incertidumbre de propagar la infección en el sitio de trabajo y en el hogar y la constante experiencia de pérdida de vidas a causa de la enfermedad, es decir el estrés agudo generado por situaciones de elevada carga emocional, entre otras; causando problemas psicosociales entre el personal en dichos entornos, generando una necesidad urgente de implementar estrategias de abordaje y prevención específica para los profesionales de la salud con el fin de prevenir y aminorar consecuencias a mediano y largo plazo; justificando así la cantidad de estudios encontrados para poder dar recomendaciones basadas en la evidencia.

Por el contrario, el estudio de la afectación de la salud mental directamente en los pacientes en UCI a raíz de la enfermedad por COVID-19 se ha visto limitada, inicialmente por la dificultad de la evaluación y aplicación de escalas de ansiedad y depresión en el paciente crítico y segundo por

la manifestación y evidencia de la sintomatología posterior al egreso hospitalario, lo que hace perder contacto con pacientes y aumenta la reticencia de las personas para participar. (9,10)

Con respecto a esto último, sobre la demora para la evaluación del efecto en la salud mental, también justifica la relación en los años de publicación de artículos, la mitad durante el 2020 y la otra mitad en el 2021, sin evidencia hasta el momento de publicaciones en el 2022, que en la reflexión realizada podrían estar en curso y aún sin publicar.

Por otra parte, en nuestros hallazgos se demostró la mayoría de las publicaciones en Europa, más de la mitad en relación con otros continentes como América, Asia y una escasa participación de África. Hallazgos que son compatibles con cifras de investigación a nivel mundial, como lo manifiesta Botero et al (11) en su revisión "Investigación y ensayos clínicos ¿En qué vamos?" concluyendo que: "la investigación clínica más representativa por continente es: EE. UU por América del Norte; Brasil por América Latina; Alemania, Francia y España por Europa; China y Corea por Asia; el continente africano no posee algún país que presente un número de estudios importantes a nivel mundial". Es decir, se sigue conservando la relación a nivel de investigación, y la salud mental no fue la excepción en este caso.

En respuesta a la sub-pregunta sobre las características de la evidencia disponible sobre la presentación de ansiedad y depresión en pacientes con COVID-19 en las unidades de cuidado intensivos, posterior a la presentación de las tablas se demuestra un alto nivel de evidencia en ambos tipos de estudio (experimentales y observacionales) por encima de un 70%, lo que refuerza la calidad del estudio realizado. De acuerdo con Segnini et al (12), la valoración de la evidencia con las listas STROBE y CONSORT suponen una guía, para que quien lee el artículo sea capaz de verificar si los estudios se encuentran libres de sesgos y si pueden ser inferidos en validez interna y externa, en este caso se puede demostrar que se tiene un verdadero interés por incluir en la revisión artículos con un nivel de calidad adecuado.

Por otro lado, como expresa Alegre del Rey (13), en su estudio; Incorporar la evidencia en tiempos del COVID-19 para tomar buenas decisiones clínicas no significa paralizarse cuando no se cuenta con evidencia de alto nivel, sino actuar según la mejor evidencia científica que haya disponible aun cuando sea de nivel bajo, realizando una lectura crítica y detectando los sesgos que fue lo que se logró realizó en nuestra investigación. Es decir los estudios incluidos se caracterizan por un nivel de evidencia adecuado, con cumplimiento de requisitos mínimos de

acuerdo con el tipo de estudio seleccionado, permitiendo con ello aplicar la evidencia actual en pro de mejorar la salud mental de los pacientes con COVID 19 en las unidades de cuidado intensivo.

Por último, acerca de los factores asociados al desarrollo de ansiedad y/o depresión, el 75% de los estudios evidenciaron el aumento de la incidencia de la enfermedad mental en la población objeto, aunque el 20% de ellos no establecieron una relación con algún factor. Se realizó un análisis de acuerdo con el tipo de artículo y se logra establecer que esta falta de relación se puede atribuir a que los estudios realizados no tienen un enfoque directo sobre la salud mental, sino las consecuencias y efectos en general en la salud y las secuelas del COVID 19, por lo tanto la salud mental formó una parte de los estudios pero no fue el objetivo inicial de éstos, dejándolo así como hallazgos incidentales.

En los artículos que se documentaron factores relacionados que aumentaron la incidencia de ansiedad y depresión (55%), se demostró que el requerimiento de soporte ventilatorio invasivo, la mayor edad, el aislamiento o poco acompañamiento familiar, y el sexo femenino juegan un papel importante y no se menosprecian otros factores tales como la clasificación APACHE, la disminución del ejercicio, el resultado negativo de enfermedad, la condición psiquiátrica previa, el tiempo de estancia en UCI, el resultado tardío de PCR y la fisiopatología del virus. Sin embargo, aunque se evidencian y relacionan; los primeros factores son características generales que en otro contexto también aumentan la incidencia de presentación de la enfermedad mental, como lo expresa Farias et al (14) en su estudio, el cual evidencia que el sexo, la edad y la hospitalización son factores que inciden en la salud mental y no tienen en cuenta la enfermedad por COVID y la hospitalización en UCI, resultados similares a los del estudio de Pacheco et al (15) el cual concluye que los pacientes internados tienden a presentar problemas de ansiedad y depresión, sin diferenciar el tipo de hospital.

Así mismo, cabe destacar que hay factores encontrados que logran establecer una relación más específica entre el COVID 19 y la hospitalización en UCI, tales como el resultado negativo de la enfermedad, el mayor tiempo de hospitalización en UCI debido al compromiso multisistémico de la enfermedad, el resultado tardío de PCR y debido a la misma patogenia del virus, sin embargo representan una muestra muy pequeña (20%), que se plantearía como nuevos ítems de investigación, para lograr incidir en ellos e impactar en la mejora de la salud mental.

En contraste, los estudios analizados que no encuentran una relaci3n entre la presentaci3n de ansiedad y depresi3n y los pacientes con COVID 19 hospitalizados en UCI, tienen una limitante; como ellos mismos dejan evidenciado en sus resultados y es que son estudios con una muestra limitada y realizados su mayoría en un único centro lo que justificaría estos hallazgos, sin embargo, plantean una importante pregunta y punto de partida para iniciar a realizar estudios comparativos especializados y enfocados en salud mental.

Para cerrar, es importante discutir que la ansiedad y depresi3n en pacientes con COVID 19 en las unidades de cuidado intensivo es un problema de salud mental; en la búsqueda de soluciones, investigadores han realizado estudios sobre sus relaciones, desafortunadamente, los hallazgos sobre este problema son limitados; sin embargo identificar los vacíos de conocimiento en el tema representa un punto de partida para conducir estudios futuros que contribuyan a disminuir la incidencia de presentaci3n de la enfermedad mental y a mejorar la calidad de atenci3n. Estos vacíos de conocimiento ofrecen oportunidades de investigaci3n que involucran diferentes perspectivas epistemol3gicas, métodos y poblaciones.

CONCLUSIONES

Existe poca evidencia acerca de los problemas de ansiedad y depresi3n en los pacientes con COVID-19 tras su estancia en UCI, es decir se concluye que faltan estudios exhaustivos que abordan la incidencia de problemas mentales en pacientes con COVID-19 después del ingreso en la UCI; con un número creciente de sobrevivientes de la UCI, es necesaria una mejor comprensi3n de los problemas posteriores relacionados con la salud mental.

En la poca evidencia encontrada, se cumplen con los requisitos mínimos de calidad, permitiendo así aplicar la evidencia actual en pro de mejorar la salud mental de los pacientes con COVID 19 en las unidades de cuidado intensivo.

Hay factores asociados que inciden en la presentaci3n de ansiedad y depresi3n, sin embargo no son específicos para ser relacionados con la enfermedad por COVID 19 en el contexto de hospitalizaci3n en UCI, lo que es un punto de partida para establecer investigaciones más específicas y comparativas sobre la salud mental.

Como revisi3n de alcance se cumpli3 al evidenciar el tema estudiado en la literatura, y con ello se sentaron las bases de las investigaciones existentes al presente para a partir de aquí generar revisiones sistemáticas con propuestas de intervenci3n futuras.

BIBLIOGRAFÍA

1. Mar 11. La OMS caracteriza a COVID-19 como una pandemia [Internet]. Paho.org. [citado el 21 de junio de 2022]. Disponible en: <https://www.paho.org/es/noticias/11-3-2020-oms-caracteriza-covid-19-como-pandemia>
2. Arteaga GB. La Patogenia del Sars-Cov-2. *SITUA, 2022, marzo. Vol. 25. P.1* (<https://200.48.82.28/index.php/SITUA/article/view/879>)
3. Coronavirus Colombia [Internet]. Gov.co. [citado el 21 de junio de 2022]. Disponible en: <https://www.ins.gov.co/Noticias/paginas/coronavirus.aspx>
4. Sandín, B., Valiente, R., García-Escalera, J. y Chorot, R. (2020). Impacto psicológico de la pandemia de COVID-19: Efectos negativos y positivos en población española asociados al periodo de confinamiento nacional. *Revista de Psicopatología y Psicología Clínica*, 25(1), 1-22. <https://doi.org/10.5944/rppc.27569>
5. Lee, S. A., Jobe, M. C., & Mathis, A. A. (2020). Mental health characteristics associated with dysfunctional coronavirus anxiety. *Psychological Medicine*, 1–2. <https://doi.org/10.1017/S003329172000121X>
6. Peters MDJ, Godfrey C, McInerney P, Munn Z, Tricco AC, Khalil H. Capítulo 11: Revisiones de alcance. En: Aromataris E, Munn Z, editores. *Manual JBI para Síntesis de Evidencia: JBI; 2020.* (citado el 21 de junio de 202e). Disponible en: <https://jbi-global-wiki.refined.site/space/MANUAL/3283910770/Chapter+11%3A+Scoping+reviews> .
7. Boland R, Verduin M, Ruiz P. Kaplan & Sadock. *Sinopsis de Psiquiatría*. 12a ed. Baltimore, MD, Estados Unidos de América: Wolters Kluwer Health; 2021.
8. Zheng W. Mental health and a novel coronavirus (2019-nCoV) in China. *J. A. Disord* 2020. <https://doi.org/10.1016/j.jad.2020.03.041>.
9. González-Rodríguez A, Labad J. Mental health intimes of COVID: Thoughts after the state of alarm. *Med Clin (Barc)*. 2020 nov 13;155(9):392-394. English, Spanish. doi: 10.1016/j.medcli.2020.07.009. Epub 2020 Jul 25. PMID: 32958264; PMCID: PMC7381887.
10. Rivas Riveros Edith, Alarcón Pincheira Macarena, Gatica Cartes Valeria, Neupayante Leiva Karina, Schneider Valenzuela M^a Belén. Escalas de valoración en pacientes críticos no comunicativos: revisión sistemática. *Enfermería (Montevideo)* [Internet]. 2018 jun [citado 2022 Jul 11]; 7(1): 57-73. Disponible en: http://www.scielo.edu.uy/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S2393-66062018000100057&lng=.
11. Botero, Sandra Milena, Giraldo, Germán Camilo, Molina de Salazar, Dora Inés Investigación y ensayos clínicos ¿En qué vamos? *Acta Médica Colombiana* [en línea]. 2016, 41(3), 43-50[fecha de Consulta 11 de Julio de 2022]. ISSN: 0120-2448. Disponible en: <https://www.redalyc.org/articulo.oa?id=163147636010>
12. Castro, Ana Belén Salamanca. "Checklist para autores y checklist para lectores: diferentes herramientas con diferentes objetivos." *NURE investigación: Revista Científica de enfermería* 99 (2019): 1.
13. Alegre del Rey EJ. Incorporar la evidencia en tiempos del COVID-19. *Rev. OFIL·ILAPHAR* [Internet]. 2020 Jun [citado 2022 Ago 29] ; 30(2): 91-92. Disponible en: http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1699-714X2020000200091&lng=es. Epub 15-Mar-2021. <https://dx.doi.org/10.4321/s1699-714x2020000200002>.
14. Farías, Marcela Sepúlveda, et al. "Niveles de ansiedad y depresión en adultos mayores hospitalizados en Medicina del Hospital Padre Hurtado." *Presencia* 14 (2018).
15. Pacheco, Andrés Omar Muñoz-Najar, et al. "Ansiedad y depresión en pacientes internados en dos hospitales de Arequipa, Perú." *Revista de psicología de la salud* 7.1 (2019): 333-348.

REFERENCIAS

1. Kupeli I, Kara MY, Yakın I, Caglayan AC. Anxiety and depression in the first 24 h in COVID-19 patients who underwent non-invasive mechanical ventilation in the intensive care unit [published online ahead of print, 2021 Oct 19]. *Ir J Med Sci.* 2021;1-5. doi:10.1007/s11845-021-02808-8
2. Heesakkers H, van der Hoeven JG, Corsten S, et al. Clinical Outcomes Among Patients With 1-Year Survival Following Intensive Care Unit Treatment for COVID-19. *JAMA.* 2022;327(6):559-565. doi:10.1001/jama.2022.0040
3. Evaluation of Psychological Impact of Group Therapy for Patients Who Have Been Hospitalized in Intensive Care During COVID-19 Pandemic: Exploratory Study - Full Text View - Clinicaltrials.gov [Internet]. *Clinicaltrials.gov.* [citado el 11 de julio de 2022]. Disponible en: <https://clinicaltrials.gov/ct2/show/NCT04747405>
4. Damiano RF, Caruso MJG, Cincoto AV, de Almeida Rocca CC, de Pádua Serafim A, Bacchi P, et al. Post-COVID-19 psychiatric and cognitive morbidity: Preliminary findings from a Brazilian cohort study. *Gen Hosp Psychiatry* [Internet]. 2022; 75:38–45. Disponible en: <http://dx.doi.org/10.1016/j.genhosppsych.2022.01.002>
5. Wiertz CMH, Vints WAJ, Maas GJCM, Rasquin SMC, van Horn YY, Dremmen MPM, et al. COVID-19: Patient characteristics in the first phase of postintensive care rehabilitation. *Arch Rehabil Res Clin Transl* [Internet]. 2021;3(2):100108. Disponible en: <http://dx.doi.org/10.1016/j.arrct.2021.100108>
6. Writing Committee for the COMEBAC Study Group, Morin L, Savale L, et al. Four-Month Clinical Estatus of a Cohort of Patients After Hospitalization for COVID-19 [published correction appears in *JAMA.* 2021 nov 9;326(18):1874]. *JAMA.* 2021;325(15):1525-1534. doi:10.1001/jama.2021.3331
7. Domínguez Fleitas V, Peña García M, De la Fuente Escudero C, García Pérez F. Evolución funcional y del estado de ánimo de pacientes tras ingreso por COVID-19 en una unidad de Cuidados Intensivos [Functional evolution and mood of patients after admission for COVID-19 to intensive care unit] [published online ahead of print, 2021 Sep 20]. *Rehabilitacion (Madr).* 2021; S0048-7120(21)00096-7. doi:10.1016/j.rh.2021.09.002
8. Kebapçı A, Türkmen E. The effect of structured virtual patient visits (sVPVs) on COVID-19 patients and relatives' anxiety levels in intensive care unit [published online ahead of print, 2021 Nov 26]. *J Clin Nurs.* 2021;10.1111/jocn.16117. doi:10.1111/jocn.16117
9. Neville TH, Hays RD, Tseng CH, et al. Survival After Severe COVID-19: Long-Term Outcomes of Patients Admitted to an Intensive Care Unit [published online ahead of print, 2022 Apr 5]. *J Intensive Care Med.* 2022;8850666221092687. doi:10.1177/08850666221092687
10. Vassalini P, Serra R, Tarsitani L, et al. Depressive Symptoms among Individuals Hospitalized with COVID-19: Three-Month Follow-Up. *Brain Sci.* 2021;11(9):1175. Published 2021 Sep 5. doi:10.3390/brainsci11091175
11. Vitoria Pérez N, Puentes Gutiérrez AB, Sánchez Casado M, Díaz Jiménez M, García Bascones M, Puentes Gutiérrez R. Síndrome pos-COVID tras ingreso en UCI. Parámetros relacionados con una mejor recuperación física a los 4 meses. *Rev Esp Salud Publica* [Internet]. 2022 [citado el 21 de junio de 2022];96(1): e1–10. Disponible en: <https://medes.com/publication/168376>
12. Damico V, Murano L, Teli M, Margosio V, Ripamonti C, Nattino G. Prevalence of Post Traumatic Stress Disorder, Anxiety and Depression among COVID-19 survivors 1 year after Intensive Care discharge. *Prof Inferm.* 2021;74(4):264. doi:10.7429/pi. 2021.744264a
13. Chadli A, Haraj NE, El Aziz S, et al. COVID-19: Patient care after discharge from the Intensive Care Unit. *Int J Clin Pract.* 2021;75(9): e14270. doi:10.1111/ijcp.14270
14. Osorio Soplá MD, Avila Mendoza FE. Apoyo Familiar Y Su Relación Con El Nivel De Depresión En Pacientes Del Área Uci De La Clínica San Gabriel. Universidad Autónoma de Ica; 2021.

15. Turan Ş, Poyraz BÇ, Aksoy Poyraz C, et al. Characteristics and outcomes of COVID-19 inpatients who underwent psychiatric consultations. *Asian J Psychiatr.* 2021; 57:102563. doi: 10.1016/j.ajp.2021.102563
16. Piras I, Piazza MF, Piccolo C, et al. Experiences, Emotions, and Health Consequences among COVID-19 Survivors after Intensive Care Unit Hospitalization. *Int J Environ Res Public Health.* 2022;19(10):6263. Published 2022 May 21. doi:10.3390/ijerph19106263
17. Taboada M, Rodríguez N, Díaz-Vieito M, Domínguez MJ, Casal A, Riveiro V, et al. Calidad de vida y síntomas persistentes tras hospitalización por COVID-19. Estudio observacional prospectivo comparando pacientes con o sin ingreso en UCI. *Revista Española de Anestesiología y Reanimación.* 2022;69(6):326-35.
18. Ezzeddine Angulo A, Elía Martínez JM, Iñigo Huarte V, Máñez Añón I, Tenías Burillo JM, Peydro de Moya F. Infección grave por SARS-CoV-2: valoración clínica y evaluación funcional biomecánica al mes del alta hospitalaria. *Rehabil (Madr, Internet) [Internet].* 2022;56(2):142–9. Disponible en: <http://dx.doi.org/10.1016/j.rh.2021.07.003>
19. Valverde Mateos MP, González Romero A, Alvarado Ramos V, Miangolarra Page JC. Evolución y calidad de vida a los tres meses tras hospitalización por neumonía COVID. *Rehabil (Madr, Internet) [Internet].* 2022; Disponible en: <http://dx.doi.org/10.1016/j.rh.2021.11.001>
20. Pinedo Otaola S, Sanmartín Cuevas V, Fernández Fernández de Leceta Z, Pérez Iglesias N, López De Munain Berganzo A, Azkuenaga Fernández M, et al. Impacto de la COVID-19 en la salud del paciente poscrítico. *Rehabil (Madr, Internet) [Internet].* 2022; Disponible en: <http://dx.doi.org/10.1016/j.rh.2022.02.005>

ANEXOS

Anexo 1: Combinaciones de palabras empleadas para la búsqueda

(((Covid-19) And ("Intensive Care Unit")) And (Anxiety Or Depression)) And (Patients)
Covid-19 And Anxiety Or Depression And "Intensive Care Unit" And Patient And "Clinical Trials" AND NOT Professionals
Covid-19 And Anxiety Or Depression And "Intensive Care Unit" And Patient -Professionals
Covid-19 And “Unidad De Cuidados Intensivos” And Ansiedad O Depresión And Pacientes
Covid-19 And “Unidad De Cuidados Intensivos” And Ansiedad O Depresión NON Profesionales en salud

Anexo 2: Tabla valoración ensayos clínicos CHECK LIST CONSORT

VARIABLE	Kupeli et al	Heesak et al	Long & Payne	Furlan et al	Wiertz et al	Total
Título y resumen	50%	50%	50%	50%	50%	50,00%
Identificado como un ensayo aleatorizado	NO	NO	SI	NO	NO	
Resumen estructurado del diseño,	SI	SI	SI	SI	SI	
Introducción	100%	100%	100%	100%	100%	100%
Introducción antecedentes y objetivos	SI	SI	SI	SI	SI	
Métodos	37,50%	50,00%	100,00%	62,50%	50,00%	60%
Descripción del diseño del ensayo	SI	SI	SI	SI	SI	
Criterios de selección	SI	SI	SI	SI	SI	
Las intervenciones con detalles suficientes	NO	SI	SI	SI	NO	
Cómo se determinó el tamaño muestral	NO	NO	SI	SI	SI	
Aleatorización Método utilizado	NO	NO	SI	NO	NO	
Mecanismo utilizado para implementar la secuencia de asignación aleatoria	NO	NO	SI	NO	NO	
Quién generó la secuencia de asignación	NO	NO	SI	NO	NO	
Métodos estadísticos utilizados	SI	SI	SI	SI	SI	
Resultados	100,00%	100,00%	0,00%	100,00%	80,00%	76,00%
Resultados para cada grupo	SI	SI	NO	SI	SI	
Fechas de reclutamiento y de seguimiento	SI	SI	NO	SI	SI	
Una tabla características demográficas	SI	SI	NO	SI	SI	
Análisis Resultados con otro análisis	SI	SI	NO	SI	SI	
Todos los daños (perjuicios)	SI	SI	NO	SI	NO	
Discusión	66,67%	66,67%	0,00%	66,67%	66,67%	53,33%
Limitaciones del estudio,	SI	SI	NO	SI	SI	
Posibilidad de generalización	NO	NO	NO	NO	NO	
Interpretación con los resultados	SI	SI	NO	SI	SI	
Otros	100,00%	100,00%	66,67%	100,00%	100,00%	93,33%
Registro Número de registro y nombre	SI	SI	SI	SI	SI	
Dónde puede accederse al protocolo	SI	SI	NO	SI	SI	
Fuentes de financiación y otras	SI	SI	SI	SI	SI	
	75,69%	77,78%	52,78%	79,86%	74,44%	72,11%

Anexo 3: Tabla valoración estudios observacionales

VARIABLE	CHECK LIST STROBE															Total
	Four- Month	Domi- ngue	Kebap- ci et	Nevile- et al	Vassa- liniet	Perez- et al	Damic- o et al	Chad- li et	Osor- io et	Tura- n et	Piras- et al	Tabo- ada	Ezzen- dine	Valvel- de et	Pined- o et al	
Título y resumen	100%	50%	50%	50%	50%	50%	50%	50%	50%	50%	50%	100%	50%	50%	50%	57%
Identificado estudio de tipo observacional	1	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1	0	0	0	
Resumen estructurado del diseño,	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	
Introduccion	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%
Introduccion con antecedentes y objetivos	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	
Metodos	89%	78%	89%	78%	78%	78%	67%	100%	100%	89%	89%	89%	78%	78%	89%	84%
Diseño del estudio	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	
Marco, lugares y fechas relevantes	1	1	1	1	1	1	0	1	1	1	1	1	1	1	1	
Participantes, criterio de elegibilidad, fuentes y metodos de seleccion	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	
Variables de interés	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	
Para cada variable de interés, proporcione las fuentes de datos y los detalles de los métodos de valoración	1	1	1	1	1	0	1	1	1	1	1	1	1	1	1	
Sesgos	0	0	1	0	0	0	1	1	1	0	0	0	0	0	0	
Tamaño del estudio	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	
Variables cuantitativas	1	0	0	0	0	1	0	1	1	1	1	1	1	1	1	
Metodos estadísticos	1	1	1	1	1	1	0	1	1	1	1	1	0	0	1	
Resultados	100%	80%	80%	100%	80%	100%	100%	80%	80%	80%	80%	100%	80%	80%	100%	88%
Descripcion numero de participantes, diagrama de flujos	1	0	0	1	0	1	1	0	0	0	0	1	0	0	1	
Datos de características participantes, media y seguimiento	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	
Datos de evolucion,	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	
Análisis Resultados de cualquier otro análisis realizado	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	
Resultados principales, estimaciones, riesgo	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	
Discusión	75%	100%	100%	100%	75%	75%	50%	50%	100%	100%	100%	75%	75%	100%	75%	83%
Resuma los hallazgos más importantes	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	
Discuta las limitaciones del estudio	1	1	1	1	1	1	0	0	1	1	1	1	1	1	1	
Interpretación global prudente de los resultados	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	
Discuta la generalización de los resultados del estudio.	0	1	1	1	0	0	0	0	1	1	1	0	0	1	0	
Otros	100%	100%	0%	100%	100%	0%	0%	100%	100%	100%	100%	100%	0%	0%	0%	60%
Financiacion	1	1	0	1	1	0	0	1	1	1	1	1	0	0	0	
	94%	85%	70%	88%	80%	67%	61%	80%	88%	86%	86%	94%	64%	68%	69%	79%

