

ESTUDIOS ORIGINALES

Escuchar para sanar: el valor de los grupos de apoyo guiados por enfermería en la recuperación post-UCI

Listen to heal: the value of nursing-led support groups in post-UCI recovery

Fernanda Gil Almagro¹, Fátima Trinidad Sepúlveda², Cecilia Peñacoba Puente³

¹ Enfermera UCI. Doctoranda en CC. de la Salud de cuarto año en la URJC rama Psicología. Máster en Urgencias, Emergencias y Críticos. Máster en Educación Secundaria. Experto en Urgencias Extrahospitalarias. Instructora SVB y SVA. Hospital Universitario Fundación Alcorcón. Universidad Francisco de Vitoria.

² Enfermera UCI. Enfermera a domicilio y residencia de mayores. Experto universitario en prescripción enfermera. Cuidados de práctica avanzada en el control del dolor. Hospital Universitario Fundación Alcorcón.

³ Catedrática en la Facultad de Ciencias de la Salud de la URJC. Doctora en Psicología por la UAM. Investigadora principal del Grupo investigador PERSANA. Universidad Rey Juan Carlos.

IX Premios de Investigación CODEM 2025. Segundo premio.

DOI: <https://doi.org/10.60108/ce.384>

Cómo citar este artículo: Gil Almagro, F. y otras, Escuchar para sanar: el valor de los grupos de apoyo guiados por enfermería en la recuperación post-UCI. Conocimiento Enfermero 31 (2026): 07-22.

Disponible en: <http://www.conocimientoenfermero.es>

RESUMEN

Introducción. El Síndrome Post-UCI (PICS) afecta a pacientes tras su alta de la Unidad de Cuidados Intensivos, generando secuelas físicas, cognitivas y emocionales. La falta de apoyo emocional y la dificultad en la reintegración social han impulsado la exploración de estrategias como los grupos de apoyo.

Objetivo. Este estudio busca comprender las experiencias de los pacientes post-UCI y evaluar la utilidad de los grupos de apoyo guiados por enfermería en su recuperación emocional y social.

Metodología. Se utilizó un enfoque cualitativo fenomenológico basado en grupos focales. Se llevaron a cabo sesiones con pacientes post-críticos, enfermeros, médicos y psicólogos, donde se analizaron experiencias, sentimientos y percepciones sobre el proceso de recuperación y el impacto de los grupos de apoyo.

Resultados. Los pacientes manifestaron ansiedad, depresión, culpa, frustración y pérdida de identidad tras su estancia en la UCI. La inmovilización, la desorientación y la falta de comunicación con familiares fueron factores de malestar. Los grupos de apoyo facilitaron la validación emocional, la reducción del aislamiento y la reconstrucción de la identidad, promoviendo la resiliencia y el afrontamiento positivo.

Conclusión. Los grupos de apoyo post-UCI constituyen una herramienta terapéutica clave en la recuperación psicoemocional de los pacientes. Se recomienda su integración en el seguimiento post-crítico para mejorar la calidad de vida y facilitar la reinserción social. Es necesario continuar investigando estrategias que complementen la recuperación integral de estos pacientes.

Palabras clave: Síndrome post-UCI; resiliencia; grupos de apoyo; recuperación emocional; atención psicológica.

ABSTRACT

Introduction. Post-ICU Syndrome (PICS) affects patients after they are discharged from the Intensive Care Unit, causing physical, cognitive and emotional sequelae. The lack of emotional support and the difficulty in social reintegration have prompted the exploration of strategies such as support groups.

Objective. This study seeks to understand the experiences of post-ICU patients and evaluate the usefulness of nursing-led support groups in their emotional and social recovery.

Methodology. A qualitative phenomenological approach based on focus groups was used. Sessions were held with post-critical patients, nurses, doctors and psychologists, where experiences, feelings and perceptions about the recovery process and the impact of the support groups were analysed.

Results. Patients reported anxiety, depression, guilt, frustration and loss of identity after their stay in the ICU. Immobilisation, disorientation and lack of communication with family members were factors of discomfort. Support groups facilitated emotional validation, reduced isolation and identity reconstruction, promoting resilience and positive coping.

Conclusion. Post-ICU support groups are a key therapeutic tool in the psycho-emotional recovery of patients. Their integration into post-critical follow-up is recommended to improve quality of life and facilitate social reintegration. Further research into strategies that complement the comprehensive recovery of these patients is needed.

Keywords: Post-UCI syndrome; resilience; support groups; emotional recovery; psychological care.

1. Introducción

La Unidad de Cuidados Intensivos (UCI) es un entorno diseñado para proporcionar atención médica avanzada a pacientes en estado crítico. Si bien los avances en la medicina intensiva han incrementado las tasas de supervivencia, un número significativo de pacientes experimenta secuelas físicas, cognitivas y emocionales tras el alta, fenómeno conocido como Síndrome Post-UCI (PICS, por sus siglas en inglés) [1]. Estas secuelas pueden incluir debilidad muscular, deterioro cognitivo, ansiedad, depresión y trastorno de estrés postraumático, afectando negativamente la calidad de vida y dificultando la reintegración a las actividades cotidianas [2].

La transición del entorno altamente controlado de la UCI al hogar puede ser abrumadora para los pacientes, quienes a menudo se sienten desorientados y vulnerables [3,4]. En este contexto, los grupos de apoyo entre pares han emergido como una estrategia efectiva para abordar las necesidades emocionales y psicológicas de los pacientes post-UCI [5]. Estos grupos ofrecen un espacio seguro donde los individuos pueden expresar sus necesidades, lo que resulta imprescindible para la práctica y mejora sanitaria. Al mismo tiempo, como herramienta terapéutica, los grupos de apoyo constituyen un contexto donde compartir experiencias, expresar emociones y recibir apoyo de otros que han atravesado situaciones similares, lo que facilita la adaptación y recuperación del paciente [6].

Concretamente, la participación en grupos de apoyo permite a los pacientes compartir sus experiencias y escuchar las de otros, lo que pue-

de reducir sentimientos de aislamiento y promover una sensación de pertenencia [7]. Este intercambio de vivencias facilita la normalización de las emociones y experiencias, disminuyendo la ansiedad y el estrés asociados al proceso de recuperación [8].

Además, los grupos de apoyo proporcionan información valiosa sobre estrategias de afrontamiento y recursos disponibles, empoderando a los pacientes para tomar un rol activo en su recuperación. La interacción con pares que han superado desafíos similares puede servir como fuente de inspiración y motivación, fomentando una actitud positiva hacia el proceso de rehabilitación [9].

La eficacia de los grupos de apoyo ha sido ampliamente documentada en diversos contextos clínicos [10-12]. Por ejemplo, en pacientes con trastornos de ansiedad, la intervención grupal ha demostrado ser efectiva en la reducción de síntomas ansiosos y depresivos [13,14]. En el ámbito del paciente crónico, una reciente revisión de revisiones señala que los grupos de apoyo constituyen intervenciones sociales relevantes que contribuyen a ofrecer una sensación de conexión y propósito, así como conocimientos experienciales para gestionar la enfermedad [15].

Asimismo, en pacientes con enfermedades crónicas, la participación en grupos de apoyo ha contribuido a mejorar la adherencia al tratamiento y la calidad de vida [16]. Diversos estudios destacan que estos grupos proporcionan un entorno donde los pacientes pueden compartir experiencias, obtener apoyo emocional y aprender estrategias efectivas para enfrentar

los desafíos de su enfermedad, lo que reduce el estrés y la ansiedad asociados [17,18].

A pesar de la evidencia que respalda los beneficios de los grupos de apoyo en diversos contextos clínicos, hay una notable escasez de estudios centrados en pacientes críticos tras el alta de la UCI. Esta población enfrenta desafíos únicos debido a la naturaleza intensa de su enfermedad y al impacto del PICS, lo que subraya la necesidad de enfoques de apoyo específicos que aborden sus necesidades físicas y emocionales [19].

La falta de investigaciones en este ámbito limita la comprensión de las intervenciones más efectivas para facilitar la recuperación y mejorar la calidad de vida de estos pacientes. Es imperativo desarrollar y evaluar programas de apoyo que no solo se enfoquen en la atención durante la estancia en la UCI, sino que también proporcionen continuidad en el cuidado tras el alta hospitalaria.

En este contexto de humanización de los cuidados intensivos, parece de **especial relevancia**, la necesidad de realizar un abordaje completo biopsicosocial del paciente cuando abandona el hospital después de su experiencia en la UCI. Pero para ello, para “dar voz a nuestros pacientes”, es necesario escucharlos, conocer sus necesidades de primera mano. Con un título que no deja indiferente a nadie “Addressing the Consequences of Our Success”, Harvey y Davidson (2019) [20], nos hacen reflexionar sobre la necesidad de “complementar” los éxitos clínicos de las UCIs atendiendo igualmente a las consecuencias de limitación funcional, psicoemocionales, de calidad de vida y de sentido existencial que tiene el paso del paciente por una unidad excesivamente medicalizada e instrumentada y tras la vivencia de un suceso vital claramente traumático. Los grupos de apoyo constituyen una metodología apropiada para acercarnos a esta realidad, con una doble función: 1) dar voz a los pacientes y permitir un espacio para que puedan expresar de forma segura sus vivencias, sus miedos y preocupaciones, pasadas (en su ingreso y estancia en UCI) y futuras (después de dejar el hospital, en el retorno al hogar), 2) explorar, de manera inicial, el impacto de los grupos de apoyo como medida terapéutica. En relación a este

último aspecto, McPeake et al. (2019) llevaron a cabo una interesante revisión sobre los diferentes modelos de Grupos de Soporte o Apoyo que se están realizando en EEUU, Reino Unido y Australia con esa finalidad [8]. La presente investigación pretende arrojar algo de luz a las anteriores cuestiones. Así pues, a la hora de realizar la siguiente investigación nos planteamos las siguientes **preguntas de investigación**:

- 1) ¿Cómo vivieron los pacientes su ingreso y su estancia en UCI? ¿Cuáles fueron sus pensamientos, sentimientos? ¿Cuáles fueron sus principales estresores? ¿Qué nos hubieran dicho durante su estancia “si hubieran tenido voz”? ¿Qué necesidades no fueron cubiertas?
- 2) ¿Qué percepción tienen de la experiencia de los grupos de apoyo? ¿Cómo valoran esta experiencia? ¿Qué aspectos les ayudarían? ¿Propondrían igualmente estos grupos para sus familiares?

La presente investigación plantea dos **objetivos** principales a través de la implementación de grupos de apoyo para pacientes que han sido dados de alta de la UCI. En primer lugar, conocer las necesidades y experiencias de los pacientes durante su estancia en la UCI y al alta del hospital; y como segundo objetivo valorar en qué medida los pacientes valorarían de forma positiva la experiencia de grupos de apoyo.

Al dar voz a los pacientes críticos tras el alta hospitalaria, este estudio busca contribuir al desarrollo de intervenciones que aborden integralmente las necesidades físicas y emocionales de esta población, mejorando su calidad de vida y facilitando su reintegración a la sociedad.

2. Metodología

2.1. Tipo de estudio, diseño y ámbito

Este estudio se enmarca dentro de una metodología cualitativa con un diseño fenomenológico, orientado a la exploración profunda de la experiencia vivida por pacientes que han sido dados de alta de la UCI. Se llevó a cabo en el hospital de referencia del equipo investigador, donde un

grupo de pacientes post-críticos, junto con profesionales de la salud, compartieron sus vivencias en un espacio de reflexión grupal.

El diseño de la investigación se basa en la denominada metodología de grupos focales, una técnica que permite la interacción entre participantes para profundizar en las emociones, pensamientos y barreras a las que se han enfrentado tras su paso por la UCI. Se busca comprender no solo las secuelas físicas, sino también los impactos psicológicos y emocionales de la enfermedad crítica y el síndrome post-UCI.

Se realizaron dos grupos focales separados en espacio y tiempo. La primera reunión tuvo lugar en abril de 2024 y la segunda en febrero de 2025, manteniendo el mismo equipo médico interdisciplinar en ambas sesiones.

2.2. Sujetos de estudio

Para la selección de los pacientes que conformaron el grupo focal, se establecieron los siguientes criterios de inclusión:

- Pacientes que tras asistir a consulta post-UCI hayan sido valorados por la enfermera y el médico obteniendo puntuaciones elevadas para alteración psicoemocional (definida como ansiedad, depresión o estrés postraumático, todos ellos valorados a través de los instrumentos HADS y TEPs).

Con el objetivo de que esta metodología de grupo focal, sirviera al mismo tiempo, en el contexto que nos ocupa, de grupo de apoyo, y siguiendo el trabajo de revisión de McPeake et al. (2019) [8] anteriormente mencionado, la configuración del citado grupo se corresponde con la modalidad “Models based within ICU follow-up clinics” (Modelos basados en clínica de seguimiento de la UCI).

En concreto, cada grupo focal estuvo compuesto por:

- Cuatro pacientes post-críticos, que, cumpliendo los criterios de inclusión, expresaron su voluntad de participar en la sesión y formar parte del estudio.

- Un paciente considerado como experto definido como “aquel paciente capaz de entender su enfermedad, de responsabilizarse de su salud y que maneja correctamente las opciones terapéuticas marcadas por su sanitario; además de tener dotes comunicativas y empatía para una vez formados y asesorados en la consulta post-UCI, ser capaces de acompañar los grupos de pacientes de forma eficaz, ya que transmiten la información con el mismo lenguaje que los otros pacientes, desde la misma experiencia de enfermedad y con dificultades parecidas para realización correcta del tratamiento y para asumir el impacto físico, emocional y social derivado del ingreso en UCI” [21].
- Una psicóloga, encargada de aportar una visión psicosocial y facilitar la reflexión emocional de los participantes.
- Un médico intensivista, con el objetivo de comprender mejor el impacto del proceso crítico desde el punto de vista médico.
- Dos enfermeras, quienes moderaron la reunión y recopilaron información sobre el proceso de recuperación y el papel del personal de enfermería en la misma.

2.3. Recogida de datos

Los datos fueron recopilados a través de la grabación de las sesiones grupales, lo que permitió la posterior transcripción y análisis detallado de las experiencias compartidas. Se estableció un ambiente seguro y de confianza donde los participantes pudieron expresar libremente sus emociones y reflexiones.

2.4. Análisis de datos

Para el análisis de los datos en la presente investigación, se empleó la propuesta de Giorgi [22], la cual permite identificar unidades de significado, agruparlas en conjuntos de significado comunes y, posteriormente, desarrollar subtemas y temas. Este proceso se desarrolló en varias fases que garantizaron un abordaje sistemático y riguroso de la información obtenida.

En primer lugar, se realizó la **fase de preparación del corpus textual** [23]. Para ello, se procedió a la transcripción literal de todos los datos obtenidos, asegurando la fidelidad del material a analizar. Previamente, se solicitó el consentimiento de los participantes para la grabación de las sesiones, garantizando el respeto a los principios éticos de la investigación. Posteriormente, se aplicaron medidas para proteger la confidencialidad de la información, anonimizando los documentos. Una vez reunida toda la información, los datos fueron organizados y preparados para su lectura y posterior análisis.

A continuación, se llevó a cabo la **fase de descubrimiento o preanálisis**, en la que se realizó una lectura detenida y reiterada de los textos transcritos. Este proceso permitió desarrollar intuiciones preanalíticas, es decir, primeras aproximaciones interpretativas sobre el contenido de los datos y posibles patrones emergentes.

La siguiente etapa corresponde a la **fase de análisis**, en la que se implementó una triangulación de los datos entre el investigador principal y dos colaboradores expertos en investigación cualitativa [24]. En esta fase, se identificaron las unidades de significado presentes en los tex-

tos transcritos, las cuales fueron agrupadas en conjuntos de significados comunes, dando lugar a grupos de significado o subtemas. A partir de estos subtemas, se establecieron los temas centrales que sirvieron de base para la interpretación de los hallazgos.

Finalmente, se desarrolló la **fase de relativización, verificación y contraste de los hallazgos**, en la que se llevó a cabo la validación y refinamiento de los temas identificados, con el objetivo de construir un marco explicativo definitivo [22].

A lo largo de todo el proceso, se mantuvo un ejercicio constante de “vigilancia epistemológica”, que implicó regresar a los datos cuantas veces fuera necesario para garantizar la coherencia y validez de las interpretaciones realizadas.

3. Resultados

3.1. Características de la muestra

La tabla 1 recoge las características de los pacientes y equipo interdisciplinar que participaron en los diferentes grupos focales.

TABLA 1. Características sociodemográficas y clínicas de la muestra participante.

Grupo Focal		Edad	Género	Diagnóstico	Días de UCI	HADS (A)	HADS (D)	TEPT	Categoría
GF1	P1	62	H	PCR	116	7	8	8	
GF1	P2	28	M	Abceso	6	7	12	41	
GF1	P3	24	M	TEP	8	15	11	35	
GF1	P4	67	H	Sepsis	16	9	7	10	
GF1	PE	61	M	Covid					
GF2	P6	51	M	IR	15	12	10	15	
GF2	P7	74	M	Sepsis	4	9	8	35	
GF2	P8	51	M	IR	11	15	11	28	
GF2	P9	60	H	Pancreatitis	7	7	8	18	
GF2	PE	65	M	Covid					
GF1,2	EI1	43	M						Enfermera
GF1,2	EI2	52	M						Enfermera
GF1,2	EI3	46	M						Intensivista
GF1,2	EI4	56	M						Psicóloga

EI, equipo interdisciplinar; GF, grupo focal; H, Hombre; HADS, Escala de Ansiedad y Depresión Hospitalaria (A, ansiedad; D, Depresión); IR, Insuficiencia Respiratoria; M, Mujer; P, participante; PCR, Parada Cardiorrespiratoria; PE, paciente experto; TEP, Tromboembolismo Pulmonar; TEPT, Trastorno de estrés postraumático.

Se formulan los resultados en función de los objetivos planteados en el estudio.

3.2. Análisis de los resultados: una exploración profunda de la experiencia post-UCI

El análisis de las transcripciones de los grupos focales realizados con pacientes post-UCI y el equipo interdisciplinar ha permitido identificar diversas esferas de impacto en la experiencia de los pacientes durante su ingreso en la UCI. En la Figura 1, se representan los temas y subtemas que emergieron de las sesiones de grupo, organizados en torno al paciente durante su ingreso en la UCI; así como diferentes factores detectados que se relacionaban con las distintas esferas de impacto.

3.2.1. Sentimientos de culpa, frustración

Los pacientes expresaron sentimientos de culpa derivados de sus estilos de vida previos al ingreso, así como por la carga emocional impuesta sobre sus familias. Esta culpa se vincula tanto con conductas que perciben como causantes de su enfermedad (por ejemplo, el tabaquismo) como con la sensación de fallar a sus seres queridos.

“Cuando desperté lo que sentí fue, aparte del susto, como el regaño de todos. Sentía apoyo, pero a la vez mucho reproche, como si me dijeran ‘mira, tú te lo has buscado’

“Yo tenía muchos planes para este año y la vida me cogió así y me hizo ‘pumba, aquí te dejó’. Ahora estoy como, bueno, pues a ver qué hago con esta segunda oportunidad”

“A veces siento que mi familia sufrió más que yo, y eso me duele. Pienso en todo lo que pasaron y me pregunto si valía la pena”

La frustración también es un sentimiento recurrente, especialmente ante la pérdida de autonomía y la dificultad para realizar actividades cotidianas.

“No puedo ni abrir un frasco, ni ahora la botella, no he podido abrirla y todo eso me pone muy nerviosa. Lo llevo muy mal porque se me está haciendo muy largo”

“Antes hacía todo por mí misma, ahora me cuesta hasta ducharme. Depender de los demás para cosas básicas es frustrante”

“Llegar a casa y darme cuenta de que no puedo hacer la vida que hacía antes... es como si todo lo que conocía hubiese desaparecido”

3.2.2. Pérdida de identidad

Para muchos, la experiencia en la UCI supuso una ruptura en su identidad previa, obligándolos a redefinirse en función de sus limitaciones y su nueva realidad.

“Yo antes era una persona independiente, resolutiva... ahora siento que no sé quién soy sin mi autonomía”

“Desde que tuve COVID salí siendo otra persona, más cerrada, más cansada. Antes me acostaba tarde, ahora a las 9:30 ya estoy en la cama porque no tengo energías”

“Mi nieta me vio cuando salí del hospital y dijo ‘esta no es mi abuela’. Eso me destrozó. Yo tampoco me reconocía”

Estos sentimientos de culpa, frustración y pérdida de identidad resaltan la complejidad del proceso de recuperación post-UCI. La sensación de perder el control sobre su vida, sumada a las dificultades físicas y emocionales, genera una profunda necesidad de apoyo psicoemocional. La reconstrucción de la identidad y la reintegración social requieren tiempo, comprensión y estrategias que ayuden a resignificar su experiencia y adaptarse a su nueva realidad.

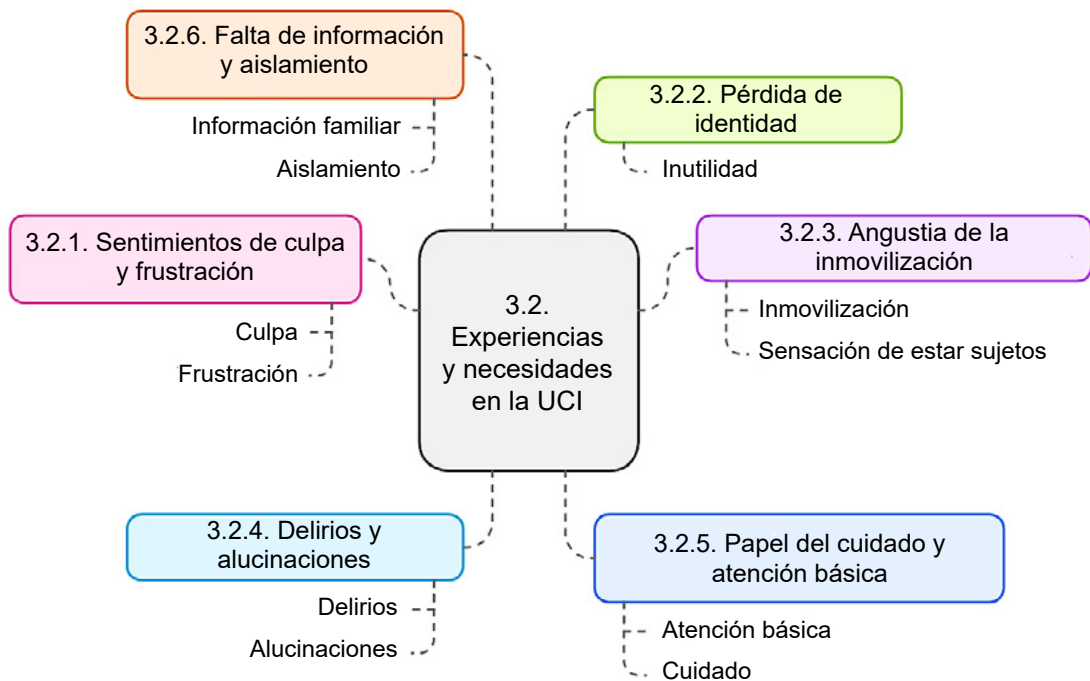
3.2.3. La angustia de la inmovilización y la sensación de estar sujetos

El haber permanecido inmóviles o con restricciones físicas durante su ingreso en la UCI generó en los pacientes una profunda angustia, que en algunos casos se tradujo en ansiedad persistente tras el alta.

“Me desperté con las manos atadas y el tubo en la boca. Sentí que me ahogaba y que no podía pedir ayuda. Era como estar atrapado en mi propio cuerpo”

“No podía moverme, ni siquiera levantar un

FIGURA 1. Esquema con los temas y subtemas relacionados con las necesidades y experiencias vividas por los pacientes durante el ingreso en la unidad y consecuencias post-UCI.



dedo. Intentaba pedir que me destaparan porque tenía calor, pero nadie me entendía. Era desesperante

Este sentimiento de vulnerabilidad ha derivado en secuelas psicológicas, como la aversión a espacios cerrados y la hipersensibilidad al contacto físico inesperado.

“Desde entonces, no soporto que me sujeten. Si alguien me agarra del brazo sin avisar, entro en pánico”

“Todavía tengo pesadillas con esa sensación de estar amarrado. Me despierto con la urgencia de moverme, de asegurarme de que sigo libre”

Además, la incapacidad para comunicarse mientras estaban inmovilizados generó un profundo sentimiento de impotencia.

“Quería decirles que no me iba a quitar el tubo, pero no podía hablar. Intentaba con los ojos, con las manos, con lo que fuera... pero no había manera”

“Yo quería decirle a mi hija, te quiero mucho, pero no podía, y eso me generaba ansiedad”

Estos sentimientos de angustia y desamparo subrayan el impacto psicológico que la inmovilización puede generar en los pacientes post-UCI. La sensación de no tener control sobre su

propio cuerpo, junto con la incapacidad de comunicarse eficazmente, refuerza la vulnerabilidad y el miedo experimentado. Muchas de estas emociones persisten tras el alta, manifestándose en secuelas como ansiedad, claustrofobia o hipersensibilidad al contacto físico. Implementar estrategias que faciliten la comunicación y proporcionen un acompañamiento emocional adecuado durante la hospitalización podría reducir la intensidad de estos efectos.

3.2.4. Delirios, alucinaciones y desorientación en la UCI

Uno de los aspectos más impactantes de la estancia en la UCI fueron los episodios de delirios y alucinaciones. Estos eventos fueron descritos como experiencias aterradoras que, en muchos casos, persistieron tras el alta, afectando a la salud mental de los pacientes.

“Yo veía gente en mi habitación que querían matarme. No podía distinguir si era un sueño o si era real”

“Tenía la sensación de que estaba atrapado en una película de terror. Hasta después del alta

me costó entender que todo había sido una alucinación”

Además, algunos pacientes afirmaron que, incluso después de su paso por la UCI, continuaron creyendo en la veracidad de sus delirios y alucinaciones mientras estaban en planta. Uno de los testimonios más impactantes fue el de una paciente que, tras despertar, estaba convencida de que su hermana había muerto y que le enviaba mensajes desde el más allá. A pesar de los esfuerzos del personal médico y su familia por explicarle que su hermana estaba viva, la sensación de que aquello había sido real persistió durante días.

“Yo estaba segura de que mi hermana estaba muerta. Creía que me enviaba mensajes y que intentaba comunicarse conmigo. Me decían que no, que ella estaba bien, pero yo no lo podía aceptar”

Estos hallazgos evidencian que los efectos de las alucinaciones y delirios pueden trascender la estancia en la UCI y prolongarse durante la recuperación, generando confusión, miedo y angustia en los pacientes. Es crucial contar con estrategias de apoyo psicológico para ayudar a los afectados a diferenciar la realidad de sus experiencias delirantes y facilitar su proceso de recuperación emocional.

3.2.5. El papel del cuidado y la necesidad de atención básica

El personal de enfermería jugó un rol fundamental en la experiencia de los pacientes en la UCI. Aunque la atención médica se centró en la estabilización clínica, los pacientes valoraron altamente los gestos de humanidad por parte de enfermeras y auxiliares.

“Las enfermeras no solo me salvaron la vida, sino que me hicieron sentir humano en un momento en el que me sentía como un cuerpo más en una cama”

“Cada vez que una enfermera me tomaba de la mano o me hablaba con cariño, me daba un poco de tranquilidad”

“Recuerdo que una auxiliar me ponía un poco de colonia cada mañana, ese pequeño gesto me hacía sentir un poco más como yo”

Sin embargo, también se identificaron áreas de mejora en la atención, especialmente en lo que respecta a la higiene y el confort de los pacientes durante la hospitalización.

“Me hubiese gustado poder lavarme más el pelo. Me habría hecho sentir más digna en medio de todo”

“Yo la primera vez que me duché en el hospital, bueno, que me duché, que me senté en una silla en el baño y me cayó el agua encima de la cabeza, lloraba que no os podéis imaginar”

Más allá del cuidado físico, los pacientes resaltaron la importancia del apoyo emocional proporcionado por el personal sanitario.

“No solo curaban mi cuerpo, sino que también cuidaban mi ánimo. Sentía que me hablaban como persona, no solo como paciente”

Estos testimonios subrayan la importancia del trato humanizado en la recuperación de los pacientes, mostrando que pequeños gestos de empatía pueden marcar una gran diferencia en su bienestar emocional y psicológico.

El personal de enfermería jugó un rol fundamental en la experiencia de los pacientes en la UCI. Aunque la atención médica se centró en la estabilización clínica, los pacientes valoraron altamente los gestos de humanidad por parte de enfermeros y auxiliares.

“Las enfermeras no solo me salvaron la vida, sino que me hicieron sentir humano en un momento en el que me sentía como un cuerpo más en una cama”

3.2.6. La falta de información sobre la familia y la sensación de aislamiento

La incertidumbre sobre la situación de sus seres queridos generó un alto nivel de angustia en los pacientes. La falta de comunicación con el exterior reforzó la sensación de aislamiento y desorientación.

“Necesitaba saber que mi familia estaba bien, pero nadie me lo decía. Sentía que estaba en un limbo sin noticias del mundo exterior”

“Mi hija justo empezaba la universidad y empezaba un Erasmus y se iba a Portugal. Cuando yo me desperté, no sabía si se había ido a Portugal. Y luego me sentía fatal porque no la pude

ayudar a hacer la maleta, no le he podido echar toallas. ¿Y fue despertarme y decir Dios mío, la niña se ha ido o no se ha ido?

“Me acuerdo que entró mi hija y no podía hablar porque tenía el tubo. Y yo quería decirle a mi hija que yo te quiero mucho a ti. Y no podía hacerlo, intentaba hacer un corazón con las manos y no podía mover los brazos. Era muy frustrante”.

Este hallazgo refuerza la necesidad de estrategias que faciliten la comunicación entre pacientes y familiares durante la estancia en la UCI, además de, la necesidad de conocer el estado en el que se encuentran sus familiares.

Una vez aportada la información en relación al primer objetivo, directamente relacionado con la metodología de los grupos focales, es decir, el análisis y exploración de necesidades de los pacientes post-UCI, enumeramos los principales resultados del impacto de estos grupos focales, en el contexto que nos ocupa, como grupos de apoyo y su valor terapéutico dentro de los modelos de seguimiento clínico de la UCI [8]. Exponemos, a continuación, los principales resultados encontrados en relación a este segundo objetivo.

3.3. Valorar en qué medida los pacientes apreciarían de forma positiva la experiencia de grupos de apoyo

Tras un nuevo análisis de las transcripciones de los grupos focales, con el propósito de respon-

der al segundo objetivo de esta investigación, se identificaron diversas dimensiones vinculadas a la percepción de los pacientes sobre los grupos de apoyo y su experiencia durante las sesiones. La Figura 2 ilustra los temas y subtemas emergentes en torno a este objetivo, organizados en relación con el grupo de apoyo, así como los distintos factores identificados que influyen en las diferentes áreas de impacto.

3.3.1. El impacto del grupo de apoyo: un espacio de reconstrucción emocional

El grupo de apoyo fue identificado como un pilar fundamental en la recuperación post-UCI. Los pacientes resaltaron la importancia de compartir sus experiencias con otros que habían pasado por situaciones similares, lo que les permitió sentirse comprendidos y validados.

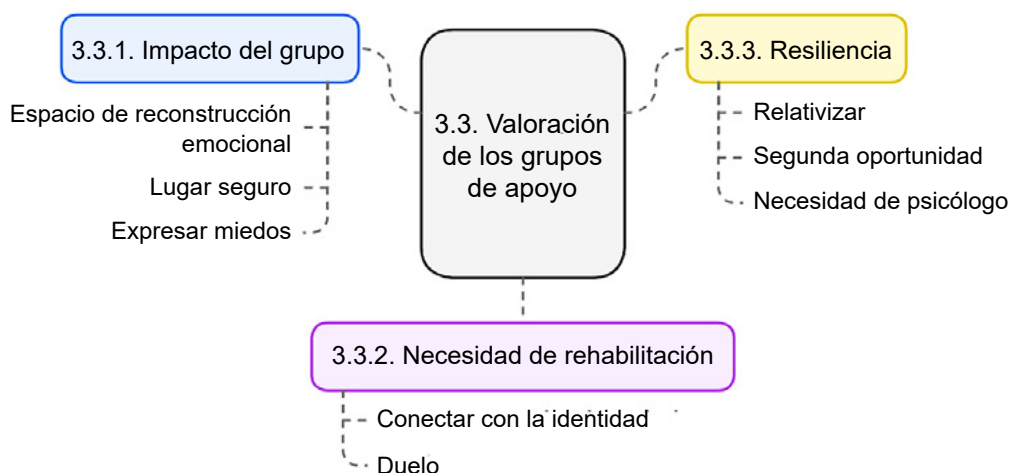
“Este grupo me ha dado lo que ningún tratamiento médico me pudo dar: la certeza de que no estoy solo en esto”

“Entré a esta reunión sintiéndome rota y me voy con la sensación de que aún puedo reconstruirme”

“Bueno, yo me voy de aquí sabiendo que no soy la única, no estoy sola, eso es lo más importante”

“Ver que hay gente que ha pasado por lo mismo y sentir que no soy un bicho raro, que lo que viví no es solo mío, me ayuda mucho a procesarlo”

FIGURA 2. Esquema con los temas y subtemas relacionados con la valoración de los grupos de apoyo tras el alta de la UCI.



El apoyo emocional recibido en estos espacios no solo ayudó a los pacientes a procesar su experiencia, también fortaleció su resiliencia.

“Entré en este grupo llorando y me voy riéndome”

“Aquí podemos hablar de nuestras paranoias, de los delirios, de las cosas raras que pensamos en la UCI sin que nadie nos mire raro. Y eso se agradece muchísimo”

Es fundamental garantizar un ambiente seguro en los grupos de apoyo para los pacientes, donde puedan expresarse sin temor a ser juzgados. Estas frases evidencian cómo, en un espacio de confianza, es posible compartir libremente sentimientos y emociones, favoreciendo así su bienestar emocional.

3.3.2. La necesidad de rehabilitación física y emocional a largo plazo

Un aspecto clave emergente en el estudio fue la necesidad de un plan de rehabilitación integral que no solo aborde las secuelas físicas, sino también el impacto emocional de la experiencia en la UCI.

“Nos salvan la vida, pero después nos dejan sin herramientas para vivirla”

“Salir de la UCI no es el final, es el inicio de un camino que nadie nos enseña a recorrer”

La necesidad de intervenciones psico-emocionales continuas, así como de programas de rehabilitación física adaptados a cada paciente, fue un punto de consenso en las sesiones.

Es fundamental que los sistemas de salud integren un enfoque multidisciplinario para el seguimiento de estos pacientes, asegurando que la rehabilitación no solo se limite a la recuperación física, sino que también abarque el bienestar emocional y la reinserción social. Un abordaje integral puede marcar la diferencia en la calidad de vida de quienes han atravesado esta experiencia crítica.

3.3.3. Desarrollo de resiliencia

Muchos pacientes expresan la sensación de haber pasado por una transformación significati-

va, enfrentando no solo los cambios físicos sino también emocionales y psicológicos. La capacidad de adaptación y de reconstrucción de la identidad emerge como un proceso complejo, en el que el apoyo psicológico y social juega un papel fundamental. En particular, el proceso de relativizar la situación y reinterpretar la experiencia como una segunda oportunidad contribuye al afrontamiento positivo y a la reconstrucción de la autonomía.

“Yo veo cuando tienes una enfermedad grave, la vida se fragmenta, se te parte en dos y luego, cuando todo pasa, tienes que aprender a vivir con lo que te ha pasado y con la incertidumbre”

“Mis hijas me dicen: ‘Mamá, el dolor del dedo no es nada para lo que hemos pasado. Olvídate del dedo, que eso no es nada’ y me da manía que me digan eso... pero al final tienen razón”

“Yo lo que quería era vivir como vivía antes. Si estaba bien, si yo era feliz, si yo no le pedía más a la vida”

“Aprender a cuidarme... yo no me había cuidado en la vida y ahora tengo que aprender. Me doy cuenta de que a lo mejor la loca inconsciente de antes me la he dejado en el camino y ahora soy otra persona”

Sin embargo, también se identificó la necesidad de estrategias de acompañamiento psicológico a largo plazo para ayudar a los pacientes a gestionar la incertidumbre y las secuelas emocionales derivadas de su paso por la UCI.

“Después de un año de intentar luchar con todo y llevar las secuelas, me di cuenta de que necesitaba un psicólogo. Pensaba que podía con todo, pero realmente no podía”

4. Discusión

El presente estudio se ha centrado en dos objetivos fundamentales. En primer lugar, conocer las vivencias y experiencias de los pacientes durante su ingreso en la UCI y tras el alta hospitalaria, profundizando en los sentimientos y emociones que emergen en un entorno altamente tecnificado y medicalizado. En segundo lugar, se ha buscado valorar la utilidad de los grupos de apoyo post-UCI, explorando en qué medida los

pacientes perciben estos espacios como una estrategia efectiva para afrontar las secuelas físicas, emocionales y psicológicas tras su alta hospitalaria.

En relación con el primer objetivo, los resultados revelan que la estancia en la UCI supone una experiencia traumática para muchos pacientes, marcada por sentimientos de culpa, frustración e inutilidad al alta de la misma. El estado de extrema dependencia que se genera tras el ingreso en la unidad, unido a la imposibilidad de realizar actividades básicas por sí mismos, fomenta una sensación de vulnerabilidad que puede persistir a lo largo del tiempo. Estudios previos han documentado que la hospitalización en UCI altera la percepción de autonomía del paciente, afectando su autoestima y contribuyendo al desarrollo de síndrome post-UCI [25-27]. En este sentido, es crucial adoptar un enfoque holístico que contemple no solo la atención física, sino también el impacto psicológico del ingreso.

Uno de los aspectos más relevantes en las experiencias de los pacientes es la angustia que genera la inmovilización prolongada y la sensación de estar sujetos. La imposibilidad de moverse libremente, sumada a la utilización de dispositivos como respiradores o sondas, genera un profundo malestar, ansiedad e incluso sensaciones de pérdida de control. Algunos autores resaltan que la inmovilización en la UCI no solo afecta la recuperación física, sino que también puede tener consecuencias psicológicas duraderas, incrementando el riesgo de desarrollar trastorno de estrés postraumático [3,27,28]. La falta de movilidad es percibida por los pacientes como un obstáculo para su propia recuperación, aumentando la incertidumbre y la ansiedad sobre su futuro.

Nuestros hallazgos revelan que los pacientes experimentan una variedad de emociones negativas tras su estancia en la UCI, incluyendo sentimientos de culpa, frustración e inutilidad. Estas emociones pueden estar relacionadas con la percepción de dependencia y la carga que sienten al requerir asistencia continua de sus familiares. Este fenómeno ha sido documentado en estudios previos, donde los pacientes reportan una disminución en su autoestima

y sentimientos de inutilidad debido a las secuelas físicas y cognitivas posteriores a su estancia en la UCI [29].

Es fundamental resaltar el papel de la enfermera a lo largo de todo el proceso que atraviesa el paciente en la UCI. Nuestro estudio no solo evidencia la importancia de un cuidado plenamente humanizado junto a la cama del paciente, sino que también, según las declaraciones recogidas del grupo focal, se destaca el trato cercano y la calidez en la atención, elementos clave para transformar una experiencia traumática en una más llevadera. Estos hallazgos coinciden con investigaciones previas que subrayan la relevancia del rol de la enfermera en la UCI, enfatizando su capacidad para ofrecer una atención personalizada y reconocer las diferencias individuales de cada paciente [6].

Asimismo, los delirios, alucinaciones y episodios de desorientación son manifestaciones recurrentes entre los pacientes que han pasado por una estancia prolongada en la UCI. Estas experiencias pueden estar influenciadas por el uso de sedantes, la privación del sueño y el entorno altamente tecnologizado, en el que se pierde la referencia del tiempo y del espacio. La bibliografía existente destaca que estas alteraciones pueden persistir incluso después del alta, afectando la capacidad de reintegración del paciente a su vida cotidiana [30,31]. La atención psicológica temprana podría mitigar estos efectos, ofreciendo herramientas para la comprensión y el afrontamiento de las experiencias vividas en la UCI.

A través de nuestro estudio se puede señalar como elemento clave en la superación del síndrome post-UCI la resiliencia, demostrando ser un factor determinante en la reducción del estrés postraumático y la ansiedad. Diversos estudios han puesto de manifiesto como la resiliencia puede ayudar en el manejo de situaciones de elevada ansiedad pudiendo incluso desarrollar fortalezas a través de una situación traumática [32-34]. A través de los estudios se puede afirmar que la capacidad de encontrar significado en la adversidad y la flexibilidad psicológica son elementos que favorecen la adaptación y el bienestar tras el alta hospitalaria [35]. Otros estudios basados en la realización de entrevistas

tas en profundidad a pacientes tras el alta de la UCI, afirman que la clave de superar el síndrome post-UCI es encontrar el equilibrio entre la persona que eran antes de la enfermedad y la persona que son tras el alta de la UCI [6].

Nuestro enfoque ha permitido explorar las experiencias de los pacientes tras el alta de la UCI; de este modo podemos comprender mejor la esfera global del síndrome post-UCI y de aquellos factores que han precipitado su desarrollo desde el ingreso en la unidad. A través de las experiencias se puede afirmar que uno de los problemas principales a los que se enfrentan los pacientes es la pérdida de identidad. Estos hallazgos van en la línea de un estudio realizado por Vester y colaboradores, que a través de la realización de entrevistas en profundidad a los pacientes dados de alta de la UCI, pudieron afirmar que uno de los mayores problemas a los que se enfrentan los pacientes tras el alta de la UCI es el “encontrarse a uno mismo después de una enfermedad grave” poniendo su enfoque en la dificultad de la vuelta a la vida cotidiana previa al ingreso o de la reinserción familiar [5].

El **segundo objetivo** del estudio se centró en la valoración de los grupos de apoyo post-UCI, los cuales han demostrado ser un recurso fundamental en la recuperación de los pacientes. Los participantes destacaron la importancia de estos espacios como un entorno seguro donde pueden compartir experiencias sin temor a ser juzgados. La posibilidad de expresar miedos y ansiedades con otros supervivientes ha resultado ser una herramienta eficaz para disminuir la sensación de aislamiento y favorecer la reconstrucción emocional. Estos hallazgos coinciden con estudios previos que han demostrado que los grupos de apoyo facilitan la adaptación emocional y mejoran la percepción de bienestar en los pacientes post-UCI [8].

Los grupos de apoyo también han sido valorados como esenciales para el desarrollo de la resiliencia. La interacción con otras personas que han vivido experiencias similares permite normalizar los sentimientos asociados a la recuperación y proporciona estrategias para afrontar las dificultades [10-12]. El papel del paciente experto y del psicólogo en su rol de acompañamiento resulta crucial en este sentido [8].

En este sentido, nuestros grupos de apoyo se han visto enriquecidos por la participación, como integrante del equipo médico, de un psicólogo lo cual se ha valorado como muy positivo por parte de los pacientes. La atención psicológica se ha revelado como un componente fundamental en la recuperación de los pacientes post-UCI [36]. La intervención psicológica no solo contribuye a la gestión de la ansiedad y el estrés postraumático, sino que también facilita la comprensión de la experiencia vivida, reduciendo los sentimientos de aislamiento y desamparo. Estudios previos han demostrado que los pacientes que reciben apoyo psicológico presentan una menor incidencia de depresión y una mejor capacidad de afrontamiento tras el alta hospitalaria [37]. En este sentido, la incorporación de psicólogos especializados en la atención post-UCI podría ser una estrategia clave para optimizar la recuperación de los pacientes, proporcionando herramientas para el manejo del miedo, la incertidumbre y las secuelas emocionales derivadas de su hospitalización.

Es imprescindible destacar la necesidad de continuar explorando las experiencias y emociones de los pacientes tras el alta de la UCI. A pesar de los avances en la investigación sobre el síndrome post-UCI, los estudios cualitativos que profundizan en la percepción de los propios pacientes siguen siendo limitados. La comprensión de estas experiencias es fundamental para diseñar intervenciones adaptadas a las necesidades reales de los supervivientes de UCI. Del mismo modo, el impacto altamente positivo de los grupos de apoyo en la recuperación de los pacientes refuerza la necesidad de su implementación como parte del seguimiento post-UCI. La atención a estos pacientes no debe finalizar con el alta hospitalaria, sino que debe extenderse a través de estrategias que promuevan una recuperación integral, favoreciendo tanto la rehabilitación física como la reconstrucción emocional y social.

5. Limitaciones

Este estudio presenta ciertas limitaciones que deben ser consideradas al interpretar los re-

sultados. Una de las principales limitaciones es la falta de información sobre el estado psicoemocional previo de los pacientes antes de su ingreso en la UCI. No contar con una línea base previa dificulta la evaluación precisa de los cambios emocionales y psicológicos experimentados tras el alta hospitalaria. Estudios previos han indicado que los antecedentes de ansiedad, depresión o trastornos psicológicos pueden influir significativamente en la percepción y afrontamiento del síndrome post-UCI [27]. Por lo tanto, futuras investigaciones podrían beneficiarse de un seguimiento longitudinal que permita evaluar el estado emocional de los pacientes antes, durante y después de su estancia en la UCI.

Otra limitación del estudio es el tamaño de la muestra, que, aunque proporciona una visión profunda acerca de las experiencias de los pacientes, no permite generalizar completamente los hallazgos a toda la población post-UCI. Además, la participación voluntaria en los grupos de apoyo también puede haber introducido un sesgo de selección, dado que es posible que los pacientes más afectados emocionalmente hayan sido quienes decidieron participar, lo que podría haber influido en la percepción general de los grupos focales. Asimismo, el estudio se ha basado en datos cualitativos, lo que limita la posibilidad de establecer relaciones de causalidad. Futuras investigaciones podrían complementar estos hallazgos con estudios cuantitativos de naturaleza prospectiva que midan el impacto específico de los grupos de apoyo en distintos indicadores de salud mental y calidad de vida.

Finalmente, otro aspecto a considerar es la influencia del contexto hospitalario y cultural en la percepción de los pacientes. Las experiencias en la UCI pueden verse moduladas por factores organizativos, la disponibilidad de recursos, y la interacción con el personal sanitario, aspectos que pueden diferir en distintos entornos hospitalarios y países. Esto resalta la necesidad de replicar estudios similares en diferentes contextos para obtener una comprensión más amplia y representativa del fenómeno del síndrome post-UCI y la eficacia de los grupos de apoyo en su abordaje.

6. Conclusiones

El presente estudio aporta una visión profunda sobre la experiencia de los pacientes tras su estancia en la UCI, evidenciando la complejidad del síndrome post-UCI y la necesidad de un abordaje integral en la recuperación. Los hallazgos muestran que **el proceso de reinserción no se limita a la recuperación física, sino que involucra aspectos emocionales, psicológicos y sociales** que impactan significativamente la calidad de vida de los pacientes.

Uno de los aspectos más relevantes identificados es la carga emocional que experimentan los pacientes tras el alta, manifestada en sentimientos de culpa, frustración y pérdida de identidad. La inmovilización prolongada, la sensación de aislamiento y la vivencia de delirios o alucinaciones durante la estancia en la UCI generan secuelas emocionales que requieren atención especializada. La comunicación limitada con el entorno, especialmente con los familiares, también contribuye a la angustia de los pacientes, evidenciando la necesidad de mejorar los canales de información en estos contextos.

El estudio destaca el papel fundamental del personal de enfermería en la humanización del cuidado. Más allá de la asistencia clínica, **los gestos de empatía y cercanía por parte del equipo sanitario han sido percibidos como elementos clave para mitigar el impacto emocional del ingreso en UCI**. Estos hallazgos subrayan la importancia de incorporar estrategias de atención centradas en el paciente, que integren el acompañamiento emocional como parte esencial del proceso de recuperación.

Asimismo, la investigación confirma que **los grupos de apoyo post-UCI desempeñan un rol crucial en la adaptación y bienestar de los pacientes**. La posibilidad de compartir experiencias, validar emociones y recibir apoyo de pares facilita el afrontamiento de las secuelas físicas y psicológicas, promoviendo la resiliencia y el empoderamiento de los afectados.

Los hallazgos de este estudio pueden contribuir al desarrollo de estrategias de atención post-crítica más efectivas y centradas en las necesidades reales de los pacientes. A su vez, abren nuevas líneas de investigación para conti-

nuar explorando la recuperación post-UCI desde una perspectiva interdisciplinar, considerando tanto el impacto físico como el emocional y social. Por citar algún ejemplo entre estas futuras líneas de investigación, y trasladando las sugerentes reflexiones realizadas en la revisión de revisiones de Thompson et al. (2022) del papel de los grupos de apoyo en pacientes crónicos [15] al ámbito que nos ocupa, el paciente post-UCI, sería de especial interés personalizar el papel de los grupos de apoyo post-UCI, conocer qué funciona y para quién, analizar los componentes del éxito de la intervención de apoyo entre iguales, especificando los dominios de resultados relevantes para evaluar el apoyo entre iguales, sintetizando las pruebas de efectividad, e identificando los mecanismos y procesos (mediación/moderación) del efecto. Sin duda, son muchos los retos para mejorar la calidad de vida y el bienestar psicológico del paciente post-UCI.

Curar a veces, aliviar a menudo, consolar siempre
HIPÓCRATES

7. Cuestiones éticas

El presente estudio fue aprobado por el Comité de Ética e Investigación Clínica del hospital (Referencia: 24/44).

Este estudio se realizó acorde con las directrices nacionales e internacionales del código deontológico, la declaración de Helsinki, al código de buenas prácticas y la Orden SAS 3470/2009. El consentimiento informado se solicitó a los pacientes a la entrada de la sesión, además de solicitar consentimiento para realizar la grabación. Para proteger la privacidad personal, se codificó la información de identificación de cada paciente en la base de datos electrónica. El procesamiento de los datos personales de los pacientes recopilados en este estudio cumplirá con la Ley Orgánica 3/2018 del 5 de diciembre de Protección de Datos Personales y garantía de los derechos digitales y con el Reglamento (UE) n° 2016/679 del Parlamento Europeo y del Consejo de 27 de abril de 2016 de Protección de Datos (RGPD). El participante en el estudio, según lo dispuesto en la mencionada Ley Orgánica 3/2018, podrá ejercer sobre los datos recogidos sus derechos de supresión, oposición, portabilidad, limitación, accesos y rectificación (derechos S.O.P.L.A.R.), comunicándose directamente con la investigadora principal, siguiendo los canales descritos en el consentimiento informado. Toda la información recopilada, almacenada y procesada ha sido de forma anónima. El investigador principal garantiza que todos los miembros del equipo u otras personas involucradas respeten la confidencialidad de cualquier información relacionada con los pacientes del estudio.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Needham DM, Davidson J, Cohen H, Hopkins RO, Weinert C, Wunsch H, et al. Improving long-term outcomes after discharge from intensive care unit: report from a stakeholders' conference. *Crit Care Med*. 2012;40(2):502-9.
2. Raurell-Torredà MR, Arias-Rivera SR, Martí JP, Frade-Mera MR, Zaragoza-García IR, Gallart ER, et al. Grado de implementación de las estrategias preventivas del síndrome post-UCI: estudio observacional multicéntrico en España. *Enferm Intensiva*. 2019;30(2):59-71.
3. Cagino LM, Seagly KS, McSparron JI. Survivorship After Critical Illness and Post-Intensive Care Syndrome. *Clin Chest Med*. 2022;43(3):551-61.
4. Pant U, Vyas K, Meghani S, Park T, Norris CM, Papatthanassoglou E. Screening tools for post-intensive care syndrome and post-traumatic symptoms in intensive care unit survivors: A scoping review. *Aust Crit care Off J Confed Aust Crit Care Nurses*. 2023;36(5):863-71.
5. Vester LB, Holm A, Dreyer P. Patients' and relatives' experiences of post-ICU everyday life: A qualitative study. *Nurs Crit Care*. 2022;27(3):392-400.
6. Olsen KD, Nester M, Hansen BS. Evaluating the past to improve the future - A qualitative study of ICU patients' experiences. *Intensive Crit care Nurs*. 2017;43:61-7.

7. Haines KJ, McPeake J, Hibbert E, Boehm LM, Aparanji K, Bakhru RN, et al. Enablers and Barriers to Implementing ICU Follow-Up Clinics and Peer Support Groups Following Critical Illness: The Thrive Collaboratives. *Crit Care Med*. 2019;47(9):1194-200.
8. McPeake J, Hirshberg EL, Christie LM, Drumright K, Haines K, Hough CL, et al. Models of Peer Support to Remediate Post-Intensive Care Syndrome: A Report Developed by the Society of Critical Care Medicine Thrive International Peer Support Collaborative. *Crit Care Med*. 2019;47(1):e21-7.
9. Clarke R, Chow H, Kerrison K. An Intensive Care Unit peer support group: Participants' views on format, content and the impact on recovery journeys. *J Intensive Care Soc*. 2023;24(3):258-64.
10. Rice DB, Thombs BD. Support Groups in Scleroderma. *Curr Rheumatol Rep*. 2019;21(4):9.
11. Almond H. Patient support groups are a lifeline for those with idiopathic pulmonary fibrosis. *Lancet Respir Med*. 2020;8(10):959-61.
12. Roberts G. The benefits of allergy patient support groups. Vol. 48, *Clinical and experimental allergy: journal of the British Society for Allergy and Clinical Immunology*. England; 2018. p. 1078-9.
13. Myers GM, James GD. Social support, anxiety, and support group participation in patients with an implantable cardioverter defibrillator. *Prog Cardiovasc Nurs*. 2008;23(4):160-7.
14. de Roda ABL, Moreno ES, Montero IV, Churnin S. Support groups and cardiac rehabilitation: effects of partner participation on anxiety and depression. *Span J Psychol*. 2014;17:E10.
15. Thompson DM, Booth L, Moore D, Mathers J. Peer support for people with chronic conditions: a systematic review of reviews. *BMC Health Serv Res*. 2022;22(1):427.
16. Lin F-H, Yih DN, Shih F-M, Chu C-M. Effect of social support and health education on depression scale scores of chronic stroke patients. *Medicine (Baltimore)*. 2019;98(44):e17667.
17. Jablotschkin M, Binkowski L, Markovits Hoopii R, Weis J. Benefits and challenges of cancer peer support groups: A systematic review of qualitative studies. *Eur J Cancer Care (Engl)*. 2022 Nov;31(6):e13700.
18. Nakao S, Kamo T, Someko H, Okamura M, Tsujimoto Y, Ogihara H, et al. Peer Support for Patients With Heart Failure: A Systematic Review and Meta-Analysis. *Cureus*. 2023;15(10):e46751.
19. Rosa RG, Ferreira GE, Viola TW, Robinson CC, Kochhann R, Berto PP, et al. Effects of post-ICU follow-up on subject outcomes: A systematic review and meta-analysis. *J Crit Care*. 2019;52:115-25.
20. Harvey MA, Davidson JE. Addressing the Consequences of Our Success. Vol. 47, *Critical Care Medicine*. 2019. 146-7.
21. Molina Escribano F, Castaño Moreno E, Massó Orozco J. Experiencia Educativa con un Paciente Experto. *Rev Clínica Med Fam*. 2008;2(4):178-80.
22. Giorgi A. The Theory, Practice, and Evaluation of the Phenomenological Method as a Qualitative Research Procedure. *J Phenomenol Psychol*. 1997;28(2):235-60.
23. Berenguera A., Fernández de Sanmamed MJ, Pons M., Pujol E., Rodríguez D., Sarua S. Escuchar, observar y comprender. Recuperando la narrativa en las Ciencias de la Salud. Aportaciones de la investigación cualitativa. 1a. Institut Universitari d'Investigació en Atenció Primària Jordi Gol (IDIAP J. Gol), editor. Barcelona: Lacontragrafica.com; 2014.
24. Palacios-Ceña D, Corral Liria I. Fundamentos y desarrollo de un protocolo de investigación fenomenológica en enfermería. *Enfermería Intensiva*. 2010;21(2):68-73.
25. Ramnarain D, Aupers E, den Ouden B, Oldenbeuving A, de Vries J, Pouwels S. Post Intensive Care Syndrome (PICS): an overview of the definition, etiology, risk factors, and possible counseling and treatment strategies. *Expert Rev Neurother*. 2021;21(10):1159-77.
26. Hiser SL, Fatima A, Ali M, Needham DM. Post-intensive care syndrome (PICS): recent updates. *J intensive care*. 2023;11(1):23.
27. Lee M, Kang J, Jeong YJ. Risk factors for post-intensive care syndrome: A systematic review and meta-analysis. *Aust Crit care Off J Confed Aust Crit Care Nurses*. 2020;33(3):287-94.
28. Vrettou CS, Mantziou V, Vassiliou AG, Orfanos SE, Kotanidou A, Dimopoulou I. Post-Intensive Care Syndrome in Survivors from Critical Illness including COVID-19 Patients: A Narrative Review. *Life (Basel, Switzerland)*. 2022;12(1).

29. Lobo-Valbuenaa B, Sánchez-Rocab M., Regalón-Martínc MP, Torres Moralesd J, Varillas Delgadoe D, Gordo-Vidal F. Síndrome post-UCI: Amplio espacio de mejora. Análisis de los datos tras un año de implementación de protocolo para su prevención y manejo en un hospital de segundo nivel. *Med Intensiva*. 2021;45(8):e43-6.
30. Luz LFDS, Santos MCD, Ramos TA, Almeida CB, Rover MC, Dal’Pizzol CP, et al. Delirium and quality of life in critically ill patients: a prospective cohort study. *Rev Bras Ter intensiva*. 2020;32(3):426-32.
31. Jones C, Griffiths RD, Humphris G. Disturbed memory and amnesia related to intensive care. *Memory*. 2000;8(2):79-94.
32. Kalisch R, Müller MB, Tüscher O. A conceptual framework for the neurobiological study of resilience. *Behav Brain Sci*. 2015;38:e92.
33. Bartone PT, Eid J, Hystad S W. Training hardiness for stress resilience. In: *Military Psychology: Concepts, Trends and Interventions*. Sage, New Delhi; 2016. p. 231-48.
34. Zager Kocjan G, Kavčič T, Avsec A. Resilience matters: Explaining the association between personality and psychological functioning during the COVID-19 pandemic. *Int J Clin Health Psychol*. 2021;21(1):100198.
35. Mathieu A, Reignier J, Le Gouge A, Plantefevé G, Mira J-P, Argaud L, et al. Resilience after severe critical illness: a prospective, multicentre, observational study (RESIREA). *Crit Care*. 2024;28(1):237.
36. Huang C, Xie J, Owusua T, Chen Z, Wang J, Qin C, et al. Is psychological flexibility a mediator between perceived stress and general anxiety or depression among suspected patients of the 2019 coronavirus disease (COVID-19)? *Pers Individ Dif*. 2021;183:111132.
37. Wade DF, Moon Z, Windgassen SS, Harrison AM, Morris L, Weinman JA. Non-pharmacological interventions to reduce ICU-related psychological distress: a systematic review. *Minerva Anestesiol*. 2016;82(4):465-78.