

Estrés postraumático derivado de la hospitalización en Unidad de Terapia Intensiva: memorias de ancianos

Valdenir Almeida da Silva,¹ Maria do Rosário de Menezes,² Manuela Bastos Alves,³ Juliana Bezerra do Amaral,² Maria Antonia Martorell Poveda⁵

¹Núcleo de Estudos para Valorização do Envelhecimento, Escola de Enfermagem, Universidade Federal da Bahia, Hospital Universitário Professor Edgard Santos (Salvador, Bahia, Brasil). ²Núcleo de Estudos para Valorização do Envelhecimento, Escola de Enfermagem, Universidade Federal da Bahia (Salvador, Bahia, Brasil). ³Universidade do Estado da Bahia (Senhor do Bonfim, Bahia, Brasil). ⁴Escola Universitària d'Infermeria, Universitat Rovira i Virgili (Tarragona, CAT, España).

Correspondencia: valdenirenf@yahoo.com.br (Valdenir Almeida da Silva)

Resumen

Introducción: La hospitalización de mayores en Unidad de Terapia Intensiva se caracteriza por ser intensa, traumática y con posibilidades de dejar secuelas. Objetivo: Analizar memorias de mayores sobre la hospitalización en Unidad de Terapia Intensiva. Metodología: Investigación cualitativa, con catorce mayores que fueron hospitalizados en Unidad de Terapia Intensiva. Los datos fueron recolectados mediante entrevista semiestructurada y analizados en software Analyse Lexicale par Contexte de un Ensemble de Segments de Texte. Resultados: La enfermedad y hospitalización causaron impactos negativos en los mayores. Estas memorias se debieron a la enfermedad; De la sumisión a condiciones que causaron dolor; Daños al sueño y reposo; Molestias; De la percepción de sí como pacientes graves; Y de la proximidad a la muerte. Conclusión: Es necesario repensar los cuidados a los mayores en la terapia intensiva, buscando la reducción del estrés postraumático y de sus posibles interferencias en la calidad de vida.

Palabras clave: Trastornos por Estrés Postraumático. Anciano. Enfermería de Cuidados Críticos. Unidades de Cuidados Intensivos. Memoria. Hospitalización.

Post-traumatic stress resulting from hospitalization in the Intensive Care Unit: memories of the elderly

Abstract

Introduction: The hospitalization of the elderly in the Intensive Care Unit is characterized by being intense, traumatic and with the possibility of leaving sequels. Objective: To analyze memories of elderly people about hospitalization in an Intensive Care Unit. Methods: Qualitative research, with the participation of fourteen elderly people who were hospitalized in the Intensive Care Unit. The data were collected through a semi-structured interview and analyzed using the Analyse Lexicale software for the Context of an Ensemble of Segments de Texte. Results: Illness and hospitalization have had negative impacts on the memories of the elderly. These memories came from illness; From submission to conditions that caused pain; Loss of sleep and rest; Discomfort; Perception of themselves as serious patients; And proximity to death. Conclusion: It is necessary to rethink the care to the elderly in the intensive therapy, aiming at the reduction of the post-traumatic stress and its possible interferences in the quality of life.

Key-words: Post-Traumatic Stress Disorders. Aged. Critical Care Nursing. Intensive Care Units. Memory. Hospitalization.

Introducción

La Unidad de Cuidados Intensivos (UCI) corresponde a un espacio físico diferenciado dentro de los servicios de salud, destinada a la atención ininterrumpida de pacientes en estado grave. Presta asistencia especializada y cualificada, dispone de recursos tecnológicos avanzados y capacidad para convertir en más eficiente el cuidado al paciente crítico.^{1,2} Para tanto, mayor énfasis del cuidado en la UCI es en procedimientos técnicos y en

la atención predominantemente clínica, con la intención de mantener la vida.

La singularidad de la hospitalización en UCI es descrita como repentina, inesperada, amenazadora a la continuidad de la vida;³ intensa, impactante, dura, difícil, traumática y con posibilidades de dejar secuelas.⁴

El riesgo de muerte, la poca flexibilidad de las rutinas, la presencia constante de ruidos, la ocurrencia frecuente de situaciones de emergencia, la separación del contexto de vida habitual, la sumisión a procedimientos dolorosos, el desamparo y el

aislamiento, se presentaron como sensaciones traumáticas que pueden ser experimentadas por los pacientes ingresados en la UCI. La UCI se configura como un ambiente altamente ajeno y estresante, principalmente para la persona mayor que se hace más vulnerable a la manifestación de efectos psicológicos adversos después de recibir alta médica.^{3,5-6}

Los estresores encontrados en la UCI contribuyen al inicio de trastornos en las relaciones afectivas y alteraciones psíquicas. Entre los efectos psíquicos más comunes después del ingreso en la UCI está el Trastorno del Estrés Postraumático (TEPT)^{3,7}, que se presenta como un desorden psíquica crónica caracterizada por sufrimiento severo después de una experiencia traumática.^{8,9}

El TEPT está presente en la experiencia humana, pero los tipos y prevalencia varían de acuerdo a la cultura. En los Estados Unidos, estudios demuestran una alta prevalencia entre veteranos de guerras.^{8,9} Investigaciones internacionales indican una prevalencia en la población en general entre 8% a 64%.³ En Brasil, a su vez, los mayores índices están relacionados a asaltos, violencia sexual y accidentes automovilísticos,⁸ siendo aún subdiagnosticado en la población que sufre otros tipos de trauma.³

Un estudio brasileño sobre TEPT resultante de la hospitalización en UCI indicó una prevalencia de 24,4%.³ Otro estudio nacional, realizado en Paraná - Brasil, entre pacientes sometidos a la ventilación mecánica, encontró síntomas relacionados con ese trastorno en 14,5% de los participantes.¹⁰ Datos de una revisión sistemática sobre el tema corroboran con ese panorama, apuntando una prevalencia general entre 17 y 30%.¹¹

Aunque investigaciones demuestren que la incidencia de TEPT sea mayor en adultos jóvenes y personas de media edad que en adultos mayores, se admite que los adultos mayores pueden no reconocer tales síntomas, o tener dificultad para relacionarlos con la ocurrencia de un evento traumático. Además, se admite que las alteraciones neuro-siquiátricas y cognitivas post-hospitalización en la UCI, juntamente con las posibles dificultades de los profesionales de salud, ocasiona en un sub-reconocimiento y sub-tratamiento de ese trastorno.¹²

De ese modo, las consecuencias emocionales y las memorias traumáticas sobre la hospitalización en UCI justifican la importancia de la realización de estudios sobre el tema.³

Para este estudio, se adoptó como definición de memoria la capacidad inherente a cada persona de formar, retener, conservar y evocar ideas, nociones adquiridas, recuerdos o reminiscencias. De esa forma, refleja la capacidad de almacenar informaciones sobre ellos mismos y del mundo que les rodea, constituyéndose como base para el reconocimiento de personas, objetos, lugares y para el desarrollo del lenguaje.¹³

El estudio de las memorias de personas mayores sobre la hospitalización en terapia intensiva puede contribuir para un mejor planeamiento de ese servicio, sobre todo en cuanto a la minimización de los traumas, la prestación de cuidados de enfermería singularizados y el respeto a la dignidad y autonomía. Ante esto, este artículo tiene como objetivo analizar recuerdos de personas mayores sobre la hospitalización en Unidad de Cuidados Intensivos.

Metodología

Se trata de una investigación cualitativa, con la participación de catorce personas mayores que fueron hospitalizadas en la

UCI de un hospital público de enseñanza, perteneciente al Sistema Único de Salud, localizado en Salvador - Bahía, Brasil.

Fueron adoptados como criterios de inclusión: tener más de sesenta años y haber sido hospitalizado en terapia intensiva por un periodo mínimo de 72 horas. La elección del tiempo mínimo es justificada por mayor prejuicio a la capacidad funcional, al aumento de la dependencia post alta, a la mayor ocurrencia de trastorno de humor y a la soñolencia durante el día después de 72 horas en la UCI.⁷ Además, otros criterios de inclusión fueron establecidos, a saber: hospitalización de enero 2013 a mayo 2015 y presentar condiciones cognitivas de participar del estudio verificado mediante la aplicación del Mini Examen del Estado Mental (MEEM). Se consideró en el MEEM, como punto de corte para inclusión, 18 puntos para personas sin escolaridad y 26, para personas con escolaridad superior a ocho años.¹⁴ Se adoptó como criterio de exclusión vivir fuera de la municipalidad de Salvador - Bahía, Brasil.

Los datos fueron recolectados entre los meses de enero a mayo de 2015, por medio de entrevista semiestructurada, después del alta de la UCI. Las entrevistas fueron grabadas con la autorización de los participantes. El instrumento de recolección fue compuesto por cuestiones organizadas en dos ejes conductores: cuéntame lo que se recuerda de su hospitalización en la Unidad de Cuidados Intensivos; y cuéntame sobre la experiencia de haber sido hospitalizado en una Unidad de Cuidados Intensivos.

El *corpus* formado por las catorce entrevistas realizadas fue analizado por medio del *software* para análisis de datos textuales, ALCESTE (*Analyse Lexicale par Contexte d'un Ensemble de Segments de Texte*), desarrollado por Max Reinert, en 1998.¹⁵ La utilización del *software* ALCESTE posee una ventaja, con relación a otras técnicas de análisis, la presentación de resultados que ofrecen una visión general de un *corpus* voluminoso dentro de un corto espacio de tiempo.¹⁵ El material proveniente de las entrevistas fue organizado en un archivo único de Word y preparado de acuerdo con las reglas específicas para organización de banco de datos por el ALCESTE.¹⁵

De acuerdo con la regla para la preparación del *corpus*, cada entrevista fue separada por líneas con asteriscos e identificadas con los caracteres escogidos para su codificación (Figura 1).

Figura 1. Ejemplo de las características de las líneas de comando para identificación del *corpus* de la pesquisa Memorias de personas mayores sobre la hospitalización en Unidad de Cuidados Intensivos. Salvador - Bahía, Brasil, 2016

Entrevista	Edad (años)	Sexo	Año de hospitalización
*e_01	*id_1: 60 a 69 *id_2: 70 a 79 *id_3: 80 a más	*s_1: Femenino *s_2: Masculino	*int_1: 2013 y 2014 *int_2: 2015

Fuente: Recolección de datos de la pesquisa Memorias de personas mayores sobre hospitalización en Unidad de Cuidados Intensivos

Se trata de resultados de una tesis de doctorado, cuyo título es "Memorias de personas mayores sobre la hospitalización en Unidad de Cuidados Intensivos." A partir del análisis, se obtuvieron cinco diferentes clases lexicales, y aquí será presentada la clase "Estrés postraumático derivado de la hospitalización en unidad de cuidados intensivos memorias de personas mayores".

En los resultados, los testimonios de los participantes separados por el ALCESTE por medio de la Clasificación Jerárquica Descendente (CHD) son identificados por las características

identificadoras de los participantes, de acuerdo a la ejemplificación en la Figura 1.

El proyecto fue aprobado por un Comité de Ética en Pesquisa, mediante Parecer n.º 841.527/2014 y del Certificado de Presentación para Apreciación Ética (CAAE) n.º 37638114.2.0000.5531.

Resultados

La enfermedad y la hospitalización causaron impactos negativos en las memorias de las personas mayores. En los testimonios, se percibe que la dureza de la hospitalización en la UCI generó memorias traumáticas derivadas de la propia enfermedad y de la percepción de sí mismo, a parte de la sumisión a condiciones que causaron dolor, prejuicios al sueño y reposo, e incomodidad.

*Pero hijo mío, qué dolor fue aquel, Dios mío, del drenaje! Yo imaginé que no iba reaccionar, resistir, resistir, no! Para poner el drenaje, duele mucho, oíste?! (*e_02 *id_3 *s_1 *int_1)*

*Aquel aparato allí no es broma, no. Yo no sé si es verdad, si es mi mente o si era... No sé... Hay cosas allá que yo no sé, no... (*e_02 *id_3 *s_1 *int_1)*

*Un quilo de... Un quilo de, cómo se llama, de tubo! Tubo y esparadrapo... Aquí otro... Aquí otro... Más medio quilo aquí de tubo y esparadrapo, de esparadrapo y tubo. (*e_07 *id_2 *s_1 *int_2)*

*Ventre abierto de aquí hacia acá! Respirar que es bueno... solo los aparatos, tiiti, tiiti, tiiti. Solamente el sonido nos mata; tiiti, tiiti, tiiti, día y noche! (*e_07 *id_2 *s_1 *int_2)*

Los participantes relatan con detalles las memorias sobre la sumisión a procedimientos dolorosos, como el drenaje del tórax, donde el dolor fue relatado como insoportable e incompatible con la vida. Se destacan también memorias traumáticas dejadas por la incomodidad de la inmovilidad en el lecho, de la ventilación mecánica, de la sensación de peso proporcionada por la fijación del tubo orotraqueal y de los ruidos de los equipos de monitorización.

*Porque los médicos pueden querer... [que el paciente firme un término de consentimiento] Porque inclusive ellos me dieron un informe, el médico, para yo firmar; yo hasta... [interrumpe por llanto, por recordar del momento en que tuvo de autorizar la cirugía, asumiendo los riesgos que podrían venir; se puso nervioso con el termo de consentimiento] Y eso uno... [llanto] Porque se uno no entiende, algunas cosas, quedan algunos detalles que uno percibe allí... (*e_13 *id_1 *s_2 *int_2)*

La obligatoriedad de la firma en el término de autorización para la cirugía se evidenció también como generador de memorias traumáticas. Entender los riesgos de una cirugía y autorizarla remitió la persona mayor a la propia muerte. Se sintió frágil y vulnerable, pues percibió en la obligatoriedad de autorizar el procedimiento que le colocara en riesgo de morir.

*No es muy bueno, no. [llanto] Recordar aquella cosa pasada, estás loco... [llanto] Uno ya ha perdido tantos parientes y uno se queda... En el tiempo que yo estaba enfermo, mi hermano enfermo, mi hermana enferma, mucha gente enferma en la familia, uno se pone... [pensando] (*e_02 *id_3 *s_1 *int_1)*

Yo no sé si era normal, si era verdad, si era mentira, si era

*cierto, si era errado, yo no sé... Yo sé que había cosa muy rara, que yo estaba intubada y ella decían que... Decía a mi sobrina que iba desligar los equipos... (*e_02 *id_3 *s_1 *int_1)*

La proximidad de la propia muerte y el recuerdo de la muerte de otras personas también generaron recuerdos traumáticos. Al percibir la frecuencia de los óbitos entre pacientes hospitalizados en la UCI, las personas mayores tienen presente la posibilidad de también morir y asociaron a la muerte de personas significativas, como los familiares.

El miedo dejado por la posibilidad de la ocurrencia de la muerte condujo las personas mayores a un estado de alerta y de sobresalto.

*Cuando yo estaba allí, con aquella impresión, sabes cómo es? Yo tenía que mejorar y comenzaba a dormir y me asustaba. [...] (*e_04 *id_2 *s_2 *int_2)*

*Parece que yo estaba durmiendo; yo dormía, en la cama yo dormía, chico... No fue fácil no, no fue fácil no. No, es... Es... de inicio yo tenía mucho miedo, pero hace un tiempo que yo soy más espantado, cualquier cosa yo tomo un choque; no sé si también es miedo... (*e_11 *id_2 *s_2 *int_2)*

*Dormía media hora, una hora. Cuando pasaba un tiempo, otro uai, uai, está muriendo, viene el médico... Murieron unos cuatro o cinco cerca mío, como de aquí hacia allí. (*e_15 *id_2 *s_2 *int_2)*

Después de la hospitalización en la UCI, las personas mayores pasaron a presentar un estado de vigilancia y alerta permanente en consecuencia del miedo y de las impresiones negativas aprendidos en el ambiente de la terapia intensiva. Las expresiones “espantado”, “choque”, “asustaba” y el despertar con facilidad son ejemplos del estado de alerta mental. Se identificó también que las personas mayores prefieren evitar recordar las experiencias traumáticas derivadas de la hospitalización en la UCI.

*[...] Pero no es una cosa muy buena de recordar, cierto, la enfermedad, cierto? Y en la UCI, allá en la UCI, yo pensaba así, había veces, yo no sé si era verdad o si era solamente mi mente, pero aquel equipo... (*e_02 *id_3 *s_1 *int_1)*

*El Señor [Dios] que toda la vida me guarda, cierto? En el corral de la matanza [UCI] [risos] fue bien. Tú sabes que esa parte, yo entré, yo olvidé? En la hora que entré me olvidé. Hasta hoy intento entender, me acordar... (*e_07 *id_2 *s_1 *int_2)*

Una de las participantes evita acordarse de la hospitalización debido a la dureza de la experiencia vivida. En su habla, la UCI es asociada al corral de la matanza, local que antecede la muerte y al cual no es posible sobrevivir.

Discusión

La experiencia de la hospitalización en UCI puede ocasionar reacciones emocionales estresantes y traumáticas por la vivencia de la amenaza de muerte, la ruptura con el cotidiano, miedo, soledad, dolor, angustia, ansiedad, depresión y alteraciones a hábitos de sueño.

La exposición a altos niveles de estrés en esas unidades trae consecuencias negativas a la salud a largo plazo. Memorias traumáticas pueden persistir por años y en algunos casos los pacientes pueden desarrollar reacciones crónicas de estrés, como

el TEPT, caracterizado por: disturbios del sueño, pesadilla, depresión, miedo, ansiedad, irritabilidad, constante estado de alerta, cambios de humor y estado emocional embotado.¹¹

El TEPT trae consigo gran sufrimiento psicológico y reacciones fisiológicas semejantes a las ocurridas durante el evento traumático, más allá de huida y excitabilidad. La experiencia de la hospitalización es descrita como una situación que sale fuera del control, emergiendo sentimientos de impotencia y miedo de lo desconocido.¹¹

Acompañado de los relatos, algunas expresiones corporales fueron percibidas al recordar lo que sintieron durante las experiencias de la hospitalización, como llantos, silencios, desaceleración e interrupción en las hablas, acompañadas por una mirada cargada de tristeza y reflexión acerca de la posibilidad de morir. De ese modo, canalizan la interpretación para la presencia del TEPT.

Cada episodio de TEPT inicia con la ocurrencia de un evento que crea una memoria con efecto estresante involuntario, repetitivo e intrusivo, de forma inmediata o tardía. Rememorar la memoria traumática moviliza una respuesta del sistema nervoso autónomo, resultando en dificultad para dormir, irritabilidad, sobresalto, hipervigilancia, dificultad de concentración e inquietud motora.¹⁶

La versión traducida y adaptada para el portugués de la Escala de Estresores en Terapia Intensiva (EETI), trae el dolor, el miedo, la amenaza de muerte, la imposibilidad de dormir, tener tubos en la nariz y en la boca, no tener control sobre sí mismo y no tener explicaciones sobre el tratamiento, como los factores estresores más significativos para pacientes internados en UCI.¹⁷

Si la hospitalización por sí solo ya representa un momento estresante para el adulto mayor, cuando ocurre en la terapia intensiva, estos efectos son potencializados. Para los participantes, haber sufrido amputación de miembros, haber sentido la posibilidad de la muerte inminente, haber sido sometido a la contención mecánica, haber presenciado la muerte y el sufrimiento de otras personas y haber sido expuesto a procedimientos dolorosos, dejó marcas traumáticas en sus memorias.

Los pacientes críticos son particularmente más vulnerables al dolor debido a la naturaleza de la enfermedad, procedimientos, diagnósticos y tratamientos requeridos. El dolor proveniente de procedimientos como introducción de drenajes, sondajes, punciones y curativos, actúan como potentes estresores. Esos enfermos pueden presentar dificultades en relatar su dolor por estar con la cognición afectada o limitaciones para hablar, debido a la presencia de tubos orotraqueales.¹⁸

Otro agente estresante presente en los testimonios fueron los ruidos que causaban incómodidad y consecuentemente perjudicaban el sueño. La dinámica de la UCI impone la contaminación sonora debido a los sonidos de los aparatos y al ruido debido a las conversaciones entre miembros del equipo, pudiendo interferir en la calidad del sueño de los pacientes.

El sueño y el reposo son necesidades humanas básicas y su privación – que incluye sueño de corta duración así como interrupciones frecuentes del descanso –, pueden traer consecuencias emocionales y físicas, como: alteraciones en el sistema inmunológico, en la cicatrización y en la función cognitiva, además de aumentar los niveles de estrés.¹⁹

Para uno de los participantes (e_13), el impacto más grande de la hospitalización fue cuando un médico le solicitó que firmara un término de consentimiento para la sumisión a un pro-

cedimiento quirúrgico, con la finalidad de extirpar un tumor maligno. Por lo que se ha dicho, se interpreta que el lenguaje utilizado por el médico fue frío, directo y sin la preocupación con los efectos psicológicos que podría causar sobre el adulto mayor. Ese acto lo llevó a pensar en los riesgos de la cirugía para su vida, contraponiendo con los riesgos de la no sumisión al procedimiento.

Los miedos, en esos casos, se sobreponen a cualquier conocimiento y a la esperanza de que pueda obtener éxito en el tratamiento. En ese punto, se aporta la reflexión para el ámbito de la enfermería. Los médicos son responsables por informar el diagnóstico, pero son los enfermeros y la enfermería que permanecen por más tiempo al lado del paciente. Se resalta también que la situación de enfermedad grave para la persona mayor puede tener un efecto singular. Muchas veces, la persona mayor ya presencié la muerte de otras personas de su grupo de edad y eso podría llevarlo a imaginar la propia muerte y verse como el próximo a morir.⁶

De acuerdo a Norberto Bobbio, “cuando recurrimos una vez más los lugares de la memoria, los muertos se perfilan alrededor de nosotros en número cada vez más alto. La gran parte de los que nos acompañaron ya nos abandonó”.²⁰ Entonces, es importante que los profesionales comprendan la reacción y analicen los posibles impactos para una persona mayor, con una cultura singular, que ya perdió varios seres queridos y que, muchas veces, sienten el peso de la discriminación con base en la edad y por la idea de que mucho ya vivieron y ya es llegado el momento de morir.

La presencia explícita de evento estresante o traumático es factor central en los criterios para la identificación de esa categoría de trastornos psíquicos. La memoria es la función cognitiva que permite la conexión con el pasado, acumulación de conocimientos de las experiencias vividas y proporciona la noción de quien eres. Se caracteriza como la conexión entre la experiencia traumática o estresante y la manifestación de los síntomas.²¹

El TEPT tiene alto costo social y económico, o sea: tratamiento médico y psicológico, absentismo, distanciamiento de la familia y amigos.²¹ Esfuerzos deben emplear todos los medios en el cuidado a las personas afectadas y en la búsqueda por el tratamiento.¹⁶ Un estudio realizado con el objetivo de examinar la asociación entre el TEPT y disturbios vasculares entre veteranos de guerra encontró un aumento significativo de los riesgos de enfermedades cerebrovasculares, congestión cardíaca, infarto del miocardio y enfermedad vascular periférica.²²

Para las personas mayores, existen consecuencias negativas adicionales, una vez que tienen tres veces más oportunidades de incapacidades para el auto cuidado, déficit en la movilidad y cognición;¹² depresión, ansiedad y peor calidad de vida de que otros grupos de edad sin TEPT.²³ Además, existe riesgo aumentado de diabetes tipo 2, enfermedades gastrointestinales, demencia y mayor mortalidad.¹²

El TEPT necesita ser mejor reconocido y tratado.²³ El reconocimiento por el equipo de salud de los síntomas y la implementación precoz de tratamiento puede traer beneficios a los pacientes que fueron hospitalizados en UCI, favoreciendo la prevención de trastornos psíquicos futuros y la rehabilitación.¹⁰

La limitación de esto artículo está relacionada a la no utilización de instrumentos validados, específicos para la identificación de agentes estresores entre pacientes hospitalizados en UCI.^{10,17} No obstante, fue posible identificar características del estrés postraumático por medio de la memoria de las personas

mayores. Así, refuerza la necesidad de la realización de más estudios sobre el TEPT entre personas mayores en UCI, para ampliar la discusión sobre la problemática y nortear la elaboración de intervenciones adecuadas.

Conclusión

Este artículo analizó memorias de personas mayores sobre la hospitalización en Unidad de Cuidados Intensivos. Se identificaron síntomas de TEPT, los cuales pueden estar relacionados con experiencia de la hospitalización en UCI. La enfermedad, la percepción de la propia gravedad, las incomodidades proporcionadas por procedimientos dolorosos, la privación del sueño, la

ventilación mecánica, el ruido y la proximidad de la muerte fueron suficientes para generar el TEPT.

Se considera necesario repensar los cuidados a las personas mayores hospitalizadas en la UCI, teniendo en cuenta la reducción de las experiencias traumáticas, del estrés post-exposición a la hospitalización y de las posibles interferencias en la calidad de vida. Para la enfermería intensivista, se destaca la importancia de la acción comunicativa, del cuidado interesado y que vaya al encuentro de las singularidades de la persona mayor, respetando su historia de vida y su cultura, en la intención de minimizar las memorias negativas y las consecuencias del trauma experimentado.

Referencias bibliográficas

1. Ministério da Saúde (BR). Agência Nacional de Vigilância Sanitária. Resolução – RDC, no. 7, de 24 de fevereiro de 2010. Diário Oficial da União, 25 de fevereiro de 2010 [cited 2017 Jan 23]. Seção1, página 48. Available from: http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/anvisa/2010/res0007_24_02_2010.html
2. Marinho PML, Campos MPA, Rodrigues EOL, Gois CFL, Barreto IDC. Construction and validation of a tool to Assess the Use of Light Technologies at Intensive Care Units. *Rev. Latino-Am. Enfermagem*. 2016; 24:e2816. doi: <http://dx.doi.org/10.1590/1518-8345.1002.2816>
3. Rovatti KB, Teodoro M, Castro EK. Memories and prevalence of posttraumatic stress disorder in Intensive Care Unit. *Psicol. Reflex. Crit.* 2012; 25(3):499-505. doi: <http://dx.doi.org/10.1590/S0102-79722012000300009>
4. Reis LCC, Gabarra LM, Moré CLOO. As repercussões do processo de internação em UTI adulto na perspectiva de familiares. *Temas psicol.* 2016; 24(3): 815-828. doi: <http://dx.doi.org/10.9788/TP2016.3-03>
5. Miranda VL. Aspectos vivenciales del paciente durante su estadía en Unidad de Cuidados Intensivos. *Rev Chil Med Inten [Internet]*. 2010 [cited Jan 23, 2017]; 25(4):199-203. Available from: www.medicinaintensiva.cl/revistaweb/revistas/indice/2010.../6.pdf
6. Furuya RK, Birolim MM, Biazin DM, Rossi LA. A integralidade e suas interfaces no cuidado ao idoso em Unidade de Terapia Intensiva. *R Enferm UERJ*. [Internet]. 2011 Jan/Mar [cited Jan 23, 2017]; 19(1):158-62. Available from: <http://www.facenf.uerj.br/v19n1/v19n1a26.pdf>
7. Vesz PS, Costanzi M, Stolnik D, Dietrich C, Freitas KLC, Silva LA et al. Aspectos funcionais e psicológicos imediatamente após alta da unidade de terapia intensiva: coorte prospectiva. *Rev Bras Ter Intensiva*. 2013; 25(3):218-224. doi: <http://dx.doi.org/10.5935/0103-507X.20130038>
8. Silva TLG, Donat JC, Lorenzoni PL, Souza LK, Gauer G, Kristensen CH. Event centrality in trauma and PTSD: relations between event relevance and posttraumatic symptoms. *Psicol Reflex Crit.* 2016; (34):1-7. doi: <http://dx.doi.org/10.1186/s41155-016-0015-y>
9. Kelmendi B, Adams TG, Yarnell S, Southwick S, Abdallah CG, Krystal JH. PTSD: from neurobiology to pharmacological treatments. Citation: *European Journal of Psychotraumatology*. 2016; 7(10): 1-11. doi: <http://dx.doi.org/10.3402/ejpt.v7.31858>
10. Costa JB, Marcon SS, Rossi RM. Transtorno de estresse pós-traumático e a presença de recordações referentes à Unidade de Terapia Intensiva. *J Bras Psiquiatr.* 2012; 61(1):13-9. doi: <http://dx.doi.org/10.1590/S0047-20852012000100004>
11. Caiuby AVS, Andreoli PBA, Andreoli SB. Transtorno de estresse pós-traumático em pacientes de unidade de terapia intensiva. *Rev Bras Ter Intensiva*. 2010; 22(2):77-84. doi: <http://dx.doi.org/10.1590/S0103-507X2010000100013>
12. Cook JM, McCarthy E, Thorp SR. Older adults with PTSD: brief state of research and evidence-based psychotherapy case illustration. *The American Journal of Geriatric Psychiatry*. 2017; 25(1):2-24. doi: <http://dx.doi.org/10.1016/j.jagp.2016.12.016>
13. Izquierdo I, Myskiw JC, Benetti F, Furini CRG. Memória: tipos e mecanismos – achados recentes. *Revista USP*. [Internet]. 2013. Jun/Jul/Aug [cited Jun 14, 2017];19:9-16. Available from: <http://www.revistas.usp.br/revusp/issue/view/5467/showToc>
14. Ministério da Saúde (BR). Portaria n.º 2.528, de 19 de outubro de 2006. Política Nacional de Saúde da Pessoa Idosa. Brasília: 2006. Available from: http://www.saude.mg.gov.br/images/documentos/Portaria_2528.pdf
15. Azevedo DM, Costa RKS, Miranda FAN. Uso do ALCESTE na análise de dados qualitativos: contribuições na pesquisa em enfermagem. *Rev enferm UFPE on line*. 2013; 7(esp):5015-22. doi: <http://dx.doi.org/10.5205/reuol.4700-39563-1-ED.0707esp201326>
16. Young A. Culture, history and traumatic memory: an interpretation. *Acta Bioethica [Internet]*. 2016; 22(1):63-70. doi: <http://dx.doi.org/10.4067/S1726-569X2016000100007>
17. Veiga EP, Vianna LG, Melo GF. Fatores estressores em Unidade de Terapia Intensiva: percepção de pacientes idosos e adultos no pós-operatório de cirurgia cardíaca. *Rev. Kairós Gerontologia*. [Internet]. 2013 Jun [cited Feb 15, 2017];16(2):65-77. Available from: <http://revistas.pucsp.br/index.php/kairos/article/view/18524>
18. Bento DC, Prado AP, Gardenghi G. Estudo dos níveis de estresse dos pacientes submetidos à angioplastia durante a internação na unidade de terapia intensiva. *Rev Eletron Saúde Ciênc.[Internet]*. 2012. [cited Feb 15, 2017];2(1):7-21. Available from: <http://www.resceafi.com.br/vol2/n1/Artigo-I-7-21.pdf>

19. Dessotte CAM, Rodrigues HF, Furuya RK, Rossi LA, Dantas RAS. Estressores percebidos por pacientes no pós-operatório imediato de cirurgia cardíaca. *Rev. Bras. Enferm.* 2016; 69(4): 741-750. doi: <http://dx.doi.org/10.1590/0034-7167.2016690418i>
20. Bobbio N. O tempo da memória: de senectude e outros escritos autobiográficos. Rio de Janeiro: Campus; 1997.
21. Rigoli MM, Silva GR, Oliveira FR, Pergher GK, Kristensen CH. The role of memory in posttraumatic stress disorder: implications for clinical practice. *Trends Psychiatry Psychother.* 2016; 38(3):119-127. doi: <http://dx.doi.org/10.1590/2237-6089-2014-0063>.
22. Beristianos M, Yaffe K, Cohen B, Byers AL. The impact of late-life PTSD on vascular-related disorders. AAGP Annual Meeting 2014. *Am J Geriatr Psychiatry.* 2014; 22(3):S55. Supplement 1. doi: <http://dx.doi.org/10.1016/j.jagp.2013.12.056>
23. Chopra MP, Zhang H, Kaiser AP, Moye JA, Llorente MD, Oslin DW et al. PTSD is a chronic, fluctuating disorder affecting the mental quality of life in older adults. *Am J Geriatr Psychiatry.* 2014; 22(1):86-97. doi: <http://dx.doi.org/10.1016/j.jagp.2013.01.064>