

Relación entre el deterioro clínico de la sepsis al ingreso, medido mediante NEWS 2, y la sintomatología ansiosa y depresiva post-alta en pacientes de un hospital de segundo nivel

Juanita Valentina Reyes González

Asesor

Sandra Milena Guzmán Díaz

Universidad Nacional Abierta y a Distancia UNAD

Escuela de Ciencias Sociales, Artes y Humanidades – ECSAH

Psicología

2026

Resumen

El presente estudio tuvo como objetivo determinar la asociación entre el nivel de deterioro clínico de la sepsis al ingreso hospitalario, medido mediante la escala National Early Warning Score 2 (NEWS2), y el grado de sintomatología ansiosa y depresiva posterior al alta, evaluado mediante la Escala Hospitalaria de Ansiedad y Depresión (HADS), en pacientes atendidos en un hospital de segundo nivel. Se desarrolló una investigación con enfoque cuantitativo, de tipo observacional, analítico y correlacional, con diseño no experimental y corte transversal. La muestra estuvo conformada por 26 pacientes adultos sobrevivientes de sepsis evaluados durante su proceso de recuperación posterior al alta hospitalaria. Los resultados mostraron una elevada frecuencia de sintomatología emocional, encontrándose casos definitivos de ansiedad en el 46,15 % de los participantes y de depresión en el 23,08 %. Asimismo, se identificó una correlación inversa moderada y estadísticamente significativa entre el puntaje NEWS2 y los niveles de ansiedad ($\rho = -0,462$; $p = 0,0175$), mientras que la relación entre NEWS2 y depresión fue inversa débil y no alcanzó significancia estadística ($\rho = -0,354$; $p = 0,0762$). En conjunto, estos hallazgos sugieren que, en la muestra estudiada, la gravedad clínica inicial no fue suficiente para explicar por sí sola la presencia de sintomatología ansiosa y depresiva posterior al alta, lo que indica la posible influencia de múltiples factores biopsicosociales en la recuperación emocional de los pacientes. Se concluye que es pertinente incorporar estrategias de tamizaje y seguimiento en salud mental en sobrevivientes de sepsis y promover nuevas investigaciones con muestras más amplias y diseños longitudinales que permitan profundizar en esta relación.

Palabras clave: sepsis; ansiedad; depresión; NEWS2; HADS.

Abstract

The aim of this study was to determine the association between the level of clinical deterioration at hospital admission for sepsis, measured using the National Early Warning Score 2 (NEWS2), and the degree of post-discharge anxiety and depressive symptoms assessed with the Hospital Anxiety and Depression Scale (HADS) in patients treated at a secondary-level hospital. A quantitative, observational, analytical, and correlational study with a non-experimental cross-sectional design was conducted. The sample consisted of 26 adult sepsis survivors evaluated during their post-discharge recovery period. The results revealed a high prevalence of emotional symptoms, with 46.15% of participants classified as definite cases of anxiety and 23.08% as definite cases of depression. A moderate and statistically significant inverse correlation was found between NEWS2 scores and anxiety levels ($\rho = -0.462$; $p = 0.0175$), whereas the association between NEWS2 scores and depressive symptoms was weak, inverse, and not statistically significant ($\rho = -0.354$; $p = 0.0762$). Overall, these findings suggest that, in this sample, initial clinical severity alone was insufficient to explain post-discharge anxiety and depressive symptoms, indicating the potential influence of multiple biopsychosocial factors on patients' emotional recovery. The study highlights the importance of incorporating mental health screening and follow-up strategies for sepsis survivors and encourages further research with larger samples and longitudinal designs to better understand this relationship.

Keywords: sepsis; anxiety; depression; NEWS2; Hospital Anxiety and Depression Scale.

Tabla de Contenido

Introducción	11
Planteamiento del Problema.....	12
Pregunta de investigación	15
Justificación	16
Objetivos	18
Objetivo General	18
Objetivos Específicos.....	18
Hipótesis de Resultados.....	19
H0 (Hipótesis nula).....	19
H1 (Hipótesis alternativa).....	19
Marco Teórico.....	20
Antecedentes.....	20
<i>Secuelas Psicológicas en Pacientes Sobrevivientes de Sepsis y Enfermedad Crítica</i>	<i>20</i>
<i>Factores Asociados a Ansiedad y Depresión en Enfermedad Crítica.....</i>	<i>21</i>
<i>Mecanismos Fisiopatológicos de las Alteraciones Psicológicas</i>	<i>23</i>
<i>Relación Entre Gravedad Clínica y Desenlaces Psicológicos.....</i>	<i>24</i>
<i>Evidencia nacional y vacíos en el contexto colombiano</i>	<i>25</i>
Fundamentación Teórica	26
Metodología.....	30
Diseño del Estudio.....	30
Población Participante.....	30
Criterios de Inclusión	30
Criterios de Exclusión	30
Variables del Estudio	31

<i>Variable Independiente</i>	31
<i>VARIABLES Dependientes</i>	31
<i>VARIABLES Sociodemográficas de Control:</i>	31
Instrumento de Recolección de Datos	31
<i>Escala Hospitalaria de Ansiedad y Depresión (HADS-D)</i>	31
Resultados	33
Caracterización Sociodemográfica y Clínica de la Muestra	33
<i>Distribución por Género</i>	33
<i>Diagnósticos Clínicos</i>	35
<i>Factores de Riesgo</i>	36
Evaluación del Deterioro Clínico Mediante NEWS2	38
<i>Distribución de Puntajes NEWS2</i>	38
<i>Clasificación del nivel de riesgo clínico</i>	39
<i>Nivel de Riesgo Clínico Según Género</i>	40
Estancia Hospitalaria	41
<i>Distribución de Días de Estancia Hospitalaria</i>	41
Evaluación de Sintomatología Ansiosa Mediante HADS	42
<i>Distribución por escala de Ansiedad y Depresión Hospitalaria (HADS)</i>	42
<i>Puntaje Total de Ansiedad</i>	43
<i>Clasificación clínica de ansiedad</i>	43
<i>Ansiedad Según Género</i>	44
Evaluación de Sintomatología Depresiva Mediante HADS	46
<i>Distribución de Respuestas por Ítems de Depresión</i>	46
<i>Puntaje Total de Depresión</i>	46
<i>Clasificación Clínica de Depresión</i>	47

<i>Depresión Según Género</i>	47
Cruce de Variables	49
<i>Puntaje NEWS y Puntaje de Ansiedad</i>	49
<i>Resultados del juzgamiento de Hipótesis</i>	49
<i>Puntaje NEWS y Puntaje Depresión</i>	50
Discusión.....	52
Conclusiones.....	55
Recomendaciones.....	57
Referencias Bibliográficas	59
Apéndices	62

Lista de Tablas

Tabla 1 <i>Estadísticos Descriptivos de la Edad de los Participantes</i>	32
Tabla 2 <i>Distribución de los Participantes Según Intervalos de Edad</i>	33
Tabla 3 <i>Distribución de los Diagnósticos Clínicos de los Participantes</i>	34
Tabla 4 <i>Distribución de los Factores de Riesgo Identificados en los Participantes</i>	35
Tabla 5 <i>Distribución de las Comorbilidades Presentes en los Participantes</i>	36
Tabla 6 <i>Distribución de los Puntajes Obtenidos en la Escala NEWS2</i>	37
Tabla 7 <i>Distribución de los Puntajes NEWS2 Según Género</i>	38
Tabla 8 <i>Distribución del Nivel de Riesgo Clínico Según Género</i>	39
Tabla 9 <i>Distribución Porcentual del Nivel De Riesgo Clínico Según Género</i>	39
Tabla 10 <i>Distribución de la Estancia Hospitalaria en Días</i>	40
Tabla 11 <i>Estadísticos Descriptivos de la Estancia Hospitalaria</i>	41
Tabla 12 <i>Distribución de las Respuestas por Ítem de la Subescala de Ansiedad de la HADS</i>	42
Tabla 13 <i>Distribución del Puntaje Total de Ansiedad</i>	42
Tabla 14 <i>Clasificación Clínica de la Ansiedad Según la HADS</i>	43
Tabla 15. <i>Distribución de la Clasificación de Ansiedad Según Género</i>	43
Tabla 16 <i>Distribución Porcentual de la Clasificación de Ansiedad Según Género</i>	44
Tabla 17 <i>Distribución de las Respuestas por Ítem de la Subescala de Depresión de la HADS</i> ..	45
Tabla 18. <i>Distribución del Puntaje Total de Depresión</i>	45
Tabla 19 <i>Clasificación Clínica de la Depresión Según la HADS</i>	46
Tabla 20 <i>Distribución de la Clasificación de Depresión Según Género</i>	46
Tabla 21 <i>Distribución Porcentual de la Clasificación de Depresión según Género</i>	47
Tabla 22 <i>Correlación de Spearman Entre el Puntaje NEWS2 y la Sintomatología Ansiosa</i>	48

Tabla 23 *Correlación de Spearman Entre el Puntaje NEWS2 y la Sintomatología Depresiva...50*

Lista de Figuras

Figura 1 <i>Histograma de la Distribución de la Edad de los Participantes</i>	33
Figura 2 <i>Distribución del Nivel de Riesgo Clínico según la Clasificación NEWS2</i>	40
Figura 3 <i>Distribución de la Clasificación Clínica de Ansiedad según la HADS</i>	44
Figura 4 <i>Distribución de la Clasificación Clínica de Depresión según la HADS</i>	47
Figura 5 <i>Diagrama de Dispersión Entre el Puntaje NEWS2 y la Sintomatología Ansiosa</i>	48
Figura 6 <i>Diagrama de Dispersión Entre el Puntaje NEWS2 y la Sintomatología Depresiva</i>	49

Agradecimientos

A Dios, por darme fortaleza, sabiduría y perseverancia para culminar esta importante etapa de mi vida.

A mis padres y hermanos, por su amor, apoyo incondicional y palabras de ánimo durante todo este proceso académico y personal.

A mi abuelita Lilia quien desde el cielo sigue guiando mis pasos y acompañándome en cada logro, mi ángel y mi mayor protección.

A mi abuelita Marta quien me guía desde el cielo y se que ora por mi para que me mantenga firme y protegida por Dios.

A mi perro Max, por acompañarme en cada noche de estudio y brindarme tranquilidad en cada momento.

A mi directora Sandra Milena Guzmán, al profesor doctor Marco Orlando Vargas y a la doctora Alejandra Barrera, por su orientación, apoyo y valiosos aportes durante el desarrollo de esta investigación.

A la doctora Sandra Cardenas por la ayuda en el procedimiento estadístico.

Al hospital de segundo nivel y al comité de investigación y calidad, por permitirme desarrollar este proyecto y confiar en mi propuesta investigativa.

Finalmente, agradezco a todas las personas que hicieron parte de este proceso y contribuyeron a que este sueño hoy sea una realidad.

Introducción

La sepsis es una condición clínica potencialmente mortal que se origina como consecuencia de una respuesta desregulada del organismo frente a una infección, la cual puede conducir a disfunción orgánica e incluso a falla multiorgánica. A nivel mundial, constituye una de las principales causas de morbilidad y mortalidad en pacientes hospitalizados, especialmente en aquellos que requieren atención en unidades de cuidados intensivos (Organización Mundial de la Salud [OMS], 2023). No obstante, pese a los avances en su diagnóstico y tratamiento, el aumento en las tasas de supervivencia ha puesto en evidencia un problema emergente de salud pública la presencia de secuelas a largo plazo en los pacientes sobrevivientes.

En este contexto, la atención clínica ha comenzado a desplazarse desde la reducción de la mortalidad aguda hacia la comprensión de las consecuencias físicas, cognitivas y psicológicas posteriores a la enfermedad crítica. Entre estas secuelas, los trastornos de salud mental como la ansiedad, la depresión y el trastorno de estrés postraumático han cobrado especial relevancia debido a su alta prevalencia y al impacto que generan en la calidad de vida de los pacientes.

Diversos estudios han demostrado que los sobrevivientes de sepsis y de estancias en unidades de cuidados intensivos presentan un riesgo significativamente mayor de desarrollar alteraciones psicológicas persistentes tras el alta hospitalaria. Estas manifestaciones forman parte del denominado síndrome post cuidados intensivos, el cual incluye deterioro físico, cognitivo y emocional; además, puede comprometer la recuperación funcional del paciente a largo plazo (Desai et al., 2011; Rawal et al., 2017).

La experiencia de la sepsis constituye un evento potencialmente traumático, caracterizado por la gravedad del cuadro clínico, en ocasiones la hospitalización en cuidados intensivos, el uso de ventilación mecánica, la sedación prolongada y la exposición a múltiples procedimientos

invasivos. Estas condiciones pueden generar un importante estrés psicológico y contribuir al desarrollo de síntomas de ansiedad y depresión durante el periodo posterior al alta hospitalaria.

Para la evaluación del deterioro clínico durante la hospitalización, se han desarrollado herramientas como la escala NEWS 2, la cual permite identificar, de manera temprana, el riesgo de empeoramiento clínico mediante la valoración de parámetros fisiológicos. Por otra parte, la evaluación de la salud mental en pacientes post-hospitalarios puede realizarse mediante instrumentos validados, como la escala HADS, ampliamente utilizada para la detección de síntomas de ansiedad y depresión en contextos clínicos y hospitalarios.

Planteamiento del Problema

La sepsis constituye un problema de salud pública a nivel mundial debido a su alta incidencia, mortalidad y carga de enfermedad asociada. Se estima que millones de personas desarrollan sepsis cada año, con una proporción significativa de sobrevivientes que presentan secuelas a largo plazo (OMS, 2020). Aunque los avances en el manejo clínico han mejorado la supervivencia, ha aumentado el interés en las complicaciones posteriores al alta hospitalaria, especialmente aquellas relacionadas con la salud mental.

En este contexto, diversos estudios han evidenciado que los sobrevivientes de sepsis presentan un mayor riesgo de desarrollar trastornos de ansiedad y depresión, los cuales pueden persistir durante meses o incluso años después del evento agudo (Herridge et al., 2011; Yende et al., 2014). Estas alteraciones forman parte del denominado síndrome post-cuidados intensivos, caracterizado por secuelas físicas, cognitivas y psicológicas que afectan la calidad de vida y la funcionalidad del paciente.

A pesar de este reconocimiento, aún existe una comprensión limitada de los factores clínicos que predisponen al desarrollo de sintomatología ansiosa y depresiva en pacientes que

han sobrevivido a un episodio de sepsis. En particular, el nivel de deterioro clínico al momento del ingreso hospitalario podría desempeñar un papel importante en la aparición de estas alteraciones; sin embargo, la evidencia disponible sobre esta asociación continúa siendo escasa y presenta resultados heterogéneos, especialmente en contextos de atención de segundo nivel.

En la práctica clínica, herramientas como la escala NEWS 2 han sido ampliamente utilizadas para evaluar el deterioro clínico y el riesgo de empeoramiento en pacientes hospitalizados (Royal College of Physicians, 2017); no obstante, su posible utilidad como predictor de desenlaces en salud mental posteriores a la sepsis no ha sido suficientemente explorada. Del mismo modo, la detección de sintomatología ansiosa y depresiva en pacientes postalta puede realizarse mediante instrumentos validados como la HADS, la cual ha demostrado utilidad tanto en contextos hospitalarios como ambulatorios (Zigmond & Snaith, 1983). Sin embargo, en muchos entornos clínicos no se implementan estrategias sistemáticas de tamizaje, lo que limita la identificación temprana y el manejo oportuno de estos trastornos.

Esta problemática resulta especialmente relevante en hospitales de segundo nivel, donde los recursos en salud mental pueden ser limitados y donde se requiere optimizar la identificación de pacientes en riesgo. En este sentido, la ausencia de evidencia que relacione el deterioro clínico inicial con los desenlaces en salud mental representa una brecha importante en el conocimiento; por ello, surge la necesidad de analizar la asociación entre el nivel de deterioro clínico al ingreso hospitalario y el grado de sintomatología ansiosa y depresiva posterior al alta.

Se espera que el presente estudio permita identificar si existe una asociación entre el deterioro clínico inicial y la aparición de síntomas de ansiedad y depresión posteriores al alta; esto podría contribuir a reconocer tempranamente a los pacientes con mayor riesgo de desarrollar alteraciones psicológicas y facilitar su seguimiento oportuno. Asimismo, los hallazgos podrían

aportar información relevante para fortalecer los programas de seguimiento post-alta y orientar estrategias de tamizaje e intervención temprana en salud mental, especialmente en instituciones de segundo nivel. De esta manera, se promovería un enfoque integral del paciente con sepsis que no se limite únicamente a la recuperación física, sino que también incluya la dimensión psicológica y el bienestar posterior al evento crítico.

Las secuelas psiquiátricas posteriores a la sepsis han cobrado creciente relevancia en la literatura científica reciente debido a su impacto en la recuperación funcional y la calidad de vida de los sobrevivientes. En este sentido, se ha descrito que los pacientes que superan un episodio de sepsis presentan un riesgo significativamente mayor de desarrollar trastornos como depresión, ansiedad, trastorno de estrés postraumático y deterioro cognitivo persistente.

De acuerdo con Li et al. (2024), estas alteraciones se enmarcan dentro del denominado trastorno psiquiátrico post sepsis, el cual constituye una complicación frecuente, aunque aún subdiagnosticada. Desde el punto de vista fisiopatológico, los autores señalan que la respuesta inflamatoria sistémica característica de la sepsis puede desencadenar procesos de neuroinflamación, disfunción del eje hipotálamo-hipófisis-adrenal, estrés oxidativo y alteraciones en la neurotransmisión; estos mecanismos contribuyen al desarrollo de síntomas psiquiátricos persistentes.

Asimismo, factores propios del entorno de cuidados intensivos, como la estancia prolongada en la unidad de cuidados intensivos (UCI), la sedación, la ventilación mecánica y la presencia de delirium, incrementan la vulnerabilidad a estos trastornos. En este contexto, la experiencia de la enfermedad crítica se considera un evento potencialmente traumático que puede generar repercusiones psicológicas duraderas (Li et al., 2024).

En cuanto a la prevención, se destaca la importancia de la identificación temprana de factores de riesgo, el manejo oportuno del delirium y la implementación de un seguimiento multidisciplinario tras el alta hospitalaria. Respecto al tratamiento, se propone un enfoque integral que combine intervenciones psicológicas, farmacológicas y programas de rehabilitación post-UCI, con el objetivo de mejorar los desenlaces en salud mental de estos pacientes (Li et al., 2024).

En conjunto, estos hallazgos refuerzan la necesidad de abordar la sepsis no solo desde su dimensión orgánica aguda, sino también desde sus consecuencias neuropsiquiátricas a largo plazo; por tanto, resulta fundamental integrar la salud mental como un componente esencial del proceso de recuperación de los pacientes sobrevivientes de sepsis (Li et al., 2024).

Pregunta de Investigación

¿Cuál es la relación entre el nivel de deterioro clínico de la sepsis al ingreso, medido mediante la escala NEWS 2, y el grado de sintomatología ansiosa y depresiva post-alta, evaluado con la escala HADS, en pacientes de un hospital de segundo nivel?

Justificación

La sepsis constituye una de las principales causas de ingreso hospitalario en unidades de cuidados intensivos y se asocia con altas tasas de morbilidad y mortalidad a nivel mundial. Sin embargo, en los últimos años, el aumento en la supervivencia de los pacientes ha permitido identificar un conjunto de secuelas a largo plazo que trascienden el evento agudo, entre las cuales destacan las alteraciones en la salud mental.

En este contexto, la ansiedad y la depresión se han reconocido como complicaciones frecuentes en los sobrevivientes de sepsis, afectando significativamente su calidad de vida, funcionalidad y proceso de recuperación. Estas alteraciones forman parte del síndrome post-cuidados intensivos, el cual implica consecuencias físicas, cognitivas y psicológicas persistentes que pueden extenderse meses o incluso años después del alta hospitalaria.

A pesar de su relevancia clínica, en muchos sistemas de salud, especialmente en hospitales de segundo nivel, no se cuenta con estrategias sistemáticas de tamizaje en salud mental para pacientes que han sobrevivido a una enfermedad crítica como la sepsis. Esto dificulta la identificación temprana de síntomas ansiosos y depresivos, así como la implementación de intervenciones oportunas.

Asimismo, la evidencia científica actual aún es limitada respecto a la relación entre el nivel de deterioro clínico al ingreso hospitalario y el desarrollo posterior de sintomatología ansiosa y depresiva. En particular, no se ha establecido con claridad si la severidad inicial de la sepsis puede funcionar como un predictor del riesgo de alteraciones en la salud mental post-alta.

En este sentido, el presente estudio se justifica desde una perspectiva clínica, ya que busca identificar una posible asociación entre el deterioro clínico de la sepsis y la salud mental

posterior del paciente, lo cual podría contribuir a la detección temprana de individuos en riesgo y a la optimización del manejo integral.

Desde el punto de vista práctico, los resultados podrían ser útiles para el diseño de estrategias de tamizaje e intervención temprana en salud mental en pacientes post-sepsis, especialmente en contextos con recursos limitados como los hospitales de segundo nivel.

Finalmente, desde una perspectiva científica, esta investigación aporta evidencia al campo de la salud mental en enfermedades críticas, contribuyendo a fortalecer el conocimiento sobre los factores asociados al desarrollo de ansiedad y depresión en sobrevivientes de sepsis.

Objetivos

Objetivo General

Determinar la asociación entre el nivel de deterioro clínico de la sepsis al ingreso y el grado de sintomatología ansiosa y depresiva post-alta en pacientes de un hospital de segundo nivel.

Objetivos Específicos

Cuantificar la prevalencia y la severidad de los síntomas de ansiedad y depresión en pacientes sobrevivientes a sepsis, utilizando la escala HADS

Evaluar la correlación clínica entre la gravedad de la sepsis al ingreso, medida a través del puntaje NEWS2, y el nivel de afectación psicológica post-sepsis mediante la escala HADS

Exponer los resultados del análisis con el propósito de aportar evidencia que sirva como base para el desarrollo, en futuras investigaciones, de estrategias de prevención e intervención temprana pacientes.

Hipótesis de Resultados

H0 (Hipótesis nula)

No existe asociación significativa entre el puntaje NEWS2 al ingreso y los niveles de ansiedad y depresión post-alta medidos mediante la escala HADS.

H1 (Hipótesis alternativa)

Existe una asociación significativa entre el puntaje NEWS2 al ingreso y los niveles de ansiedad y depresión post-alta medidos mediante la escala HADS, de manera que un mayor puntaje NEWS2 se relaciona con mayores niveles de ansiedad y depresión.

Marco Teórico

Antecedentes

Secuelas Psicológicas en Pacientes Sobrevivientes de Sepsis y Enfermedad Crítica

La literatura científica ha evidenciado que los pacientes sobrevivientes de sepsis y de estancias prolongadas en unidades de cuidados intensivos (UCI) presentan una elevada frecuencia de alteraciones en salud mental posteriores al alta hospitalaria. Entre las principales secuelas descritas se encuentran síntomas de ansiedad, depresión y trastorno por estrés postraumático, los cuales afectan significativamente la funcionalidad y la calidad de vida de los pacientes.

Davydow et al. (2013) reportaron una alta prevalencia de ansiedad y depresión en sobrevivientes de enfermedad crítica, encontrando una asociación directa entre estos síntomas psicológicos y el deterioro de la calidad de vida relacionada con la salud. Estas alteraciones han sido ampliamente descritas dentro del denominado síndrome post-cuidados intensivos (Post-Intensive Care Syndrome, PICS), definido por Needham et al. (2021) como un conjunto de secuelas físicas, cognitivas y psicológicas persistentes que aparecen después de la hospitalización en UCI.

En términos epidemiológicos, Nikayin et al. (2022) encontraron que aproximadamente el 67 % de los sobrevivientes de UCI presentan síntomas de ansiedad y cerca del 49 % síntomas depresivos, con persistencia de dichas manifestaciones incluso hasta un año después del egreso hospitalario. Estos hallazgos reflejan la magnitud y la duración del impacto psicológico asociado a la enfermedad crítica.

Asimismo, estudios longitudinales han demostrado que la evolución clínica de estas alteraciones es heterogénea. Davydow et al. (2021) identificaron diferentes trayectorias en la

evolución de la depresión posterior a la UCI, observando que algunos pacientes presentan mejoría progresiva, mientras que otros mantienen síntomas persistentes durante el primer año de seguimiento. De manera complementaria, Marra et al. (2022) y Haines et al. (2023) documentaron la coexistencia de múltiples trastornos psicológicos en esta población, los cuales generan un impacto sostenido sobre la funcionalidad, la reintegración social y la calidad de vida a largo plazo.

Factores Asociados a Ansiedad y Depresión en Enfermedad Crítica

En relación con los factores asociados a la sintomatología ansiosa y depresiva, Vizioli y Grasso (2024) señalan que su aparición en pacientes críticos se encuentra determinada por la interacción de variables clínicas, particularmente la severidad de la enfermedad, factores psicosociales, como el nivel de apoyo social percibido, y variables psicológicas, entre ellas la capacidad de regulación emocional.

En esta misma línea, la evidencia empírica indica que la sintomatología ansiosa y depresiva en contextos clínicos y de crisis sanitarias responde a un modelo explicativo multicausal, en el que convergen factores biológicos, psicológicos y sociales. Específicamente, en pacientes críticos, la severidad del cuadro clínico, la hospitalización prolongada y la exposición sostenida al estrés constituyen condiciones que incrementan significativamente la vulnerabilidad psicológica, en la medida en que favorecen la percepción de amenaza vital, la pérdida de control y la reducción de la autonomía funcional (Chafloque Chávez, 2024).

De manera complementaria, en el contexto de la pandemia por COVID-19, se ha documentado que condiciones como el aislamiento social, la incertidumbre frente a la evolución de la enfermedad, la limitada disponibilidad de apoyo emocional y las dificultades socioeconómicas se asocian con un incremento en la probabilidad de presentar síntomas

depresivos y ansiosos, evidenciando el papel determinante del entorno social en la configuración del malestar psicológico (Brooks et al., 2020; Vindegaard & Benros, 2020; Salari et al., 2020).

De manera complementaria, en el contexto de la pandemia por COVID-19, se ha documentado que condiciones como el aislamiento social, la incertidumbre frente a la evolución de la enfermedad, la limitada disponibilidad de apoyo emocional y las dificultades socioeconómicas se asocian con un incremento en la probabilidad de presentar síntomas depresivos y ansiosos, evidenciando el papel determinante del entorno social en la configuración del malestar psicológico (Brooks et al., 2020; Vindegaard & Benros, 2020; Salari et al., 2020).

En este marco explicativo, la resiliencia se configura como un factor protector de relevancia central, en tanto facilita procesos de adaptación ante situaciones de alta demanda emocional y promueve una regulación más eficiente de las respuestas afectivas. En concordancia con lo anterior, Valenzuela y Garzón (2025) destacan que los factores psicosociales, particularmente el apoyo social y las estrategias de regulación emocional, ejercen una influencia significativa tanto en la aparición como en el mantenimiento de la sintomatología emocional en contextos clínicos.

En consecuencia, los hallazgos revisados permiten establecer que la ansiedad y la depresión no pueden ser comprendidas exclusivamente desde una perspectiva individual o biomédica, sino que resultan de la interacción dinámica entre la severidad de la enfermedad, las condiciones contextuales, el nivel de apoyo social disponible y las competencias de regulación emocional. Por otra parte la resiliencia se consolida como un constructo clave para la comprensión e intervención de los trastornos emocionales en contextos de alta vulnerabilidad clínica y psicosocial.

Mecanismos Fisiopatológicos de las Alteraciones Psicológicas

Desde la evidencia biomédica, Baños-Chaparro (2024) reporta que los procesos inflamatorios sistémicos, las alteraciones neuroendocrinas y las disfunciones en neurotransmisores están implicados en la aparición de síntomas depresivos y ansiosos tras enfermedades críticas.

De forma complementaria, Wang et al. (2024) describen que la neuroinflamación y la alteración del eje hipotálamo-hipófisis-adrenal constituyen mecanismos clave en la aparición de trastornos psiquiátricos posteriores a la sepsis. Además, Hatch et al. (2024) evidenciaron que los pacientes que desarrollan ansiedad o depresión tras enfermedad crítica presentan mayor riesgo de mortalidad a largo plazo; estos hallazgos sugieren que las secuelas psicológicas no solo tienen un origen psicosocial, sino también biológico, lo que respalda un modelo explicativo integrado biopsicosocial y neuroinflamatorio.

Miller y Raison (2016) examinan el papel de la inflamación en la depresión, proponiendo que los procesos inflamatorios del sistema inmunológico están implicados en la fisiopatología de los trastornos depresivos. Los autores plantean que la depresión puede entenderse, en parte, como una respuesta adaptativa evolutiva frente a la infección o al estrés, en la cual la activación del sistema inmune induce conductas de tipo “enfermedad”, como aislamiento social, fatiga, anhedonia y disminución de la motivación.

No obstante, cuando esta respuesta inflamatoria se mantiene de manera crónica o desregulada, puede contribuir al desarrollo y persistencia de síntomas depresivos. En este sentido, se ha evidenciado la asociación entre niveles elevados de citocinas proinflamatorias, como la interleucina-6 (IL-6) y el factor de necrosis tumoral alfa (TNF- α), con alteraciones en

sistemas de neurotransmisión, particularmente serotonina, dopamina y glutamato, lo que impacta el estado de ánimo, la cognición y la regulación emocional.

Asimismo, los autores destacan la interacción entre estrés psicológico, activación del eje hipotálamo-hipófisis-adrenal y respuesta inmune, lo que refuerza la relación entre factores psicosociales y procesos biológicos en la depresión. Finalmente, se propone que la inflamación constituye un potencial objetivo terapéutico en el tratamiento de subtipos específicos de depresión, especialmente en pacientes con marcadores inflamatorios elevados (Miller & Raison, 2016).

Relación Entre Gravedad Clínica y Desenlaces Psicológicos

Parker et al. (2022) reportan que la mayor gravedad de la enfermedad durante la hospitalización se asocia con peores desenlaces psicológicos posteriores, aunque la evidencia aún es limitada respecto a escalas específicas de evaluación clínica.

En la misma línea, Van der Merwe et al. (2024) realizaron un seguimiento a pacientes sobrevivientes de UCI y encontraron que alrededor del 60 % presentó síntomas de ansiedad, depresión o estrés postraumático a las 6 semanas y 6 meses del alta.

Estos resultados sugieren una posible relación dosis respuesta entre la severidad clínica del episodio crítico y la intensidad de las secuelas psicológicas, aunque aún se requieren estudios más específicos que la confirmen.

Se realizó un estudio de cohorte prospectivo con 43 pacientes adultos ingresados en UCI médica y coronaria. Durante la hospitalización se recolectaron variables clínicas como la gravedad de la enfermedad (APACHE II), presencia de delirium y exposición a sedantes, especialmente benzodiazepinas (Girard et al., 2007) . Posteriormente, a los seis meses del alta,

los pacientes fueron evaluados mediante el instrumento PTSS-10 para detectar síntomas de TEPT (Girard et al., 2007)

Los resultados mostraron que el 14% de los pacientes presentó síntomas elevados de TEPT a los seis meses del alta hospitalaria (Girard et al., 2007)

Evidencia Nacional y Vacíos en el Contexto Colombiano

En Colombia, Quiñonez; et al. (2025) reportaron que los pacientes que sobreviven a UCI pueden desarrollar síntomas de ansiedad y depresión, afectando tanto su calidad de vida como la de sus cuidadores.

Por su parte, Güezguan-Pérez et al. (2025) evidenciaron que la detección temprana del deterioro clínico en pacientes con sepsis en el Hospital Universitario San Rafael de Tunja mejora los desenlaces hospitalarios, aunque no evaluaron variables psicológicas.

Aunque existe evidencia nacional sobre la gravedad clínica de la sepsis y el impacto del PICS, persiste una brecha importante en la evaluación sistemática de las secuelas psicológicas en hospitales de segundo nivel, especialmente en regiones como Boyacá.

Finalmente se puede concluir que la evidencia revisada muestra que la sepsis y la enfermedad crítica se asocian consistentemente con alteraciones en salud mental como ansiedad y depresión. Sin embargo, los estudios revisados presentan un enfoque predominantemente hospitalario terciario y poco énfasis en niveles de atención intermedia.

Esto evidencia un vacío de conocimiento en torno a la relación entre la gravedad clínica del episodio séptico y los desenlaces psicológicos en contextos de hospitales de segundo nivel, lo cual justifica el desarrollo de investigaciones que integren variables clínicas y de salud mental desde un enfoque local y contextualizado.

A pesar de estos avances, existe una brecha importante en la literatura respecto a la relación entre la severidad clínica inicial de la sepsis medida mediante NEWS2 y el desarrollo de síntomas de ansiedad y depresión en el periodo post-alta. Particularmente en hospitales de segundo nivel, donde la continuidad del seguimiento post-hospitalario es limitada, no se cuenta con suficiente evidencia que permita establecer si el grado de deterioro fisiológico al ingreso puede predecir la carga de enfermedad mental posterior.

Fundamentación Teórica

La sepsis es reconocida por la Organización Mundial de la Salud como un problema prioritario de salud pública debido a su alta incidencia, mortalidad y secuelas a largo plazo en los sobrevivientes [OMS], 2023). Esta condición constituye una de las principales causas de ingreso a las Unidades de Cuidados Intensivos (UCI) y se asocia con un elevado riesgo de deterioro clínico y mortalidad hospitalaria.

En este contexto, la implementación de estrategias como el Código Sepsis ha permitido mejorar la detección temprana y el tratamiento oportuno mediante protocolos estandarizados. Estas intervenciones incluyen la medición de lactato sérico, la administración precoz de antibióticos y la reanimación con líquidos, siendo el lactato un marcador clave de hipoperfusión tisular y gravedad clínica (Zambrano et al., 2021; Ministerio de Salud y Protección Social, 2023).

Para la evaluación del deterioro clínico en pacientes hospitalizados, la escala National Early Warning Score 2 constituye una herramienta ampliamente utilizada que permite identificar de manera temprana el riesgo de empeoramiento clínico y la necesidad de intervención urgente (Royal College of Physicians, 2017).

A pesar de los avances en el manejo de la sepsis, su impacto psicológico ha sido menos estudiado. Diversos estudios han demostrado que los sobrevivientes presentan una alta

prevalencia de ansiedad, depresión y trastorno de estrés postraumático (TEPT), afectando significativamente su calidad de vida (RECIAMUC, 2023; Quirónsalud, 2024).

La hospitalización en UCI representa un evento altamente estresante caracterizado por la percepción de amenaza vital, aislamiento social y procedimientos invasivos, lo que puede desencadenar o exacerbar síntomas de ansiedad y depresión (Maldonado Centeno et al., 2024).

El aumento en la supervivencia de pacientes críticos ha desplazado el enfoque clínico hacia las secuelas a largo plazo, incluyendo el impacto en la salud mental de los sobrevivientes de UCI (Herridge et al., 2011; Needham et al., 2012).

En este sentido, el síndrome post-cuidados intensivos (PICS) describe un conjunto de alteraciones físicas, cognitivas y psicológicas que afectan a los sobrevivientes de enfermedades críticas, destacándose la ansiedad y la depresión como manifestaciones frecuentes (Desai et al., 2011; Rawal et al., 2017).

Calsavara et al. (2021) evidenciaron que más del 75% de los sobrevivientes de sepsis presentan síntomas psiquiátricos clínicamente significativos, siendo la depresión el trastorno más frecuente con una prevalencia cercana al 50% al año del alta hospitalaria.

De igual forma, Van der Merwe et al. (2024) reportaron que aproximadamente el 60% de los sobrevivientes de UCI presentan ansiedad, depresión o TEPT en los meses posteriores al alta, destacando la influencia de los recuerdos traumáticos como factor de riesgo modificable.

Asimismo, Chang et al. (2025) encontraron que los sobrevivientes de UCI presentan mayores tasas de ansiedad y depresión en comparación con pacientes hospitalizados en salas generales, asociándose con mayor mortalidad y reingresos hospitalarios.

Sell et al. (2025) evidenciaron que durante el primer año posterior a la sepsis es frecuente la aparición de depresión, ansiedad, TEPT y trastornos del sueño, destacando la importancia de la psicopatología previa como factor de riesgo.

Un estudio reciente señala que los trastornos psiquiátricos post-sepsis tienen una base fisiopatológica compleja que incluye neuroinflamación, disfunción de la barrera hematoencefálica y alteraciones del eje hipotálamo-hipófisis-adrenal, además de cambios en neurotransmisores. También se identifican factores de riesgo como la estancia prolongada en UCI y la experiencia de eventos traumáticos, lo que refuerza la necesidad de un abordaje interdisciplinario (Li et al., 2024).

La ansiedad se define como un estado emocional anticipatorio caracterizado por respuestas cognitivas, fisiológicas y conductuales ante amenazas percibidas (Chand & Marwaha, 2023). La depresión, por su parte, se caracteriza por ánimo deprimido persistente, anhedonia, fatiga, alteraciones del sueño y sentimientos de inutilidad (American Psychiatric Association, 2014).

Para su evaluación en contextos clínicos, la escala HADS (Zigmond & Snaith, 1983) permite identificar síntomas de ansiedad y depresión en pacientes hospitalizados sin interferencia de síntomas somáticos.

La interdisciplinariedad entre la psicología y la medicina resulta fundamental para comprender estos fenómenos, ya que permite integrar variables clínicas y psicológicas en el abordaje del paciente, promoviendo una atención integral centrada en el bienestar físico y emocional.

El modelo biopsicosocial propuesto por Engel (1977) plantea que la salud y la enfermedad son el resultado de la interacción entre factores biológicos, psicológicos y sociales.

Posteriormente, Borrell-Carrió et al. (2004) reforzaron su aplicación clínica, destacando la importancia de integrar estas dimensiones en la atención médica.

En el caso de la sepsis, este modelo permite comprender que sus consecuencias trascienden el daño orgánico, incluyendo efectos psicológicos y sociales. Los factores biológicos incluyen la severidad clínica; los psicológicos, el miedo y el trauma; y los sociales, el apoyo familiar y el acceso a servicios de salud.

La evidencia sugiere que la sepsis y la estancia en UCI representan experiencias potencialmente traumáticas con consecuencias psicológicas significativas. En este contexto, la evaluación mediante NEWS 2 y el tamizaje con HADS permite relacionar la gravedad clínica con la salud mental posterior al alta.

La aparición de ansiedad y depresión en estos pacientes es multifactorial, destacándose la neuro inflamación como mecanismo central, la cual altera circuitos cerebrales relacionados con el estado de ánimo (Baños-Chaparro, 2024). Entre los factores de riesgo se incluyen la gravedad de la enfermedad, la estancia prolongada en UCI, el aislamiento social y antecedentes psiquiátricos (Chafloque Chávez, 2024), mientras que los factores protectores incluyen el apoyo social, la resiliencia y la regulación emocional (Vizioli & Grasso, 2024).

Finalmente, la prevención debe iniciarse en el entorno hospitalario mediante la identificación temprana de síntomas, y el tratamiento debe incluir intervenciones psicológicas, farmacológicas y seguimiento post-alta, lo cual ha demostrado mejorar la calidad de vida de los pacientes (Valenzuela & Garzón, 2025).

Metodología

Diseño del Estudio

El presente estudio exploratorio, tuvo un enfoque cuantitativo, de tipo observacional, analítico y correlacional, con un diseño no experimental y de corte transversal.

Población Participante

La población participante estuvo conformada por 26 pacientes adultos diagnosticados con sepsis que sobrevivieron al episodio agudo y que fueron atendidos en un hospital de segundo nivel entre los meses de julio a diciembre de 2025, quienes fueron evaluados en fase de recuperación posterior al alta hospitalaria.

Criterios de Inclusión

Pacientes adultos con diagnóstico clínico de sepsis.

Encontrarse en fase de recuperación por ejemplo, estabilización clínica posterior al episodio agudo.

Capacidad cognitiva suficiente para responder el instrumento o evaluación clínica que lo confirme.

Aceptar participar en el estudio mediante consentimiento informado.

Criterios de Exclusión

Diagnóstico previo de trastorno depresivo mayor o trastorno de ansiedad documentados.

Deterioro cognitivo severo, delirium activo o alteraciones neurológicas que impiden la aplicación del instrumento.

Pacientes en estado crítico o con inestabilidad clínica al momento de la evaluación.

Variables del Estudio

Variable Independiente

Puntaje obtenido en el índice NEWS 2.

Variables Dependientes

Niveles de ansiedad y depresión medidos mediante la escala HADS.

Variables Sociodemográficas de Control

Edad, sexo, tiempo de hospitalización, comorbilidades, entre otras.

Instrumento de Recolección de Datos

Escala Hospitalaria de Ansiedad y Depresión (HADS-D)

Se utilizará la Escala Hospitalaria de Ansiedad y Depresión (HADS-D). Este instrumento consta de 14 ítems, de los cuales 7 ítems evalúan la ansiedad (HADS-A) y 7 ítems evalúan la depresión (HADS-D)

Ítems de Ansiedad (HADS-A). La subescala de ansiedad incluye los siguientes enunciados:

Me siento tenso/a o nervioso/a.

Siento una especie de miedo como si algo malo fuera a suceder.

Tengo preocupaciones que me asaltan constantemente.

Puedo sentarme tranquilamente y sentirme relajado/a. (ítem invertido)

Siento una especie de temor como un “nudo en el estómago”.

Me siento inquieto/a como si no pudiera parar de moverme.

De repente siento sensaciones de pánico.

Ítems de Depresión (HADS-D). La subescala de depresión comprende los siguientes enunciados:

Sigo disfrutando de las cosas que antes me gustaban. (ítem invertido)

Puedo reírme y ver el lado divertido de las cosas. (ítem invertido)

Me siento alegre. (ítem invertido)

Me siento lento/a para hacer las cosas.

He perdido el interés por mi aspecto personal.

Espero las cosas con ilusión. (ítem invertido)

Puedo disfrutar de un buen libro, programa de radio o televisión. (ítem invertido)

Resultados

Caracterización Sociodemográfica y Clínica de la Muestra

Distribución por Género

La muestra está constituida por 26 pacientes, de los cuales 9 (34.62%) son del género femenino y 17 (65.38%) son del género masculino.

Distribución por Edad

Respecto a la variable edad se tiene:

Tabla 1

Estadísticos Descriptivos de la Edad de los Participantes.

Min.	Q1	Mediana	Media	Q3	Max.	Sd	Cv
36	62	70	69.69	78	91	13.31	0.191

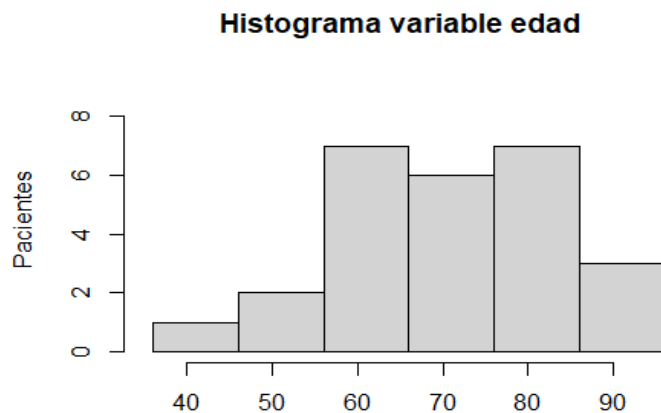
Nota: Se presentan los estadísticos descriptivos de la edad de los 26 participantes incluidos en el estudio. Q1 = primer cuartil; Q3 = tercer cuartil; Sd = desviación estándar; Cv = coeficiente de variación.

El 50% de los pacientes presenta una edad 70 años o menos, la edad promedio es de aproximadamente 70 años con una desviación estándar de 13.31 años.

En cuanto a la edad, la media fue de 69.69 años, con una mediana de 70 años, lo que indica una población principalmente geriátrica. Este hallazgo es consistente con la literatura, ya que la sepsis tiene mayor incidencia en adultos mayores con mayor carga de comorbilidades.

Figura 1

Histograma de la Distribución de la Edad de los Participantes.

**Tabla 2**

Distribución de los Participantes según Intervalos de Edad

Intervalos	Frecuencia	%	Frec. Acumulada	%
[36,46)	1	3.8	1	3.8
[46,56)	2	7.7	3	11.5
[56,66)	7	26.9	10	38.5
[66,76)	6	23.1	16	61.5
[76,86)	7	26.9	23	88.5
[86,96]	3	11.5	26	100.0
Total	26	100		

Nota. Se muestra la distribución de frecuencias y porcentajes de los participantes según intervalos de edad.

El presente estudio incluyó una muestra de 26 pacientes sobrevivientes de sepsis, de los cuales el 65.38% correspondió al género masculino y el 34.62% al femenino. La edad presentó una media de 69.69 años y una mediana de 70 años, con una desviación estándar de 13.31 años y un coeficiente de variación de 19.1%, lo que evidencia una dispersión moderada de las edades dentro de la muestra. La mayor concentración de pacientes se encontró entre los intervalos de 56 a 86 años, reflejando predominio de adultos mayores.

Diagnósticos Clínicos

Respecto al diagnóstico

Tabla 3

Distribución de los Diagnósticos Clínicos Principales de los Pacientes Incluidos en el Estudio

Diagnóstico	A090	A099	A419	J069	J449	K410	K510	K910	M510	N390	R104	R31X	R34X	R509
Pacientes	1	1	7	1	2	1	1	2	1	3	1	3	1	1
%	3.85	3.85	26.92	3.85	7.69	3.85	3.85	7.69	3.85	11.54	3.85	11.54	3.85	3.85

Nota. Se presenta la frecuencia y el porcentaje de los diagnósticos clínicos registrados en los pacientes incluidos en la investigación.

Respecto a los diagnósticos clínicos, el código A419 fue el más frecuente, representando el 26.92% de los casos, seguido de N390: infección urinaria y R31X: Hematuria con 11.54% cada uno. Estos hallazgos muestran predominio de cuadros infecciosos sistémicos y urinarios relacionados con la sepsis.

Estos diagnósticos infecciosos reflejan la heterogeneidad clínica de la sepsis, lo cual puede influir en la severidad inicial (NEWS2) y posteriormente en los desenlaces en salud mental.

Factores de Riesgo

Tabla 4

Distribución de los Factores de Riesgo Identificados en los Participantes

Factor de Riesgo	Pacientes	%
5. Sin Fr Identificados	13	50
4. Asilo	4	15.38
9. Válvula Cardíaca	3	11.54
3. Hospitalización Reciente	2	7.69
1. Unidad Renal	1	3.85
11. Marcapaso	1	3.85
4. Sonda Vesical	1	3.85
7. Oxígeno Permanente	1	3.85
Total	26	100

Nota. Se muestran los factores de riesgo identificados en la muestra, junto con su frecuencia y porcentaje de presentación.

En relación con los factores de riesgo, el 50% de los pacientes no presentó factores identificados. Entre los factores reportados, los más frecuentes fueron residencia en asilo (15.38%) y presencia de válvula cardíaca (11.54%). Otros factores, como hospitalización reciente, unidad renal, marcapasos, sonda vesical y oxígeno permanente, tuvieron frecuencias menores.

Aunque la mitad no tenía factores de riesgo documentados, esto no excluye vulnerabilidad clínica, ya que la sepsis en adultos mayores puede presentarse incluso sin comorbilidad evidente.

Comorbilidades

En lo relacionado con comorbilidades:

Tabla 5

Distribución de las Comorbilidades Presentes en la Muestra

Comorbilidades	Pacientes	%
12.Hipertensión arterial	8	30.77
6.Enfermedad Pulmonar Crónica:	3	11.54
11.Diabetes	2	7.69
20. Enfermedad renal crónica	2	7.69
46. Hipotensión arterial	2	7.69
26. Fibrilación auricular	1	3.85
28. Obesidad	1	3.85
3.Enfermedad vascular periférica:	1	3.85
30. Hospitalización reciente	1	3.85
37. Infección de vías urinarias	1	3.85
46. ACV	1	3.85
47.Hiperplasia Prostática Benigna	1	3.85
56.Hiperlipidemia	1	3.85
60. trauma raquimedular	1	3.85
Total	26	100

Nota. Se presentan las comorbilidades reportadas en los participantes y su distribución porcentual.

Dentro de las comorbilidades, la hipertensión arterial fue la más prevalente con 30.77%, seguida de enfermedad pulmonar crónica (11.54%), diabetes mellitus, enfermedad renal crónica e hipotensión arterial (7.69% cada una). El resto de las patologías presentó frecuencias individuales inferiores al 5%.

Las comorbilidades cardiovasculares y metabólicas predominan, lo cual es esperado en población geriátrica con sepsis.

Evaluación del Deterioro Clínico Mediante NEWS2

Distribución de Puntajes NEWS2

De la puntuación NEWS2 (National Early Warning Score 2), se muestra, por puntaje, el número de pacientes, posteriormente una clasificación por género.

Tabla 6

Distribución de los Puntajes Obtenidos en la Escala NEWS2.

Puntaje	1	2	3	4	5	6	7	8	9
Pacientes	4	2	3	4	2	5	2	3	1
%	15.38	7.69	11.54	15.38	7.69	19.23	7.69	11.54	3.85

Nota. Se muestra la distribución de los puntajes obtenidos por los participantes en la escala

National Early Warning Score 2 (NEWS2).

Con respecto al puntaje NEWS2, los valores oscilaron entre 1 y 9 puntos, siendo el puntaje 6 el más frecuente (19.23%). Al clasificar el riesgo clínico, el 50% de los pacientes se ubicó en riesgo bajo, el 26.92% en riesgo medio y el 23.08% en riesgo alto. Según el género, los hombres concentraron mayor proporción de riesgo alto en comparación con las mujeres.

Existe una proporción importante de pacientes con riesgo medio y alto (casi 50%), lo que indica que una gran parte de la muestra presentó deterioro clínico significativo al ingreso; esto es clave porque el NEWS2 es tu variable predictora principal, y muestra variabilidad suficiente para analizar su relación con HADS.

Puntaje NEWS2 Según Género

La clasificación del puntaje por género:

Tabla 7*Distribución de los Puntajes NEWS2 Según Género*

Género	Puntaje News									Total	%
	1	2	3	4	5	6	7	8	9		
Femenino	3	0	0	3	1	1	0	1	0	9	34.62
Masculino	1	2	3	1	1	4	2	2	1	17	65.38
Total	4	2	3	4	2	5	2	3	1	26	100

Nota. Se presenta la distribución de los puntajes NEWS2 de acuerdo con el género de los participantes.

Según el puntaje obtenido, se tienen tres categorías de riesgo, definidas como:

Puntuación 0-4 (Riesgo Bajo). Monitoreo habitual (mínimo 4-6 horas).

Puntuación 5-6 (Riesgo Medio). Requiere respuesta clínica urgente y aumento de monitorización.

Puntuación 7 (Riesgo Alto). Requiere evaluación inmediata por equipo de emergencias y monitoreo continuo.

En cuanto a la escala HADS para ansiedad, el 46.15% de los pacientes fue clasificado como caso definitivo, el 23.08% como caso probable y el 30.77% dentro de la normalidad. Para depresión, el 23.08% correspondió a un caso definitivo, el 30.77% a un caso probable y el 46.15% permaneció en rango normal. Estos resultados evidencian mayor frecuencia de sintomatología ansiosa que depresiva en los sobrevivientes evaluados; esto podría influir indirectamente en los desenlaces psicológicos, aunque tu análisis principal es NEWS vs HADS.

Clasificación del Nivel de Riesgo Clínico

La clasificación de riesgo por género se presenta a continuación:

Tabla 8*Distribución del Nivel de Riesgo Clínico Según Género*

Nivel de Riesgo				
Género	Bajo	Medio	Alto	Total
Femenino	6	2	1	9
Masculino	7	5	5	17
Total	13	7	6	26

Nota. Se muestra la clasificación del nivel de riesgo clínico según la escala NEWS2,

discriminada por género.

Nivel de Riesgo Clínico Según Género

Y en términos de porcentaje:

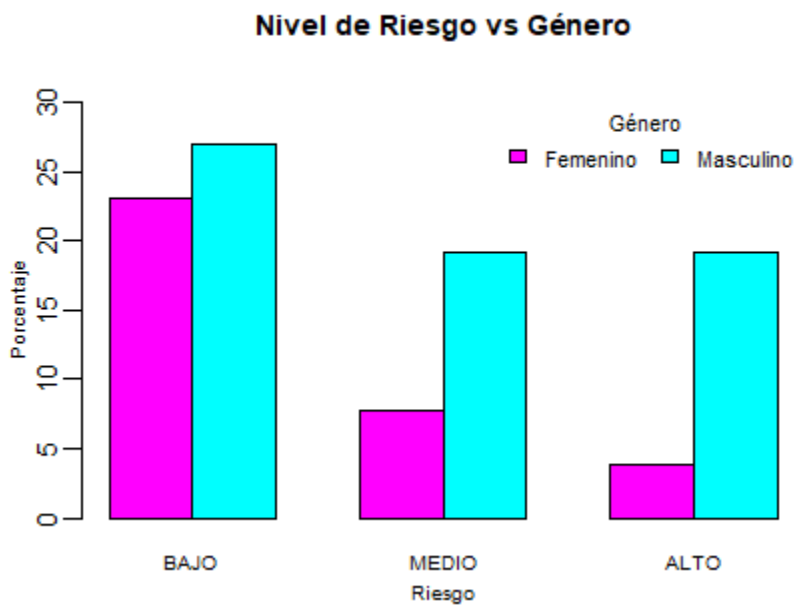
Tabla 9*Distribución Porcentual del Nivel de Riesgo Clínico Según Género*

Nivel de Riesgo				
Género	Bajo	Medio	Alto	Total
Femenino	23.08	7.69	3.85	34.62
Masculino	26.92	19.23	19.23	65.38
Total	50	26.92	23.08	100

Nota. Se presenta la distribución porcentual del nivel de riesgo clínico según el género de los participantes.

Figura 2

Distribución del Nivel de Riesgo Clínico Según la Clasificación NEWS2.



Estancia Hospitalaria

Se presenta la información de la estancia en días, junto con algunas estadísticas:

Distribución de Días de Estancia Hospitalaria

Tabla 10

Distribución de la Estancia Hospitalaria en Días.

No. días	2	4	5	7	8	9	10	11	12	15	16	22	23	30	56
Pacientes	1	1	3	3	3	3	3	1	1	1	1	1	1	2	1

Nota. Se muestra la distribución del número de días de estancia hospitalaria de los pacientes

incluidos en el estudio.

Tabla 11

Estadísticos Descriptivos de la Estancia Hospitalaria.

Min.	Q1.	Mediana	Media	Q3.	Max.
2	7	9	13	14.25	56

Nota. Se presentan los estadísticos descriptivos correspondientes a la estancia hospitalaria expresada en días.

La estancia hospitalaria presentó una mediana de 9 días y una media de 13 días, con valores entre 2 y 56 días, lo que indica variabilidad importante en la duración de hospitalización.

Se puede concluir que:

A mayor estancia:

mayor severidad (NEWS2 alto)

mayor riesgo de delirium

mayor riesgo de ansiedad/depresión post-UCI

Evaluación de Sintomatología Ansiosa Mediante HADS

Distribución por escala de Ansiedad y Depresión Hospitalaria (HADS)

La Tabla 12 presenta la distribución de las respuestas correspondientes a la subescala de ansiedad de la HADS.

Tabla 12

Distribución de las Respuestas por Ítem de la Subescala de Ansiedad de la HADS.

Ansiedad	Puntos			
Afirmación	0	1	2	3
Me siento tenso(a) o nervioso(a)	5	6	3	12
Tengo una sensación de miedo, como si algo horrible me fuera a suceder	6	8	5	7
Tengo mi mente llena de preocupaciones	4	11	2	9
Puedo estar sentado(a) tranquilamente y sentirme relajado(a)	13	6	6	1
Experimento una desagradable sensación de «nervios y hormigueos» en el estómago	4	9	5	8
Me siento inquieto(a), como si no pudiera parar de moverme	4	11	2	9
Experimento de repente sensaciones de gran angustia o temor	5	8	3	10

Nota. Nota. Los valores de 0 a 3 corresponden a las categorías de respuesta de la Escala

Hospitalaria de Ansiedad y Depresión (HADS), cuya puntuación se asigna según las instrucciones específicas de cada ítem del instrumento.

Puntaje Total de Ansiedad

Del puntaje total obtenido para Ansiedad

Tabla 13

Distribución del Puntaje Total de Ansiedad en la HADS.

Puntaje	0	1	2	4	5	7	8	9	10	12	14	15	16	17	18	19	20
Pacientes	1	1	1	3	1	1	2	2	2	1	1	2	2	1	3	1	1

Nota. Se muestra la distribución de los puntajes totales obtenidos por los participantes en la subescala de ansiedad de la HADS.

Clasificación clínica de ansiedad

Clasificación Por Subescala. La siguiente clasificación se divide

Puntaje de 0-7: Normalidad.

Puntaje de 8-10: Caso probable.

Puntaje de 11-21: Caso definitivo

Tabla 14

Clasificación Clínica de los Participantes Según la Subescala de Ansiedad de la HADS.

Subescala	Normal	Caso Probable	Caso Definitivo	Total
Pacientes	8	6	12	26
%	30.77	23.08	46.15	100

Nota. Se presenta la clasificación clínica de los participantes en normalidad, caso probable y caso definitivo según la subescala de ansiedad de la HADS.

Más del 69% de los pacientes presentan algún grado de ansiedad clínicamente relevante, esto confirma alta carga de sintomatología ansiosa en sobrevivientes de sepsis.

Ansiedad Según Género

Y considerando la clasificación de la subescala de ansiedad por género:

Tabla 15

Clasificación de la Ansiedad Según Género.

Subescala	Normal	Caso Probable	Caso Definitivo	Total
Femenino	3	1	5	9
Masculino	5	5	7	17
Total	8	6	12	26

Nota. Se muestra la distribución de la clasificación clínica de ansiedad según el género de los participantes.

En términos de porcentaje:

Tabla 16

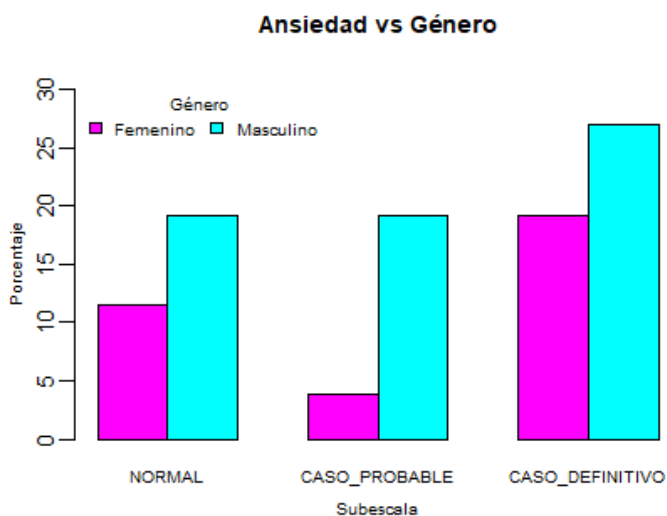
Distribución Porcentual de la Clasificación de Ansiedad Según Género.

Subescala	Normal	Caso Probable	Caso Definitivo	Total
Femenino	11.54	3.85	19.23	34.62
Masculino	19.23	19.23	26.92	65.38
Total	30.77	23.08	46.15	100

Nota. Se presenta la distribución porcentual de la clasificación clínica de ansiedad según el género.

Figura 3

Distribución de la Clasificación Clínica de Ansiedad Según la HADS.



Se evidencia que las mujeres cuentan con mayor proporción de casos definitivos con un 19.23%, en cuanto a los hombres la distribución es más dispersa; por esta razón se concluye que las mujeres parecen más afectadas en severidad ansiosa.

Evaluación de Sintomatología Depresiva Mediante HADS

La Tabla 17 presenta la distribución de las respuestas correspondientes a la subescala de depresión de la HADS.

Distribución de Respuestas por Ítems de Depresión

Tabla 17

Depresión	Puntos			
Afirmación	0	1	2	3
Sigo disfrutando de las cosas como siempre	19	1	4	2
Puedo reírme y ver el lado divertido de las cosas	12	6	7	1
Me siento alegre	15	5	6	0
Me siento lento o con menor energía	3	10	3	10
He perdido el interés en mi aspecto personal	5	7	5	9
Me siento optimista respecto al futuro	12	4	10	0
Me divierto con un buen libro, la radio o un programa de televisión	12	4	9	1

Distribución de las Respuestas por Ítem de la Subescala de Depresión de la HADS.

Nota. Se presenta la distribución de las respuestas obtenidas en cada ítem de la subescala de depresión de la Escala Hospitalaria de Ansiedad y Depresión (HADS).

Puntaje Total de Depresión

Del puntaje total obtenido para Depresión

Tabla 18

Distribución del Puntaje Total de Depresión en la HADS.

Puntaje	1	2	4	6	8	9	10	11	12	14	16
Pacientes	4	2	1	5	3	1	4	1	2	2	1

Nota. Se muestra la distribución de los puntajes totales obtenidos por los participantes en la subescala de depresión de la HADS.

Clasificación Clínica de Depresión

Clasificación por Subescala. La clasificación se divide por los siguientes intervalos:

Puntaje de 0-7: Normalidad.

Puntaje de 8-10: Caso probable.

Puntaje de 11-21: Caso definitivo

Tabla 19

Clasificación Clínica de los Participantes Según la Subescala de Depresión de la HADS.

Subescala	Normal	Caso Probable	Caso Definitivo	Total
Pacientes	12	8	6	26
%	46.15	30.77	23.08	100

Nota. Se presenta la clasificación clínica de los participantes en normalidad, caso probable y caso definitivo según la subescala de depresión de la HADS.

Como se evidencia en las tablas se puede concluir que la depresión también es relevante post-sepsis, aunque menos intensa que la ansiedad, casi el 54% presenta algún grado de depresión.

Depresión Según Género

Y considerando la clasificación de la subescala de Depresión por género:

Tabla 20

Clasificación de la Depresión Según Género

Subescala	Normal	Caso Probable	Caso Definitivo	Total
Femenino	5	0	4	9
Masculino	7	8	2	17
Total	12	8	6	26

Nota. Se muestra la distribución de la clasificación clínica de depresión según el género de los participantes.

Y en porcentaje se presenta

Tabla 21

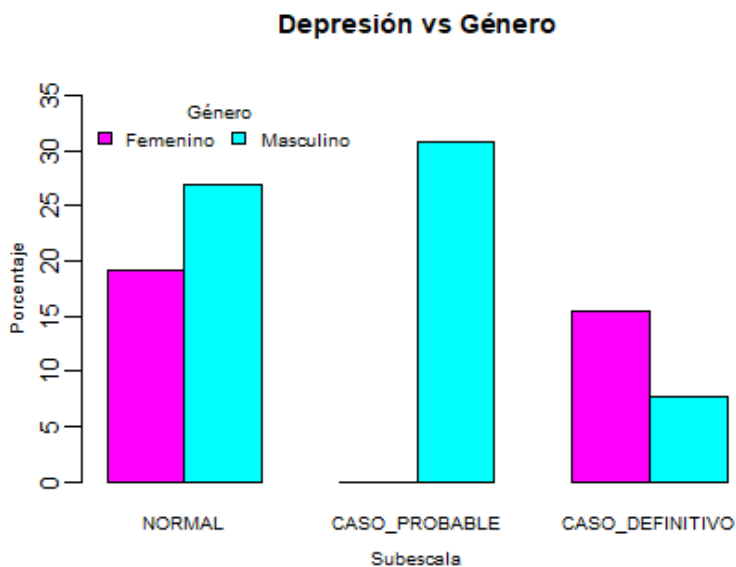
Distribución Porcentual de la Clasificación de Depresión según Género.

Subescala	Normal	Caso Probable	Caso Definitivo	Total
Femenino	19.23	0	15.39	34.62
Masculino	26.92	30.77	7.69	65.38
Total	46.15	30.77	23.07	100

Nota. Se presenta la distribución porcentual de la clasificación clínica de depresión según el género.

Figura 4

Distribución de la Clasificación Clínica de Depresión Según la HADS.



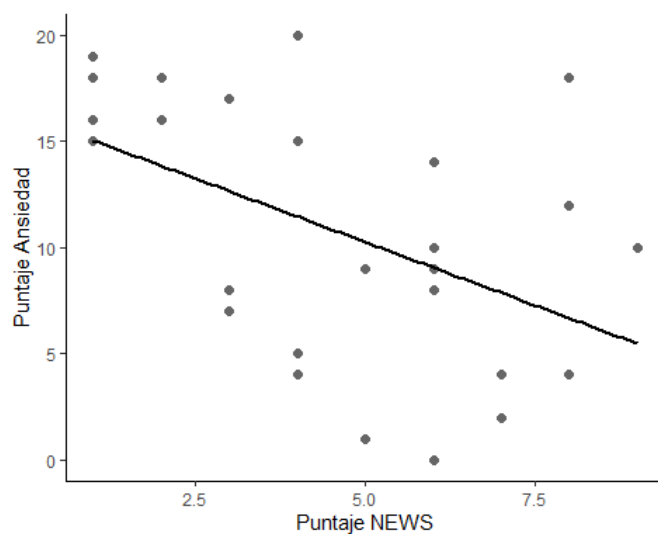
De las tablas anteriores se puede concluir que los hombres cuentan con mayor proporción de casos probables con un (30.77%) y las mujeres cuentan con una mayor proporción de casos normales y algunos casos definitivos; esto sería un patrón diferencial al de la ansiedad.

Cruce De Variables

Puntaje NEWS y Puntaje de Ansiedad

Figura 5

Diagrama de Dispersión entre el Puntaje NEWS2 y el Puntaje de Ansiedad.



Resultados del Juzgamiento de Hipótesis

Sistema de Hipótesis

$H_0: \rho = 0$

vs

$H_1: \rho \neq 0$

Tabla 22

Correlación de Spearman entre el Puntaje NEWS2 y la Sintomatología Ansiosa.

Estadístico de prueba	P-valor	Hipótesis Alternativa	Estimación de rho (ρ) de Spearman
4276	0.0175 *	Bilateral	-0.462

Nota. Se presentan los resultados de la prueba de correlación de rangos de Spearman para evaluar la asociación entre el puntaje NEWS2 y la sintomatología ansiosa.

Se aplicó una prueba de correlación de rangos de Spearman para analizar la relación entre la gravedad clínica (NEWS) y los niveles de ansiedad en la muestra de 26 pacientes. Se obtuvo un coeficiente de correlación rho (ρ) de Spearman de -0.462, lo que indica una correlación inversa de magnitud moderada. El p-valor resultante fue de 0.0175,0 el cual, al ser inferior al umbral estándar de 0.05, permite concluir que existe una relación estadísticamente significativa. Esto sugiere que, en esta muestra de sobrevivientes, mayores indicadores de riesgo clínico podrían estar asociados con menores niveles de ansiedad post-alta. Sin embargo, debido a las características metodológicas del estudio, estos resultados deben interpretarse con cautela y no como una relación concluyente. En esta cohorte específica de 26 sobrevivientes se identificó una asociación estadísticamente significativa; no obstante, debido al tamaño muestral y al tipo de muestreo empleado, estos hallazgos deben considerarse exploratorios y requieren ser corroborados en estudios con muestras más amplias.

Puntaje NEWS y Puntaje Depresión

Figura 6

Diagrama de Dispersión entre el Puntaje NEWS2 y el Puntaje de Depresión.

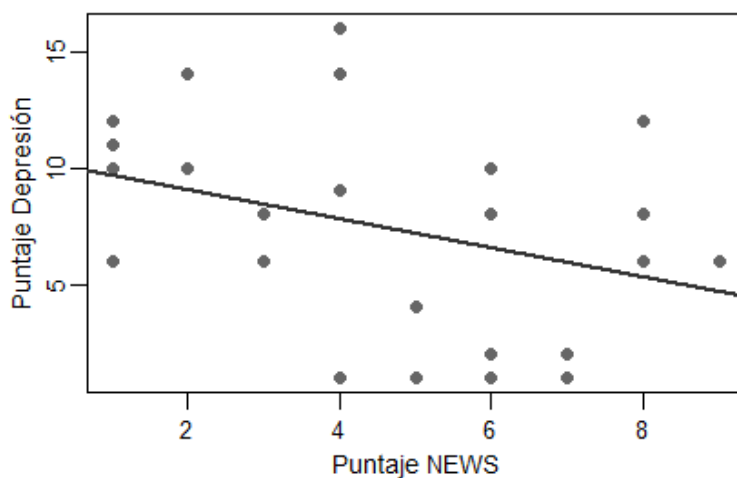


Tabla 23

Correlación de Spearman Entre el Puntaje NEWS2 y la Sintomatología Depresiva.

Estadístico de Prueba	P-valor	Hipótesis Alternativa	rho
3960	0.07621	Bilateral	-0.3538

Nota. Se presentan los resultados de la prueba de correlación de rangos de Spearman para evaluar la asociación entre el puntaje NEWS2 y la sintomatología depresiva.

Para el caso de la sintomatología depresiva, el análisis arrojó un coeficiente de correlación rho (ρ) de Spearman de -0.354, reflejando una correlación inversa débil. Sin embargo, el p-valor obtenido fue de 0.0762. Dado que este valor es superior a 0.05, se determina que la relación no alcanza la significancia estadística convencional. Por lo tanto, aunque se observa una tendencia hacia una menor depresión en pacientes con NEWS más altos, no se puede afirmar que esta asociación sea consistente o que no se deba al azar dentro de esta muestra específica.

Es fundamental precisar que los p-valores reportados en este análisis poseen un carácter estrictamente exploratorio debido a las características del diseño del estudio. Al emplearse un muestreo exploratorio limitado a 26 pacientes sobrevivientes, se presentan las siguientes consideraciones metodológicas:

Dado que la muestra no es aleatoria ni probabilística, los p- valores no permiten generalizar los hallazgos a la población global de pacientes con sepsis, sino que describen la fuerza de la asociación dentro de esta cohorte específica.

La significancia estadística se utiliza como una herramienta para identificar señales o patrones internos y generar nuevas hipótesis clínicas.

Discusión

El presente estudio tuvo como objetivo analizar la asociación entre la gravedad clínica de la sepsis, medida mediante el National Early Warning Score 2 (NEWS2), y la presencia de sintomatología ansiosa y depresiva posterior al alta hospitalaria en pacientes sobrevivientes de un hospital de segundo nivel. Los hallazgos se interpretan desde el modelo biopsicosocial, el cual propone que los procesos de salud y enfermedad responden a la interacción de factores biológicos, psicológicos y sociales (Engel, 1977; Borrell-Carrió et al., 2004).

La literatura científica ha descrito la sepsis como una condición crítica asociada a secuelas físicas, cognitivas y emocionales posteriores a la hospitalización, especialmente en sobrevivientes de enfermedad crítica (OMS, 2023; Herridge et al., 2011). Asimismo, el síndrome post-cuidados intensivos (Post-Intensive Care Syndrome [PICS]) se ha relacionado con alteraciones psicológicas persistentes, como ansiedad y depresión (Desai et al., 2011; Rawal et al., 2017).

En el presente estudio se observó una correlación inversa moderada y estadísticamente significativa entre el puntaje NEWS2 y los niveles de ansiedad post-alta ($\rho = -.462$, $p = .018$). Este resultado difiere parcialmente de la hipótesis inicial y de algunos estudios previos que reportan mayores niveles de ansiedad en pacientes con mayor gravedad clínica o estancia en unidades de cuidados intensivos (Calsavara et al., 2021; Van der Merwe et al., 2024). Sin embargo, este hallazgo debe interpretarse con cautela, ya que el análisis realizado únicamente permite identificar una asociación estadística dentro de la muestra estudiada, sin establecer relaciones causales ni conclusiones clínicas definitivas.

En este sentido, es importante considerar que el NEWS2 evalúa principalmente parámetros fisiológicos agudos, mientras que la ansiedad posterior al alta podría estar

influenciada por múltiples factores subjetivos, emocionales y contextuales que no fueron evaluados directamente en esta investigación, tales como las estrategias de afrontamiento, la resiliencia, el apoyo social, los antecedentes psicológicos o la percepción individual de la experiencia hospitalaria. Por tanto, los resultados obtenidos sugieren una posible asociación entre las variables evaluadas, mas no una relación explicativa directa.

Adicionalmente, debe tenerse en cuenta que el estudio contó con un tamaño muestral reducido y un muestreo no probabilístico, aspectos que limitan la capacidad de generalización de los hallazgos. De igual forma, podría existir un sesgo de supervivencia, dado que la muestra estuvo conformada únicamente por pacientes sobrevivientes, situación que posiblemente favorece la inclusión de participantes con mejores recursos de adaptación física o emocional.

En relación con la depresión, se identificó una correlación negativa débil y no significativa entre la gravedad clínica y la sintomatología depresiva ($\rho = -.354$, $p = .076$). Aunque no se observó una asociación estadísticamente significativa, este hallazgo coincide con investigaciones que describen la depresión post-sepsis como un fenómeno multifactorial influenciado por variables biológicas, psicológicas y sociales, más allá de la severidad fisiológica inicial (Sell et al., 2025; Li et al., 2024).

De manera general, los resultados sugieren que las alteraciones emocionales posteriores a la sepsis podrían estar relacionadas con múltiples determinantes biopsicosociales y no exclusivamente con la gravedad clínica inicial. No obstante, estas interpretaciones deben mantenerse dentro de los límites metodológicos del estudio y entenderse como posibles asociaciones observadas en la muestra analizada.

Asimismo, se observó una frecuencia importante de síntomas ansiosos (46.15 %) y depresivos (23.08 %) en los participantes evaluados. Estos resultados son consistentes con

estudios previos realizados en sobrevivientes de enfermedad crítica, los cuales reportan una elevada carga de alteraciones emocionales posteriores al alta hospitalaria (RECIAMUC, 2023; Chang et al., 2025). Sin embargo, debido al diseño correlacional del estudio y al tamaño reducido de la muestra, estos hallazgos no deben interpretarse como estimaciones generalizables a toda la población de pacientes con sepsis.

Davydow et al. (2021, p. 16) señalan que la evolución clínica no es igual en todos los pacientes, evidenciando una marcada heterogeneidad en la respuesta y recuperación frente a la enfermedad. Los autores también plantean que el simple hecho de sobrevivir puede generar un sesgo optimista, el cual podría funcionar como un factor protector durante el proceso de recuperación. Asimismo, sugieren que el proceso inflamatorio asociado a la fase aguda de la enfermedad ya ha cedido en esta etapa, por lo que dicho componente biológico podría no estar presente o haber disminuido significativamente durante el periodo de convalecencia.

Finalmente, el uso conjunto del NEWS2 y de la Hospital Anxiety and Depression Scale (HADS) permitió una aproximación integral a variables clínicas y emocionales en pacientes sobrevivientes de sepsis. Aun así, los resultados evidencian la necesidad de desarrollar investigaciones con muestras más amplias, diseños longitudinales y métodos de muestreo probabilístico que permitan comprender con mayor precisión la relación entre gravedad clínica y salud mental posterior a la sepsis.

Conclusiones

El presente estudio permitió analizar la asociación entre la gravedad clínica de la sepsis, evaluada mediante el National Early Warning Score 2 (NEWS2), y la presencia de sintomatología ansiosa y depresiva posterior al alta hospitalaria en pacientes sobrevivientes de un hospital de segundo nivel. A partir de los resultados obtenidos, se concluye que las alteraciones emocionales posteriores a la sepsis constituyen un fenómeno relevante dentro del proceso de recuperación integral de los pacientes.

En relación con el objetivo principal, se identificó una correlación inversa moderada y estadísticamente significativa entre el puntaje NEWS2 y los niveles de ansiedad post-alta. Aunque este hallazgo difiere parcialmente de algunos antecedentes teóricos y empíricos revisados, los resultados sugieren que la gravedad fisiológica inicial no necesariamente determina de manera directa la aparición de sintomatología ansiosa en el periodo posterior a la hospitalización.

Respecto a la depresión, no se encontró una asociación estadísticamente significativa entre la gravedad clínica y los niveles de sintomatología depresiva. Este resultado respalda la comprensión de la depresión post-sepsis como un fenómeno multifactorial, influenciado no solo por factores biológicos, sino también por variables psicológicas, sociales y contextuales relacionadas con la experiencia de enfermedad y recuperación.

Asimismo, se evidenció una frecuencia considerable de síntomas ansiosos y depresivos en la población evaluada, lo cual coincide con la literatura científica sobre sobrevivientes de enfermedad crítica y síndrome post-cuidados intensivos. Estos hallazgos resaltan la importancia de incorporar la valoración de la salud mental dentro de los procesos de seguimiento y rehabilitación posteriores al alta hospitalaria.

Desde el enfoque biopsicosocial, los resultados obtenidos permiten comprender que la recuperación posterior a la sepsis no depende exclusivamente de la estabilización clínica del paciente, sino también de factores emocionales, cognitivos y sociales que pueden influir significativamente en la calidad de vida y adaptación posterior a la enfermedad.

Los hallazgos obtenidos permiten inferir que la asociación entre la sepsis y la presencia de síntomas ansiosos y depresivos posteriores al alta hospitalaria no siempre se presenta de manera directa ni lineal. Esto sugiere que la aparición de alteraciones emocionales en pacientes sobrevivientes puede estar influenciada por múltiples factores biopsicosociales que trascienden la gravedad clínica inicial.

No obstante, los resultados deben interpretarse considerando las limitaciones metodológicas del estudio, entre ellas el tamaño muestral reducido, el muestreo no probabilístico y el diseño correlacional, los cuales limitan la generalización de los hallazgos y la posibilidad de establecer relaciones causales entre las variables analizadas.

Finalmente, se concluye que existe la necesidad de continuar desarrollando investigaciones en esta línea, mediante estudios con muestras más amplias, diseños longitudinales y estrategias metodológicas que permitan comprender con mayor profundidad la relación entre gravedad clínica, recuperación física y salud mental posterior a la sepsis. Asimismo, se hace importante identificar factores de riesgo y factores protectores que contribuyan al diseño de estrategias de intervención, seguimiento y atención integral orientadas a mejorar la calidad de vida de los pacientes sobrevivientes de sepsis.

Recomendaciones

A partir de los hallazgos obtenidos en el presente estudio, se proponen las siguientes recomendaciones:

En primer lugar, se sugiere implementar el tamizaje sistemático de síntomas ansiosos y depresivos en pacientes sobrevivientes de sepsis, independientemente del nivel de gravedad clínica inicial medido mediante NEWS2. Esto permitiría la identificación temprana de alteraciones en salud mental y facilitaría la derivación oportuna a servicios de apoyo psicológico o psiquiátrico.

En segundo lugar, se recomienda fortalecer la integración de la atención psicológica dentro del seguimiento post-alta hospitalaria, especialmente en pacientes que han requerido hospitalización por sepsis o ingreso a unidades de cuidados críticos. Este abordaje interdisciplinario resulta coherente con el modelo biopsicosocial y contribuye a una atención más integral del paciente.

Asimismo, se sugiere desarrollar e implementar programas de rehabilitación post-cuidados intensivos que incluyan componentes psicológicos, sociales y educativos, con el objetivo de disminuir el impacto del síndrome post-cuidados intensivos (PICS) y mejorar la calidad de vida de los sobrevivientes.

En el ámbito investigativo, se recomienda la realización de estudios con diseños longitudinales que permitan evaluar la evolución de la sintomatología ansiosa y depresiva en el tiempo, así como su relación con variables clínicas, sociales y psicológicas de manera más precisa.

De igual forma, se sugiere ampliar el tamaño de la muestra en futuras investigaciones y considerar la inclusión de diferentes niveles de complejidad hospitalaria, con el fin de mejorar la generalización de los resultados y reducir posibles sesgos, como el sesgo de supervivencia.

Por último se recomienda incorporar variables adicionales en futuros estudios, tales como antecedentes psiquiátricos, nivel de apoyo social, estancia hospitalaria y características socioeconómicas, con el objetivo de comprender de manera más integral los factores asociados a la salud mental en pacientes post-sepsis.

Referencias Bibliográficas

- Andri Signorell et mult. al. (2022). DescTools: Tools for descriptive statistics. R package version 0.99.45.
- American Psychiatric Association. (2014). *Diagnostic and statistical manual of mental disorders* (5th ed.). American Psychiatric Publishing.
- Baños-Chaparro, J. (2024). *Neuroinflamación y trastornos del estado de ánimo en pacientes críticos*. (Referencia de apoyo académico).
- Borrell-Carrió, F., Suchman, A. L., & Epstein, R. M. (2004). The biopsychosocial model 25 years later: Principles, practice, and scientific inquiry. *Annals of Family Medicine*, 2(6), 576–582. <https://doi.org/10.1370/afm.245>
- Calsavara, A. J. C., et al. (2021). Psychiatric symptoms in sepsis survivors: A longitudinal analysis. *Critical Care*.
- Chafloque Chávez (2024). *Factores de riesgo de ansiedad y depresión en pacientes críticos*
- Chand, S. P., & Marwaha, R. (2023). *Anxiety*. StatPearls Publishing.
<https://www.ncbi.nlm.nih.gov/books/>
- Chang, P. Y., et al. (2025). Mental health outcomes after intensive care unit admission: A population-based study. *Critical Care Medicine*.
- Desai, S. V., Law, T. J., & Needham, D. M. (2011). Long-term complications of critical care. *Critical Care Medicine*, 39(2), 371–379.
<https://doi.org/10.1097/CCM.0b013e3181fd66e5>
- Engel, G. L. (1977). The need for a new medical model: A challenge for biomedicine. *Science*, 196(4286), 129–136. <https://doi.org/10.1126/science.847460>


- Girard, T. D., Shintani, A. K., Jackson, J. C., Gordon, S. M., Pun, B. T., Henderson, M. S., Dittus, R. S., Bernard, G. R., & Ely, E. W. (2007). Risk factors for post-traumatic stress disorder symptoms following critical illness requiring mechanical ventilation: a prospective cohort study. *Critical care (London, England)*, *11*(1), R28.
<https://doi.org/10.1186/cc5708>
- Herridge, M. S., et al. (2011). Functional disability 5 years after critical illness. *New England Journal of Medicine*, *364*(14), 1293–1304. <https://doi.org/10.1056/NEJMoa1011802>
- Li, X., et al. (2024). Post-sepsis psychiatric disorder: Pathophysiology, prevention, and treatment. *Frontiers in Immunology*.
<https://pmc.ncbi.nlm.nih.gov/articles/PMC11176234/>
- Li, D., Zhang, X., Lu, Y., et al. (2024). Post-sepsis psychiatric disorder: Pathophysiology, prevention, and treatment. *Neurological Sciences*, *45*, 3093–3105.
<https://doi.org/10.1007/s10072-024-07409-8>
- Maldonado Centeno, J., et al. (2024). Impacto psicológico de la hospitalización en UCI. *Revista de Medicina Intensiva*.
- Ministerio de Salud y Protección Social. (2023). *Guía de manejo de sepsis en adultos*. Gobierno de Colombia.
- Needham, D. M., et al. (2012). Improving long-term outcomes after discharge from intensive care unit. *Critical Care Medicine*, *40*(2), 502–509.
<https://doi.org/10.1097/CCM.0b013e318232da75>
- Organización Mundial de la Salud. (2023). *Sepsis*. <https://www.who.int>
- Quirónsalud. (2024). *Consecuencias psicológicas en pacientes críticos*.
<https://www.quironsalud.com>

- Rawal, G., Yadav, S., & Kumar, R. (2017). Post-intensive care syndrome: An overview. *Journal of Translational Internal Medicine*, 5(2), 90–92. <https://doi.org/10.1515/jtim-2016-0016>
- RECIAMUC. (2023). *Síndrome post-UCI y salud mental en sobrevivientes de sepsis*. <https://reciamuc.com>
- R Core Team (2022). R: A language and environment for statistical computing. R Foundation for Statistical Computing, Vienna, Austria. URL <https://www.R-project.org/>.
- RStudio Team (2022). RStudio: Integrated Development Environment for R. RStudio, PBC, Boston, MA URL <http://www.rstudio.com/>.
- Royal College of Physicians. (2017). *National Early Warning Score (NEWS 2): Standardising the assessment of acute-illness severity in the NHS*.
- Sell, R. E., et al. (2025). Psychiatric outcomes after sepsis: A cohort study. *Critical Care*.
- Valenzuela, P., & Garzón, M. (2025). Intervenciones psicológicas en pacientes post-UCI. *Revista Colombiana de Psicología Clínica*.
- Vizioli, L., & Grasso, S. (2024). Factores protectores en salud mental en pacientes críticos. *Journal of Health Psychology*.
- Zambrano, A., et al. (2021). Código sepsis y manejo temprano del paciente séptico. *Revista Médica*.
- Zigmond, A. S., & Snaith, R. P. (1983). The hospital anxiety and depression scale. *Acta Psychiatrica Scandinavica*, 67(6), 361–370. <https://doi.org/10.1111/j.1600-0447.1983.tb09716.x>

Apéndices

Apéndice A

Formato de Solicitud para Presentación de Proyectos de Investigación

	SISTEMA INTEGRADO DE GESTIÓN Y CALIDAD FORMATO DE SOLICITUD PARA PRESENTACIÓN DE PROYECTOS DE INVESTIGACIÓN	Código: E.PEM.FT.SPPI-001
		Página 1 de 1
		Versión: 00
		Vigente a partir de : 21 DE ENERO DE 2016

Fecha: 04 de noviembre 2025

Señores
COMITÉ DE ÉTICA DE INVESTIGACIÓN
 E.S.E. HOSPITAL REGIONAL DE DUITAMA

Por medio del presente me dirijo a ustedes con el propósito de solicitar la revisión y aprobación del proyecto de investigación denominado: Relación entre el deterioro clínico de la sepsis al ingreso, medido mediante NEWS 2 y la sintomatología ansiosa y depresiva pos-alta en pacientes de un hospital de segundo nivel.

Este proyecto se realizará por un periodo de julio a diciembre de 2025 por la estudiante Juanita valentina Reyes González vinculadas a la institución Universidad Nacional Abierta a Distancia UNAD, programa de Psicología, contando con la asesoría del doctor Sandra milena Guzmán

El proyecto se desarrollará en todos los servicios teniendo en cuenta el diagnostico medico de código sepsis

Adjunto a la presente los siguientes documentos:

- Copia del protocolo original
- Resumen que incluye planteamiento del problema, objetivos, tipo de estudio, tamaño de la muestra, forma de muestreo, procedimientos a ejecutar, consentimiento informado

Les agradezco de antemano por su amable atención.

Atentamente,

Investigador Principal	Asesor
Nombre Completo: Juanita Valentina Reyes González	Nombre Completo: Sandra milena Guzman
Teléfono de contacto: 3213644570	Teléfono de contacto:
Email: jvreyesg@unadvirtual.edu.co	sandra.guzman@unad.edu.co

Apéndice B

Consentimiento Informado

Duitama, 25 de noviembre 2025

Señores:
Comité de Calidad / Comité de Ética / Comité de Investigación
Hospital Regional de Duitama
Duitama Boyacá

Asunto: Carta de utilización del consentimiento informado

Respetados miembros del Comité:

Yo, Juanita valentina Reyes González estudiante de Psicología, responsable del proyecto de investigación titulado "Relación entre el deterioro clínico de la sepsis al ingreso, medido mediante NEWS 2 y la sintomatología ansiosa y depresiva pos-alta en pacientes de un hospital de segundo nivel.", me permito informar que todos los datos recolectados de los participantes se obtendrán únicamente a través de un consentimiento informado, el cual ha sido previamente explicado y firmado por cada participante de manera voluntaria.

Asimismo, declaro que:

1. La información recopilada será utilizada exclusivamente con fines académicos y de investigación dentro del marco de este proyecto.
2. Todos los datos serán tratados con estricta confidencialidad y se mantendrán anonimizados, asignando códigos numéricos a cada participante para garantizar su privacidad.
3. Los resultados del estudio se presentarán únicamente de manera agrupada y estadística, sin posibilidad de identificar a ningún participante de forma individual.
4. Los participantes tienen derecho a retirarse del estudio en cualquier momento, sin que esto implique alguna consecuencia en su relación con la institución o el personal responsable.

Con esta carta, se deja constancia de que el uso de los datos se realizará únicamente para los fines descritos en el proyecto de investigación, respetando los principios éticos, legales y normativos aplicables a la protección de datos personales y la investigación en seres humanos.

Agradezco su atención y quedo a disposición para cualquier aclaración adicional que el Comité considere pertinente.

Atentamente,
Juanita Valentina Reyes
Auxiliar de Enfermería
Estudiante de Psicología
Responsable del Proyecto de Investigación

Apéndice C

Carta de Aclaración sobre la Anonimización de los Datos de los Participantes.

Duitama, 25 de noviembre

Señores:

Comité de Calidad / Comité de Ética / Comité de Investigación
Hospital Regional de Duitama
Duitama Boyacá

Asunto: Aclaración sobre anonimización de datos de pacientes

Respetados miembros del Comité:

Por medio de la presente, yo, Juanita Valentina Reyes González estudiante de Psicología, responsable del proyecto de investigación titulado “Relación entre la salud mental y el proceso de recuperación en pacientes hospitalizados posterior a una sepsis en un hospital de segundo nivel”, me permito aclarar las medidas adoptadas para garantizar la anonimización y protección de los datos de los participantes, en cumplimiento de los principios éticos y normativos de confidencialidad y manejo responsable de la información.

En este proyecto, se recolectarán únicamente datos académicos y emocionales mediante instrumento estandarizado Escala Hospitalaria de Ansiedad y Depresión (Hospital Anxiety and Depression Scale, HADS). No se recopilarán nombres, números de documento, historias clínicas ni ninguna información que permita la identificación de los participantes.

Para asegurar la privacidad de los participantes, se aplicarán las siguientes medidas:

1. Asignación de códigos numéricos a cada participante.
2. Eliminación de información identificable de los registros.
3. Almacenamiento seguro de los datos en archivos protegidos con contraseña.
4. Acceso restringido únicamente a la investigadora responsable.
5. Presentación de resultados de manera agregada y estadística, sin posibilidad de identificar a personas individuales.

Asimismo, la recolección y manejo de la información se realiza en cumplimiento con los principios éticos de investigación en seres humanos y las normas de protección de datos personales vigentes.

Declaro que el proyecto se ejecuta bajo criterios de respeto, ética, confidencialidad y transparencia, y que la privacidad y dignidad de los participantes estarán plenamente protegidas.

Agradezco de antemano la atención prestada y quedo atenta/o a cualquier observación o solicitud adicional que el Comité considere pertinente.

Atentamente,

Juanita valentina Reyes
Estudiante de Psicología
Responsable del Proyecto de Investigación

Apéndice D

Escala Hospitalaria de Ansiedad y Depresión

5.9. Escala Hospitalaria de Ansiedad y Depresión (Hospital Anxiety and Depression Scale, HADS)

1

Los médicos conocen la importancia de los factores emocionales en la mayoría de enfermedades. Si el médico sabe cuál es el estado emocional del paciente puede prestarle entonces mejor ayuda.

Este cuestionario ha sido confeccionado para ayudar a que su médico sepa cómo se siente usted afectiva y emocionalmente. No es preciso que preste atención a los números que aparecen a la izquierda. Lea cada pregunta y subraye la respuesta que usted considere que coincide con su propio estado emocional en la última semana.

No es necesario que piense mucho tiempo cada respuesta; en este cuestionario las respuestas espontáneas tienen más valor que las que se piensan mucho.

A.1. Me siento tenso/a o nervioso/a:

3. Casi todo el día
2. Gran parte del día
1. De vez en cuando
0. Nunca

D.1. Sigo disfrutando de las cosas como siempre:

0. Ciertamente, igual que antes
1. No tanto como antes
2. Solamente un poco
3. Ya no disfruto con nada

A.2. Siento una especie de temor como si algo malo fuera a suceder:

3. Sí, y muy intenso
2. Sí, pero no muy intenso
1. Sí, pero no me preocupa
0. No siento nada de eso

D.2. Soy capaz de reírme y ver el lado gracioso de las cosas:

0. Igual que siempre
1. Actualmente, algo menos
2. Actualmente, mucho menos
3. Actualmente, en absoluto

A.3. Tengo la cabeza llena de preocupaciones:

3. Casi todo el día
2. Gran parte del día
1. De vez en cuando
0. Nunca

D.3. Me siento alegre:

3. Nunca
2. Muy pocas veces
1. En algunas ocasiones
0. Gran parte del día

A.4. Soy capaz de permanecer sentado/a tranquilo/a y relajado/a:

0. Siempre
1. A menudo
2. Raras veces
3. Nunca

D.4. Me siento lento/a y torpe:

3. Gran parte del día
2. A menudo
1. A veces
0. Nunca

A.5. Experimento una desagradable sensación de «nervios y hormigueos» en el estómago:

0. Nunca
1. Sólo en algunas ocasiones
2. A menudo
3. Muy a menudo

5.9. Escala Hospitalaria de Ansiedad y Depresión
(Hospital Anxiety and Depression Scale, HADS)

2

D.5. He perdido el interés por mi aspecto personal:

3. Completamente
2. No me cuidó como debería hacerlo
1. Es posible que no me cuidó como debiera
0. Me cuidó como siempre lo he hecho

A.6. Me siento inquieto/a como si no pudiera parar de moverme:

3. Realmente mucho
2. Bastante
1. No mucho
0. En absoluto

D.6. Espero las cosas con ilusión:

0. Como siempre
1. Algo menos que antes
2. Mucho menos que antes
3. En absoluto

A.7. Experimento de repente sensaciones de gran angustia o temor:

3. Muy a menudo
2. Con cierta frecuencia
1. Raramente
0. Nunca

D.7. Soy capaz de disfrutar con un buen libro o con un buen programa de radio o televisión:

0. A menudo
1. Algunas veces
2. Pocas veces
3. Casi nunca