

"Unidad de Cuidados Intensivos: Un campo inexplorado por el Psicólogo en Chile"

Prof. Yolanda Alvarez

RESUMEN

En nuestro país no hay psicólogos que trabajen en Servicios Intensivos ni intermedios de Salud: donde se encuentra el denominado "paciente crítico". Los pacientes internados en la unidad de cuidado intensivo, por definición, son enfermos graves y durante los últimos 20 años las unidades de cuidado intensivo han pasado a formar parte esencial de casi todos los hospitales generales; las instituciones ya establecidas cambian la disposición del espacio disponible para crearlas, no se construye ningún hospital nuevo sin tales unidades. Su valor está comprobado en el tratamiento del enfermo grave.

En estas unidades, de características físicas y técnicas peculiares, se conjugan varios aspectos que conforman una atmósfera psicológica especial y poco usual, lo cual genera algunos efectos en el paciente, efectos psicológicos y psiquiátricos que requieren de la atención y acción de un especialista en la materia.

Creo que nuestros profesionales psicólogos tendrían mucho que aportar en este sentido, mucho que decir y hacer, especialmente esto último de modo que la presente pretende motivar a algunos colegas a interesarse en el tema.

PRESENTACION

Conferencia dictada en el "III Congreso Latinoamericano y XXXIII Congreso Anual del Capítulo Chileno del American College Of Surgeons-Chile - Santiago - 17 al 21 de Abril - 1989: "Paciente Quirúrgico Crítico" ".

Esta conferencia se inscribió dentro del tema "Apoyo Psicológico en el manejo del paciente crítico, apoyo individual, grupal y familiar": tema abordado en la primera parte por una especialista en Unidades de Cuidado Infantil, americana, y en la segunda parte, mi exposición enfocada a Unidades de Adultos, basada en referencias bibliográficas y en mi observación personal, directa, en U. C. J.

CONFERENCIA MISMA

Mi participación en este tema, aquí, corresponde a la necesidad de:

- 1) Compartir con Ustedes, que trabajan con el paciente crítico en los servicios intensivos e intermedios, algunos aspectos importantes de observar y de trabajar.
- 2) Invitar a la reflexión personal de cada uno de nosotros sobre estos aspectos.
- 3) Abrir un camino de trabajo en este sentido.

Conscientes de la ineludible conformación psicosomática del ser humano: mente y cuerpo, y de la intrincada trama en que se entretajan ambos aspectos, influenciándose recíprocamente, en un lazo tan íntimo y sutil que, a veces, resulta imposible discriminar o dirimir cual de los dos elicitaba al otro inicialmente.

Lo concreto es que la relación de influencias recíprocas existe, es constante, y muy fuerte. Por lo demás, no podría ser de otro modo: el que suceda y sea así es solo un índice positivo, alentador de que somos una unidad integrada. Da la impresión de que la separación mente-cuerpo hubiera surgido, entre otros, por dos razones:

- 1) Razones de tipo didáctico; explicar por partes es más clarificador, hace más nítidos y manejables los conceptos, son más fáciles de enseñar y más fáciles de entender para el que aprende.
- 2) Razones funcionales o de eficiencia; se funciona mejor dedicando toda la energía a un aspecto por vez, abocándose de lleno a una fracción, da la posibilidad de ir más a fondo, de encontrar más datos esclarecedores, de hilar más fino, de circunscribir el área, elimina distractores y contaminantes ajenos.

Pienso que esta forma de evolución del estudio del hombre de parte de la Ciencia, ha sido necesario que transcurra así, se han ido desechando, por separado aspectos del cuerpo y aspectos de la mente: el tiempo de la disección, del análisis. En seguida llegó el tiempo de unir estos dos aspectos, el tiempo de la integración, de la síntesis, y tomó su lugar esta unidad coleidoscópica, asombrosa, con todo por descubrir: la "unidad psicosomática", única en su conformación en cada ser humano, si bien hay denominadores comunes en la especie.

Nadie pone en duda hoy día el hecho radical de que el hombre es una "unidad psicosomática", situación que nos plantea un problema; una interrogante: descubrir las infinitas formas de relación y de comunicación entre lo psicológico y lo somático, ya no podemos ignorar esta realidad ni darnos excusas para no atenderla debidamente.

El lenguaje(s) a través del cual se comunican la mente y el cuerpo tiene mil formas, lo hacen por sutiles e intrincadas vías, no se cansan de estar en eterna conexión y conversación, intercambio de energías constante, solidarias y "bien intencionadas" ambas partes entre sí, se protegen lo más que pueden de los ataques externos, y de los modos más incomprensibles, a veces, para nuestra mente, como cuando nuestra mente ayuda al cuerpo a ponerse enfermo como modo de "resolver" una situación difícil para ese individuo en esa circunstancia, o cuando rescata de la muerte a un cuerpo exhausto y lo revive.

Sería largo evocar situaciones que ponen en evidencia irrefutable la influencia entre cuerpo y mente, consiguiendo despertar un inagotable asombro en quien lo observa.

Bien, partiendo de esta realidad: la existencia de esta unidad psicofísica, y volviendo a nuestro punto: el enfermo crítico, vamos a considerar dos sistemas de interacción presentes en la situación de este enfermo en la U. C. I.:

- 1) **el sistema intraindividual:** en que juegan los aspectos psíquicos y físicos dentro del mismo sujeto, facilitando o dificultando la recuperación de su enfermedad.
- 2) **el sistema interindividual:** en que es especialmente importante la relación del paciente con el mundo, y en este caso particular, el mundo del paciente se reduce al **personal de la unidad** en que está hospitalizado y al **ambiente físico de ésta**. Al entrar en interacción estos dos sistemas: el individuo con todo lo suyo y la unidad hospitalaria

con todo lo suyo también, surge la relación "asistente - paciente", esta relación posee y genera energía propia, capaz de producir influencia positiva o negativa en el enfermo.

Para el paciente que ingresa a una U.C.I., usualment éste constituye una experiencia nueva, única, a veces terrorífica: estar enfermo en un ambiente de este tipo, y cobra especial relevancia la adaptación a este nuevo estado y sistema de vida.

Los factores más importantes derivados de estar hospitalizado en U.C.I. tienen que ver con:

- 1) Deprivación sensorial
- 2) Deprivación afectiva
- 3) Falta de sueño, no poder dormir

A modo de ilustración, me gustaría dar una somera visión de los efectos de la deprivación sensorial en sujetos sanos, de modo que podamos tener este punto de referencia al intentar comprender la deprivación del paciente en U.C.I.: "Desde el año 50 el mundo científico se interesó por estudiar la reacción humana al aislamiento: se sabe que la soledad es un factor de considerable importancia en las enfermedades mentales: eso no se discute en ningún nivel".

Algunos datos ilustrativos:

- 1) Un tipo de experimentos se realizaron con sujetos acostados **24 horas** en una **cama cómoda**, en cuarto pequeño, iluminado, y a prueba de ruidos. Resultados: los sujetos se dedicaron en las primeras horas a pensar con tranquilidad en problemas personales a resolver, pero muy pronto no se podían ni concentrar, ni pensar con lógica.
- 2) Se trabajó con marinos en sub-marinos, con **aislamiento social relativo**, ya que estaban con sus compañeros pero no con su familia ni amigos habituales. Resultados: primero, gran ansiedad, episodios psicóticos en las personas predispuestas; segundo, depresión difusa durante la mayor parte del tiempo; tercero, agresividad y extrema irritabilidad.
- 3) Otra de las situaciones experimentales usadas simulaba los "pulmones artificiales" usados en medicina. Resultados: alteraciones de los procesos perceptivos, desorientación espacial, temporal, táctil, demora en responder a los estímulos, alucinaciones, sueños diversos, sentimientos de despersonalización, alteraciones cognitivas y del aprendizaje, reacciones motoras bajas.

En todas las situaciones los sujetos tratan de disminuir la ansiedad recordando el pasado, y muchas veces caen en profundas depresiones; naturalmente que todo lo que sucede está condicionado además por los factores de personalidad previa.

Ahora bien, en las U.C.I. hay deprivación sensorial en el ambiente, que varía según la construcción e implementación con que cuenta, por otro lado el personal tiene que preocuparse tanto de los dispositivos de vigilancia y atención física que es difícil tener tiempo para atender al paciente en sus necesidades psicológicas, afectivas y en su aislamiento del exterior.

Desde el punto de vista del paciente, éste tiene el peligro real de morir, la terapia técnica necesariamente es agresiva, invasora y dolorosa, pierde la privacidad respecto a su corporalidad, hay una exposición constante de ésta a extraños, manipulación de su cuerpo por múltiples manos, la interrupción del sueño por los permanentes y necesarios controles, una posición corporal no usual, dificultad para adoptar posiciones corporales cómodas como las cotidianas, la no ingesta de comida

o comida distinta, a veces la inmovilidad de su cuerpo entero o parte de él, el olor a medicamentos y elementos químicos usados, el olor humano al natural: propio y ajeno, la conexión con el aparataje técnico necesario, la escasa visión: de solo la pared, el techo, y personal que lo atiende, en lo auditivo: sonido de respiradores artificiales permanente, una alarma de monitores, respiración alterada de otros enfermos, sonidos de instrumental, quejidos, voces desconocidas, preguntas e instrucciones del personal, etc, etc. Todo esto en una situación de absoluto desvalimiento, por su condición de enfermo crítico, a merced de estas personas nuevas, de las cuales depende absolutamente y a las cuales **debe entregarse**, sin alternativas posibles.

Podemos observar que la larga lista enumerada corresponde a ausencia de estímulos sensoriales cotidianos en general, ausencia de estímulos positivos con connotación efectiva, monotonía sensorial, presencia de estimulación negativa que alarma al paciente.

Es en este contexto, más fuerte en las Unidades intensivas y menos en las Unidades Intermedias, que se producen una variada gama de trastornos psíquicos en y los pacientes en situación crítica.

Aparecen I) **Trastornos de origen psicorreactivo** y II) **trastornos de base somática**.

I) **Los trastornos de origen psicorreactivo**: se caracterizan por la presencia de sentimientos y temores depresivos, y constituyen un tipo de reacción emocional al choque provocado por la vivencia de la "reacción de catástrofe" y de la "enfermedad de catástrofe".

Los "sentimientos depresivos" se exteriorizan por disforia, situación deprimida, acentuada tendencia a llorar, situación de resignación apática (en forma de desesperación o desesperanza), o bien autoinmolación. Estos diversos signos aparecen más como un estado de agotamiento que como actitud depresiva manifiesta.

Los "temores depresivos" se exteriorizan en forma de situaciones de tensión de espera angustiada en espera de la agravación de los síntomas y en forma de temor a la muerte, en crisis, por ej. cuando un paciente confunde una habitación de vigilancia de una sola cama con una habitación llamada de moribundos, o bien cuando se entera de la muerte de otro paciente. Las sensaciones y temores reactivo-depresivos muestran una íntima relación con trastornos psíquicos que constituyen expresión de "intentos de elaboración psíquica", de las "reacciones de catástrofe" y de la "enfermedad de catástrofe".

Estos procesos de elaboración psíquica se manifiestan:

1. en trazos de **infantilismo** acentuado: este se manifiesta por sentimientos de total abandono y dependencia, que se acompañan con deseos acentuados de apoyo y auxilio; la reactualización de la conducta de la primera infancia representa una condición psíquica esencial para aceptar los procedimientos terapéuticos; la aceptación incondicional de los mismos hace en realidad necesaria una actitud infantil de creencia y de supresión de capacidad de crítica, poco habitual en los adultos.
2. Junto al infantilismo, se observan rasgos de "**hipocondrias**" secundarias, como expresión de un segundo proceso psíquico de elaboración. Se entiende aquí por hipocondría secundaria la tendencia del paciente a convertir en órgano enfermo, el objetivo preferido de autodiservación temerosa. A consecuencia de la enfermedad que pone en peligro la vida se retiran afectos del mundo exterior y se vuelcan al propio cuerpo: éste se convierte en un nuevo fragmento de un mundo exterior que es sometido a una ocupación emocional.
3. Un tercer proceso de elaboración psíquica son las "**tendencias al engaño**": representan una conducta elemental de defensa del paciente, y funcionan de forma óptima frente a las

enfermedades con amenaza vital; este engaño sirve para disminuir o suprimir la vivencia consciente de percepciones dolorosas, temores y pánicos, se trata de afectos desplazados y sensaciones corporales desagradables y también de circunstancias externas repulsivas. Así le es posible al paciente tolerar su grave enfermedad, aceptar la terapéutica agresiva y atenuar la presión psíquica reactiva. La elaboración engañosa se refiere, por una parte, al grado objetivo de gravedad de la enfermedad, a la amenaza vital que implica y al grado objetivo de dependencia respecto del grupo de médicos, enfermeras y asistentes. Por otra parte actúa también sobre los sentimientos depresivos y los temores, de forma tal que los pacientes llegan a aparecer en situaciones extremas como despreocupados o alegres. Junto a este engaño claramente perceptible se mantiene, excepto en escasas excepciones, la clara conciencia de la necesidad de una terapéutica consecuente y agresiva (a menos que existan graves trastornos de la conciencia).

4. Merecen particular consideración los "procesos de defensa en estados de temor a la muerte": estos procesos defensivos se manifiestan desde el punto de vista sintomatológico en una inquietud y agitación muy intensas, al parecer inmotivadas, con temores y deseos de auxilio; también por otra parte, en las siguientes ilusiones, acompañadas también a menudo de pánico:
 - a) Se cree sufrir una grave enfermedad en otros órganos o sistemas, por ej. un carcinoma intestinal en un paciente con infarto de miocardio, o bien un tumor cerebral en un paciente con una oclusión intestinal.
 - b) El compañero de habitación parece encontrarse en situación de muerte inminente.
 - c) "Es imposible seguir viviendo entre las cuatro paredes".
 - d) Se teme "perder la razón" o "volverse loco".

Todos estos estados pueden combinarse con intensos esfuerzos de huida.

Los factores coadyuvantes en la aparición de estos trastornos psicorreactivos son: conciencia de la enfermedad, reducción de los estímulos sensoriales, privación afectiva, incompreensión involuntaria de médicos y personal asistente (hay razones de peso: exceso de trabajo, escaso personal, turnos pesados, desconocimiento, limitación de recursos materiales y humanos, etc.).

II) **Trastornos de base somática:** se denominan "**Síndromes de transición**", se refiere a las psicosis funcionales, y a sus fases previas no psicóticas, llamadas alteraciones funcionales; se trata de trastornos psíquicos en los que predominan "trastornos psicopatológicos de la conciencia", de cantidad y calidad distintas. Estos trastornos psíquicos son más frecuentes y acentuados en las unidades de cuidados intensivos quirúrgicas que en las médicas, en las que predominan los síndromes psicorreactivos.

Las diferencias "cuantitativas" se refieren a suaves transiciones entre trastornos leves (por ej. simple abatimiento o discreta inquietud motora temerosa) y alteraciones más acentuadas (por ej. pérdida de la conciencia o delirio).

Los síndromes de transición valorables con "criterio cuantitativo" (leve, moderadamente grave, grave, muy grave), se agrupan entre las alteraciones funcionales no psicóticas (por ej. una discreta inquietud motora) y aquellas alteraciones que desde el punto de vista social son equivalente a una psicosis (por ej. delirio). Los síndromes de transición no son de etiología psicorreactiva como las depresiones que antes se han descrito, y son consecuencia de la vivencia de la enfermedad. Al contrario, es preciso admitir una relación somatopsíquica

más directa, que parte de **procesos cerebrales primarios**, o de **enfermedades no cerebrales**. Se habla por ello de trastornos psíquicos "fundamentados en el cuerpo".

Junto al proceso somático fundamental hay que tener en cuenta, como otras causas que contribuyen al desarrollo de los síndromes de transición: la supresión del sueño, la disminución de los estímulos sensoriales, el alcoholismo, el desarrollo de enfermedades consuntivas crónicas anteriores y la administración de esteroides y psicofármacos. Es frecuente que varios de estos factores tengan una participación causal parcial, por ejemplo ante una enfermedad que requiere tratamiento intensivo y que da lugar secundariamente a una descompensación de la irrigación cerebral, con fases de supresión del sueño. Constituyen ejemplos de situación que requiere tratamiento intensivo, con desarrollo regular de síndromes de transición: la insuficiencia renal aguda, la hemorragia por várices esofágicas con interrupción del abuso de alcohol en las cirrosis hepáticas, las descompensaciones metabólicas acentuadas, los estados consecutivos a intervenciones cardíacas, la oclusión intestinal en el megacolon tóxico, los trastornos en la irrigación cerebral en las insuficiencias respiratorias y circulatorias o en extensas hemorragias intracraneales, los traumatismos craneoencefálicos importantes, las intoxicaciones intensas, al tétanos. Ahora, en cuanto a la **evolución que siguen los trastornos psíquicos descritos**: las depresiones reactivas y las conductas de defensa correspondientes regresan paulatinamente en cuanto se ha logrado dominar la situación de peligro para la vida. No obstante, los sentimientos depresivos y los temores se mantienen aún en forma latente durante un tiempo. Se reactivan estos trastornos inmediatamente cuando se producen agravaciones súbitas o recidivas de la enfermedad física. También en los síndromes de transición se observan relaciones entre su remisión y la mejoría del trastorno corporal. Si no sucede así, se considera un "estado de defecto orgánico".

Apoyo psicológico en el manejo del paciente crítico: apoyo individual, familiar y al equipo de trabajo.

I. En el trabajo de apoyo individual se dan dos posibilidades de acción: una, de tipo "indirecto", a través de médicos, enfermeras y auxiliares; y otra, de tipo "directo" realizada personalmente por el psicoterapeuta correspondiente.

- 1) **Acción de tipo indirecto**: dado que las depresiones y las correspondientes conductas de defensa son consecuencia de la grave vivencia de enfermedad, el tratamiento intensivo influye no solo sobre la estabilización corporal, sino, también de forma indirecta sobre el psicósíndrome. La influencia favorable en este sentido depende también de:
 - a) **Un enfoque adecuado a la situación**: de parte de los médicos, enfermeras y personal auxiliar. Un trato competente y "adaptado a la situación" junto a la cama del enfermo, entra en el mundo del paciente en situación de amenaza vital como un factor de "seguridad emocional" de valor incalculable. Los pacientes viven muy de cerca el grado de capacidad profesional de los médicos y personal auxiliar que los trata, captan con gran exactitud las diferencias de calidad en el trato terapéutico y la conducta espiritual; esto se aplica a ligeras faltas de seguridad en la situación técnica y a faltas momentáneas o permanentes de capacidad de captación psíquica. En estas condiciones los pacientes reaccionan rápidamente con agravación de los trastornos psicorreactivos y esencialmente de sus sentimientos depresivos y temores. Dentro de este punto, es importante considerar el efecto que provoca en el paciente el comentario médico y/o del personal respecto a su enfermedad y a él, realizado "sobre" el paciente. A veces da la impresión de que el paciente estuviera allí por un caso de "sordera", y no otra enfermedad; el paciente "interpreta" lo que oye, según su estado interno y esto obviamente lo perjudica. Tal vez sería necesario modificar el hábito

establecido de discutir el caso encima del paciente, y por supuesto estar atento a los desaciertos verbales individuales, provocados por fallas de personalidad del personal, u otros. Siempre que el tiempo lo permita, es conveniente dejar que el paciente exprese y describa sus molestias, las enfermeras y auxiliares pueden aprovechar cualquier oportunidad para hablar con los enfermos, por ej: mientras los lavan, cambian sábanas, les administran medicamentos o comida; no interesa tanto el tema de la conversación, sino el "cómo". Tal dedicación incrementa los estímulos sensoriales y afectivos.

- b) El "**clima afectivo**" de la Unidad logra un efecto espiritual estabilizante. Un "clima" orientado hacia una acción terapéutica rápida desarrolla una acción potencial muy tranquilizante, puesto que en la conciencia del paciente en situación de amenaza vital equivale a un flujo continuo de actividades de auxilio. Las situaciones de tensión temerosa y el temor a la muerte manifestado en forma episódica se atenúa si los pacientes poseen el firme convencimiento de que en todo momento existe un número suficiente de personas capaces de auxiliarle.
- c) Los "**dispositivos técnicos y los aparatos**" contribuyen también a la seguridad de los enfermos. Si les asalta el temor de que los aparatos puedan fracasar, es posible infundirles una nueva seguridad tras una conversación paciente.

Estos diversos factores que contribuyen a crear el clima afectivo, representan estímulos externos que corresponden a una "intensificación de los estímulos sensoriales".

- 2) **Acción de tipo directo**, realizable a través de un psicoterapeuta: psicólogo clínico, psiquiatra, psicólogo médico.

El trabajo con el paciente tiene el sentido, básicamente, de un tratamiento de apoyo y estímulo. El principio terapéutico consiste en estructurar una firme relación objetiva con el enfermo: las visitas se realizan tres o cuatro veces al día, con una duración de 10 minutos mas o menos, o bien dos veces al día de 15 minutos cada una, si la posibilidad es solo una visita al día, ésta debe ser mínimo de 30 minutos. En su curso el terapeuta captará rápidamente cuales son las especiales necesidades del enfermo y cuáles los motivos esenciales de su malestar; los pacientes en situación de amenaza vital consideran lógico que el médico reconozca inmediatamente cuál es su situación psíquica y hasta qué punto sufren a causa de su situación. Se hablará sistemáticamente de todos los temores, malestares y deseos del paciente que sea posible identificar, se les tranquilizará en el sentido de prometer una estabilización corporal, siempre sobre una base real. Las situaciones de autoengaño que se descubrirán a menudo pueden apoyarse dentro de ciertos límites, para ayudar al paciente, desde el punto de vista emocional, a soportar la terapéutica intensiva. Se trata de ofrecer repetidamente al paciente ocasiones de expresar su vivencia y sus temores. En mi experiencia personal, resultaba muy facilitador de la catarsis el "tocar táctilmente" al paciente mientras lo escuchaba, cogiendo cálidamente sus manos, sus brazos, su cabeza, a veces necesitaba ser abrazado y arrullado, como se acuna a un bebé. Si era un primer acercamiento, el contacto era más profundo si establecía contacto táctil "en silencio", sin decir yo nada, solo tacto cálido y apoyador; las señales no verbales que se intercambian son fundamentales. Era frecuente también, que apenas me acercaba en actitud receptiva, algunos pacientes mostraban intensos deseos de hablar, expresarse, acercarse, hablar de cualquier cosa, con una "avidez" de contacto impresionante.

El acercamiento cálido, generoso, acogedor dá seguridad al paciente, lo reanima visiblemente: es evidente el cambio de la disposición general del paciente luego de un acercamiento "afectivo" y "efectivo" con interés real en él.

Se considera una condición necesaria para el éxito del tratamiento psíquico del enfermo que el psicoterapeuta conozca exactamente el estado somático objetivo del paciente y también las relaciones del médico, las enfermeras y el personal auxiliar con el paciente en cuestión. Otra condición para la psicoterapia es, naturalmente, la ausencia de todo síndrome de transición grave, en los de transición moderada, la relación terapéutica se encuentra muy dificultada. Los de transición leves deben someterse a psicoterapia semejante a la de los trastornos psicorreactivos. Es evidente que en el terreno de ayuda individual al paciente hay muchos aspectos interesantes de investigar y de realizar. Otra posibilidad de acción de tipo directo en ayuda individual al paciente es la terapéutica con psicofármacos, labor compleja, realizada por el médico correspondiente.

II. Apoyo a la familia de los pacientes sometidos a terapéutica Intensiva:

Estos familiares están también muy afectados desde el punto de vista emocional. Predominan:

- 1) El temor por la vida del paciente.
- 2) Los esfuerzos para mantenerse tan a menudo como sea posible en su inmediata proximidad. De hecho, algunos familiares pasan el día entero en 'los pasillos cercanos a la Unidad, se sienten más tranquilos allí que en sus casas o trabajos.
- 3) Desean también hablar con los médicos, enfermeras y personal auxiliar sobre el grave proceso patológico del paciente.
- 4) Desean expresar sus propios sentimientos: a veces de culpa, temor, tristeza, esperanza, desesperanza, rabia, impotencia, dolor, etc, etc. Las visitas personales al paciente son muy limitadas, puesto que existe unánime acuerdo en limitar las visitas a las Unidades Intensivas para no poner en peligro la marcha de la unidad y su esterilidad.

Sería ideal poder conciliar las necesidades del servicio hospitalario, en este sentido, con las necesidades de los familiares, también aislados del enfermo. En las U.C.I. de los hospitales chilenos se considera una visita diaria de algunos minutos (10 minutos mas o menos) para cada paciente. Las visitas breves, extras, excepcionales se permiten tan solo en estados de gran temor a la muerte, acentuados episodios de desesperación, de gran necesidad afectiva, para reanimar al paciente a seguir luchando, y a los pacientes que, por diversas razones, deben permanecer durante un tiempo más prolongado en la Unidad.

Se hace necesario también actuar sobre los familiares proporcionándoles información suficiente, fuera de la Unidad.

El psicoterapeuta tiene un buen trabajo que hacer con la familia otorgándoles la ocasión de expresarse, desahogarse, calmarse, darles el apoyo necesario contingente, u otros.

III. Apoyo al equipo de trabajo de las U.C.I.

En las U.C.I. es doble el propósito del apoyo o tutela orientada en sentido comunitario:

- 1) En algunos casos la asesoría se hace necesaria porque los pacientes en situación de amenaza vital desarrollan determinados trastornos psíquicos que pueden plantear dificultades a los médicos y al personal en general. Es posible que el personal de la unidad no esté suficientemente informado de la conducta que se debe adoptar para no poner en peligro al mismo tiempo la terapéutica intensiva y la psicoterapia. Constituyen algunos ejemplos: las anorexias pasajeras, una conducta aparentemente agresiva, los estados de desesperación y los temores a la muerte desarrollados en forma de accesos con tendencia a la huida. El psicoterapeuta debe explicar al equipo los motivos de la conducta que descubre en el paciente para adoptar actitud adecuada frente al enfermo y evitar que éste obstaculice el trabajo de la unidad, también se evitará el agravamiento de los trastornos psíquicos del enfermo. Estas funciones de consejero y de dedicación al estado psíquico del paciente hacen importante el trabajo de un especialista bien entrenado en la materia. Los médicos se hallan tan requeridos por la constante confrontación con problemas somáticos complejos, que no se encuentran en situación de dedicarse también al estudio de las situaciones psíquicas de sus pacientes. Igualmente el personal de enfermería y auxiliar desempeña tantas y tan delicadas misiones, que no puede ocuparse de forma suficiente de los problemas psicológicos del enfermo.

En estas condiciones las recomendaciones especiales en cuanto a la conducta psicológica del grupo de médicos, enfermeras y personal auxiliar frente a estos pacientes, son las indicadas en la ayuda indirecta al paciente (punto I. 1.).

- 2) Un segundo aspecto que hace necesaria la asistencia al equipo de trabajo radica en que estas personas (médicos, enfermeras y personal auxiliar) están sometidas a grandes exigencias. Las exigencias derivan, principalmente de sus múltiples misiones frente a pacientes en situación de amenaza vital; en estas unidades no existe la menor rutina en el trabajo diario, al contrario ingresan constantemente nuevos pacientes que requieren tratamiento con "urgencia", con diagnósticos muy diversos que modifican constantemente los campos de actuación. Por otra parte, los trastornos psíquicos de los pacientes, la mortalidad relativamente elevada, y los frecuentes contactos con familiares inquietos, representan constantes situaciones de sobrecarga. Por último, la capacidad de resistencia del equipo de la unidad se pone a prueba por el hecho de que los pacientes solo permanecen en ella durante el período de terapéutica intensiva. Si se recuperan, son trasladados a servicios generales, de forma que el personal se ve privado de observar la evolución ulterior y no asisten al alta. Así pierden una de las principales fuentes de satisfacción profesional que consiste en asistir a "todo" un proceso de curación.

Las enfermeras y el personal auxiliar constituyen las "figuras clave" en las unidades de cuidados intensivos. Tienen más íntimo contacto con las necesidades del paciente y representan el factor de continuidad en el interior de la unidad. Los médicos están con el paciente en los momentos de tomar decisiones terapéuticas y establecer diagnósticos, el resto del tiempo el enfermo está con la enfermera y auxiliar. Las grandes exigencias a que se ven sometidos pueden provocar en médicos, enfermeras y personal auxiliar períodos de agotamiento espiritual y, o corporal. Esto hace necesaria la alternancia adecuada en los descansos. Se han descrito algunas características necesarias de observar al seleccionar al personal de estas unidades, algunas de ellas son: capacidad adecuada de resistencia corporal y psíquica, especial y auténtica habilidad manual, muy buena capacidad de contacto, dotes de autonomía. La capacidad de contacto y las dotes de autonomía determinan, junto a la aptitud para soportar esfuerzos superiores al término medio, la "estabilidad emocional" que es imprescindible para trabajar en U.C.I.

Aquí es necesario un entrenamiento sistemático desde el punto de vista psicológico y algunas formas de ayuda son:

- 1) Dinámicas de grupo: en que participa todo el equipo, asesorados por un psicoterapeuta y con propósitos terapéuticos.
- 2) Sesiones de catarsis, individual y grupales.
- 3) Interacciones de tipo recreativo social, del equipo, fuera de la unidad. Es un grupo de trabajo que pasa muchas horas interactuando entre ellos frente al tema: la vida y la muerte, al filo de esta última, en un clima que también tiene algún grado de aislamiento del exterior y de privación sensorial, de manera que se hace necesario buscar espacios diferentes de interacción.

Estas tres formas de ayuda apuntan básicamente a facilitar la interacción armónica entre los integrantes del equipo, condición esencial para el buen funcionamiento de la unidad intensiva.

Es fácil darse cuenta que en esta área también hay mucho trabajo por hacer, mucho que investigar y aportar.

BIBLIOGRAFIA

- 1) Ardila, R. "Psicología fisiológica." Ed. Trillas, México, 1973.
- 2) Blachly, P.H. Starr, A: Post-Cardiotomy Delirium Amer. J. Psychiat, 121:371 - 375, 1964.
- 3) Druss, R.G. Korufeld, D.S.: The Survivors of Cardiac Arrest A Psychiatric Study, J.A.M.A., 201 - 291 - 296, 1967.
- 4) Georgette, J: Stafing by patient classification. Nursing Clin. N. Amer. 5: 332, 1970.
- 5) Grace. W.J.: Terror in the Coronary Care Unit, Letter to the Editor, Am. J. Cardiol. p. 746, 1969.
- 6) Heller, S. Frank. K.A., Malm. J.R. y col: Psychiatric Complications, of open Heart Surgery; A Re-Examination, New Eng. J. Med, 283: 1015 - 1019, 1970.
- 7) KIMEY, J: The intensive care unit. Bull. Amer. Coll. Surg. 57:354, 1966.
- 8) Kornfeld, D. Maxwell, T y Momrow, D: Psychological hazards of the intensive care.
- 9) Kornfeld, D: Psychiatric Aspects of patient care in the operating suite and special areas anesthiol; 31: 170, 1969.
- 10) Mc Keguey, F.P: The intensive Care Syndrome, Connecticut Medicine, 30: 633-636, 1966. Department of Psychiatry. Columbia - Presbyterian Medical Center. New York, New York 10032.
- 11) H. Freyberger: Aspectos psicossomáticos, en texto "Cuidados Intensivos".
- 12) Conversación personal con médicos de U.C.I. y con enfermeras de la U.C.I.