

EXPERIENCIA DE UNA ESTUDIANTE DE PSICOLOGIA CON UN (1) AÑO DE PASANTIA EN UNA UNIDAD DE CUIDADOS INTENSIVOS GENERAL

Anabella Bianchi de Lucca †

El presente trabajo corresponde a mis observaciones efectuadas en la Unidad de Cuidados Intensivos del "Centro Médico de Caracas".

Fui allí por iniciativa del Coordinador de la Unidad de Cuidados Intensivos, y también porque a mí me interesaba, ya que sería una experiencia provechosa para mi carrera.

Trabajé ahí durante un (1) año aproximadamente, entre 1975 y 1976, en horario de la mañana de Lunes a Viernes de 7:30 am. a 1 pm., y cubrí la observación de 360 pacientes. Mis observaciones son solamente hechas en esas horas y en esos días de la semana ;por lo tanto, pueden diferir de observaciones hechas durante las horas de la tarde y de la noche, o en fines de semanas, durante los cuales las variables y condiciones pueden ser otras.

Observé todo tipo de pacientes, de todos los sexos y edades con diferentes enfermedades, ya que ésta no es una Unidad especializada; había coronarias, recién nacidos, niños, post-operatario, quemados, etc.

Al entrar por primera vez el ambiente es impactante. Me sentía rara, asustada y a la vez curiosa por saber qué era todo aquello que veía; desde ese momento me di cuenta de algo que considero hoy en día muy importante: para el paciente todo es nuevo, monitores, camas, aparatos en general, entrada y salida permanente de médicos y enfermeras, luz encendida perennemente, urgencia, ruidos, etc., a diferencia del cuerpo médico y de enfermeras que están acostumbrados a trabajar allí. Yo misma pude experimentarlo; por ello creo conveniente el insistir en este punto:

1. Para el paciente esta es una experiencia nueva y única, que generalmente va ligada al miedo:

- a) miedo de lo extraño, a lo desconocido,
- b) miedo a la muerte;

esto último, creo, está ligado en gran parte al concepto que tenemos en nuestro medio de lo que es una Unidad de Cuidados Intensivos, ya que se cree que el paciente que ingresa en la Unidad está desahuciado. Debemos en lo posible ayudar al paciente a ambientarse con la Unidad; esto en parte puede lograrse mediante una mayor información, bien sea escrita, hablada, etc. Con respecto al "miedo a la muerte" es recomendable enfatizar en que la Unidad de Cuidados Intensivos es para pacientes recuperables.

2. Se destaca en todo ésto como punto crucial: la información. Información al paciente, información a los familiares:

† Falleció el día 2 de Enero de 1982.

- a) se les debe informar a los pacientes qué es la Unidad, cuál es su objetivo; se les debe informar también a medida que se van recuperando, sobre aquellos aspectos que progresivamente les van interesando: ¿qué aparatos hay en la Unidad?, por ejemplo decirles, si están conectados a un respirador, de qué aparato se trata, cómo funciona, por qué no pueden hablar estando con él acoplados, las molestias que pueden sentir, etc. La información no debe ser sólo para ellos, sino también para los familiares.
- b) Información a los familiares: los familiares no se pueden desligar de sus pacientes; las angustias y recelos que los familiares experimentan van a repercutir sobre el paciente cuando lo visite. Creo yo que al familiar se le debe tener más informado sobre la Unidad: cómo es, de cuántas camas consta, cuál es su objetivo, cuáles son los motivos para restringir los horarios de visitas, etc. Vuelvo a recalcar aquí la importancia de hacer ver que la Unidad es para PACIENTES RECUPERABLES.

Se debe explicar también, por ejemplo, cuando no es posible entrar a la hora de visita, el motivo: bien porque haya un ingreso, una urgencia, etc., pero no decirles simplemente "todavía no se puede entrar".

3. Con respecto al sitio de información de los familiares, podría haber una salita de información para ese fin, en donde el médico tratante los puede llamar en privado y hablar con ellos, evitándose así las molestias que ocasiona el tener que hablar en la sala de estar, en donde todo el mundo se impone de lo que pasa.

Se plantea también la necesidad de una sala seminario para que los médicos puedan hablar con las enfermeras e intercambiar ideas, y no hacerlo a nivel del puesto de control y central de monitores.

4. Una de las cosas que más me llamó la atención es la angustia que se crea en el paciente por la falta de referencia en el tiempo. Noté que la mayoría de los pacientes a los dos días ya no sabían en qué día estaban ni a qué hora; ésto se puede deber en parte a la ausencia de ventanas y a la falta de un reloj calendario; en el día se orientan más que todo por las comidas y las horas de visitas. Sin embargo, esta falta de orientación puede tener otras causas ligadas a la enfermedad del paciente.
5. Muchos de ellos se quejaban de que les molestaban los ruidos: el hablar en voz alta de todos los que trabajamos allí, el ruido de los aparatos al moverlos de un lugar a otro, los quejidos de otros pacientes, el ruido de los zapatos al caminar. Creo que todos deberíamos de tratar de hablar más bajo, quizás usar zapatos de goma, tratar en los momentos de crisis de no mostrar demasiada angustia, no correr mucho, no dar órdenes en voz alta. En fin, no demostrar un estado de tensión de parte del personal médico y paramédico.
6. Otra cosa que la mayoría me decía es: "Ver todo preocupa mucho, lo mismo que oír todo". Yo pienso que un mayor aislamiento de los cubículos podría remediar en parte ésto.
- a) Entre algunas de las cosas que más me nombraban como motivo de su angustia, estaban los ingresos de nuevos pacientes en condiciones que impresionan.

b) Los parcs cardíacos que en sí son muy ruidosos e impactantes: se mueven muchos aparatos, a veces los médicos dan órdenes en alta voz y los demás pacientes que están viendo y oyendo ésto se preocupan y alteran.

7. Otro aspecto resaltante es acerca de la posibilidad de hacerse entender por parte del paciente. Hay pacientes que no pueden hablar: por su misma enfermedad, porque estén conectados a un respirador, etc., y a veces necesitan comunicarnos algo y no pueden. Todos están conectados a un monitor, y creo que se les presta demasiada atención al monitor; sin embargo, con ésto no podemos saber si el paciente tiene frío o si algo les molesta. Algunos de los pacientes podrían notificarnos sus necesidades, por ejemplo, por medio de una pizarra u otra forma que les facilitamos para escribir. Yo traté con marcadores y bolígrafos pero ésto no fue eficaz, debido a que algunos pacientes no pueden escribir; a otros, la posición no se los falicita, y hay algunos a los cuales no se les entiende lo que escriben.

Tuve también problemas con los idiomas. Ahora bien, esta posibilidad de comunicación, algunas veces, adquiere caracteres de máxima importancia. Sugiero la elaboración de un cartón que tenga signos facilmente comprensibles que, demostrándoselo con el dedo al paciente, éste pueda asentir o disentir sobre lo que desee; por ejemplo, tener frío o calor, tener sed, sentir sensaciones como picazón, dolor, necesidades fisiológicas como orinar o evacuar, etc. etc., o sea un señalamiento a base de símbolos o figuras.

8. Todo esto me lleva a pensar que debemos considerar lo siguiente:

Cada paciente es un mundo aparte. Hay algunos que necesitan con mayor frecuencia la visita de un familiar; en cambio, otros la rechazan. Unos quieren que se les ayude a comer; otros no. Hay pacientes que se sienten muy molestos en la Unidad; otros muy contentos. Como ven hay de todos, pero debemos en lo posible recalcar una cosa: Es necesario procurar dar un mayor trato humano a los pacientes, recordemos que para cada uno de ellos, su problema es el mayor del mundo; debemos ser a veces más comprensivos y tolerantes con ellos aunque nos resulten fastidiosos, maniáticos, etc. Ellos están enfermos, nosotros no. Así pues está de nuestra parte el tratar que esta estadía en la Unidad sea lo menos desagradable e incómoda posible. Hay que procurar también nombrar a cada caso por su nombre propio y evitar frases, tales como: "¿cómo está, Cama 5?"; asimismo, debe evitarse por todos los medios cuando se pase revista, permitir alusiones sobre otros pacientes.

También hay que tener en cuenta que debido a diferencias culturales, psicológicas, etc., no todos los pacientes deben de ser tratados iguales; también es conveniente considerar que hay pacientes que pasan del estado de conciencia a inconciencia en forma alternativa, para no hablar delante de ellos algo que pueda ser inconveniente.

Otras cosas que noté, que no se si son específicas a la Unidad, son por ejemplo:

9. La salida del cadáver, que aquí tiene que ser por toda la sala de estar.

10. El caso específico de los coronarios: estos enfermos generalmente están

en mejores condiciones mentales para ver y oír todo más que los otros pacientes de la Unidad; en algunos casos ésto les lleva a angustiarse aún más. Creo por otra parte, que a ellos les convendría otro ambiente: algunos podrían leer, tener algo de música, etc., y en una Unidad General esto no es posible.

11. La presencia de niños pequeños, en aquella época. (75-76). Los niños muy pequeños en primer lugar, no deben estar con los adultos; por otro lado, lloran, gritan, y ésto molesta a los demás pacientes. También necesitan la presencia de la madre, y en este tipo de Unidad es muy difícil.
12. Por último, no sólo debemos hablar del paciente, es muy importante el personal que trabaja en una Unidad, médicos, enfermeras, etc. La Unidad no es solamente un ambiente especial para el paciente, sino también para todos los que allí trabajan. Las enfermeras de una Unidad de Cuidados Intensivos tratan exclusivamente con enfermos graves; ésto produce una mayor tensión que en otros casos; también están en un contacto más frecuente con la muerte. Esto hace que sufran todas las experiencias emocionales que acompaña a la muerte del paciente; por lo tanto, deben tener una rotación más frecuente.

También creo que podría haber una secretaria de puesto que se encargara de los r cipes, del teléfono, del control de existencia de medicinas, etc.

CONCLUSION:

La necesidad inevitable de que determinado tipo de pacientes tenga que ir a una Unidad de Cuidados Intensivos supone un trauma adicional producido por todos estos aspectos comentados.

Concluyo haciendo la sugestión de que, hasta donde sea posible, debe tratarse de que la permanencia del enfermo en la Unidad le afecte lo menos posible a fin de no añadir un factor más a su delicado estado de salud.

Caracas, Julio 06 de 1982

Doctor FEDERICO FERNANDEZ P.
Director Revista "Centro Médico"
Presente.-

Estimado Dr. Fernández:

Este trabajo, basado en la experiencia personal lo escribió mi nuera Anabella Bianchi de Lucca (f), cuando le ofreció que como estudiante de Psicología hiciera una evaluación sicológica de los pacientes de la Unidad de Cuidados Intensivos de nuestro Hospital; cumplió a la perfección y a pesar de parecer un trabajo sencillo contienen detalles de gran profundidad que aún no han podido ser cumplidos.

Mi nuera murió en un accidente a ero junto con mi hijo Roberto José y mis nietos Ricardo y Roberto José, el día 02 de Enero de 1982. Para honrar su memoria he solicitado de la Revista Médica del Centro Médico de Caracas la publicación completa del trabajo que ella realizó.

Muy atentamente,
DR. ROBERTO J. LUCCA E.