

Factores del ambiente psicológico en las unidades de terapia intensiva Pediátrica

Remigio A Véliz Pintos,* Cristina Caballero de Akaki**

CONCEPTOS

El paciente

En las unidades de cuidados intensivos pediátricos (UCIP) los niños son admitidos usualmente porque el médico cuando ha identificado la inestabilidad de uno o más órganos o sistemas que ponen en riesgo su vida y requieren de una inmediata estabilización, para lo cual es necesario el uso de monitores, ventiladores, cateterización, sondas, etc.

Independiente de la edad, después de los 5 meses, el paciente siempre sentirá la separación de los padres, y sentimientos de abandono; miedo a lo desconocido, a las personas y rostros nuevos que encuentra, al dolor, y a la soledad que la enfermedad por sí misma conlleva. Si el niño es mayor puede sentir miedo de morir o a no salir de la terapia o al desenlace final que pueden vislumbrar con la posibilidad de secuelas o simplemente a la incertidumbre de cómo quedará su salud después de estar en terapia intensiva.

Los procedimientos invasivos, colocación de venoclisis, toma de muestras, catéteres, sondas, intubación o procedimientos de pequeña cirugía, toma de líquido cefalorraquídeo, procedimientos todos que conllevan dolor, así los incidentes, tales como infiltraciones, las posiciones forzadas prolongadas y fijaciones de las extremidades que son motivo para que aumente aún más el miedo al dolor, a los médicos y enfermeras que realizan estos procedimientos.

Los monitores, ventiladores y equipos médicos que se utilizan en las UCIP, hacen ruidos constantes desconocidos y atemorizantes que el paciente no había escuchado, y que son motivo de sufrimiento.

Las luces prendidas, la aplicación de medicamentos, los cambios de posición, la aspiración de secreciones, los procedimientos a otros pacientes cercanos, y el constante movimiento de médicos y enfermeras hace que el sueño sea imposible o interrumpido constantemente, de tal manera que el agotamiento aunado al desgaste que la patología grave con la que cursa significa que disminuyen la capacidad

de adaptación e incrementa el temor, el dolor y el sufrimiento. La relación previa con los padres y la armonía familiar pueden ser factores que incrementen este fenómeno.

Aun en los pacientes con sedación o en ciertos niveles de coma se sabe que cuando la madre le habla puede presentar manifestaciones electroencefalográficas.

Debe recordarse que relajación **NO** es igual a sedación y ésta **NO** es igual a analgesia.

La personalidad del niño y su grado de independencia o dependencia de los padres son fundamentales para las reacciones o capacidades adaptativas que presenten en su estancia en terapia intensiva. Ésta cursa por tres fases:

- Protesta: Deseos de estar con su madre, llora por ver a su madre.
- Desesperación: Sensación de que ya no va a volver su madre, llanto intermitente, abandono, apatía.
- Despego: Renuncia a su apego, a sus padres y muestra interés en lo que lo rodea y se adapta.
- Se acoge a su enfermedad y progresa hacia la muerte.

En los niños mayores se pueden presentar las fases de duelo de Kobler-Ross que se analizarán en la sección de análisis de los padres.

Los padres

Para los padres ésta es una experiencia única e imborrable lo cual establece una disyunción de la conducta. Los padres deben ser capaces de resolver y adaptarse a las diferentes necesidades durante la estancia del paciente. El estrés ocasionado en los padres cuando el niño se encuentra grave, es normal e inevitable y no puede ser eliminado, por ello es necesario que el personal de UCIP colabore con diferentes estrategias a sobrellevar este difícil trance.

Diferentes estudios cuantitativos del estrés en los padres en la UCIP determinan que éste es mayor cuando el

ingreso es en forma repentina, es decir, un niño que previamente era sano o aquél en quien no se esperaba alguna complicación que pusiera en riesgo su vida, sobre aquellos que tenían programado el ingreso a UCIP.

Las principales preocupaciones de los padres son la posibilidad de sobrevida del niño con limitaciones físicas y/o mentales, el diagnóstico y la cantidad de dolor que experimenta el niño. El miedo envuelve a los padres de esa inseguridad para saber qué va a pasar, los torna irritables y depresibles. El personal de UCIP necesita reconocer este efecto para lograr una mejor comunicación, la cual es básica en el primer encuentro y determinará el resultado a futuras comunicaciones.

Los padres de un paciente que se pone grave se enfrentan a una situación súbita que tiene un impacto tan grande dentro del ámbito emocional, afectivo, social, moral, económico, laboral y temporal, que altera totalmente la vida cotidiana y produce una reacción psicológica que presentan cuatro estadios: (Kubler-Ross).

- a) Negación de la realidad (shock)
- b) Culpa a terceros (ira)
- c) Negociación
- d) Autoculpa (depresión)
- e) Aceptación

Cada una de estas etapas tiene duración variable o pueden no presentarse en el mismo orden e incluso no aparecer alguna de ellas, sin embargo la mayoría de los padres las sufren especialmente en los niños con patología aguda.

Durante la negación de la realidad es probable que no acepte la enfermedad de su hijo y en esta etapa se presenta un buen número de altas voluntarias, puede que no permita que se le tomen estudios a su hijo o puede haber resistencia a iniciar tratamientos, estas manifestaciones sin embargo se presentan en urgencias o en pacientes recién ingresados a servicios de crónicos con diagnósticos de mucha severidad como las leucemias que no aceptan. En la Unidad de Cuidados Intensivos, lo que generalmente sucede es que no aceptan en su fuero interno las explicaciones del médico y parece que no entienden, a pesar de la información que reciben se aferran a la pregunta (¿Pero se va a salvar verdad?). Durante esta etapa los padres son exigentes demandantes de atención, no aceptan los horarios de visita, no permiten ser alejados de sus hijos o no aceptan las reglas de la terapia intensiva.

Durante la fase de culpa a terceros aquella angustia que tiene que enfrentar ante la posibilidad de que su hijo o hija pueda morir se convierte en un daño causado por una persona ajena a los padres. El objeto de esta culpa

puede ser el cónyuge al que se le hecha la culpa por “no haber llegado a tiempo” por “no haber visto la enfermedad del niño o la niña, por no haberle dado importancia” u otros hipotéticos errores. En esta etapa puede haber graves trastornos conyugales que pueden llegar al divorcio. Sin embargo, el blanco que reúne nuevamente a los padres y que además es más fácil de detectar es el médico o la enfermera e incluso cualquier personal del equipo de salud. En esta etapa aparecen las quejas de que “la venoclisis pasa lento”, que “ya se acabó el suero y era para 8 horas” que la “enfermera dejó que se tapara la venoclisis”, que “no se aplicó el medicamento a tiempo”, o situaciones más graves como “yo traje a mi niño bien y cada vez está más grave”, “yo no veo que haya mejoría” etc. Es en esta etapa cuando es más probable que si algo no va bien en la evolución del paciente se presenten las demandas o acusaciones penales por negligencia, comisión u omisión o bien de homicidio.

En la fase de negociación los padres tratan de negociar con Dios, con los médicos o con los amigos, si se produce la curación ellos cumplirán con tal o cual promesa (caridad, asistir a la iglesia, o no quejarse ante el médico o la enfermera)

En la fase de autoculpa los padres entran en severa depresión y dejan de ir a ver a su paciente o se aíslan, disminuyen sus manifestaciones de afecto a sus hijos o bien son exagerados con llanto intenso que puede alterar la estabilidad emocional del mismo niño.

En la fase de aceptación los padres escuchan al médico, siguen sus instrucciones, aceptan la gravedad de su paciente y cooperan con el médico y la enfermera, es posible que voltean a ver que pueden hacer por otros pacientes y en ocasiones pueden integrarse a las actividades cotidianas del servicio auxiliando en cambiar a su hijo, y asistirlo en ciertas tareas de mayor o menor grado según las reglas del servicio. Aceptan la posibilidad de muerte y hacen todas las cosas sociales necesarias para comunicarse con la familia y/o atienden los aspectos económicos, hacen planes para adaptar su vida.

Una de las situaciones más importantes que debe recordarse es que el familiar del paciente lo único que ha hecho por él es llevarlo a las manos del intensivista, y siente una profunda frustración por no saber que más hacer para ayudar a su hijo. Lo único que le queda hacer es esperar acumulando angustia hasta que el médico le dé informes y si estos son incompletos y no permiten la co-participación del paciente en el manejo del niño o en la co-responsabilidad de las maniobras, puede llevar a la necesidad de estar preguntando, de quejarse ante las autoridades, intentar llevarse a su hijo y/o irrumpir en la sala de terapia intensiva.

El personal

El médico

Los médicos de base y los médicos residentes en la UCIP, generalmente cuentan previamente con la especialidad de pediatría. Su vida profesional ha transcurrido a la sombra de la muerte, han reflexionado acerca de ella y la observan desde un punto de vista humano, así mismo, han reflexionado acerca de sus propias actitudes ante la muerte y comprenden la experiencia de los enfermos en riesgo de morir, sin embargo ahora se encuentra ante el niño grave con quien la relación médico-paciente necesariamente se torna diferente, serán el monitor, el ventilador, los catéteres etc. y no la voz del niño lo que le indique la severidad de la enfermedad.

Los médicos residentes de la especialidad en Cuidados Intensivos Pediátricos, adquieren un sentido de maestría por la naturaleza compleja de su trabajo, envueltos en los avances tecnológicos, realizando intervenciones dramáticas constantes que generalmente salvan la vida de los niños. Su rostro refleja estrés personal sobre la base de largas horas de trabajo, recursos financieros limitados y un aislamiento relativo de familiares y amigos. Los médicos van adquiriendo una profunda sensación de "oscuridad" de sus grandes expectativas, cólera, sensación de pérdida, frustración, control limitado y la necesidad de trabajar con tensión.

Si este lado oscuro no es reconocido, los médicos residentes y de base de las UCIP experimentan cólera, separación y depresión que puede extenderse más allá de su trabajo, dentro de sus vidas personales.

Existe desde luego el lado "claro" de las UCIP, aquel que reconoce el privilegio de actuar dramáticamente y salvar la vida de los niños. El médico adquiere la comprensión de como integrar el soporte vital, los avances tecnológicos, terapéuticos y los cuidados a brindar al niño grave, lo que refuerza la agradable sensación de ver al niño recuperar la conciencia, detener el sangrado, retirar con éxito el soporte ventilatorio o sobrevivir a un paro cardiorrespiratorio. Es el tiempo entonces, en que el intensivista pediatra experimenta una sensación de calma y control profundamente satisfactorias.⁷

La labor del médico en UCIP es altamente reconocida y respetada por los médicos de otras especialidades.

Patrón de conducta: El médico que decide ser intensivista pediatra es en términos generales, un médico que tiene confianza en sí mismo, a expensas de realizar sacrificios a veces familiares para llegar a tener una alta autoestima, agresividad, impaciencia por la presión contra el tiempo, es perfeccionista, estudia por convicción de saber para desempeñarse, profundiza en la fisiología, las alteraciones fisiopatológicas, sabe tomar decisiones rápidas, maneja bien el estrés, tiene sentido del humor que

sabe alternarlo con gravedad de su responsabilidad, tiene un gran sentido ético, habla con voz firme y fuerte, desarrolla con facilidad destrezas médico-quirúrgicas, es humano, inteligente, sabe comunicarse y es muy eficiente.

Corre el riesgo de que se involucre excesivamente en responsabilidades, se llena de varias funciones, tiene una preocupación constante por sobresalir, lo que lo lleva a frustraciones frecuentes y a ello responde con hostilidad, en ocasiones niega la recreación o la familia como cosas importantes.

Este es el patrón de conducta tipo A propuesta por Fridmann y Rosenmann.

El patrón de conducta tipo B se caracteriza por: Utilizan estrategias de enfrentamiento más adecuadas, son menos nerviosos y explosivos, menos hostiles, no necesitan discutir sus hechos, se distraen no por espíritu de competencia. Pocos son los que pertenecen a esta clasificación que deciden ser intensivistas.

El patrón de conducta tipo A sin embargo permite al médico intensivista ser efectivo, eficiente y apegado a su paciente.

Las situaciones ambientales pueden afectarlo como:

- Sobrecarga de trabajo por ausentismos no programados de compañeros dentro de la terapia intensiva
- Frecuentes enfrentamientos con la muerte (más de lo habitual)
- Sensación de fracaso por falta de estudio
- Escasa relación social en el ámbito y fuera de la UCIP
- Problemas financieros
- Problemas familiares
- Exceso de responsabilidades
- Demandas de pacientes
- Excesivo estrés
- Falta de preparación (conocimiento insuficiente, destreza inadecuada)

Todo ello puede llegar a exagerar este patrón de conducta que puede pasar por varias fases:

- Periodo de alarma: se caracteriza por taquicardia, disparo de catecolaminas y esteroides, hipertensión arterial, ante el enfrentamiento de una situación crítica.
- Periodo de resistencia: pseudo adaptación por persistencia prolongada de mecanismos de defensa.
- Síndrome de "Bourn Out" (Freudenberg H 1974): Este síndrome es un proceso que agota o cansa los recursos físicos y emocionales y afecta a individuos responsables del tratamiento de pacientes graves. Crea en los profesionales un autoconcepto negativo, actitudes negativas hacia el trabajo y pérdida de interés por los pacientes.

Contempla tres factores:

- Agotamiento emocional:
- Despersonalización
- Disminución de la ejecución personal

En el agotamiento emocional: El intensivista se involucra demasiado emocionalmente, se sobrecarga de trabajo y se siente abrumado por las demandas emocionales impuestas por sus pacientes u otros compañeros de trabajo, la persona se siente desgastada físicamente, sin energía para enfrentar otro día y siente que ya no puede dar más de sí mismo. Para evitar este agotamiento emocional, el individuo reduce su contacto con la gente a lo mínimo requerido, distanciándose y evitando involucrarse emocionalmente. En este momento se llega a la despersonalización.

En la despersonalización se desarrolla una respuesta distante, insensible e inhumana. El profesional puede volverse cínico, burlón, ignorar las demandas de los pacientes y brindar una insuficiente asistencia al paciente. Debido a estos sentimientos y comportamientos negativos el profesionista puede sentir angustia o culpa. Aquí entra el tercer factor, ejecución personal disminuida.

Cuando aparece la ejecución personal disminuida, la persona duda de su capacidad y habilidad para ayudar a sus pacientes y relacionarse con ellos y aparecen sentimientos de frustración, baja autoestima e incluso depresión. Los síntomas asociados son:

a) Físicos: Fatiga crónica, insomnio, cefaleas, dolor de espalda, infecciones repetidas, hipertensión, gastritis, colitis, úlcera péptica, anorexia o bulimia.

b) Psicológicos: Baja autoestima, sentimientos de fracaso, aislamiento, ansiedad, impaciencia, cambios de humor, desilusión, tristeza, cinismo, soledad, culpa.

c) Conductuales: Uso de tranquilizantes, uso excesivo de alcohol, caféina, incremento del tabaquismo, enojo fácil, divorcio, llanto fácil, ausentismo, disminución de la productividad, mal trato a los pacientes, despotismo y grosería.

Es evidente que un nivel bajo de Bourn Out es indispensable para manejar el estrés en una unidad de terapia o cuidados intensivos pediátricos

El personal de enfermería

Es evidente que prácticamente todos los conceptos vertidos con relación al médico son aplicables a la enfermera especialista en UCIP, la enfermera sin embargo está por lo menos 8 horas diarias junto al paciente, en muchas ocasiones conoce mejor la evolución fisiológica del mismo y la respuesta a los fármacos o a las dosis mejor que el médico, esto que aparentemente puede ser un

factor de estrés resulta ser opuesto pues el conocimiento de la evolución le da el conocimiento y esto disminuye el estrés, pero todo lo mencionado para el médico en la relación con el paciente es aplicable.

Las habilidades desarrolladas por la enfermera especialista en el manejo del paciente críticamente le dan un orgullo de lo que hace y un sentimiento de realización que le permiten tener una gran autoestima.

El ausentismo no programado y la sobrecarga de trabajo o falta de abasto de algún medicamento o fricciones con médicos o padres de pacientes pueden precipitar el síndrome de Bourn Out.

Un gran número de publicaciones con relación al estrés en los familiares de las UCIP, está dado por el personal de enfermería, ello refleja el rol tan importante que juegan dentro del equipo de trabajo. Constituyen un soporte y una guía en las necesidades individuales de cada paciente y de sus familiares. El contacto diario al lado de la cama del niño, las convierte en ocasiones en una guía anticipada a cambios importantes en el paciente. Se ha ratificado la reducción del estrés en los padres, cuando el personal de enfermería comparte la responsabilidad de establecer una comunicación efectiva y afectiva con los familiares.

En algunas UCI existen programas elaborados por el personal de enfermería, para brindar apoyo a familias en crisis, han tenido el propósito de dar información y soporte emocional durante el tiempo de crisis, lo cual ha servido como canal abierto de comunicación entre los familiares de los pacientes en la UCI y el resto del personal

El personal de enfermería, a la vez, se encuentra totalmente inmerso en el trabajo cotidiano de las UCIP, bajo el mismo grado de estrés que el resto del personal, lo que indudablemente les confiere características propias de personalidad, sería interesante conocer la repercusión que esto tiene en su vida familiar. Mientras tanto, sirva este pequeño espacio como un tributo a la extraordinaria labor eficaz, humanitaria e indispensable del personal de enfermería en las UCIP.

PREVENCIÓN Y TRATAMIENTO

El paciente

Cuatro palabras deben estar presentes siempre con el paciente: Comprensión, comunicación, información y respeto.

Comprender la magnitud del sufrimiento y o el dolor del niño es indispensable a fin de no pasar por alto situaciones que incrementan o perpetúan el mismo: Aspiración de secreciones, destete del ventilador, retirar sondas naso u orogástricas cuando ya no hay indicación de la misma, cambios de posición frecuentes, fijaciones de

extremidades no dolorosas y con cambios frecuentes, monitoreo eficaz.

Se debe recordar que el paciente no tiene la capacidad de mantener por sí mismo homeóstasis y que requiere de asistencia mecánica o farmacológica para mantener funcionando sus órganos o sistemas y esto depende del monitoreo e intervenciones que nosotros tomemos, cual-

quier desviación en la oportunidad en la detección o en el tratamiento de alteraciones de la función de sus órganos significa sufrimiento, por ello el monitoreo y la presencia del médico y la enfermera constantes en las decisiones terapéuticas son indispensables.

Nunca olvide el dolor.