

Título: “Atención psicológica al paciente grave y su familia en unidades de cuidados intensivos”.

Autoras:

MsC. Laura Anabel de León Serra.

Licenciada en Psicología, Especialista en Psicología de la Salud, Máster en Comunicación Organizacional y en Psicología de la Salud. Profesora Asistente.

Lic. Carla González Muradaz, Licenciada en Psicología.

Lic. Gema Scull Plana. Licenciada en Psicología. Máster en Psicología de la Salud.

Lic. Alán Batista López. Licenciada en Psicología.

Departamento de Psicología

Email: psico@hha.sld.cu

Introducción

La práctica profesional del psicólogo está relacionada con una amplia demanda en diversos campos de la actividad humana, entre ellos el relacionado con la salud, pues se ha podido comprobar la influencia de los aspectos psicológicos en el proceso salud-enfermedad.

El aporte de la Psicología en el campo de la salud está en la posibilidad de entender el papel de la subjetividad, tanto en el mantenimiento de un determinado estado de salud, como en el surgimiento de las enfermedades y su evolución, pero en el caso que nos ocupa solo nos centraremos en lo referente a la atención de los enfermos, específicamente los pacientes graves y sus familiares.

La atención psicológica especializada al paciente grave y su familia no provoca dudas; el hombre siempre sabe acerca de lo inevitable de su final, pero su proximidad directa provoca en él una serie de cambios psicológicos, que modifican la idea de sí mismo, sus relaciones con los demás, su visión de futuro. Por lo que hay que tener en cuenta que el manejo del paciente grave conduce a un aislamiento temporal del medio habitual, a la

elaboración de nuevas formas de relaciones interpersonales y adaptación a otras condiciones de vida, aumentando las exigencias a su estado psíquico, con agudización de los fenómenos de estrés o tensión emocional.

Basado en estos elementos se plantea la necesidad de un sistema de vigilancia de la esfera psíquica para el paciente grave, que garantice la detección precoz de las alteraciones. Observación continua del cuadro subjetivo – emocional del paciente, su estado anímico, sensaciones y sentimientos, representaciones sobre su enfermedad, sus causas y posibles derivaciones.

Por otra parte, producto de los requerimientos de esta atención hospitalaria es muy importante la atención psicológica a los familiares de estos pacientes partiendo del hecho de que están muy afectados emocionalmente, predominando el temor por la vida de su familiar, realizan esfuerzos por mantenerse en su inmediatez, desean hablar con médicos y enfermeras y conocer sobre gravedad de la enfermedad, lo que conlleva expresar sus propias inquietudes y sentimientos.

También se ha demostrado la utilidad de la introducción del familiar acompañante en unidades cerradas de terapia, para el paciente, el familiar y para el propio personal asistencial. Pero estos están sometidos al enfrentamiento directo con la gravedad de su familiar y las condiciones de trabajo propias de la unidad, donde no existe rutina; todo lo cual provoca marcada tensión psíquica, que en correspondencia con las particularidades individuales de la personalidad, provocan distintas formas de ansiedad. Esto hace necesario una evaluación psicológica, para luego asesorar a la familia en la selección del familiar acompañante, acorde, además a los deseos del paciente.

Padecer una enfermedad grave implica un reto adaptativo desde el punto de vista psicológico para pacientes y familiares. La mera hospitalización puede constituir una experiencia de aislamiento y desamparo en el que se les priva de sus espacios vitales:

familia, amigos, intimidad, autodeterminación, etc. En el caso del paciente grave, desde su rol de sujeto activo pasa a rol de sujeto pasivo, dependiente de las atenciones de los demás y en muchos casos con disminución de la capacidad para la toma de decisiones. Otro acontecimiento al que se enfrentan es a la posibilidad real de la muerte, lo que puede tener un gran impacto emocional en el paciente, la familia y en el equipo terapéutico.

En este contexto, se han realizado investigaciones acerca de los modos de afrontamiento en los familiares, la ética del cuidar, y la repercusión a la salud familiar del ingreso en unidad de cuidados intensivos, todo lo cual arrojó como resultado, la necesidad de la atención psicológica no solo al paciente grave, sino también a sus familiares. Estos resultados han demostrado, que la atención psicológica y el acompañamiento tanto a pacientes como a familiares, suponen un requisito de valor en la recuperación de salud de este tipo de paciente, garantiza el afrontamiento eficaz durante la estadía en la unidad, que contribuye a una mejor comunicación durante el proceso asistencial.

La atención psicológica a pacientes y familiares en las unidades de cuidados intensivos se caracteriza por, la exploración, observación y tratamientos de síntomas y de los estados emocionales que pueden estar presentes durante su estancia en la UCI.

Objetivos

1. Realizar diagnóstico y tratamiento psicoterapéutico del paciente al ingreso en la unidad de cuidados intensivos.
 1. Desarrollar una comunicación y orientación psicológica efectiva en cuanto al tratamiento y pronóstico a los pacientes graves y sus familiares.
 2. Preparación psicológica del paciente en los diferentes procedimientos invasivos, así como el control y manejo de manifestaciones secundarias.

3. Asesorar la selección del familiar acompañante del paciente grave, durante la estancia en la unidad.
4. Desarrollar habilidades de comunicación en el equipo asistencial que favorezcan el manejo de la información con el paciente y familiares.

DESARROLLO

Procedimientos y herramientas de trabajo.

➤ **Universo**

Todos los pacientes que requieran atención en las unidades de cuidados intensivos.

➤ **Procedencia**

Los pacientes tratados en los diferentes protocolos de actuación que requieran de estos cuidados y remitidos por otras instituciones de salud.

➤ **Criterio de admisibilidad**

Se realizara atención psicológica a los pacientes con nivel de conciencia, orientados en tiempo, persona y espacio, que presenten alteraciones en los estados de emocionales y a los familiares durante su estancia en las unidades de cuidados intensivos.

Estructura asistencial.

➤ **Recursos humanos:** Los psicólogos que trabajan en las unidades de cuidados intensivos, y personal médico y paramédico.

➤ **Calificación del personal:** Todos estos psicólogos deben estar entrenados en la atención psicológica del paciente grave y sus familiares.

- **Recursos materiales:** Local con suficiente privacidad para atención a los familiares. Pruebas psicológicas para evaluar a los familiares de manera personalizada (si fuera necesario).
- **Servicios que participan:** Psicología, Unidades de Atención al Grave

Acciones que realiza el psicólogo:

- Al ingresar el paciente en la UCI el psicólogo evalúa las demandas psicológicas que plantean la enfermedad aguda a cada paciente y a su familia.
- Hacer un diagnóstico e intervención dinámica, rápida y certera, por las características propias de estas unidades y el tipo de paciente que se encuentra en ellas.
- Participa en las entrevistas médicas matutinas con el objetivo de evaluar la dinámica familiar en las familias de los pacientes ingresados en el servicio.
- Evalúa y orienta de forma dinámica la selección de los familiares acompañantes en cada caso.
- Se dan las orientaciones psicológicas al personal médico y paramédico relacionadas con todos los aspectos vinculados a la esfera psíquica para su vigilancia continua.

Procederes en orden cronológico desde la llegada del paciente al servicio.

Por las características muy específicas del tipo de atención que recibe el paciente en situación de gravedad, hay que destacar que el orden de actuación es muy dinámico, por lo que no se puede establecer un orden cronológico riguroso:

➤ **Diagnóstico psicológico**

- ✓ Realizar la exploración psicológica, que debe hacerse en cada turno, interpretarse y valorarse evolutivamente y en función de la magnitud y

complejidad encausar favorablemente el estado psíquico o reclamar asesoría de personal especializado. Se ejecuta por enfermero, médico y psicólogo.

✓ Desarrollar la evaluación psicológica propiamente dicha, que se desdobra en dos partes:

- ❖ Profundización y focalización de la exploración psíquica. (observación y entrevistas, que será longitudinal y evolutiva)
- ❖ Integración de la reflexión e interpretación de los tres eslabones (médico-enfermero-psicólogo) de la dinámica asistencial a través de:
 - a) Discusión de casos.
 - b) La entrevista o parte médico-psicólogo, que permite retroalimentación entre médico, el psicólogo y los familiares.
 - c) Atención psicológica directa, se desarrolla en forma inmediata en la exploración, evaluación, diagnóstico, tratamiento y profilaxis; mediata en la evolución de 24 horas y evolutiva durante la estancia del paciente en la unidad.
 - d) Atención psicológica indirecta, en la vigilancia de la actitud del personal ante la enfermedad y su evolución, en el paciente y hacia el familiar.

PRUEBAS DIAGNÓSTICAS BÁSICAS Y/O CONFIRMATORIAS

Aspectos a evaluar en el paciente:

- APP y APF de trastornos psiquiátricos y de enfermedades crónicas similares.
- Procesos afectivos y vulnerabilidad al estrés.
- Sistema de apoyo social (real y percibido).
- Mecanismos de afrontamiento personales y familiares.
- Recursos personológicos.

- Actitud hacia la unidad de cuidados intensivos. Incluye conocimientos (ideas, mitos, etc.), estado afectivo que provoca y conducta probable.
- Trastornos en la expresión conductual de las necesidades, esfera conativa: (necesidades de alimentación, del sueño, etc.)
- Explorar la relación con el equipo asistencial.

Aspectos a evaluar en la familia:

- Funcionamiento familiar.
- Modos de afrontamiento.
- Estados emocionales.

Métodos y técnicas a emplear en el paciente:

Serán seleccionadas en cada caso de forma personalizada e individual según las necesidades (Alonso, O. S, 2010; González, F, M, 2007):

- Entrevista clínica.
- Observación. Observación y registro diario de la vigilancia psíquica en el paciente grave.
- Técnicas abiertas para explorar proyectos de vida, motivos, expectativas y aspiraciones con relación a su estado de salud y tratamiento.

Métodos y técnicas a emplear en el familiar si fuera necesario:

- Inventario de ansiedad rasgo-estado (IDARE).
- Inventario de BECK.
- Test de Vulnerabilidad psicosocial o de vulnerabilidad al estrés.
- Estilos de afrontamiento.
- Prueba de calidad de vida y bienestar psicológico.

- Test de percepción del funcionamiento familiar (FF-SIL)

RECOMENDACIONES TERAPÉUTICAS

Se realizarán en cualquier etapa del proceso en que sea necesario

Atención psicológica del paciente y su familia de manera individual

Mantener una relación adecuada con el paciente a través de visitas breves y frecuentes.

- ✓ Enfocar los motivos esenciales de su malestar, aclarar miedos.
- ✓ Propiciar las descargas emocionales.
- ✓ Propiciar actitud cooperadora, explicando lo necesario del tratamiento y exámenes
- ✓ Conocer cuáles son los mecanismos de defensa de paciente y familiares y manejarlas.
- ✓ Facilitar siempre datos orientación local y temporal al paciente.
- ✓ Manejar la relación paciente-familiar.
- ✓ Otras situaciones como desacoplar respirador post cirugía.
- ✓ En el paciente suicida, no manejar el intento suicida en ese momento.
- ✓ Técnicas: relajación dirigida, hipnosis, psicoterapia sugestiva.
- ✓ Hacer pequeñas concesiones (alimentación, sueño).
- ✓ Preparación pre quirúrgica: temores, angustias, mitos, adecuar expectativas, explicar diferentes momentos del proceso: (ver Guía Práctica de Preparación Psicológica para Procederes Invasivos).
- ✓ Con la mejor comunicación ofrecer las malas noticias al paciente y familiar.

- ✓ Orientación psicológica individual, familiar y/o grupal.
 - ✓ Psicoterapia individual, familiar y/o grupal: (psicoterapia de apoyo, psicoterapia racional o persuasiva, psicoterapia sugestiva).
 - ✓ Dinámicas grupales.
 - ✓ Técnicas cognitivo conductuales: técnica de desensibilización sistemática imaginada, técnica de autocontrol, técnica de solución de problemas., etc.
 - ✓ Técnicas de relajación, hipnosis, musicoterapia, visualización, terapia floral, etc.
 - ✓ Ejercicios respiratorios.
 - ✓ Terapia de testimonio.
 - ✓ Técnicas de focalización y fortalecimiento yoico.
 - ✓ Actuación como coterapeuta en las intervenciones y tratamientos que así lo requieran.
- **Evaluación y asesoría del familiar acompañante**(fundamentalmente mediante observación y entrevistas)
- ✓ Nivel de información que tiene sobre la situación de enfermedad del paciente.
 - ✓ Actitud ante el estado actual de la enfermedad.
 - ✓ Evaluación de los estados emocionales en los familiares.
 - ✓ Evaluación de estilos de afrontamiento a situación semejantes a la actual.
 - ✓ Evaluación de las redes de apoyo familiar durante la estancia en la UCI.
 - ✓ Informar a los familiares mediante dinámicas individuales y/o grupales en las especificidades del proceso que enfrentan, aportándoles la información relevante acerca del estado de salud de los pacientes en los encuentros y pactes diarios.

➤ **Atención a los familiares:**

- ✓ A los familiares se le brinda apoyo emocional, dirigido a adecuar los mecanismos de autocontrol y autorregulación de la personalidad.
- ✓ Otro aspecto importante es la información médica adecuada, que aclara dudas y explica evolución y pronóstico del paciente.

Garantizar:

- ✓ Técnicas psicoterapéuticas para manejo de las manifestaciones psicológicas tanto para pacientes como a sus familiares: Brindar apoyo, persuasión, ventilación, abre acción, proporcionar información y recursos ambientales y sociales.
- ✓ Canales de comunicación efectivos entre paciente-familia-equipo.

➤ **Para el Equipo de atención**

Aportar conocimientos y valoraciones acerca de:

- Estado psicológico del paciente y familia e implicaciones para su evolución.
- Características de la familia: etapa del ciclo vital, crisis, nivel de funcionamiento.
- Duelo: fases, manejo.
- Reacciones ante diagnósticos no esperados y negativos.
- Comunicación de malas noticias.
- Riesgos propios de la actividad asistencial para el personal: reconocimiento de estados emocionales propios y su manejo, estrés y síndrome de *burnout*.

Indicadores

INDICADORES DE ESTRUCTURA		Estándar
Recursos humanos	% del Personal que compone el grupo de trabajo asistencial. Un psicólogo por cada terapia intensiva del hospital con entrenamiento en el tema.	>95 %
Recursos materiales	% de disponibilidad de un local adecuado para la atención a familiares.	>80 %
	% de disponibilidad de las pruebas psicológicas para la evaluación de los familiares. En casos necesarios según el protocolo.	>80 %
	% de disponibilidad de los recursos para la aplicación de investigaciones. Pruebas psicológicas y disponer de soporte digital.	>80 %
Recursos Organizativos	% de planillas para la recogida de datos del PA.	100 %
	% de base de datos electrónica.	100 %
INDICADORES DE PROCESOS		Estándar
% de pacientes que deberán tener evaluación psicológica.		≥ 95 %
% de pacientes que recibirán intervención psicológica.		≥80%
% de familiares que recibirán apoyo psicológico.		≥ 80 %
INDICADORES DE RESULTADOS		Estándar
% de pacientes que lograron disminución de estados emocionales displacenteros.		≥ 80 %
% de pacientes con respuesta satisfactoria a la preparación previa a procedimientos invasivos (disminución de ansiedad y depresión, mayor cooperación del paciente)		≥ 80 %
% de pacientes con respuesta adecuada en las psicoterapias (disminución de síntomas diagnosticados).		≥ 80 %
% de familiares con afrontamiento adecuado en situación de crisis.		≥ 80 %

Bibliografía

Alonso, O.S. (2010). Dibujos proyectivos. Aplicación e interpretación. Editorial Ciencias Médicas, La Habana, 192 pp.

Arteaga, F., Zea Vera, M.E. (2015). Relevancia de la comunicación con los familiares de los pacientes de las Unidades de Cuidados Críticos del Hospital IESS Milagro: Evaluación de la calidez de la atención. *Revista Ciencia Unemi*, [S.l.], v. 7, n.12, p.16-21. ISSN1390-4272.

Fumis, R.R., Ranzani, O.T., Faria, P.P., Shettino, G. J. (2015). Ansiedad, depresión y satisfacción de familiares de pacientes críticos: influencia de una política de UCI de puertas abiertas. *Brasil. Crit Care*; 20: 110 al 5.

González, F.M. (2007). Instrumentos de evaluación psicológica. Editorial Ciencias Médicas, La Habana, 403 pp.

González, R. (2008). *Terapéutica Psiquiátrica Integral*. Editorial Ciencias Médicas, La Habana, 183 pp.

Padilla, E., Sarmiento, P., Ramírez, A. (2014). Percepciones de pacientes y familiares sobre la comunicación con los profesionales de la salud. *Rev. Salud Pública* 16 (4): 585 – 596.

Pessini, L. (2016). Vida y muerte en la UCI: la ética en el filo de la navaja. *Revista Bioética*, 24(1), 54-63.

Rodríguez ME, González M, Sordo S, Cuspineda E. (2005) Atención psicológica en unidades de atención al grave. Disponible en

<http://www.psiquiatria.com/congreso/2005/otras/programa/>

Sánchez, S., Grau, J. (1984). La atención psicológica en las Unidades de Cuidados Intensivos: logros y proyecciones. Ponencia al Seminario Internacional de Psicología de la Salud, Palacio de Convenciones, La Habana.

Sánchez, S., Grau, J. (1990). La atención psicológica al paciente grave. En: Comisión Nacional de Cuidados Paliativos (Red.) *Medicina Intensiva*. La Habana, MINSAP, cap. 12.

Sebastiani, R. (1995). Atendimento psicológico no Centro de Terapia Intensiva. En: Angerami, V.A., Alves, F., Berger, R., Werner, R. (Eds.). *Psicología Hospitalar. Teoría e prática*. São Paulo: Pioneira, 29-72.

Sebastiani, R.W., Chiatone, H.B.C. (1997). *A Ética em Psicologia Hospitalar e Ética em Saúde: algumas reflexões sobre nossos desafios para o século XXI* In: Angerami, V.A. (Org.). *A Ética na Saúde*. São Paulo. Pioneira.

Torres, R. (2001). *Glosario de Bioética*. Publicaciones Acuario Centro Félix Varela, La Habana.

ALGORITMO DEL PROCESO ASISTENCIAL DE LA ATENCIÓN PSICOLÓGICA AL PACIENTE GRAVE Y FAMILIAR



