

XI Jornadas de Investigación. Facultad de Psicología - Universidad de Buenos Aires, Buenos Aires, 2004.

LA EXPERIENCIA DE INTERNACIÓN EN AREAS DE CUIDADOS CRÍTICOS DESDE UNA MIRADA INTEGRADORA DEL SER HUMANO.

Lic. ARISTU, Helena y Dra. CASTAÑEIRAS,
Claudia.

Cita:

Lic. ARISTU, Helena y Dra. CASTAÑEIRAS, Claudia (2004). *LA EXPERIENCIA DE INTERNACIÓN EN AREAS DE CUIDADOS CRÍTICOS DESDE UNA MIRADA INTEGRADORA DEL SER HUMANO. XI Jornadas de Investigación. Facultad de Psicología - Universidad de Buenos Aires, Buenos Aires.*

Dirección estable: <https://www.aacademica.org/000-029/20>

Acta Académica es un proyecto académico sin fines de lucro enmarcado en la iniciativa de acceso abierto. Acta Académica fue creado para facilitar a investigadores de todo el mundo el compartir su producción académica. Para crear un perfil gratuitamente o acceder a otros trabajos visite: <https://www.aacademica.org>.

281 - LA EXPERIENCIA DE INTERNACIÓN EN AREAS DE CUIDADOS CRÍTICOS DESDE UNA MIRADA INTEGRADORA DEL SER HUMANO

Autor/es

Lic. ARISTU, Helena (Becaria de Investigación: Perfeccionamiento, UNMdP) y
Dra. CASTAÑEIRAS, Claudia (Codirectora Beca)

Institución que acredita y/o financia la investigación

Universidad Nacional de Mar del Plata (UNMdP) / Hospital Interzonal General de Agudos "Dr. Oscar Alende"

Resumen

Las circunstancias que llevan a que una persona requiera internación son diversas en naturaleza y complejidad, y constituyen una experiencia angustiante para toda persona que la tenga que afrontar. Asimismo, la intensidad del sufrimiento asociado dependerá de muchos factores, entre otros se destacan: las características específicas de la enfermedad, el estilo personal de quien atraviesa la experiencia, las variables contextuales en las que acontece, y la red de apoyo y contención disponible. Entendemos que las condiciones de internación en Areas de Cuidados Críticos constituyen condiciones de estrés psicofísico de alto impacto, y por su naturaleza crítica adquieren un carácter traumático y disruptivo para la organización personal del paciente y su entorno en una considerable proporción de casos. Pero no contamos con un conocimiento claro sobre cuáles y cómo los aspectos psicológicos participan en la evolución y recuperación de tales pacientes. Basándonos en la evidencia clínica sobre la capacidad diferencial que muestran los pacientes para enfrentar, sobreponerse, y ser fortalecidos o transformados por dichas experiencias, el objetivo de esta presentación es

proponer una mirada integradora que reoriente la investigación y el análisis desde los aspectos psicopatológicos hacia el estudio del fenómeno resiliente como un mecanismo esencial de prevención en salud mental.

Resumen en Inglés

In the health-illness domain, the circumstances to do any people to have to intern in Critical Care Areas are diverse and complexes. Moreover this situation constitute a meaningful experience for all people to have to cope it. The intensity of suffering associate will depend of many factors, but the illness characteristics, the personal style of the patient, the contextual variables, the social network and family bonds to take a central place. We understand the experiences living in the Critical Care Areas are associate with an high impact psychophysical stress, and by his critical and disruptive nature acquires an traumatic character to personal structure of the patient in an important proportion of cases. To be based on clinical evidence of previous research about the differential capacity to show the patients to cope this experience, the aim of this presentation is to propose a different perspective, as well as integrative perspective to direct the research and analysis from the psychopathological aspects to the study of resilience phenomena, like central mechanism of prevention in mental health.

Palabras Clave

Cuidados Críticos Afrontamiento Resiliencia.

DESARROLLO

La situación de internación en un Centro de Salud constituye una experiencia compleja para toda persona que la haya atravesado o la tenga que afrontar. Y, la magnitud del sufrimiento que la misma conlleva dependerá de muchos factores, entre los cuales el estilo personal de quien atraviesa la experiencia, las variables contextuales (tanto humanas como

físicas) en las que acontece, y la red de apoyo y contención disponible ocupan sin duda un lugar destacado.

Por otra parte, las circunstancias que llevan a una persona a requerir una internación son diversas en naturaleza y complejidad, pero no por ello dejan de ser angustiantes. Los motivos pueden ser desde un traumatismo producido por un accidente; una descompensación, efecto de un mal funcionamiento orgánico anterior; la necesidad de una cirugía, como terapéutica de una enfermedad existente; el agravamiento de determinados síntomas característicos de una patología orgánica; la necesidad de un tratamiento de características no ambulatorias, hasta aquellas derivadas de otro tipo de experiencias como el alumbramiento de un hijo. Posiblemente existan muchas más causas, pero a pesar de las diferencias, todas conllevan por su naturaleza un aspecto común: cierto grado de **estrés** a afrontar.

En el caso de las situaciones de internación en Areas de Cuidados Críticos (generalmente incluyen Unidad de Terapia Intensiva y Unidad Coronaria) y por las características y condiciones de quien ingresa y permanece internado durante un tiempo que puede ser variable en ellas, se observa que dichos pacientes deben enfrentarse a un **estrés psicofísico de alto impacto**, el que puede considerarse una **modalidad peculiar de estrés**, que por su naturaleza crítica adquiere **un carácter traumático y disruptivo** para la organización personal del paciente y su entorno en una considerable proporción de casos. El mismo se desarrolla estrechamente vinculado con las particulares condiciones que el avance tecnológico en el campo de la medicina ha posibilitado y a la vez impuesto en el cuidado de la salud. Basta mencionar la alteración de los ciclos sueño/vigilia, la pérdida de intimidad, el aislamiento, la soledad, la sensación de indefensión, la alta exposición al riesgo de enfermedad de otros pacientes, la convivencia con la experiencia inminente de muerte, la exposición casi permanente a estímulos sensoriales que provocan respuestas de alto impacto emocional (estímulos fundamentalmente asociados al dolor, al deterioro, al sufrimiento, etc.), como ruidos propios del funcionamiento de los aparatos específicos, olores, apariencia

de los otros enfermos, o tipo de terapéuticas propias de los tratamientos intensivos (como monitoreo y soporte de funciones vitales).

Efectivamente, desde el punto de vista médico, las Áreas de Cuidados Críticos son aquellas en las que se brinda un servicio para los pacientes con condiciones **potencialmente recuperables**, especialmente aquellos con fallos orgánicos potenciales o establecidos a los que se les pueda instituir tratamiento (que probablemente requieren o requerirán apoyo respiratorio avanzado, o apoyo de dos o más sistemas orgánicos) y pacientes con deterioro crónico de uno o más sistemas orgánicos que también requieran apoyo del tratamiento por fracasos agudos reversibles de otro sistema. Nos referimos a pacientes postquirúrgicos, politraumatizados, pacientes con fallo orgánico con riesgo de vida, o por lo que requiere de un tratamiento sustitutivo, postcríticos, monitoreados, y pacientes en coma o con traumatismo endocraneano (TEC).

Actualmente existe un importante consenso de la comunidad científica internacional en considerar el **estrés** como un fenómeno multidimensional que resulta de una interacción particular entre un ser humano y su entorno, y en donde la persona percibe amenazado su bienestar, poniendo en riesgo su capacidad para un afrontamiento eficaz (Lazarus y Folkman, 1984, 1986, Folkman y Lazarus, 1990). En estos términos, una condición se definirá como estresora cuando suponga un cambio que la persona percibe como desafiante, amenazador o perturbador para su equilibrio dinámico y su capacidad para satisfacer las necesidades que le plantea la nueva situación. En todo caso, el objetivo de preservar la organización personal estará en la base del **ajuste o adaptación** a los cambios, ajuste que se produce a través de un proceso compensatorio, que incluye componentes tanto fisiológicos como psicológicos, y que actúa permitiendo que la persona recupere la energía y capacidad para encarar nuevas exigencias tanto del medio externo como interno. Y, además, que es sin duda, de *naturaleza* variable interindividual y situacionalmente, ya que implica una dimensión cognitivo-emocional de evaluación y un repertorio de conductas de afrontamiento por parte del sujeto.

No obstante, no todos los procesos adaptativos son de afrontamiento. Y cuando esto es lo que ocurre, en sí mismo el estrés padecido por la situación de internación podría influir en el estado psico-orgánico de la persona, complicando aun más su salud o desarrollando un cuadro psicopatológico sobre la patología existente.

*Es sabido que, frente a eventos amenazantes y/o estresantes de la vida cotidiana, las personas responden de diferentes maneras. Estas diferentes respuestas cognitivas y comportamentales que los sujetos emplean para manejar y tolerar el **stress** se conoce en el ámbito de la psicología comportamental como **estrategias o estilos de coping**. La habilidad para manejar situaciones estresantes depende de los recursos disponibles de **coping** del sujeto. Estos recursos desempeñan un rol crucial en la relación **stress – salud – enfermedad** y constituyen características estables del sujeto y del medio ambiente donde el sujeto funciona. **Coping** se refiere a las respuestas cognitivas y comportamentales que los sujetos usan para manejar y tolerar el **stress** y, por tratarse de un constructo relativamente nuevo dentro del ámbito psicológico, no existen criterios consensuados en cuanto al tipo y número de estrategias de **coping** que manejan las personas, encontrándose en la literatura científica diferentes propuestas exploratorias y clasificatorias. (1)*

Por lo tanto, la calidad de respuesta del **afrontamiento o coping** dependerá tanto de factores constitucionales como del estilo personal y de los recursos aprendidos en su historia vital. Este aprendizaje también será modulado por las situaciones de estrés atravesadas y por las condiciones de apoyo obtenidas en esas circunstancias. Asimismo, el afrontamiento tendrá mayor probabilidad de ser eficaz en el marco de una organización personal relativamente consistente y estable en el tiempo: **el estilo personal**. En estos términos, y desde una concepción integradora, la calidad de un determinado modo de afrontar (su eficacia)

dependerá de lo que efectivamente el sujeto piensa, siente, experimenta y hace frente a los estímulos, junto con su capacidad de respuesta en un contexto específico (Millon, 1999). Vale mencionar que las aportaciones de este autor en el campo, han contribuido de manera significativa en las dos últimas décadas al estudio de la personalidad y sus trastornos.

En relación con lo expuesto y para el tema que nos ocupa, la **personalidad** puede ser entendida como un **estilo distintivo de funcionamiento adaptativo**, resultante de las experiencias de aprendizaje que se desarrollan en contextos familiares y escolares así como de una serie azarosa de eventos vitales a los que se está expuesto desde el nacimiento. Las recompensas y los castigos, los modelos de identificación con los que se cuenta, y los mecanismos defensivos frente a situaciones de angustia que hayan resultado exitosos en experiencias infantiles (Millon, 1999).

La importancia de incluir el estudio de los **estilos de personalidad** radica en la posibilidad *de contar con material que tiene valor predictivo en relación con la génesis de posibles cuadros clínicos futuros. Las personas no se patologizan al azar sino sobre la base de características de funcionamiento de su personalidad normal o sana, que se expresan en estilos diferenciales.* Y esta mirada *refuerza permanentemente la noción del ser humano como un sistema integrado por los subsistemas biológico, psicológico, social y cultural, en interacción permanente. De hecho, para Millon, la estructura y los estilos de personalidad conforman el sistema inmunológico en el nivel psicológico.* (El subrayado es nuestro). (2)

En un trabajo anterior, presentado en las Jornadas del año 2003 bajo el título de “*Estilos de personalidad, afrontamiento y su participación en el ajuste psicológico de pacientes expuestos a estrés psicofísico de alto impacto*” se hacía referencia a que mientras el concepto de *adaptación* alude a la condición vital que denota el

proceso constante y continuo de interacción persona - entorno, el *afrontamiento* dependerá de una combinación de factores entre los que se destacan el grado de equilibrio entre la habilidad y la capacidad de la persona, sus fuentes de apoyo social, y las características de los estresores (físicos, fisiológicos y/o psicosociales) a los que se expone. Por lo que se presentaba una propuesta de investigación (aun en curso, período 2003 – 2006), definida para el dominio de la salud-enfermedad, en términos del grado de ajuste psicológico que presentan los pacientes con compromiso orgánico, expuestos a *estrés psicofísico de alto impacto*, entendido como aquel desencadenado por una condición que se mantiene en un lapso considerable de tiempo, y en el cual la persona se ve enfrentada a una amplia gama de estímulos de gran intensidad y persistencia, distantes de lo que es su entorno habitual (Ballard, 1981; Shontz, 1975; Mages y Mendelsohn, 1979; Cohen y Lazarus, 1979). Pero en el transcurso de dicha investigación constatamos que había un grupo de pacientes que presentaban una *capacidad diferencial para enfrentar, sobreponerse y ser fortalecidos o transformados por dichas experiencias de adversidad*. Es decir nos encontramos con pacientes capaces de atravesar estas experiencias estresantes, afrontarlas de un modo que les impidiera enfermarse y desarrollar **resiliencia**.

Es probable que esta capacidad sea tan antigua como la humanidad misma, sin embargo, ha sido en los últimos años que la psicología le ha prestado particular atención, considerándolo un concepto fundamental de prevención en salud mental.

Actualmente, no hay en la literatura científica una definición consensuada de la resiliencia. El Dictionnaire de la langue francaise y el CD ROM de la Encyclopedia Universalis solo se refieren a la física de los materiales: ‘ La resiliencia (en kg. por cm²) define la resistencia al choque’ . En inglés, el término evoca además robustez corporal y la resistencia del carácter. De origen latino, resiliencia viene del verbo resilio, que significa saltar hacia

atrás, rebotar, repercutir. En psicología, la palabra cobra un sentido distinto, pues no se limita a la resistencia, sino que conlleva un aspecto dinámico que implica que el individuo traumatizado se sobrepone y se (re)construye. (3)

Si bien existen distintas definiciones del concepto, en todas aparecen los conceptos de adversidad, estrés, enfermedad, trauma y situación desfavorable. Su estudio implica la profundización en tres campos de investigación, que se interrelacionan y construyen mutuamente: las situaciones de *alto riesgo*, la *resistencia al estrés* (alude al *coping* o *afrontamiento*) y los *traumas*.

En todo momento, la resiliencia es fruto de la interacción de *factores de riesgo* y de *factores de protección*. La experiencia y la investigación muestran que esta distinción a menudo es artificial, aunque sólo sea porque un mismo factor puede ser un riesgo o una protección según el contexto, la naturaleza y la intensidad del estrés, la persona y el período de la vida de un mismo individuo. Entre las *situaciones de riesgo* hay unas extremas, a menudo colectivas, y otras aparentemente menos graves, pero más duraderas y, por tanto, potencialmente desestabilizadoras. En cuanto a los *factores de protección*, los que más se citan respecto al sujeto resiliente son la autoestima, la sociabilidad, el don de inspirar simpatía, sentido del humor, un proyecto de vida...; en cuanto al entorno, uno o varios adultos que despierten la conciencia en la persona, en quienes éste confíe y que le muestren su confianza en él; y, más en general, el apoyo social. Pero la resiliencia no significa ni falta de riesgo ni protección total; tampoco se adquiere de una vez para siempre; y lo que es fundamental, es una habilidad o capacidad que *se desarrolla, no es innata* de la persona. Este aspecto posibilita abrir un importante espacio para instrumentar diversas intervenciones psicológicas, por parte de los profesionales que asisten a los pacientes internados en las Áreas de Cuidados Críticos.

CONCLUSIÓN

Diversas investigaciones descubrieron que las personas resilientes son capaces de enfrentar estresores y adversidades. También advirtieron que la resiliencia reduce la intensidad del estrés y produce el decrecimiento de signos emocionales negativos, como la ansiedad, la depresión, o la rabia, al tiempo que aumenta la curiosidad y la salud emocional. Por lo tanto, la resiliencia es efectiva no sólo para enfrentar adversidades sino también para la promoción de la salud mental y emocional. (4)

Parte importante de la literatura sobre el tema resiliencia está focalizada en la prevención de adversidades y su impacto; y está, básicamente referida a la niñez en riesgo. Este modelo preventivo es consistente con el *modelo epidemiológico de Salud Pública*, que se ocupa pe. de la prevención de enfermedades y, más recientemente, de la prevención de la violencia, el uso de drogas, las enfermedades transmisión sexual, el embarazo de los adolescentes y el abuso infantil. El *modelo de promoción* está comprometido con la maximización del potencial y del bienestar entre los individuos en riesgo y no sólo con la prevención de los desórdenes de salud. El modelo de promoción es más consistente con el **modelo de resiliencia**, el cual focaliza en la construcción de factores de resiliencia, comprometiéndose con el comportamiento resiliente y con la obtención de *resultados positivos*, incluyendo un sentido acrecentado de *bienestar* y de *calidad de vida*. En este sentido, nuestra investigación adhiere al modelo de resiliencia, centrándose en una población peculiar, sobre la que existen escasos estudios: el grupo de pacientes adultos, con compromiso orgánico, internados en Areas de Cuidados Críticos.

BIBLIOGRAFÍA:

- BRUNNER y SUDDARTH, *Enfermería médico quirúrgica*, McGraw Hill Interamericana, 8ª edición, México, 1997.
- CHOEN, S. y LAZARUS, R.S., “ Personality characteristics as moderators of the relationship between stress and disorder” , en NEUFELD, R., *Advances in the investigation of psychological stress*, New York: Wiley, 1979.
- FALLER, H., “ Coping with myocardial infarction: A cognitive emotional perspective, en *Psychotherapy and Psychosomatics*, Vol.54, 1990.
- FOLKMAN, S. y LAZARUS, R.S., “ Toward Better Research on Stress and Coping” , en *American Psychologist*, Vol. 55. Nº. 6, 1999.
- KNOBEL, E., *Conductas no paciente grave*, Atheneu, San Paulo, 2ª edición, 1999.
- LARSON, M. y LIESE, B., “ Coping With Life – Threatening Illness: A Cognitive Therapy Perspective, en *Springer Publishing Company*, Journal of Cognitive Psychotherapy: An International Quarterly, V. 9, Nº 1, 1995.
- LAZARUS, R. S. y FOLKMAN, S., *Estrés y procesos cognitivos*, Martinez Roca, Barcelona, 1986.
- LAZARUS, R.S. y FOLKMAN, S., “ Stress, appraisal, and coping” , en *Springer Publishing Company*, New York, 1984.
- LAZARUS y FOLKMAN, *Manual for the study of daily hassles and uplifts scales*, Palo Alto, 1990.
- MANCIAUX, M., *La resiliencia: resistir y rehacerse*, Gedisa, España, 2003.

- MELILLO, A. y SUAREZ OJEDA, E. N., RESILIENCIA. Descubriendo las propias fortalezas, Paidós, Bs. As., 2003.
- MILLON, T., MIPS Inventario Millon de Estilos de Personalidad, Paidós, Bs. As., 1997.
- MOOS, R., Human adaptation: Coping with life crises, Lexington, MA: Heath, 1977.
- OMAR, A. G., Stress y Coping. Las estrategias de coping y sus interrelaciones con los niveles biológico y psicológico, Lumen, Bs. As., 1995.
- SANCHEZ LOPEZ, M. y CASULLO, M. M., Estilos de Personalidad. Una perspectiva iberoamericana, Miño y Dávila Editores, Introducción, Madrid, 2000.
- SOMERFIELD, M. y McCRAE, R., “ Stress and Coping Reserch. Methological Challenges, Theoretical Advances, and Clinical Applications” , en *American Psychologist*, Vol. 55. Nº. 6, 2000.

REFERENCIAS

- (1) OMAR, A. G., *Stress y Coping. Las estrategias de coping y sus interrelaciones con los niveles biológico y psicológico*, Lumen, Bs. As., 1995, p.18.
- (2) CASULLO, M. M., “ Concepciones teóricas de Theodore Millon acerca de los estilos de personalidad” , en SANCHEZ LOPEZ, M. y CASULLO, M. M., *Estilos de Personalidad. Una perspectiva iberoamericana*, Miño y Dávila Edit., Introducción, Madrid, 2000, p. 32.
- (3) THEIS, A., “ La resiliencia en la literatura científica” , en MANCIAUX, M., *La resiliencia: resistir y rehacerse*, Gedisa, España, 2003, pp. 49-50.

(4) GROTBORG, E. H., “ Nuevas tendencias en resiliencia” , en MELILLO, A. y SUAREZ OJEDA, E. N., *RESILIENCIA. Descubriendo las propias fortalezas*, Paidós, Bs. As., 2003, pp. 26-27.