

Trabajo Final de Graduación

Terapia Intensiva

Situación Límite

Una Mirada Logoterapéutica sobre los Familiares

De Pacientes en Terapia Intensiva

Giustetto, Lydia

Licenciatura en Psicología

Comisión evaluadora del

Trabajo final

Mag. Godoy, Juan Carlos
Lic. Orortegui, Patricia

Universidad Empresarial Siglo 21

Julio de 2006

Lydia Giustetto

Córdoba, Julio de 2006

Universidad Siglo 21

Trabajo Final

Directora de la Carrera Lic. Mary Braganza

Comisión evaluadora del trabajo final

Mag. Juan Carlos Godoy

Lic. Patricia Orortegui

Alumna Lydia Giustetto

Córdoba, Julio de 2006

GRACIAS

A mis padres,

A Mary Braganza (Directora de la Carrera)

A Lucas, Ángela, Blanca, Tere y Ubina.

A todas aquellas personas que llevo en mi corazón y cuyos nombres están en él.

ÍNDICE

1 - TEMA: Una mirada logoterapéutica sobre familiares de pacientes en Terapia Intensiva.	7
1 1 Introducción	7
1 2 Problema	10
1 3 Fundamentación	11
2 OBJETIVOS	
2 1 Objetivo General	13
2 2 Objetivos Específicos	13
3 - MARCO TEÓRICO	
3 1 Principales conceptos de la Logoterapia	13
3 2 Concepto del hombre	15
3 3 El sentido de la vida	17
3 4 El sufrimiento	19
3 5 Hacia una superación de la tríada trágica: sufrimiento, culpa y muerte	21
4 - ANTECEDENTES	
4 - 1 Antecedentes de trabajos efectuados en nuestro país	23
4 - 2 Antecedentes de trabajos efectuados en otros países.	29
5 - DESCRIPCIÓN DEL LUGAR DEL TRABAJO	
HOSPITAL NACIONAL DE CLÍNICAS DE CÓRDOBA	
5 1 Consideraciones previas	37
5 - 2 Génesis de la Terapia Intensiva en Argentina	37
5 - 3 Dinámica de la U.T.I del Hospital Nacional de Clínicas	37
5 4 Breve Reseña Histórica del Hospital de Clínicas	39
6 - METODOLOGÍA DE TRABAJO	
6 - 1 Tipo de Estudio	40
6 - 2 Participantes	41
6 - 3 La familia del paciente internado en Terapia Intensiva	41

6 - 4 Técnicas de Recolección de Datos: Entrevistas	42
6 - 5 Entrevistas al Jefe de Terapia Intensiva	43
6 6 Entrevistas al Equipo de Salud	44
6 7 Instrumentos utilizados	45
6-8 Entrevista Semiestructurada para el Equipo de Salud	46
 7 RESULTADOS: ANÁLISIS DE LAS ENTREVISTAS AL EQUIPO MÉDICO Y A LOS FAMILIARES DE LOS PACIENTES	
A) Técnicas de trabajo: entrevistas	47
B) Modelo de Cuestionario para el Equipo Médico	48
C) Modelo de Cuestionario para Familiares de Pacientes en Terapia Intensiva	48
-Análisis de las Entrevistas al Equipo Médico	49
-Análisis de las Entrevistas a los Familiares	50
 8 CONCLUSIÓN	51
8 1 Programa de Contención Psicológica	51
8 2 Impacto del Programa	61
 9 BIBLIOGRAFÍA UTILIZADA	62
 10 ANEXO	65

TERAPIA INTENSIVA

SITUACIÓN LÍMITE

**1 - TEMA: UNA MIRADA *LOGOTERAPÉUTICA*
SOBRE LOS FAMILIARES
DE LOS PACIENTES
EN TERAPIA INTENSIVA**

P.A.P. efectuado según diagnóstico hecho

En el Hospital Nacional de Clínicas de Córdoba

1 1 - INTRODUCCIÓN

Una rápida mirada a nuestro mundo contemporáneo, nos revela sus luces y sombras, conquistas y fracasos, frustraciones y esperanzas.

La historia moderna está sometida a un proceso de cambios acelerados y profundos en todos los órdenes: social, político, cultural, psicológico, moral y religioso.

La humanidad está pasando de una concepción mas bien estática de la realidad, a otra dinámica y evolutiva de donde surge un nuevo conjunto de problemas que exige sucesivos análisis y nuevas síntesis.

“Jamás el género humano tuvo a su disposición tantas riquezas y posibilidades.” Sánchez Bustos, (1987, pg: 17).

La creciente importancia del desarrollo científico y técnico, aumentan el dominio, sobre el tiempo y el espacio.

No obstante nunca, como hoy, el hombre ha tenido un sentido tan agudo de su libertad y sin embargo, es víctima de nuevas formas de esclavitud y discriminación social y psicológica. Hay contradicciones y desequilibrios en el orden teórico y práctico. Los desequilibrios interiores, son las raíces de desequilibrios sociales.

En muchos espíritus emergen, una y otra vez, los interrogantes fundamentales sobre el hombre, el dolor y la muerte. Este mundo globalizado, aparentemente tan poderoso, presenta asimismo grandes problemas, entre ellos, el no saber enfrentar y resolver dichos interrogantes.

Muchos de nuestros contemporáneos difícilmente llegan a conocer valores permanentes y a compaginarlos con dichas situaciones de dolor o frustración concretas.

El hombre que está internado en U.T.I. y sus familiares tienen experiencias profundas, como son la vida y la muerte.

Frankl (1986) explica que en estas vivencias de situación límite: la enfermedad terminal o el accidente imprevisto, necesita descubrir que también allí tiene que dar su respuesta atendiendo a su valor de persona, la que es insustituible.

El estudio propuesto, es un Proyecto de Aplicación Profesional (PAP) para los familiares de pacientes en Terapia Intensiva. Consiste en un modelo de intervención terapéutica, basado en el marco teórico de la Logoterapia, es singular y creemos adecuado a la situación límite que vivencia la familia. Consideramos que este enfoque logoterapéutico tiene una visión

antropológica propia, que puede complementar a otras escuelas y a su vez es un medio de abordaje oportuno para la situación planteada. Este trabajo implica tres momentos: análisis situacional, capacitación de miembros de un equipo y programación de actividades a realizar pertinentes a los objetivos.

Atendiendo al primer momento, se realiza el relevamiento diagnóstico en el Hospital Nacional de Clínicas de la Ciudad de Córdoba, en la sala de Terapia Intensiva. En el mismo lugar se efectuarán la capacitación y las actividades que se señalarán corresponden al 2º y 3º momento del trabajo.

El relevamiento diagnóstico que se realizó en la Unidad de Terapia Intensiva del Hospital Nacional de Clínicas, consistió en aplicar técnicas de entrevistas semidirigidas a los familiares de los pacientes, al Equipo Médico y al personal de Enfermería, representado por la Supervisora de dicha Unidad y la Supervisora General.

Se tomaron entrevistas a 30 familiares, de diversos sexos y edad. Estas entrevistas fueron analizadas cualitativamente.

Dado que la Unidad de Terapia Intensiva del Hospital Nacional de Clínicas, recibe pacientes con diversas patologías, se constata en las entrevistas de los familiares una diversidad de sentimientos y reacciones de acuerdo a la edad y gravedad del paciente. Ante este hecho proponemos la formación de un equipo de contención psicológica y un programa de actividades.

Consideramos que este proyecto sustentado por los postulados de la Logoterapia, puede ser de valioso apoyo frente al estado de crisis que se vive en una Terapia Intensiva. Ya que, según Frankl (2002) la vida del hombre conserva su sentido hasta el aliento final, cuando exhala su último suspiro.

Dice Frankl, (1990, pg: 20): *“El sentido de la vida difiere de un momento a otro, de un día para otro, de una hora a otra hora. Así pues lo que importa no es el sentido de la vida en términos generales, sino el significado concreto de la vida de cada individuo en un momento dado”*, acorde a esta visión, el presente trabajo se basa fundamentalmente en: El sentido de la vida. Sufrimiento y muerte.

A su vez observamos que la Terapia Intensiva es un lugar donde el hombre se encuentra con experiencias profundas como la vida y la muerte. En estas vivencias de situación límite necesita descubrir que también allí, su respuesta es insustituible. Junto al paciente están los familiares y el Equipo Médico quienes también deben dar su respuesta ante el sufrimiento.

Teniendo en cuenta esta realidad que se vive en las Unidades de Terapia Intensiva, encontramos como dijimos anteriormente en el modelo

Logoterapéutico algunos conceptos que pueden ayudarnos a mirar comprensivamente a los familiares de los pacientes de Terapia Intensiva para brindarles contención, al permitirles encontrar sentido al sufrimiento que viven en esta situación límite.

1 2 - PROBLEMA

Las familias que poseen pacientes en Terapia Intensiva, atraviesan situaciones límites que modifican las estructuras y conductas de todo el grupo familiar. Aparece un difuso deseo de adivinar el futuro, tanto mayor cuanto más ansiógena es la enfermedad.

La tensión afectiva que genera esta situación suele ser un campo propicio para la intervención psicológica.

El ser humano en virtud de su humanidad es capaz de sobreponerse y tomar posición ante su sufrimiento; hay en él una dimensión bipolar en donde el polo positivo es la búsqueda de sentido y cuyo polo negativo es la desesperación.

El hombre puede elegir la actitud a seguir, ya que es capaz de descubrir un sentido aún en una situación desesperanzada. Por ello es que nos preguntamos: ¿Será posible desde un diseño propuesto de intervención psicológica fundada en una mirada Logoterapéutica, contener las reacciones y los sentimientos de los familiares de los pacientes que están en Terapia Intensiva?

1 3 - FUNDAMENTACIÓN

El presente trabajo que se desarrolló en la sala de espera de la Unidad de Terapia Intensiva del Hospital Nacional de Clínicas de la Ciudad de Córdoba, tiene como objeto fundamental la contención psicológica de los familiares de los pacientes de Terapia Intensiva, con la visión que Frankl desarrolla sobre el hombre compuesta por: cuerpo, alma y espíritu. (*Frankl*, 1994). Esta última dimensión es la que lo hace capaz de descubrir el sentido que deberá darle a su vida desde el sufrimiento, buscando sobre todas las cosas, en el último tramo de su vida, la aceptación del dolor, personalmente asumido; la vida no es encontrar placer evitando el dolor, sino hacerse cargo activamente de la realidad, con un acto de libertad singular y único.

El hombre en situaciones límites como una enfermedad terminal o accidente imprevisto esa es la situación que se plantea en este proyecto que se

encuentra en esta *“encrucijada en la que algo puede evolucionar hacia posibilidades distintas y contrarias, nos enfrenta con la decisión de elegir la posibilidad más valiosa, esto implica el riesgo de equivocarse o autotrascender”*. Pérez Soto, y Guberman, (2005, pg: 131).

El pensamiento de la muerte próxima, aparece constantemente en la situación del familiar del paciente en Terapia Intensiva, por eso es terreno apropiado para múltiples reacciones que hacen necesaria la contención psicológica y el acompañamiento, para que esta última pregunta sobre la muerte descubra el suprasentido y evite o trascienda al absurdo.

El estudio propuesto posee la naturaleza de un PAP, el que es un modelo de intervención terapéutica basado en el marco teórico de la Logoterapia, a través del cual se identifican los principales sentimientos y reacciones de los familiares de la U.T.I. y su contención en el transcurso de la internación del familiar. Por este motivo consideramos que los aportes teóricos y prácticos de este trabajo pueden ser beneficiosos para futuros trabajos cuali-cuantitativos.

Este proyecto tiene su origen motivador en la experiencia adquirida, por la autora, durante varios años de servicio hospitalario, en una sala de terapia intensiva, donde los pacientes necesitan atención médica las 24 horas del día, y observó cómo el desborde emocional de los familiares muchas veces influía en los agentes de salud.

Por ello se observa que la creación de un Equipo de contención psicológica integrado por: Psicólogo, Asistente Social y un voluntario, es aceptado, como una perspectiva valiosa por los agentes de salud para poder trabajar con mayor autonomía, a fin de evitar los condicionamientos que crean las tensiones, cuando no son convenientemente canalizadas, como ocurre en la U.T.I.

Los postulados logoterapéuticos como: sentido de la vida, sufrimiento, concepción del hombre, ayudan particularmente a estas personas, las que durante el tiempo de internación de sus familiares experimentan sentimientos encontrados, y que a través del equipo, puedan sentirse apoyados y descubrir su ser más profundo superando tales contradicciones.

2 - OBJETIVOS

2 1 OBJETIVO GENERAL

Elaborar un programa de contención psicológica para los familiares de los pacientes de Terapia Intensiva, aplicando los conceptos propios de la Logoterapia.

2 2 OBJETIVOS ESPECÍFICOS

- Ahondar en los conceptos de sentido de la vida, muerte y sufrimiento según el enfoque Logoterapéutico.
- Identificar los principales sentimientos y reacciones de los familiares de los pacientes de Terapia Intensiva.
- Realizar un relevamiento diagnóstico de los familiares de pacientes en U.T.I. del Hospital Nacional de Clínicas de la Provincia de Córdoba.
- Capacitar un equipo de contención psicológica y elaborar el programa pertinente que atienda a estrategias alternativas aplicando los conceptos señalados.

3 - MARCO TEÓRICO

3 1 - PRINCIPALES CONCEPTOS

DE LOGOTERAPIA

En toda vida humana hay momentos de alegría y de profundo dolor. Este último es lo que más le cuesta al hombre superar; según la forma en que aprenda a encontrar su sentido, se acercará a una vida más feliz, lo cual anhela. Deberá hacer este aprendizaje a lo largo de toda la vida.

Podemos ayudar a descubrir que hay un sentido, pero cuál es el sentido lo debe descubrir cada uno por sí mismo. *Frankl*, (1994) desarrolla una nueva perspectiva psicológica, atendiendo al hecho que los aspectos trágicos y negativos de la vida pueden ser tomados como un logro humano, según sea la

actitud que acompañe el sufrimiento.

La Logoterapia muestra al paciente cómo puede transformar la desesperanza en un triunfo. Frankl recordando el campo de concentración escribe: *“Mi mente se aferraba a la imagen de mi mujer a quien vislumbraba con extraña precisión.”* Allí comprendió que el *“amor trasciende la persona física del ser amado y encuentra su significado más profundo en su propio espíritu, en su yo íntimo”*. Frankl, (1994, pg: 46) Y estas vivencias lo acompañaban cuando experimentaba estrés psíquico y físico, y a pesar de ello, sentía que no podía perder su libertad espiritual, su independencia mental. También en esta situación donde imperaban todo tipo de torturas y padecimientos, vio que el prisionero podía elegir desde dentro de sí mismo las actitudes a seguir: ya sea la vuelta sobre sí mismo o la ayuda heroica hacia los otros. Por lo tanto constató que cualquier hombre podía decidir su forma de ser, en el terreno mental y espiritual. Esto es un elemento constitutivo de la existencia humana. Para la Logoterapia, la libertad es ontológica, es decir pertenece a la esencia del ser, trascendiendo toda necesidad. *“La necesidad y la libertad no están en el mismo plano.”* Guberman, y Pérez Soto, (2005, pg.79). Se puede conservar la dignidad humana aún en el campo de concentración, en esto se muestra la libertad espiritual, la que no puede ser arrebatada. Si la vida tiene un sentido, entonces, razona Frankl, el sufrimiento también tiene significado, así como la muerte es inseparable de la vida, la vida no estaría completa sin ella. Frankl señala la necesidad de tener fe en el futuro, interpelando a la vida sobre: ¿Qué espera de nosotros? El sufrimiento de cada ser humano es único y su oportunidad de valorarlo también. Su crecimiento, dependerá de la forma en que lo soporte.

Según Martínez Ortiz (2005) el Fundador de la Logoterapia, propuso estar abierto a la colaboración de otras corrientes psicoterapéuticas así como a su propia evolución. Es sumamente valiosa la apertura que muestra este hombre polifacético en cuanto nos invita a seguir creciendo en nuevos aportes y madurez en el camino de su aplicación.

3 2 - CONCEPTO DE HOMBRE

García Pintos (1998) expresó que Viktor Frankl (2002) no podría realizar una psicoterapia profunda, si no abrazaba una comprensión mayor del hombre y de sus circunstancias.

La visión integral del hombre incluye, además de lo biológico y lo psicológico, un nivel espiritual y la voluntad de sentido, una capacidad valorativa que le ayuda a encontrar respuesta al para qué, de cada situación o acontecimiento que le toca vivir.

El ser hombre es tener en cuenta el nivel noológico o espiritual, que hace de él un ser que necesita ser asistido y comprendido, para que pueda solucionar sus conflictos, en el área somática, psíquica y espiritual.

Junto con la especulación intelectual, es necesaria la experiencia de vida, para poder comprender al hombre, sobre todo, cuando está pasando por situaciones límites, de extremo sufrimiento, descubriendo y enseñando que a la vida se le puede dar sentido, aún en las situaciones más adversas.

Ahora bien, nadie puede conocer a otro ser humano si no lo ama. *“La persona que ama descubre las potencialidades del otro ser y le ayuda a desplegar sus atributos personales con confianza en sí mismo. Otro medio es la vía del sufrimiento.”* Weisskopf, (1955, pg: 701/3)

La Psicoterapia tradicional ha tendido a restaurar la capacidad del individuo para el trabajo y para gozar de la vida. La Logoterapia también persigue estos objetivos, y va más allá, al hacer que el paciente recupere su capacidad de sufrir y encontrar un sentido incluso al sufrimiento. Edith Weisskopf (1955) sostiene que nuestra filosofía de la higiene mental consiste en la idea que la gente tiene que ser feliz, que la infelicidad es síntoma de desajuste. Un sistema tal de valores es responsable del hecho que el cúmulo de infelicidad inevitable se vea aumentado por la desdicha de ser desgraciado. En otro ensayo expresa: *“La esperanza de que la Logoterapia puede contribuir a actuar en contra de ciertas tendencias indeseables de la cultura actual estadounidense, en la que se da al que sufre incurablemente una oportunidad muy pequeña de enorgullecerse de su sufrimiento y considerarlo enaltecedor y no degradante de forma que no sólo se siente desdichado sino avergonzado además de serlo”.* Weisskopf, (1955, pg: 193)

En situaciones límites la búsqueda de sentido está rodeada de sombras y de confusión que abarca todas las áreas de la personalidad. Es allí donde el sentido incondicional es el que debe buscarse en forma singular; ni el sufrimiento ni la muerte podrán derrumbarlo.

La idea del suprasentido es: *“el sentido que el hombre intenta alcanzar y presentir por medio de la fe, o sea trascendiendo la capacidad de comprensión racional”.* Guberman, y Pérez Soto (2005, pg: 135), no se detienen ante los interrogantes últimos que el hombre plantea.

Esta nueva visión del hombre se caracteriza fundamentalmente en el ámbito de la investigación clínica, donde se estudia el sentido de la vida y el mundo de los valores; como así también se revaloriza la condición básica del encuentro humano al que la técnica debe subordinarse.

También debemos incluir en esta concepción de hombre las nuevas posibilidades y conocimientos que éste adquirirá a lo largo de las generaciones.

El hombre en la Logoterapia está integrado por la terapia del comportamiento y la conciencia de lo corporal. En la actualidad este último aspecto está sobrevalorado o se busca sobremanera, como se observa en la vuelta a la alimentación natural, representada por un sinnúmero de dietas, las que no ayudan, muchas veces, por un ritmo inadecuado de actividad, en donde predomina el hacer por sí mismo y también se suele acompañar con un adiestramiento corporal sin pausa a través de la gimnasia o del deporte. Según Lukas (2002), se insiste en métodos psicoterapéuticos que consisten en técnicas de relajación, para lograr un equilibrio de la psiquis. Observemos que prevalecen cuantitativamente las horas que se emplean en una actividad compulsiva, que lleva a una desintegración psico-física. Es por eso que la Logoterapia acompaña a la conciencia de lo corporal con una terapia del comportamiento.

El ser humano aprende un comportamiento cuando éste le otorga una ventaja, como ser bio-psíquico-socio-espiritual de lo contrario lo abandona, hasta encontrar otro que le satisfaga y a ello hay que atender.

3 3 - EL SENTIDO DE LA VIDA

Cada hombre tiene su propia misión que cumplir. No puede ser reemplazado en la función, ni su vida puede repetirse. La tarea es única y tiene la oportunidad para instrumentarla.

Así es como puede responder a la vida, a su propia vida, siendo responsable de la misma; va más allá de la búsqueda de la autorrealización. *“En la medida que el hombre cumple el sentido y realiza valores, se cumple el sentido de la vida y se realiza a sí mismo”*. Guberman, y Pérez Soto, (2005, pg: 125).

La vida transcurre a través del sentido que le otorgue cada persona a su existencia. En esta medida se autorrealiza según dice Frankl, (1994). El sentido de la vida siempre está cambiando. Nunca cesa.

Con la Logoterapia podemos descubrir este sentido de la vida, de tres modos:

- Realizando una acción o creándola.
- Teniendo algún principio.
- Por el sufrimiento.

Vamos a considerar el segundo modo, al cual podemos encontrarlo a través de la naturaleza, la cultura, y también por una persona, a través del amor. El amor constituye la única manera de conocer al ser humano en lo más profundo de su personalidad. Nadie puede conocer a otro ser si no lo ama.

La persona que ama descubre las potencialidades del otro ser, y le ayuda a desplegar sus atributos personales con confianza en sí mismo.

“El tercer modo es por la vía del sufrimiento.” Weisskopf, (1948, pg: 193).

En situaciones límites la búsqueda de sentido está rodeada de sombras y de confusión que abarca todas las áreas de la personalidad. Es allí donde el sentido incondicional es lo que debe buscarse en forma singular; ya que ni el sufrimiento ni la muerte podrán derrumbarlo. Por eso cuando el hombre se encuentra frente a la alternativa vida-muerte, es este sentido incondicional el que le sale al encuentro.

Si el aprendizaje de la búsqueda de sentido se ha hecho habitual, en los momentos de gran sufrimiento podrá acceder al sentido incondicional, el que puede permanecer y sostener aún en los debates más angustiosos de la vida.

Los pacientes en la situación que nos interesa, necesitan una fe incondicional que encuentre un incondicional sentido, de allí la necesidad de preparar a los familiares que lo acompañan.

Este sentido, en muchas ocasiones, no se encuentra. Pero cuando ello ocurre el sentido clave se nos muestra como aquél que comienza donde se instala el sufrimiento y es incomprensible por las características que encierra, como que con él se produce el mayor triunfo del hombre o siente una fuerza inquebrantable que nada ni nadie puede arrebatarse porque está en él mismo. Es algo que ninguna fuerza humana puede destruir, aún cuando se encuentre violentada la libertad humana, como sucede en un campo de concentración.

Es aquí donde el ser humano se da cuenta que tiene un señorío sobre sí mismo, y sobre las fuerzas que pretenden hostigarlo.

En el hoy, estamos viviendo en una época caracterizada por la falta de sentido, es necesario una educación en la responsabilidad, para ayudar al ser humano, sin embargo, no hay ninguna situación que carezca de sentido aunque esté marcada por aspectos negativos como la enfermedad y la muerte: aún estas pueden transformarse en actitudes favorables para el hombre. Él, desde la

sencillez de su diario vivir, puede siempre encontrar el sentido de su propia existencia aún sin saberlo expresar con sus palabras y al hacer una mirada retrospectiva verá que su vida estuvo signada por sucesos alegres y dolorosos. Cuando estos sucesos están debidamente asumidos se hace posible encontrar el sentido, hasta del sufrimiento postrero.

La mayor respuesta que puede dar el hombre es asentir a todo lo acontecido en su existencia; esto no significa una afirmación fácil de dar, va entrelazada con logros, resistencias y matices que hacen a la madurez y personalidad de cada ser.

“Esta es una respuesta impostergable en lo que cada persona tiene que vivir su misión, que será única e irrepetible” Etcheverry, (1999, pg: 56) a lo largo de su vida.

3 4 SUFRIMIENTO

En el Siglo XX el hombre ha sufrido pérdidas, entre ellas las tradiciones que eran un soporte para su conducta. Además carece del instinto que le diga qué es aquello que puede fortalecerlo en una situación límite, entendiéndose en esto último todo aquello que sobreviene como “inevitable” en la vida de cada uno y que pareciera desbordarlo.

Según Bretones (1995) cuanto más capaz es el hombre de aceptar el sufrimiento más humilde es y realiza valores de trascendencia con la mayor naturalidad.

Por ello el sufrimiento es una escuela de madurez y crecimiento. Cada persona debe descubrirlo por sí mismo, empleando toda la responsabilidad que posee. El sufrimiento puede ayudar a la apertura de los valores, generando bienes para la propia vida; aun los sufrimientos pasados quedan como fuente de riqueza en el propio ser. Sin tal toma de conciencia ante el valor del sufrimiento, no podrá hallarse el sentido del mismo.

El medio social, hoy no valora el sufrimiento. Pasa inadvertido y por ello mismo no se advierten también los testimonios de personas que, frente al dolor, supieron crear situaciones ricas para sí mismos y para sus semejantes. Es decir que a la vida del ser humano no se la colma solamente creando y gozando sino también sufriendo; esto no es ya comprendido desde una cultura que se dirige hacia una vida trivial orientada hacia el éxito; sin embargo los hechos muestran que las cosas conservan su sentido más allá del éxito o fracaso. Cuando al ser humano le toca atravesar por un sufrimiento supremo,

como ser, peligro de muerte inesperada, es ahí donde se da cuenta de todo el abismo de falta de sentido que ante él se abre. Por ello lo lleva en algunos casos a recorrer con velocidad vertiginosa su propio pasado, dando a modo de un relámpago un sentido pleno y bello a su existencia pasada, aunque haya sido estéril. Y es allí, en este último momento donde la felicidad lo invade desde el sufrimiento. Con ello queremos decir la vida puede adquirir un sentido postrero, ante la misma muerte.

Como dice Frankl: *“El hombre alcanza mayor madurez y plenitud en el sufrimiento elaborado que en las mismas experiencias amorosas.”* Frankl, (1998, pg: 110).

Vemos que no es el placer lo que da sentido a la vida del ser humano, ya que aún sin él, puede hallar sentido a la vida.

En muchas vidas sencillas se puede encontrar la vivencia de estos valores, aún cuando tales personas no sean conscientes de la belleza que poseen y la enseñanza de vida que producen en los que los descubren al acercarse a ellos.

El sufrimiento tiene un sentido inmanente, es fecundo, y si el ser humano lo asume crece, haciéndose más rico y profundo. Observemos cuán meritorio es el padecer de los enfermos que luchan por mostrarse a la altura de sus dolores.

El enfermo que padece y lucha por su vida es en ese momento superior al médico, que no alcanza muchas veces a encontrarle sentido a este dolor.

3 5 - HACIA UNA SUPERACIÓN DE LA TRÍADA TRÁGICA: SUFRIMIENTO, CULPA Y MUERTE.

Todo **sufrimiento** lleva implícito una pérdida que puede ahondarse, cuanto más alejado se encuentre la persona en la búsqueda de sentido. Cuando esto ocurre el sufrimiento pierde el aspecto por el cual pudiera llevar a una plenitud de vida, tan anhelada por el hombre, y se convierte el sufrimiento en absurdo, inexplicable.

Hay sufrimientos inevitables, que no dependen de nuestro consentimiento como pueden ser: una enfermedad prolongada, donde se requiere día tras día una búsqueda constante de sentido, o algunos accidentes repentinos donde el

choque emocional es tan grande que nos sume en la impotencia porque los razonamientos no son suficientes para serenarnos y nos desborda.

El sufrimiento realiza una amalgama con la culpa y la muerte, tres realidades mencionadas por Frankl (1998), como “Tríada trágica”, ésta es inherente a todo hombre; y a éste también le es inherente que a esta tríada, la pérdida, el fracaso y la transitoriedad, pueda superarlas.

La **culpa**, uno de los elementos de la tríada, es consecuencia de las experiencias negativas, causadas por errores, que quedan en nuestra memoria, como un residuo. Por ello, a partir del sentimiento de culpa que aparece una y otra vez, podemos aprender de los errores y convertirlos en un proceso de aprendizaje, que nos ayuda a no repetir los mismos desaciertos. Aunque el olvido nos ayuda, la culpa vuelve a reaparecer hasta que se logra cambiarla, desde una actitud interior que surge a partir del aprendizaje señalado. Por todo esto la culpa es una oportunidad de cambio, que nos lleva a perder esquemas de conducta y elegir mejores decisiones en nuestro accionar para solucionarla o superarla.

La pérdida de sentido genera un sufrimiento superfluo, a la manera de una adicción, que lleva a una paralización de las fuerzas vitales, es decir, fuerzas que nos ayudan a construir el destino de cada uno. Éstas son menguadas en su accionar y no podemos dejar de preguntar ante los hechos: ¿Por qué algunas personas pueden vivir admirablemente ante sufrimientos de magnitudes desproporcionadas para el común de la gente y otros están atados con cadenas que les impiden seguir viviendo? Si nos acercamos, descubrimos que son problemas de poca envergadura.

Constatamos así que el sufrimiento tolerado y vivido pacientemente será proporcional a la plenitud de sentido encontrado.

Según lo sugerido por Frankl (1997) lo que hemos vivenciado y vivido es patrimonio personal, pertenece a nuestro ser, ninguna fuerza externa puede eliminarlo.

La **muerte**, otro de los elementos constitutivo de esta tríada trágica sólo es admisible, cuando se logra descubrir en su positividad la transitoriedad de la vida, es allí donde todo hombre recibe la herencia de su especie: nacer y morir, por tanto nos nivela con todo ser viviente, apreciar la vida humana tal cual es, es aceptar la muerte. *“Ya que la esencia de nuestro ser, la calidad de nuestra vida, nuestra identidad, nada de esto nos puede ser arrebatado, aunque volvamos a ser polvo.”* Lukas, (2001, pg: 158). Y esto es así, más allá del hecho de que algunos pacientes, en virtud de su fe, sepan de la posibilidad de

otro tipo de permanencia.

Es por esta razón que en la constelación de la **tríada trágica**, el hombre debe poner activamente la plenitud de sentido para lograr ser dueño de su propio destino, hasta el final de sus días.

Habiendo profundizado el contenido de estos últimos conceptos, que consideramos básicos para atender al problema planteado, procedemos a buscar estrategias de solución. Éstas comprendieron una muestra de 30 familiares, la formación de un equipo de contención y la elaboración de una programación de actividades pertinentes.

4 - ANTECEDENTES

4 - 1 - ANTECEDENTES DE TRABAJOS EFECTUADOS EN NUESTRO PAÍS

Advertimos que no hay experiencias relevantes en nuestro país, con referencia al tema propuesto, no obstante hemos encontrado algunos artículos y experiencias realizadas en algunos centros de salud, que tienen relación con el trabajo presentado.

A) Uno de ellos es el del Hospital Garrahan, de la ciudad de Buenos Aires donde se expresa como primordial la comunicación entre el médico, el paciente y su familia, ya que, cuando esta relación es inadecuada, se ahonda el dolor emocional.

En este tema la experta en Cuidados Paliativos opina que los juicios por mala praxis se dan generalmente por una mala comunicación entre el médico y la familia, el profesional carece de formación en la técnica de comunicación, también alude a la falta de tiempo del médico, como un aspecto negativo para la familia cuando se da el informe apresuradamente en un pasillo.

La experta señala la importancia del vínculo, como factor de contención de los familiares y los pacientes, esto ayuda a mejorar el estado psicológico de la familia en beneficio del paciente. Por otra parte el especialista en temas de salud y discriminación Daniel Barberis, dice que se puede dar una relación perversa, en la relación médico-paciente, cuando éste mantiene una relación autoritaria y vertical, haciéndose dueño del saber.

También el especialista en Calidad de Salud, Hugo Arce, afirma que nunca se debe decir que no hay esperanzas, aunque los familiares deben estar preparados para el desenlace.

Las palabras finales de la experta Rosa Germ, tienen relación con este trabajo, en cuanto se refieren a la atención integral del paciente que tiene una enfermedad terminal, a la que hay que ayudar a transitarla teniendo en cuenta que afecta a la familia.

Este antecedente funda en su investigación la necesidad de generar un Equipo de Contención pero, no es una experiencia de investigación de equipos concretos.

B Otro artículo relacionado con el tema, es del Dr. Carlos Mateu Castro, del Policlínico del Docente de la ciudad de Buenos Aires. Señala dicho artículo la importancia de la comunicación con la familia y la contención del paciente como parte esencial del trabajo, a su vez considera la necesidad de que la Terapia Intensiva sea interdisciplinaria.

El informe que se da a los familiares debe hacerse con una “sola voz” la del coordinador mientras, que el médico de guardia se encarga de la atención del paciente y su evolución. El coordinador trabaja con la jefa de enfermeras y además chequea el funcionamiento de los equipos.

- La Terapia Intensiva está asociada a la muerte. Esto, lo dice el imaginario, es por eso que conlleva consigo un estrés permanente.

- Escuchar la misma voz en el coordinador serena a los familiares, ya que debe tener éste un estilo de contención.

- Se advierte que la buena comunicación baja el estrés de todos, porque la familia es parte del paciente, por eso es necesario trabajar con la familia siempre.

- Se debe evitar el “encarnizamiento terapéutico” si es un paciente terminal. No es buena práctica internarlo en Terapia Intensiva, ya que el paciente no tiene pronóstico de salud. Es conveniente una práctica paliativa, sin un tratamiento activo, que lo aisle de la familia y lo invada.

Concluye el artículo diciendo: que es necesario una formación médica, para determinar los límites que deben emplearse en cada caso.

Fue una experiencia de que, un Equipo, en este caso Servicio Social podría ayudar a mejorar las relaciones entre las distintas personas implicadas, aunque observamos que no preciso la conveniencia o no de un determinado método terapéutico.

C En el Hospital “Juan A. Fernández” de Buenos Aires y en Hospital “San Roque” de Córdoba, se realizaron observaciones. En el Hospital “Córdoba”, se realizó una prueba piloto que se refería a la familia del paciente allí internado y a los miembros del Equipo de Salud. *Garelli y Rivarola, (1996).*

Estos trabajos llevaron a advertir que ante la situación de dolor y muerte, los médicos dejan en segundo plano a los familiares, estos deberían ser atendidos, ya que si se trabajara con ellos se alcanzarían muchos beneficios.

Se consideró a los familiares de los pacientes internados en U.T.I., porque esta Unidad difiere de todas las otras salas del Hospital.

Se constató:

- Que las normas, el horario limitado y el aislamiento del paciente, que se establecen para evitar el ingreso de virus y para permitir un trabajo más tranquilo y sin interrupciones a los profesionales, afectaban con mucha fuerza a los familiares.
- Que la heterogeneidad de patologías y grado de las mismas, afectaba no sólo a los pacientes sino también a sus familiares.
- Ante la posibilidad de la muerte del paciente algunos familiares aceptaban la factibilidad de dicho suceso (pacientes crónicos), otros la rechazaban (pacientes accidentados) y finalmente otros se veían descontrolados y mostraban reacciones desproporcionadas (pacientes niños o adolescentes). Según sea la actitud los agentes de salud se encontraban con la imposibilidad de comunicarse.
- Los pacientes presentaban un estado de ánimo inestable y afectaba a los familiares.
- A través de un abordaje multifamiliar se dejó constancia de la necesidad de una contención a la familia, considerándose que esto se podría abordar.

D Durante el año 1996 en el Hospital “Italiano” de Córdoba, dado la deshumanización que se observaba en las relaciones entre pacientes, familiares y agentes de salud, se realizó un trabajo interdisciplinario para mejorar la atención del paciente internado en el Servicio de la U.T.I. Giustetto y Uribe, (1996). Para ello se efectúa un proyecto de formación dirigido para los agentes de salud, el que tuvo una duración de 24 meses. Se consideró que sus resultados fueron favorables:

- Se organizó un curso de capacitación que atendía:

La enfermedad dentro de los parámetros de actitudes fundadas en el respeto

de lo humano.

- La deshumanización de las relaciones entre los miembros del equipo de salud y pacientes con familiares.

- Contenidos que deben ser atendidos y conocidos por ser esenciales a la problemática.

Se buscó abordar al paciente desde distintos puntos de vista con el propósito de vislumbrar un nivel más alto con relación a su atención integral. Para ello se contó con un asistente social, una enfermera, psicólogo y médico como miembros activos de Servicio Social que se buscaba implementar.

Cada estamento que compone el Hospital, aportaba con una cuota, para mantener dicho servicio que tuvo una duración de dos años.

Se consideró que en gran grado se alcanzaron los objetivos.

E Otro trabajo relacionado con la atención del paciente y su familia, llamado: “Abordaje Psicoterapéutico en Diálisis con Grupos de Reflexión”, se lleva a cabo en Buenos Aires a cargo de: *María del Carmen Neira* y *Valeria Villarreal*. Consideran que el paciente renal tiene perturbaciones físicas, psicológicas y sociales, que generan un cambio de vida para el enfermo y su familia, es por eso que el psicólogo debe actuar frente a un equipo interdisciplinario para dar respuesta al paciente y su familia, para ello, realizan un abordaje grupal llamado Grupo de Reflexión (GR), recibiendo el aporte teórico del psicoanálisis y de la psicología social.

El objetivo es ayudar a salir del bloqueo emocional y favorecer la comprensión y la aceptación de su situación.

Los grupos se reúnen mensualmente con un tiempo de 90' y surgieron por la demanda de los pacientes y familiares, siendo la temática abarcativa en torno a la elaboración del esquema corporal déficit físico e intelectual, dieta y el trasplante como generador de ansiedad.

Se pusieron en marcha, temas de interés para los pacientes y talleres de laborterapia.

La experiencia arrojó un resultado favorable reconociendo la utilidad de la experiencia psicoterapéutica y el encuadre asistencial interdisciplinario donde reciben ayuda mutua, lo que favorece la maduración y crecimiento en los pacientes.

Este trabajo es interdisciplinario y presenta un marco teórico.

No ofrece un programa detallado.

F Investigadores de ciencias sociales de la UBA, realizaron un estudio sobre la atención en la Unidad de Cuidados Paliativos del Hospital Tornú de Buenos Aires, aquí *Mariela Bertolino*, hizo su Residencia de la Carrera de Medicina, en Canadá, tomó contacto con la especialidad de Cuidados Paliativos y continuó sus estudios en Francia durante tres años. Actualmente es la Directora del Hospital Tornú.

Se entiende por cuidados paliativos a la asistencia integral de los pacientes cuya enfermedad no responde a un tratamiento curativo. Los familiares están presentes en esta labor junto con el Equipo Interdisciplinario formado por: médicos, psicólogos, enfermeras, voluntarios, psiquiatra, kinesiólogo y una bioeticista.

Esta Unidad funciona las 24hs. con 4 camas y se financia en parte con fondos públicos y un subsidio.

La relación con los pacientes se da desde la identidad propia del mismo: el nombre de cada uno que suplanta al número tantas veces empleado en los hospitales y el dolor importe, como también el estado en el que se encuentran los familiares.

Una de las características de trabajo es el manejo del diagnóstico del paciente y la evolución de la enfermedad. El equipo detecta hasta dónde quiere saber el enfermo, evitando el bombardeo de terminología, innecesaria para su estado emocional.

La familia se integra en la consulta y se hacen reuniones familiares para contener y clarificar, además tienen actividades como: música, taller de creatividad y terapia asistida con animales.

Hay grupos especializados para los casos más complejos, quienes ofrecen el alivio del sufrimiento.

Dado que el impacto emocional es alto, consideran fundamental trabajar mejor pudiendo asistir a la gente y no alejándose. En este trabajo la supervisión psicológica es optativa.

La actividad de Cuidados Paliativos realizada por el Equipo apunta al alivio del dolor en los pacientes y familiares. Diferimos en el trabajo del PAP en que la atención directa es hacia los familiares y el beneficio secundario lo reciben los pacientes y el Equipo de Salud, y además tenemos un marco teórico el cual no se presenta en el trabajo mencionado del Hospital Tornú.

G El grupo de contención terapéutica para pacientes a la espera de cirugía cardiovascular, trabaja en el Hospital Durand de la ciudad de Buenos Aires, a

raíz de la difícil situación Nacional que atraviesa nuestro País donde en el año 2.002 se declara emergencia Sanitaria Nacional, por esta razón hay una larga lista de espera para cirugías cardiovasculares.

El Equipo de Psicoprofilaxis Quirúrgicas se ocupa de la preparación psicológica del paciente, sostiene el tiempo de espera y la incertidumbre que esto genera. Para ello hacen una evaluación familiar y social de cada paciente, a quien se lo incluye en un grupo o bien se determina su contención individualmente.

La modalidad que utilizan es de Grupo terapéutico, reuniéndose semanalmente solos o acompañados por un familiar, se evitan los efectos psicopatológicos como: victimación, dependencia, aislamiento, auto denigración. Para esta tarea, es necesario tener fortaleza, sensibilidad y amor por los semejantes. Es un trabajo de ayuda para todos aquellos que esperan con ansiedad la recuperación de su salud apoyando en estos grupos esta espera dolorosa.

Este trabajo se realiza ante una situación de crisis, es una situación momentánea.

4 - 2 - ANTECEDENTES DE TRABAJOS EFECTUADOS EN OTROS PAÍSES

●En México, en el Hospital Central Militar, en la Unidad de Terapia Intensiva, se hace un abordaje multidisciplinario, trabajando con conceptos del Psicoanálisis, como ser la Contra transferencia y enfatizando una línea humanística.

Además se describen aspectos psiquiátricos básicos del paciente en Terapia intensiva, con un concepto de **enlace psiquiátrico**. El abordaje de la familia y el Equipo Asistencial necesarios en las nuevas problemáticas bio-psico-sociales de las áreas mencionadas, es una prioridad.

Dada la complejidad del abordaje que tiene una Terapia Intensiva, se requiere que el Psiquiatra tenga una estrecha interacción con el medico consultor y el Equipo Asistencial. Para ello, cuando el Psiquiatra dilucida el diagnostico, realiza la intervención con acciones dirigidas al enfermo, la familia, y el Equipo Asistencial, según el caso específico.

Las opciones terapéuticas son: administración de psicofármacos y psicoterapia, consistiendo esta en establecer un contacto psicológico con el

paciente, empleando psicoterapias breves, según Bellak, donde su modelo es de seis sesiones con objetivos limitados y focalizados. Las metas son apoyo y contención, disminución de la ansiedad. Consiste en dar estructura y garantizar el seguimiento.

El grupo familiar esta condicionado por diversos niveles de ansiedad y desequilibrio dinámico. Los mismos están seriamente dañados, por eso se plantea la importancia que reviste el informe medico, ya que permite a estos comprender una dimensión de realidad para que mantengan esperanza, pero al mismo tiempo un pronostico limitado o fatal.

Se considera la necesidad de comprensión global de la problemática, sobre todo la dimensión humana que conlleva a utilizar conceptos claros y concretos acerca del enfermo. Otro aspecto es la necesidad que los miembros del Equipo Asistencial, toman en consideración su propio sentir hacia la condición del enfermo.

También este Equipo se encuentra expuesto a elevados niveles de estrés. De allí se puede ofrecer apoyo individual o grupal. Para ello se implementan modalidades psicogrupales para favorecer una mejor comprensión dinámica del paciente. Cuando se implementan los Grupos Balint, estos reúnen a ocho o doce médicos o enfermeras que reflexionan en torno a casos clínicos concretos, focalizando su atención en las dinámicas de las relaciones para con el paciente. La interacción en el espacio grupal permite la observación del aspecto de la cotidianidad que no se puede realizar de otra manera.

Se subraya la necesidad de investigar nuevos aspectos de esta problemática vivida en la Terapia Intensiva, implementando para ello nuevas estrategias cada vez mas específicas.

Se desea lograr una visión clínica integral, trabajo interdisciplinario para poder considerar a la familia y al Equipo Asistencial.

Desde la Psiquiatría de Enlace, como disciplina entre la Medicina y Salud Mental, se aborda lo Docente, difundiendo los conceptos de Psicología, Psiquiatría y Salud Mental. Se proponen protocolos de familia y el estudio costo-beneficio.

Es un trabajo modelo para el Psiquiatra de Enlace, definiendo el futuro desarrollo de esta especialidad psiquiátrica.

- En revista médica del Uruguay, se consigna un trabajo que tenía como objetivo conocer las opiniones, sentimientos y expectativas de familiares de pacientes internados en una Unidad de Cuidados Intensivos y como dichas actitudes influían con los miembros de la Unidad.

- Se efectuó un estudio prospectivo longitudinal, observacional y cuali-cuantitativos. La información se recolecta a través de un formulario y entrevistas realizadas por una psicóloga. Durante un año se encuestaron a 94 familias.
- Se descubrió el perfil del paciente, el de la familia y el del médico informante.

De dicho trabajo se concluye afirmando que:

- Algunos familiares permanecían en la sala de espera.
- Más de la mitad concurría solo al informe médico.
- La mitad de los familiares no toleraban la angustia que les generaba la sala de espera.
- La mayoría se manifestó preocupada por el eventual sufrimiento físico del paciente.
- Muy pocos dijeron que la Unidad de Cuidados Intensivos es el lugar donde se le devuelve la vida al paciente.
- La mayoría consideró inadecuado el lugar físico
- Una gran mayoría consideró favorable la presencia del psicólogo y agradecía su presencia.
- Un mínimo no busca acercamiento con el psicólogo.
- La familia suele percibirse a si misma satisfecha cuando participa en el cuidado de su familiar.
- Se constató la necesidad de orientar y ambientar a los familiares, aclarando horarios y funcionamiento de la Unidad y del Hospital.
- Necesitan autoridad, pero también comprensión del médico en su sufrimiento.
- Frases de esperanza allanan la comunicación pero deben ir acompañadas del concepto médico verdadero, claro y en el momento adecuado.

Consideramos que este trabajo avala lo dicho sobre la intensidad con que el sufrimiento, la posibilidad de la muerte y también nuestra necesidad de una adecuada relación con el personal médico y destaca la importancia que tuvo para los familiares la presencia del psicólogo. Pero no atiende al sentimiento de culpa del familiar, tampoco constituye una experiencia que nos permita inferir la validez de la Logoterapia como método en la contención de los familiares.

- El Hospital de Clínicas de Caracas, implementó en el año 1996, un servicio de apoyo psico-social a los familiares de los pacientes de la Unidad de

Cuidados Intensivos, dentro de un marco de principios de bioética y de valores que preservan la dignidad del enfermo, para aliviar la angustia, tanto en el paciente como en sus familiares, brindando un soporte emocional y comunicando a los agentes de salud con los familiares del paciente.

Dicho servicio se origina a partir del proyecto presentado por el Dr. Santos y Guardia, titulado “Unidad de Cuidados Intensivos las 24hs.”, que tiene la finalidad de informar y orientar al familiar del paciente.

Surge ante la constatación hecha en trabajos anteriores de investigación, de la desinformación que poseen dichos familiares sobre la U.C.I.

Se constataron resultados cualitativos y cuantitativos de procesos psicoterapéuticos aplicados a las familias, con intervención de psicoterapias breves.

El profesional que actuó en ello brinda acompañamiento emocional, integrando lo científico, lo técnico y lo moral con el ingrediente humanitario.

Este programa, que sigue llevándose a cabo, tiene una estructura formal que le permite elaborar planes futuros y actividades renovadoras como una “Pasantía Docente de Psicología”, dirigida a psicólogos, quienes al terminarla reciben una credencial de asistencia de 200hs.

Entre los planes a largo plazo se está efectuando un seguimiento de la evolución del método psicoterapéutico según la propuesta Logoterapéutica de Viktor Frankl.

Se considera comprobado que los profesionales de Psicología como miembros del Equipo de Salud son efectivos al contribuir con técnicas especializadas a la interpretación y significado que se da al proceso de enfermedad con el sufrimiento que acarrea.

Insiste en que debe haber un estilo de contención y una política de la misma que permita ir diciendo lo que realmente está ocurriendo, para que no caigan como noticias nuevas.

La integración de los aspectos señalados de dicho método psicoterapéutico permite una conciencia de límites que ayude a no caer en el encarnizamiento terapéutico, lo que permite una mejor mirada a los pacientes y familiares.

Algunos de los objetivos propuestos en este trabajo, coinciden con la propuesta del PAP, formación de un equipo de apoyo, comunicación entre médicos y familiares en el informe del paciente. No se da como marco teórico la Logoterapia y además son las mismas autoridades del Hospital quienes se encargan del presupuesto del equipo.

D) La Dra. Ana María Castañeda, (Hoy Doctora en Psicología de la Universidad Femenina del Sagrado Corazón, Lima, Perú) desarrolla un artículo haciendo referencia al duelo en pacientes y familiares en situaciones de urgencia y cuidados críticos, señala el proceso de intervención con pacientes y familiares ante situaciones de emergencia y Cuidados Intensivos donde reconoce:

- El estrés ocasionado por la enfermedad en unidades críticas, siendo necesario promover el funcionamiento orgánico, psicológico y social.
- Señala además la *prevención y reducción* de la *tensión psíquica*: el primer paso es reducir la tensión psíquica en el paciente y la familia, ya que los conflictos afectivos y emocionales, van a condicionar la salud del paciente.
- Otra alternativa sugerida es que el paciente y su familia expresen sus sentimientos y se fomente un diálogo, evitando caer en la depresión y el retraimiento con signos de desesperanza.
- Aclara que la enfermera, debe comprender el estado afectivo del paciente. Además se debe estimular y respaldar la participación del paciente y su familia en la toma de decisiones por ejemplo en un tratamiento a seguir. Esto los capacita a tomar con responsabilidad las normas necesarias para la salud del paciente, cuando es dado de alta.
- Otro aspecto, es conservar un entorno sensorial controlado, conectado al paciente y familiar en forma continua con la realidad.

Frente al paciente moribundo la enfermera deberá tener en cuenta:

- Analizar sus propios sentimientos con relación a la muerte.
- Estar presente física y emocionalmente.
- Respetar la relación familiar-paciente, antes que la relación médico-paciente.
- Velar por la intimidad del paciente y su familia.
- Dar oportunidad a la familia para ejercer sus ritos religiosos.

Concluye diciendo, que la protección del paciente de sus riesgos potenciales y la consecución de los objetivos asistenciales fijados, exigen atención sanitaria de mejor calidad.

Aunque no se encuentran datos sobre el seguimiento del método logoterapéutico, el saber que en este momento se está haciendo, constituye una sorpresa y un incentivo para continuar con el proyecto propuesto.

E) En el Hospital Ángeles del Pedregal (México), realizan un trabajo en equipo que brinda apoyo emocional, al paciente y su familia, cuenta con la

presencia de las psicólogas: Leticia Soria Bejar, Elizabeth Nicolau Nedal y Loris Nacif, su labor comenzó hace 18 meses y previenen desordenes que se producen en el momento de la crisis. La especialidad es la atención de niños hospitalizados que tienen patologías graves como ser: leucemia u otras enfermedades crónicas. Dentro de la contención psicológica de la familia se da prioridad a los hermanos, ya que estos fantasean, tienen miedos, perciben que algo malo ocurre.

Las psicólogas no trabajan con pruebas, sino con intervenciones en crisis, el juego es la herramienta principal, suelen detectar en los hermanos, sudoración en las manos, tics, enuresis o encopresis.

Los padres de los niños enfermos no están posibilitados de hablar de la enfermedad del hijo, por la angustia que los supera y los médicos no tienen tiempo para ello.

También agregan que, cuando surge un caso complicado, lo reciben como paciente externo con una terapia de 12 sesiones, elaboran allí sus miedos y su angustia, son psicoterapias breves, si es necesario hacen una interconsulta con psiquiatras reconocidos.

El método de trabajo es abierto a otros centros de salud, que lo soliciten. En todo este enfoque se tiene en cuenta, la atención integral biológica, psicológica y social, para que el paciente se sienta abordado física y emocionalmente.

Es una propuesta para niños con enfermedades terminales, coincide con nuestro proyecto, en el abordaje familiar, pero no es específico de un área hospitalaria, es abierto a otros centros asistenciales, mientras nuestro proyecto esta circunscripto a la Unidad de Terapia Intensiva.

F) En el Hospital Virgen Macarena de Andalucía, España, el Equipo de Salud Mental, dirigido por la Consejería de Salud. Ha elaborado un plan integral para mejorar la calidad de vida de los pacientes con trastornos mentales y sus familiares. Por este motivo el plan ha integrado los objetivos y las líneas de acción a las demandas expresadas por todos ellos.

De este modo esta iniciativa les permitió avanzar en la mejora del modelo de atención en salud mental, donde los familiares puedan tener un descanso en su labor de cuidados.

Los pacientes y los familiares reciben una atención personalizada, donde se designa a cada paciente y su familiar una enfermera referente, para establecer una relación que facilite la planificación de sus cuidados y su seguimiento.

Además los familiares pueden consultar a la línea telefónica: “Salud responde”, a los profesionales que llevan el caso.

Uno de los objetivos del Equipo es equiparar en los servicios públicos un régimen de igualdad en los problemas de salud física.

Según la patología del paciente, los mismos son derivados a hospitales de día donde asisten los enfermos con procesos mentales agudos. También el Equipo posee comunidades terapéuticas, dirigidas a pacientes mentales graves que no han encontrado mejoría con otras estrategias terapéuticas.

El Equipo de Salud Mental posee además la colaboración de enfermeras de Salud Mental y de las enfermeras comunitarias con enlace en los talleres dirigidos a cuidados familiares de pacientes frágiles, quienes reciben atención domiciliaria.

En este modelo vemos algunos puntos de semejanza con el PAP: la atención a los familiares de los pacientes y la red telefónica a disposición de los mismos. Difiere en la falta de presentación de un marco teórico.

5 - DESCRIPCIÓN

DEL LUGAR DEL TRABAJO

HOSPITAL NACIONAL DE CLÍNICAS

DE CÓRDOBA

5 1 - CONSIDERACIONES PREVIAS

La Terapia Intensiva del Hospital Nacional de Clínicas de Córdoba, se encuentra en el 2º piso y está equipada con instrumental tecnológico de avanzada. Posee 8 camas separadas por boxes. Tiene una sala para los médicos y residentes y una recepción para los familiares y el despacho del Médico Director. Los pasillos aledaños se utilizan para que los familiares esperen el horario de ingreso.

5 -2 - BREVE GÉNESIS DE LA TERAPIA

INTENSIVA EN ARGENTINA

Las Unidades de Terapia Intensiva se usaron por primera vez a principios del decenio de 1950 para enfermos de poliomielitis, que requerían ventilación artificial, citado por Garelli y Rivarola (1980).

Consiste en la sala de un hospital donde se interna a los pacientes que necesitan de atención médica las 24 horas del día. Cuenta con aparatos de alta complejidad, altamente esterilizados, visitas restringidas.

Con la especialización en el campo de la medicina surge la necesidad de un ambiente óptimo y un personal médico especializado; es allí donde se crean las Unidades de Terapia Intensiva.

La misma está presente en casi todos los hospitales y clínicas privadas. Surgen así las Terapias Intensivas de Orientación General donde se atiende a todo paciente en estado de riesgo.

Las Unidades de Terapia Intensiva tienen la posibilidad de, a través de las instalaciones, el personal capacitado y la tecnología, asistir al paciente crítico.

Características peculiares de la Terapia Intensiva:

- Alta proporción entre enfermeros y pacientes.
- Médicos fácilmente disponibles.
- Capacidad para suministrar vigilancia hemodinámica.
- Disponibilidades técnicas de sostén respiratorio.
- Capacidad para suministrar goteo intravenoso continuo y supervisado de sustancias farmacológicas.

Lo más importante de esta investigación es implementar la asistencia a los familiares de los pacientes que están en Terapia Intensiva; para ayudar la relación en el proceso salud-enfermedad en situaciones críticas.

5 -3 DINÁMICA DE LA U.T.I. DEL HOSPITAL NACIONAL DE CLÍNICAS

Se considera factible para el desarrollo del P.A.P. la institución salud bajo las categorías logoterapéuticas, ya que se adecuan para situaciones límites como se dan en la Terapia Intensiva.

Los miembros que componen el Equipo de Salud coinciden en una dificultad relacionada en el contacto con los familiares del paciente, quienes no son

atendidos por un médico relativamente fijo. Esto sucede, porque cada día hay un profesional distinto para dar el informe, con las modalidades propias de cada uno, que varían en temas centrales como son el aviso de la muerte del familiar, o la gravedad de la vida. Algunos opinan que se debe avisar paulatinamente, otros lo hacen en forma intempestiva, lo cual agudiza la sensibilidad y la exacerban en grados donde la salud mental del familiar puede sufrir un gran detrimento.

En este momento el Hospital de Clínicas de Córdoba está construyendo el nuevo quirófano y la sala de Terapia Intensiva, lo cual al renovar el lugar físico, aumenta el número de camas, hará necesario, con mayor urgencia la aplicación del proyecto propuesto, si se quiere lograr la salud para todos: pacientes, familiares y agentes de salud.

5 4 - BREVE RESEÑA HISTÓRICA DEL HOSPITAL NACIONAL DE CLÍNICAS

El Hospital-Escuela fue una imperiosa necesidad ante la creación y puesta en marcha de la Facultad de Ciencias Médicas, el 10 de octubre de 1877.

Por iniciativa del Prof. Luis Rossi, integrante del Cuerpo Directivo, se solicitó al Gobierno Nacional, el 27 de marzo de 1880, un terreno ubicado en el frente sur del Colegio de Nuestra Señora de Monserrat. Es decir sobre la esquina de la calle de la Universidad y San Luis, (hoy Obispo Trejo y Duarte Quirós respectivamente).

El Hospital construido sobre un terreno de 14.500 metros cuadrados, tenía un cuerpo principal constituido por diez pabellones, a ambos lados de una galería central, a la manera de columna vertebral, con cinco salas de hombres a la derecha y cinco de mujeres a la izquierda. Cada una de ellas, de treinta y dos metros de largo por ocho de ancho y seis de altura, con nueve ventanas a cada lado. Las salas eran estucadas, con piso de mosaicos y climatizadas con calefacción a vapor.

Además, cada sala constaba de una salita para el médico Jefe de la misma; una para las enfermeras (tres para cada sala) y una salita para curaciones. El número era de 280 camas.

6 - METODOLOGÍA DE TRABAJO

6 - 1 - TIPO DE ESTUDIO

En vista de distintas situaciones problemáticas vividas por familiares de pacientes que están en Terapia Intensiva se propone elaborar un proyecto de aplicación profesional (PAP).

Éste se llevó a cabo en el Hospital Nacional de Clínicas de Córdoba, intentándose un trabajo integrado entre un Equipo de contención psicológica, los miembros del Equipo de salud de dicha Institución y los familiares de los pacientes de la U.T.I.

Este abordaje se considera necesario al constatar en varias instituciones hospitalarias la carencia de acciones concretas que atiendan a esta problemática.

Como un PAP relaciona teoría con práctica, con el fin de funcionar con efectividad en auxilio de una institución, decidimos que el marco teórico que guiaría el diseño del trabajo sustentándolo, atendería a los postulados logoterapéuticos. Frankl, (2000)

Se programó además una serie de actividades concretas coordinadas con el fin de satisfacer o resolver en alguna medida la problemática observada.

Se atendió en primer lugar para elaborar el proyecto a antecedentes previos, en la problemática a nivel hospitalario.

Luego para realizar un abordaje coherente se efectuó un análisis situacional.

A partir de éste se establecieron los objetivos generales que orientan el proyecto. Se atendió, además, a los objetivos específicos con el fin de establecer el orden que posibilita una mejor comprensión de lo buscado.

Se propusieron metas que señalan los plazos en que se llevará a cabo el proyecto en lo referente a lo establecido por los objetivos específicos.

Acompaña a lo citado anteriormente el programa de actividades, el que constituye la expresión práctica del mismo, y en el que se señala además del tiempo, la tecnología necesaria para llevar a cabo el programa.

Finalmente una vez efectuada la evaluación será posible establecer los ajustes que se deben realizar prospectivamente.

6 - 2 - PARTICIPANTES

Las entrevistas realizadas fueron 30, todas semidirigidas. Las 20 primeras tuvieron como objetivo inferir los estados psicológicos de los pacientes, los 10 restantes apuntaron a profundizar los conceptos de: sufrimiento, culpa y muerte, llamada por Frankl, (1985), “La Tríada Trágica”, por considerarla inherente en todos los seres humanos.

Las 20 primeras entrevistas, pusieron de manifiesto los sentimientos por los que pasan los familiares en el periodo de internación en la terapia, los cuales se pueden sintetizar con una palabra: angustia, es aquí donde ellos necesitan del apoyo emocional para estar en una situación de indefección.

El segundo tiempo, abarcó las 10 entrevistas restantes, donde se infiere la tríada: sufrimiento, culpa y muerte, que deberán ser abordados durante el tiempo de internación.

Estas dos constataciones ponen en evidencia los sentimientos y reacciones que tienen los familiares de los pacientes, mostrando la necesidad del abordaje psicológico por un Equipo de Contención.

6 - 3 - LA FAMILIA DEL PACIENTE

INTERNADO EN TERAPIA INTENSIVA

En el grupo familiar que tiene un paciente en Terapia Intensiva se genera una crisis.

El desgaste físico-mental producido por la falta de sueño, las distancias al Centro de Salud, la deficiente alimentación, hacen que la situación vivida sea dramática para la mayoría.

Los sentimientos que surgen en las entrevistas con los familiares, se utilizarán como categoría de análisis.

6 - 4 - TÉCNICAS DE RECOLECCIÓN DE DATOS: ENTREVISTAS

●El relevamiento diagnóstico se llevó a cabo en el Hospital Nacional de Clínicas.,

B) Debemos señalar desde el saber psicológico que cada situación humana es original y única. Por lo tanto la entrevista también lo es. Sin embargo, la originalidad de cada suceso, no impide establecer constantes generales. En las entrevistas se seguirá un orden, siendo primero, la observación, luego la hipótesis y finalmente la verificación.

C) La entrevista a los familiares será Semidirigida abarcando los siguientes ejes temáticos:

- Presentación del familiar.
- Enfermedad del paciente.
- Tiempo que lleva de internación.
- Estados que atravesó durante la internación del familiar.
- Situación económica (hospedaje).
- Contactos con el Equipo de Salud.
- Relación con los otros familiares de los pacientes.
- Necesidades que surgieron durante la internación.

D) Con las entrevistas se hará un análisis de contenido teniendo en cuenta las categorías que representan los estados por los que pasa el familiar del paciente de Terapia Intensiva, indicado en este trabajo, según el modelo técnico que lo sustenta, a fin de obtener un estado descriptivo.

Servicio: según el Diccionario de la Real Academia Española (Latín: servitium) Acción de servir, realizar importantes servicios, morir en acto de servicio.

A los efectos de nuestro trabajo llamaremos servicio de los profesionales de salud con los familiares de los pacientes internados en Terapia Intensiva, referente a información, orientación contención emocional, entre los profesionales y los familiares del paciente. Este proceso nos permitirá unir la teoría a la práctica.

La Entrevista a los familiares será Semidirigida. Teniendo en cuenta las fases por las que pasa el familiar del paciente en Terapia Intensiva, indicado en este trabajo, según el modelo logoterapéutico que lo sustenta, a fin de obtener un estadístico descriptivo.

6 - 5 ENTREVISTAS

AL JEFE DE TERAPIA INTENSIVA

Tres entrevistas realizadas al Dr. J.C. Bergottini, Jefe de la Terapia Intensiva. La primera se lleva a cabo el día 10/9/04, cuyo objetivo fue el pedido de autorización para realizar un relevamiento diagnóstico correspondiente al PAP, y la presentación del tema: “La contención psicológica de los pacientes de los familiares de los pacientes de Terapia Intensiva”.

La segunda entrevista fue semiestructurada, refiriéndose en primer lugar a la actividad que desarrolló el Dr. como jefe de la Terapia durante 30 años. Es aquí donde tiene la inquietud de formar un líder que le suceda cuando abandone el cargo.

A lo largo de la entrevista alude a la carencia de un equipo de apoyo psicológico permanente, ya que alguna vez funcionó muy aisladamente; desea que se implemente un Equipo de contención psicológica para los familiares, por considerarlo de ayuda para todos los agentes de salud.

La tercera entrevista tuvo lugar el día 23 de octubre del 2005, el propósito de esta fue indagar sobre la posibilidad de la formación de un Equipo de apoyo psicológico, constituido por una psicóloga, un asistente social y un voluntario. Esta propuesta fue aceptada y también se fijó el lugar de trabajo para el Equipo, quien ocuparía la sala de los médicos, en horarios diferentes, donde se cuenta con el material a utilizar. También se habló acerca del presupuesto para los miembros del Equipo, sugiriendo la ayuda de la Fundación Arcor.

6 6 - ENTREVISTAS AL EQUIPO DE SALUD

Se realiza una entrevista semidirigida a la Lic. Teresa Cuttab.

Señala a lo largo de la entrevista la necesidad de unificar criterios médicos, cuando se deben dar los informes, manifestando una falencia de la Terapia en la diversificación de los informes. Estos son dados por médicos distintos cada día, razón por la cual se suscitan reacciones desfavorables en los familiares al respecto.

Manifiesta su aprobación frente a la propuesta de la creación de un Equipo de contención psicológica, prefiriendo que vengan gente de afuera, entendiéndose esto, al personal que trabaja en el Hospital, porque las experiencias fueron negativas en el pasado.

Análisis de la entrevista semidirigida que se llevó a cabo el 22/8/05, con el Dr. Marcelo Andreotti.

En la entrevista se puso de relieve la reacción a veces desfavorable que tienen los familiares frente al agravamiento de la enfermedad del paciente o frente a la muerte. De aquí surge la propuesta de la implementación de un Equipo de apoyo psicológico, el cual es aceptado por la dificultad que tiene el médico para abarcar áreas que son competencia del Equipo.

Entrevista a la Dra. Yanina Betosso, se realizó en forma conjunta con el Dr. Andreotti, coincidiendo en la misma los puntos relacionados con la formación de un Equipo de contención, ya que muchas veces, no pueden atender emocionalmente a los familiares porque los desborda.

Entrevista a la Dra. María José Guzmán, es realizada el 5/9/05, fue una entrevista semidirigida.

Durante la misma y refiriéndose a los familiares expresa que ella llama a psicólogos amigos cuando el familiar lo necesita, ya que no debe involucrarse afectivamente con los pacientes.

Con respecto a la función de un Equipo de contención, ve excepcional la implementación.

Entrevista a la Supervisora General del Hospital de Clínicas Juana Villalba.

En el desarrollo de la entrevista la supervisora manifiesta la necesidad de implementar un Equipo de contención psicológica, ya que el sufrimiento es muy grande y para poder contenerlo tienen que ser personas especializadas. Agrega que el Hospital posee un valioso Equipo de voluntarios, los cuales trabajan muy bien, junto al enfermo; esto podría aprovecharse para colaborar con el Equipo a formarse.

6 7 - INSTRUMENTOS UTILIZADOS

Entrevista Semiestructurada sería confeccionada alrededor de los siguientes Ejes Temáticos:

Estructura Relaciones Experiencias de trabajos anteriores.

6 - 8 - ENTREVISTA SEMIESTRUCTURADA PARA EL EQUIPO DE SALUD

- Carga que actualmente posee.
- Tipo de relación con la familia de paciente internado en Terapia Intensiva.
- Aspectos de la Terapia Intensiva que afecta a la familia del paciente internado.
- Ambiente físico en que se atiende a la familia.
- Ventajas y desventajas de la atención del familiar del paciente de Terapia Intensiva.
- Si ha pensado algún proyecto para realizar en esta línea de atención.
- Qué cambios efectuaría en la Terapia Intensiva con relación a los familiares.
- Equipo interdisciplinario: proyecto.

7 - RESULTADOS

ANÁLISIS DE LAS ENTREVISTAS AL EQUIPO MÉDICO Y A LOS FAMILIARES DE LOS PACIENTES

A) TÉCNICAS DE TRABAJO: ENTREVISTAS

Se realizaron entrevistas semidirigidas con el Equipo Médico y 30 familiares. Las 20 primeras infirieron los estados psicológicos como ser: ira, aceptación, sentido de la enfermedad, adormecimiento de las emociones, shock emocional.

Las mismas tuvieron como objetivo fundamental el engarce entre teoría y práctica utilizando como herramientas el contenido de cada respuesta del

cuestionario.

Desde la teoría se tuvo en cuenta el decir de Frankl. La “tríada trágica”: sufrimiento, culpa y muerte; y si es genuino nuestro deseo de acompañar a la gente que sufre un dolor emocional, constataremos que esta tríada está presente en todos los seres humanos, *Lukas*, (1985), y en particular en los participantes entrevistados.

El otro objetivo fue llevar a la práctica el proyecto sobre la implementación de un Equipo para poder contener psicológicamente el sufrimiento de los familiares de los pacientes de Terapia Intensiva.

Los cuestionarios utilizados fueron:

B) MODELO DE CUESTIONARIO PARA EL EQUIPO MÉDICO

- 1 ¿Cuánto tiempo hace que trabaja usted aquí?
- 2 ¿Cómo se da el contacto médico-familiar en esta Terapia?
- 3 ¿En relación con el sufrimiento-muerte qué percibe en los familiares de los pacientes?
- 4 Cree usted que un Equipo integrado por: psicólogo, asistente social y un voluntario para contener a los familiares de los pacientes ayudaría al Equipo de Salud. ¿En qué?

C) MODELO DE CUESTIONARIO PARA FAMILIARES DE PACIENTES EN TERAPIA INTENSIVA

- 1 ¿A quién tiene internado?
- 2 ¿Cuánto tiempo hace que esta en Terapia?
- 3 ¿Dónde vive usted?
- 4 Durante la internación de su familiar ¿Cuáles han sido sus sentimientos?
- 5 ¿En estos días de internación experimentó la necesidad de hablar con alguien? ¿Cree usted que lo ayudaría?

ANÁLISIS DE LAS ENTREVISTAS AL EQUIPO MÉDICO

Todos los profesionales entrevistados coinciden en que los recursos médicos disponibles de esta Unidad de Terapia Intensiva son complejos y no alcanzan a cubrir las necesidades de los familiares ya que el objetivo fundamental es recuperar la vida y la salud de los pacientes, cuando esto es humanamente posible.

Los profesionales entrevistados afirman que en la U.T.I. el paciente produce una fuerte conmoción social, de allí que necesita instrumentos humanos capacitados en psicología, los cuales puedan implementar técnicas para ayudar a los familiares. Estos se tranquilizan cuando encuentran mejor comunicación con los agentes de salud.

El proyecto de implementar un Equipo de contención psicológica, es aceptado por unanimidad por el Equipo Médico aduciendo que ellos no pueden

involucrarse afectivamente con los familiares de los pacientes. Explicitan que ellos, a veces, requieren atención en momentos en que no pueden hacerlo por su actividad profesional.

Se presentan sugerencias para el futuro proyecto en función de sus conocimientos del lugar y necesidades de la Terapia.

CONCLUSIONES DE LAS ENTREVISTAS A LOS FAMILIARES DE LOS PACIENTES

De las diez entrevistas realizadas todos los participantes experimentaron: miedo ante la muerte y sufrimiento por el familiar que está en Terapia internado.

Algunos tuvieron culpa por hechos relacionados con el familiar.

Los diez entrevistados manifestaron la necesidad de ser contenidos por un Equipo.

Este análisis cualitativo corrobora la necesidad de implementar un Equipo de contención psicológica con este fin, contener a los familiares, esto ayudará a todo el Equipo de Salud, el cual no puede abarcar la contención psicológica fuera de la Terapia.

Algunos familiares, tuvieron que ser abordados en dos entrevistas, porque así lo requería su situación personal, en dos casos se entrevistó a otro miembro de

la familia.

8 - CONCLUSIÓN

ACLARACIONES PREVIAS

El proyecto se llevará a cabo durante el año 2006 en el Hospital Nacional de Clínicas a partir del mes de marzo, con ocho encuentros cuyo contenido está detallado en el mismo, como así también el calendario de actividades.

El Equipo fundamentalmente tiene las siguientes funciones específicas: desarrollar destrezas en los familiares para aliviar la situación que atraviesan y realizar un enlace de comunicación en relación con el informe médico que deben recibir los familiares.

Además de proveer los auxilios religiosos de acuerdo a la creencia del familiar que lo solicite y realizar acciones que consistirán en: contención personalizada de los familiares; talleres experienciales, distribución de

folletos con el contenido básico de bioética.

**8 1 - PROGRAMA
DE CONTENCIÓN PSICOLÓGICA
Para los familiares de los pacientes de U.T.I.
(Hospital Nacional de Clínicas de Córdoba)**

El objetivo de este trabajo es crear redes entre el Equipo de contención psicológica y los familiares de los pacientes en U.T.I. a fin de canalizar los estados psicológicos por los que pasa el familiar del paciente en U.T.I., con el fin de lograr una mayor armonía entre el Equipo de Salud y los familiares.

Se propone la creación de un equipo de contención psicológica compuesto por: Psicólogo, Asistente Social y un voluntario.

Una vez constituido éste, se podría facilitar el acceso rotativo de los miembros del Equipo a la asistencia de los familiares en distintas horas de día, ya que se considera una necesidad imperiosa su implementación.

FUNDAMENTACIÓN

Luego de una larga experiencia vivenciada como protagonista de situaciones conflictivas en toda el área de salud, de algunos hospitales de la Ciudad de Córdoba, me interesé en la búsqueda de respuestas a estas instancias, específicamente a los familiares de los pacientes. Los agentes de salud se ocupan principalmente de los pacientes, ésta es su función prioritaria, pero los familiares que vivencian la enfermedad de otra manera, se sienten ignorados en sus sentimientos y vivencias.

Es por ello que estos necesitan de agentes específicos para su contención psicológica.

De allí esta propuesta que se inserta en la Terapia Intensiva de Hospital Nacional de Clínicas.

Considero, debido a que este programa se sustenta en los postulados de la Logoterapia de *Viktor Frankl*, que dará un valioso aporte frente a las situaciones críticas que se viven cotidianamente en cualquier terapia intensiva

de cada hospital de nuestra provincia.

Dice *Frankl*, (1994, pg: 155), “*El sentido de la vida difiere de un momento a otro, de una hora a otra hora. Así pues lo que importa no es el sentido de la vida en términos generales, sino el significado concreto de la vida de cada individuo en un momento dado*”, acorde a esta visión el presente trabajo se basa fundamentalmente en el sentido de la vida, el sufrimiento y la muerte.

MARCO INSTITUCIONAL

La institución donde se desarrolla el programa es el Hospital Nacional de Clínicas de la ciudad de Córdoba.

Es un Hospital-Escuela creado el 10 de octubre de 1877. Es una Institución histórica y de gran importancia en la oferta de salud pública de la Ciudad de Córdoba y su zona de influencia.

Es relevante su actividad académica en el marco de la Facultad de Medicina de la Universidad Nacional de Córdoba.

FINALIDAD DEL PROGRAMA

Este programa pretende contener psicológicamente a los familiares de los

pacientes de la Unidad de Terapia Intensiva, por ello se recurre a la teoría elaborada por Viktor Frankl, llamada "Logoterapia" (ver marco teórico)

OBJETIVOS

Ahondar en conceptos de sentido de la vida, el sufrimiento y la muerte, según el enfoque logoterapéutico.

Identificar los principales sentimientos y reacciones de los familiares de los pacientes de la U.T.I.

Realizar un relevamiento diagnóstico de los familiares de dicha unidad.

Capacitar un Equipo de contención psicológica, elaborando un programa pertinente.

METAS

Nº 1.

Aplicar técnicas de contención logoterapéuticas.

Acompañar desde el primer momento los procesos de duelo en los familiares de los pacientes, cuando lo necesiten o requieran.

Nº 2.

Facilitar la comunicación entre familiares y los agentes de salud.

Ayudar a vivir dignamente a los familiares este proceso de internación.

BENEFICIARIOS

Directos

Los familiares de los pacientes internados en U.T.I., del Hospital Nacional de Clínicas durante el año 2006.

Indirectos

- Enfermos de dicha unidad.
- Equipo médico y todos los agentes de salud que trabajan en el Hospital.

RESPONSABLES DEL PROYECTO DE CONTENCIÓN PSICOLÓGICA

Autora: Lydia Giustetto.

Corresponsables: Un psicólogo, un asistente social y un voluntario.

LÍNEAS OPERATIVAS DE ACCIÓN

- Diagnóstico aproximativo de los familiares a cargo de los responsables del programa: observación, entrevistas, contención personalizada a los familiares de los pacientes de U.T.I., talleres experienciales y sistemáticos del grupo

especializado en contención psicológica.

- Formación de un Equipo de Contención basándose en una selección realizada por la responsable del programa y de la oferta de los interesados.
- Curso de capacitación del Equipo.
- Los miembros del Equipo usarán guardapolvos con color a determinar.
- Se pondrá a disposición de quienes tengan necesidad un número de teléfono donde pueda responder un miembro del Equipo según el horario estipulado.

CRONOGRAMA DEL CURSO

Comienzo de actividades: Mes de julio de 2006 (por razones institucionales).

Días y horarios: Martes y jueves, de 15hs. a 18hs.
3hs. semanales por encuentro.

Número de encuentros: 8 (ocho).

CONTENIDO DE LOS ENCUENTROS

Encuentro 1:

- Presentación y conocimiento de los miembros a través de la técnica: “Todos saben todo”. Consiste: 1º) en trabajar de a dos haciendo su presentación cada uno. El tiempo establecido es de 20 minutos. 2º) Se cambian las parejas y se emplea el mismo tiempo que en el punto uno. 3º) Se sacan las conclusiones del trabajo realizado en común.

Otra técnica a aplicar es el dialogo con temas como: expectativas del curso, culminando en una puesta en común con conclusiones que se expresarán en la asamblea.

- Lectura y comentario del programa a cargo de la responsable del mismo.

Encuentro 2.

Exposición dialogada a cargo del Capacitador sobre el sufrimiento desde la perspectiva de la Logoterapia.

Encuentro 3.

Conferencia de especialista invitado Dr. *José Alessio*, sobre principios de bioética.

Encuentro 4.

Dinámica grupal: intercambio de experiencias y operaciones a cargo del Capacitador y miembros del grupo del Equipo. Tema: La muerte, diferentes actitudes hacia ella.

Encuentro 5.

Charla explicativa a cargo de un familiar de un ex-paciente. Tema: Sufrimiento de los familiares.

Encuentros 6 y 7.

Lectura y comentario del material:

- Superando la tríada trágica: sufrimiento, culpa y muerte. *Lukas*, (1985).
- El hombre doliente. *Frankl*, (1994).

Invitado especial Dr. Claudio García Pintos, presentación del libro:

“Viktor Frankl. La humanidad posible”. *García Pintos*. (1995)

Encuentro 8.

- Evaluación y cierre del curso.
- Trabajo grupal reflexivo.

Aclaración:

El material bibliográfico será leído por los miembros del Equipo de contención psicológico, fuera de los encuentros.

CALENDARIO DE ACTIVIDADES

El Equipo de contención psicológica trabajará durante todo el año 2006 en dos momentos del día en los horarios de:

12hs. a 13hs. y de 16hs. a 18hs.

Otras acciones:

- Distribución de folletos con las nociones de bioética.
- Evaluación de la repercusión intrainstitucional del programa de manera permanente.
- Realizar acciones de acompañamiento y contención psicológica con los familiares de los pacientes.

**LOCALIZACIÓN FÍSICA
Y COBERTURA ESPACIAL**

Sala de médicos del Hospital Nacional de Clínicas y pasillos aledaños de la Unidad de Terapia Intensiva.

EQUIPAMIENTO**Recursos humanos:**

Miembros del Equipo, coordinador, psicólogo, asistente social y voluntario.

Recursos materiales:

Dado que la sala de médicos cuenta con mesa y sillas, una computadora y un grabador, se utilizarán estas herramientas existentes en las siguientes actividades:

- La computadora se utilizará para registrar los datos de los familiares de los pacientes y para imprimir los folletos que contienen nociones de bioética.
- El grabador se usará en las entrevistas de los familiares.
- La mesa y las sillas, serán el centro físico de las reuniones de Equipo de contención psicológica.

Recursos técnicos:

IMPACTO DEL PROGRAMA

Los médicos de la Terapia Intensiva que demandaban estas acciones encontrarían un apoyo y ayuda importante en el Equipo de Contención Psicológica en cuanto a los permanentes requerimientos de los familiares.

El resto del personal de salud, del área afectada experimentaría alivio en algunas situaciones de tensión, ya que son demandados en momentos en que no pueden atender a los familiares.

Los familiares como principales beneficiarios experimentarían una contención significativa a sus angustias ante estas situaciones de estrés y lo harían extensivo a otros familiares involucrados.

Los pacientes se verían beneficiados de manera indirecta, porque los familiares que los visitan contarían con contención psicológica mientras acompañan al paciente.

Además estaríamos ante una experiencia innovadora para este Hospital y otros nosocomios públicos de la ciudad, que aún no cuentan con este servicio específico.

Se fundamenta esta propuesta en la escasez de antecedentes al respecto en el resto del país (Ver Antecedentes pg. 24)

Por otro lado, atendiendo al quehacer de la Psicología que actúa en cualquier lugar que se ofrezca un hecho humano, se ampliaría, de esta manera, en el ámbito de la ciudad de Córdoba en particular, el campo laboral para los Agentes de Salud Mental, como los Psicólogos. El impacto estaría así encuadrado, tanto en el corto como en el mediano plazo.

9- BIBLIOGRAFÍA UTILIZADA

- *Abordaje psicoterapéutico en diálisis*, Revista: Nefrol y Trasplante N° 55, Diciembre (2001), consultada el 7-2-06.
- Acerbi, N, y Cremades, M, y Fontana Cabanillas, A, y Sami Ruiz, L,
Recuerdos del Ayer y Hoy en el Hospital Nacional de Clínicas, - Albistur, M C, y Bacigalupo, H, y Gerez, J, & Uzal, M, y Ebeid, A, & Maciel, M, & Soto, J. (2003) Ed. Taller Gral. De Imprenta de la Secretaría de Extensión Universitaria. Córdoba. Argentina.
- Almanza Muñoz, J. de J. (2000) *Aspectos Psiquiátricos y Neuropsicologuitos en Pacientes de Terapia Intensiva*. Revista de Sanidad Militar México (2000); 54 (1) Ene-Feb. 48 53.
- Biografía de Viktor E. Frankl (2004) presentado por la Sociedad Mexicana de Análisis Existencial y Logoterapia. Recuperado el 2-4-05 de [http// www.logoterapia.com.mx/about.vfbio.html](http://www.logoterapia.com.mx/about.vfbio.html).
- Bretones, F. (1995) *La Logoterapia es obvia*. Ed. San Pablo, Buenos Aires, Argentina.
- Cecil, E, (1988), *Tratado de Medicina Interna*, Ed. Interamericana, México.
- *El duelo de parientes y familiares en situaciones de urgencia y cuidados críticos*, (s.f.) presentado por Ana María Castañeda, Universidad Femenina del Sagrado Corazón Lima Perú Recuperado el 4-2-06.
(anamariacastaneda@gmail.com.)
- *El servicio de apoyo Psico-social en UCI*, (s.f.) Recuperado el 7-2-06 <http://www.bioetica.org.ve/center9htm>.
- Etcheverry, J.A. (1999) *Salud mental, Logoterapia y Liberación*. Ed. Lugar, Buenos Aires, Argentina.
- Frankl, V. (1985) *La presencia ignorada de Dios, Psicoterapia y Religión*, Ed. Herder, Barcelona, España.
- Frankl, V, (1986) *La idea psicológica del hombre*, Ed. Rialp, Madrid, España.
- Frankl, V, (1988), *Fundamentos y aplicaciones de la Logoterapia*, Ed. San Pablo, Buenos Aires, Argentina.
- Frankl, V, (1995), *La psicoterapia en la práctica médica*, Ed. San Pablo, Buenos Aires, Argentina.

- Frankl, V. (1997) *Lo que no está escrito en mis libros*. Memorias, Ed. San Pablo, Buenos Aires, Argentina.
- Frankl, V. (1998), *El hombre en busca de sentido*, Ed. Herder, Barcelona, España.
- Frankl, V. (2002), *Psicoanálisis y Existencialismo*, Ed. Fondo de la Cultura Económica, México.
- García Pintos, C. (1998) *Seminario Introductorio al Análisis Existencial y a la Logoterapia*. Ed. Almagesto, Buenos Aires, Argentina.
- García Pintos, C. (1998) *Viktor Frankl "La humanidad posible"*, Ed. Almagesto, Buenos Aires, Argentina.
- Garelli, A. y Rivarola, A., (1996), *Asistencia a los familiares de los pacientes de Terapia Intensiva*, Tesis de investigación, Facultad Nacional de Psicología, Córdoba.
- Giustetto, L. y Uribe, M., (1996), *El Servicio Social*, apuntes inéditos.
- Guberman, M y Pérez Soto, E., (2004), *Diccionario de Logoterapia*, 1ª Ed. Humanitas, Buenos Aires, Argentina.
- *Intervención psicológica hospitalaria*, (s.f.) Extraído el 5-5-05. Presentado por: www.territorioidigital.com.ar
- *La buena comunicación es esencial en la recuperación*, www.territorioidigital.com.ar Recuperado el 13-11-05
- *La familia del paciente internado en la Unidad de Cuidados Intensivos*, revista médica de Uruguay, (2000), vol. 16, N° 3, consultada el 6-11-05.
- Los principios en que se basa la Logoterapia. Documento de presentación de la Sociedad Mexicana de Análisis Existencial y Logoterapia. Recuperada el 5-10-2004 www.logoterapia.com. abut.principals.
- Lukas, E. (1985) *Superando la Triada Tragica*, Ed. San Pablo, Buenos Aires, Argentina.
- Lukas, E. (2001), *Psicología Espiritual*, Ed. San Pablo, Buenos Aires, Argentina.
- Lukas, E. (2002), *Una vida fascinante*, Ed. San Pablo, Buenos Aires, Argentina.
- Martínez Ortiz, E. (2005) *Psicoterapia y sentido de la vida Psicología clínica de orientación psicoterapéutica*, Ed. Colectivo Aquí y Ahora, Bogotá, Colombia.
- Salud mental en situaciones de desastre. Efectos psicológicos en los equipos intervinientes. (s.f.) Lic. Claudia Gómez Prieto. Hospital de Clínicas, Facultad de Medicina, Universidad de Buenos Aires. Argentina. Recuperado

el 27-1-06. Cgprieto@sinectis.com.ar.

- Sánchez Bustos, M, (1987), *Los principales temas de Viktor Frankl*, Ed. Martín, San Juan, Argentina. Recuperado el 22-2-06.

- Weisskoff, Et. (1955) *Logotherapy and Existencial Análisis. Acta Psicoterapéutica Citado por Frankl (2000) en Fundamentos y Aplicaciones de la Logoterapia*.

- "Sociedad Mexicana de Análisis Existencial y Logoterapia" presentado por la Sociedad Mexicana de Análisis Existencial y Logoterapia. Recuperado de [www.logoterapia.com mx/about.html](http://www.logoterapia.com.mx/about.html).

- *Superando la tríada trágica*, oiing@siscor.bilnal.edu.ar consultada el 7-11-05

10 -ANEXO

ENTREVISTA a la Licenciada Teresa Cuttab

La licenciada ocupa el cargo de Jefa de Enfermeras.

El servicio de enfermería esta constituido por 14 enfermeras.

La sala de Cuidados Intensivos consta de 8 camas, con un personal que se releva en cada turno.

El informe médico lo da un médico distinto cada día, no hay regularidad en ello, y dada a la variedad de opiniones esto crea inestabilidad y desasosiego en los familiares. Algunos médicos dan el informe en privado, otros en la sala de espera, frente a los demás familiares de los otros pacientes.

La Terapia Intensiva en el Hospital de Clínicas en este momento es flexible, los familiares pueden ingresar cuando el estado del familiar lo requiere, sobre todo en la hora de comer.

Como la presencia del médico es rotativa por ser Hospital Escuela, se plantea la necesidad de tener un médico coordinador, quien se responsabilizaría de informe que recibe el familiar.

Frente a la pregunta si se ve la presencia de un equipo de contención psicológica, responde que sería de mucha ayuda donde podrían integrarse: Nutricionistas, Fisioterapeutas y Psicólogos.

Ve la necesidad de una contención psicológica para los familiares, manifestando que el psicólogo debe ser proveniente de otro centro de salud, para que no trabaje subjetivamente ya que conoce personas lugares y la problemática que surge desde “dentro” del Hospital.

Al final de la entrevista, sugiere la presencia de algunos psicólogos para que orienten a todo el personal de la Terapia Intensiva.

PRIMERA ENTREVISTA

Al Jefe de la Guardia de la Terapia Intensiva.

El día 22/08/05 se realiza la entrevista con el Dr. Marcelo Andreotti, quien trabaja en esta Unidad desde hace 5 años; su actividad es full-time, es integrante del Equipo, constituido por dos médicos que hacen el post-grado.

La entrevista transcurrió con siguientes ejes temáticos.

Enfermos que se encuentran en este momento, y la capacidad de la Terapia. Nos dice:

La terapia contiene 8 camas, en este momento hay 7 internados, la mayoría están graves.

- ¿Cómo informan a los familiares?
- Lo hacemos en forma privada, el parte médico lo dan los médicos que están en la guardia, es rotativo.
- ¿Cómo reaccionan los familiares y quien los contiene?
- Según la edad del paciente, reaccionan agresivamente, sobre todo si es repentino; cuando hay una enfermedad crónica se puede contener mejor a los familiares.
- ¿Cómo ve la formación de un equipo interdisciplinario, que ayudará a contener a los familiares, hubo alguno?
- Me parece muy adecuado, porque nos ayudaría a trabajar mejor en nuestra área específica, ya que nosotros tenemos que estar fríos en la atención afectiva, si no, no podríamos hacer nuestro trabajo como médicos.
- Si hubo ayuda desde Salud Mental, pero se fue disgregando hasta que desapareció, ahora que se esta construyendo la nueva sala de Terapia y el quirófano, sería muy oportuna una ayuda ya que van a aumentar el número de pacientes. Habría que probarlo.
- Termina la entrevista, porque el medico debe dar los informes.

ENTREVISTA a la Dra. Yanina Batosso (Miembro del Equipo Médico)

Integra el Equipo Médico, porque está haciendo el post-grado, tiene guardias tres veces por semana.

Se le hacen las mismas preguntas que al Dr. Andreotti, respondiendo en forma conjunta.

- Ve la conveniencia de un Equipo interdisciplinario ya que este ayudaría a los familiares, de los cuales ellos pueden contenerlos solo desde su práctica médica.

SEGUNDA ENTREVISTA al Jefe de Terapia Intensiva Dr. Juan C. Bergottini

E- ¿Desde cuando es usted Jefe de la Terapia?

Dr.- Comencé en el año 86, estuve en la misma siendo practicante y desde el año 77 al 86 fui médico de guardia, entiendo que mi actividad debe ser fundamentalmente testimonio es decir lo que digo debe ser consecuente en mi obrar. Frente a una necesidad del paciente debo hacer todo lo que esta a mi alcance, si tengo que lavarlo, lo debo hacer, sin resguardarme en mi categoría de médico. Esto es difícil de entender para la generación joven, quien se ve muy apremiada por la inmediatez.

Yo he trabajado en España, y considero que lo más importante en una Terapia Intensiva, es la interrelación mutua, en armonía con todos los integrantes de la salud, y los familiares. En la formación no se integra la búsqueda de los valores, observo que las mujeres que siguen la carrera son más tenaces que los hombres, quienes muchas veces se escapan a la realidad.

E- ¿Cómo se da el contacto médico-familiar en esta Terapia?

Dr.- Dado que es un Hospital Escuela el informe lo dan distintos médicos cada día, esto crea un malestar, debido a la inmadurez de ellos, por ej.: salen de la sala y preguntan quien necesita un certificado, frente a la extrañeza de la pregunta el familiar le dice: ¿que certificado? De defunción le responde, y todavía el familiar no sabe si murió el paciente.

E- ¿No se puede conversar, el cómo dar la respuesta?

Dr.- Si se hace, pero en la práctica suceden a veces, estas cosas, yo estoy deseando formar un líder para que continúe una conducción altruista, sin irse a los extremos, hay que flexibilizar a veces, otras se necesita ser firme.

E- ¿Tuvieron en la Terapia experiencia de un equipo interdisciplinario?

Dr.- Sí, pero se fue diluyendo.

E- ¿Qué piensa de la creación de un nuevo equipo para la contención de los familiares?

Dr.- Me parece óptimo, me gustaría que participaran psicólogos, junto a los otros agentes de salud, le pediría a usted que cuando termine su trabajo siga viniendo y podría darle charlas a los que trabajan aquí.

E- ¿Cómo se proyecta la nueva Terapia Intensiva?

Dr.- Tendrá 12 camas, y la actual será para la recuperación de los pacientes, continuaran las guardias con 3 médicos por turno. Yo soy partidario de ejercer la medicina hospitalaria, más que la privada, hoy esta está mal, dada la crisis que hay en la salud.

E- ¿Cree conveniente establecer en la nueva Terapia un médico que coordine los informes?

Dr.- No sería factible porque tendría que estar las 24 horas.

E- ¿Cree que este proyecto ayudaría a la contención de los familiares?

Dr.- Sí, me parece muy bueno.

TERCERA ENTREVISTA al Jefe de la Terapia Intensiva Del Hospital Nacional de Clínicas de Córdoba: Dr. J. C. Bergottini

Realizada durante la 2ª quincena de octubre del 2005 con el propósito para verificar si el subdicho Jefe de Terapia Intensiva, considera útil y avala la formación de un Equipo de contención psicológica.

E - ¿Cuántos años hace que usted es Jefe de la Terapia?

Dr. 18 años, estuve desde los comienzos de mi carrera.

E - ¿Cuáles son sus experiencias?

Dr. La interrelación mutua en armonía con todos los integrantes de la salud y los familiares.

E - ¿Cómo se da el contacto médico-familiar en esta Terapia?

Dr. Este es un Hospital Escuela, el informe lo dan distintos médicos cada día, esto crea malestar, por la falta de unidad de criterios. Es un punto bastante complicado.

E - ¿Qué piensa de la creación de un Equipo de contención psicológica que se dedicara a los familiares de los pacientes en la contención de la U.T.I.?

Dr. Me parece óptimo, sería una gran ayuda para nosotros, los que trabajamos en el campo de la salud. ¿Cómo estaría formado?

E - Por un psicólogo, asistente social y un voluntario.

Dr. Me parece mejor que la asistente social, la religiosa, que esta aquí en el Hospital y tiene mucha experiencia.

E - Puede ser si usted lo prefiere. ¿Hay algún lugar físico, para la atención, capacitación y el uso de instrumentos adecuados, como puede ser un aparato de TV?

Dr. Sí, contamos con el aula médica de la cual el Equipo puede usar, combinando los horarios.

E - Como todo trabajo, debemos calcular y presentar un presupuesto. ¿Tienen cooperadora?

Dr. No hay pero puede ser una O. N. G.

E - ¿Cuál cree usted con la que podríamos contar?

Dr. Arcor, tiene muy buena disposición.

E - ¿Usted puede calcular el presupuesto?

Dr. Sí, aproximadamente un sueldo de \$500 para cada uno.

E - Deberíamos calcular otro aporte para papelería y capacitación.

Dr. - \$400 pueden alcanzar, a mi me interesa este proyecto, usted tiene que venir un día con un guardapolvo recorrer la Terapia y hablar con los familiares, verá que distinto es todo. Creo que con este Equipo se solucionarían algunos problemas que nos agobian.

E - Gracias Dr., después le mostraremos el programa.

ENTREVISTA a la Supervisora General del Hospital de Clínicas: Juana Villalba.

E - ¿Cuánto tiempo hace que trabaja aquí?

S - 30 años.

E - ¿Cómo se realiza el contacto médico-familiar en esta Terapia?

S - Tanto con los jefes de sala, y los médicos tratan de acercarse a los familiares a través del informe médico, tratando de comprender las distintas situaciones.

E - ¿Cómo perciben a los familiares cuando enfrentan el sufrimiento y la muerte?

S - Se percibe tensión, soledad, gran dolor, las palabras no alcanzan, no es suficiente tiene que haber un seguimiento de parte de personas especializadas.

E - ¿Cuál es su opinión acerca de la formación de un Equipo encargado

en la contención de la familia del paciente de Terapia Intensiva?

S - Es una propuesta buena, saludable, ese Equipo tiene que ser constante.

E - ¿Hay voluntarios en el Hospital?

S - Sí, los hay, hay gente valiosa y hay Pastoral de la Salud. Es urgente la implementación de ese Equipo, ya que de tarde el Hospital queda con pocos médicos, el movimiento se da a la mañana.

E - Gracias por su atención.

ENTREVISTA: a la Dra. María José Guzmán. (Miembro del Equipo Médico)

E - ¿Cuál es el cargo que desempeña en esta Terapia?

Dra. Soy médica de Planta, también soy pediatra, pero elegí la Terapia.

E - ¿Cómo se da el contacto médico-familiar?

Dra. En los informes médicos y el horario de visita esta es limitada porque esta restringido aunque depende de la flexibilidad del medico y de la necesidad que tenga el familiar por ej.: viene en una hora porque tiene que viajar, entonces se atiende a su pedido.

E - ¿Cómo perciben a los familiares cuando enfrentan el sufrimiento o la muerte?

Dra. Puede darse desasosiego, frente a la muerte, cada persona es un mundo, algunos lloran, otros reaccionan agresivamente frente a la muerte, con gritos y amenazas.

E - ¿Cuál es su opinión acerca de un Equipo encargado a la contención psicológica del familiar del paciente de Terapia Intensiva?

Dra. Excelente los médicos son mediadores pero necesitan objetividad en su quehacer médico, por eso no se pueden involucrar tanto afectivamente, lo tienen que hacer otras personas. Vuelvo a repetir que ese Equipo tendría que tener una labor constante y luego evaluar las actividades para responder con eficacia en cada situación que surja. Creo que andaría muy bien aquí.

**PRIMERAS ENTREVISTAS
A LOS FAMILIARES
DE LOS PACIENTES
DE LA TERAPIA INTENSIVA
DEL HOSPITAL NACIONAL DE CLÍNICAS DE CÓRDOBA**

Nº - 1 - Zulma

E - ¿A quién tiene internado?

F - A mi hija, que es anoréxica, y se descompensó estuvo casi a la muerte.

E - ¿Cómo fue?

F - Ella está en un tratamiento y hace picos en su enfermedad, había quedado con muy poca frecuencia cardíaca y la trajeron a terapia y le pusieron un respirador, porque se ahogaba, estuvo unos días así, ahora la pasaron a una sala.

E - ¿Cómo está usted?

F - Yo ya estoy acostumbrada a estos cuadros pero esta vez fue bravo, pensamos que no salía de esta, es una enfermedad difícil, está en manos de psiquiatras y psicólogos, pero ella no colabora siempre... casi nunca. Esta vez estuvo al borde de la muerte.

E - ¿Cuándo la pasaron a la sala?

F - Ahora mismo.

INTERPRETACIÓN

En esta entrevista se puede constatar un *adormecimiento de las emociones*, dada la cronicidad del cuadro patológico.

Nº - 2 - Patricia

E - ¿A quién tiene internado?

F - A mi marido, lo operaron de un tumor en el ano y le hicieron una bolsa que tendrá que llevar desde ahora.

E - ¿Cuánto hace que lo operaron?

F - Cuatro días.

E - ¿Cómo está usted?

F - Ahora bien, pero antes de la operación tenía un estado depresivo, no tenía fuerzas para luchar, me parecía que mi marido se iba a morir, el compañero de mi vida, de treinta y cinco años. Yo no comía, rebajé cuatro kilos, trabajo en un policlínico en Villa Mercedes de San Luis, me vio el psiquiatra y me dio licencia por quince días.

E - ¿Dónde se hospeda usted en Córdoba?

F - En ningún lado: he pasado las primeras noches sentada en el auto que le prestaron a mi hijo, anoche fuimos a una pensión aquí cerca.

E - Aquí en Córdoba está Caritas.

F - Si, pero hay que dejar la cama a las siete de la mañana, y es muy temprano porque queda lejos del hospital, y tendríamos que tomar un taxi y me sale mucha plata.

E - ¿Qué le dijo el médico sobre la cirugía de su esposo?

F - Que estuvo muy bien, porque el tumor salió enterito, no se desparramó por su cuerpo, desde ahí empecé a sentirme mejor.

E -. ¿Cómo se sintió en este tiempo de internación?

F - Triste no tenía fuerzas, no quería que él se muriera, ahora hay otro problema no sé qué va a hacer cuando sepa que tiene la bolsa, tendrá que hablar con un psicólogo. ¿Usted no podrá hablarle cuando esté en la sala?, tiene que ser un psicólogo el que se lo diga, yo la voy a ayudar en todo.

E - Con mucho gusto iré a hablar, pero tenemos que consultarle al médico cuándo es el momento oportuno.

F - Veo una vez más que Dios está presente en los momentos difíciles, como cuando sufrimos.

E - Se ve que tiene fe, esto le ayudará tanto.

F - Sí, porque yo sola no podía más, es Dios quien me ha dado la fuerza, sé que será un camino difícil lo que me espera.

E - Ya nos veremos después.

INTERPRETACIÓN

Al recibir la noticia de la enfermedad de su marido pasa por un estado de *depresión* bastante profunda, la palabra *muerte* la induce a una *negación*, finalmente cuando *acepta* el sufrimiento ocasionado por la enfermedad se siente aliviada y con signos de *esperanza*.

Nº - 3 - Matías

E - ¿A quién tenés internado?

F - A mi novia, Andrea.

E - ¿Qué tuvo?

F - Le vino como una neumonía, y los padres la trajeron aquí, los médicos la pusieron en terapia para poder controlarla mejor.

E - ¿Cuánto tiempo hace que está aquí?

F - Desde el lunes, hoy es miércoles.

E - ¿Cómo te sentiste?

F - Muy triste cuando no se recuperaba, estaba blanca como el papel, y tenía vómitos continuamente, el martes vino un Dr. que es especialista y dio cuenta a través de una radiografía que le pusieron mal una aguja, y el pulmón se iba comprimiendo cada vez más. El especialista llamó al médico que lo había hecho y le enseñó a colocar el aparato.

E - ¿Cómo te sentiste en esos momentos?

F - Con mucha bronca, después de haber pasado por otros momentos de

mucha incertidumbre, entre la vida y la muerte, me parecía que el tiempo no pasaba, que era eterno, y no sabía de este lugar, aunque le había dicho a mi mamá que la llamaría por teléfono... no podía salir de aquí, como si no existiese nada más que esto.

E - ¿Qué pensaste?

F - Tenía fe que no le iba a pasar nada. Ella le decía a los médicos que no le dolía, pero escribió estas líneas, donde me dice que sufría pero no le decía a nadie.

E - ¿Por qué sería esto?

F - Tal vez para no hacer sufrir a otros.

E - ¿Cómo están los padres de Andrea?

F - Ahora mejor porque saben que se irá a una sala común, pero todos pasamos momentos tremendos, yo me comía las uñas de nervios y ya no me quedan más uñas.

E - ¿Cómo te sentís después de haber pasado por este trance?

F - Más tranquilo, me hizo bien hablar con usted, gracias.

E - Yo también te digo lo mismo, la aceptación de este sufrimiento ayudará a todos.

INTERPRETACIÓN

Es un joven que con facilidad expresó sus estados emocionales pasando del *shock emocional*, luego la *ira* y la *aceptación*, desde la cual puede encontrar el sentido al sufrimiento.

Nº - 4 - María

E - ¿A quién tiene internada?

F - A mi mamá, le hicieron 4 by-pass y está muy grave.

E - ¿Desde cuándo esta internada?

F - Hace cuatro días, no encontramos lugar en el hospital Córdoba, nos daban un turno para el 2006; ellos tienen las máquinas que aquí no hay, en esa espera por querer internarla en el Córdoba se agravó más, y decidimos traerla aquí. Es una burla darnos turno dentro de dos años, es para que nos fuéramos de ahí.

E - ¿Y ahora cómo están ustedes?, ¿Cuántos son de familia?

F - Somos 10 hijos, yo estoy agotada no me quise ir a dormir y anoche pasamos aquí sentados, en sillas duras, y había gente que fumó toda la noche, nosotros nos asfixiábamos, pero no podíamos irnos a otra parte, no tenemos otro lugar. No me voy a ir hasta que sepa cómo está mi mamá.

F - Me llaman para darme el parte médico.

E - (Espero que le den el informe)

F - Mi mamá está grave, dejan pasar un ratito nada más, yo volveré a la tarde, no nos dejan estar con ella más tiempo y eso que está mal.

E - ¿Le preguntó al médico si se puede quedar más tiempo en la visita?

F - Sí, no me dejan más tiempo. Hasta luego.

INTERPRETACIÓN

En el primer tiempo de la entrevista manifiesta *ira* frente a todas las decisiones médicas y respecto a los horarios de la Terapia Intensiva. Dada la gravedad de la paciente, no hubo cambios en las reacciones del familiar, lo cual significa que debería ser abordada por todo el equipo interdisciplinario con repetidos contactos para aliviar al familiar.

Nº -5- Rubén Gómez

E - ¿A quién tiene internado?

F - Tengo a mi mamá internada, tuvo un infarto digestivo, los médicos nos dijeron que tenía horas de vida y que tenían que operarla de urgencia. Pasamos momentos difíciles. Cuando la abren nos dicen que fue un preinfarto y que no era lo que habían pensado... Mientras tanto pasamos momentos difíciles, fue terrible, ellos se equivocaron, yo no se los dije después.

E - ¿Es numerosa la familia?

F - Mi hermana y yo, yo tengo hijos, mi hermana no, por eso me preocupa ella y mi papá que está sufriendo tanto y es un hombre grande.

E - ¿Cómo se encuentra ahora su mamá?

F - Está mejor, ha salido del peligro, los médicos no se explican cómo salió. Parece todo una pesadilla.

INTERPRETACIÓN

Basada en las palabras emociones y sentimientos del familiar.

En la primera parte de la entrevista se puso de manifiesto la *ira*, expresada en palabras agresivas contra el médico. El día que recibe el nuevo informe reacciona totalmente distinto su respuesta fue de *aceptación* al saber que la madre había evolucionado favorablemente, desde esta posición se hace posible dialogar, porque sus sentimientos agresivos no lo dominan negativamente.

Nº - 6 - Nelly

E - ¿A quién tiene internado?

F - A mi hermana soltera, somos, tres una es médica, fue la que la auxilió en los primeros momentos, la encontramos muy mal y la llevamos al Hospital de Urgencia, luego la derivaron acá.

E - ¿Cuántos días hace que está internada?

F - Diez días, el viernes parecía que se moría ahora está un poco mejor, yo desde las 8 de la mañana que estoy aquí, porque la iban a llevar a un Instituto para un estudio y dicen que no encuentran la orden.

E - ¿Quién les da a ustedes el informe?

F - Todos los días un médico distinto.

E - ¿Cómo se sintió usted en este tiempo?

F - Con mucha inestabilidad, se pasan por momentos tremendos.

E - ¿Pudo comunicarse con alguna persona de la Terapia?

F - No, porque solo nos dan el informe, son muy humanos, yo estuve en otros lados, y parecía que teníamos que adivinar, no decían nada, mañana se va mi hijo a España, no sé como voy a hacer con todo.

E - Esperemos que su hermana esté mejor.

INTERPRETACIÓN

Presentó un *shock emocional*, cuando encuentran sola y grave a su hermana, pasa a una *aceptación* manifestada por la conformidad de la Terapia Intensiva.

Nº - 7 - Dina

E - ¿A quién tiene internado?

F - A mi marido tuvo abdomen agudo, era tanto el dolor que no podía caminar, las pastillas que tomaba no le hacían nada, lo derivaron a Terapia.

E - ¿No hacía ningún tratamiento?

F - No, no quería, ni iba al médico.

E - ¿Cuántos son de familia?

F - Tengo dos hijos, trabajan en la carpintería con mi marido, el se preocupa por todo y después se siente mal.

E - ¿Cómo se ha sentido en este tiempo de internación?

F - Me sentía espantosa, desesperada, con una incertidumbre total, hay momentos que no puedo más y me vienen miedos que pueda morir.

E - Esperemos que mejore.

F - Así lo deseo.

INTERPRETACIÓN

A lo largo de la entrevista prevalece la *depresión* y la *ira*.

Nº - 8 - Gladys

E - ¿A quién tiene internado?

F - A mi papá, hace 3 días que está internado en Terapia, tiene fibrosis pulmonar, ya estuvo internado otras veces, nosotros estamos acostumbrados, pero esta vez está peor que nunca, porque le pusieron respirador.

E - ¿Cómo está compuesto el grupo familiar?

F - Somos 8 hermanos, y 3 viven cerca y una está en la misma casa.

E - ¿Cómo están ustedes?

F - Estoy siempre triste porque soy la más allegada a él, y me duele verlo así, y veo que no puedo hacer nada, ya sé que es grande, pero a mí me da mucha bronca verlo así, sufriendo.

E - ¿Cómo está hoy?

F - No sé, ahora me van a dar el informe. Yo sufro cada vez que vengo aquí.

E - ¿Con quién habla en la Terapia usted?

F - Siempre hay un médico distinto.

E - ¿Se comunica con otro personal de la Terapia?

F - No, quedamos con la enfermera que si se agrava me llamarán por teléfono a cualquier hora.

E - Nos vemos mañana. Gracias.

INTERPRETACIÓN

El familiar está pasando por las fases de *ira* y *depresión* fundamentalmente, debido al tipo de enfermedad, crónica y prolongada no puede estar atendiendo sus actividades, esto le provoca las reacciones señaladas, ira y depresión. Es un proceso que no le permite encontrar sentido, por ahora.

Nº -9 - Patricia

E - ¿A quién tiene internado?

F - A mi hermana. Tuvo una hemorragia, tiene un tumor, ella se deja estar y no quiso hacer tratamiento alguno.

E - ¿Cuántos son de familia?

F - Dos hijos y dos hermanos.

E - ¿Se siente apoyada ella?

F - Sí, nosotros la ayudamos todo lo que podemos pero no conseguimos hacerla venir a tiempo, yo la veía bien, no me imaginé que fuera tan grave, los médicos nos dicen que su estado es muy delicado.

E - ¿Cómo se siente usted?

F - Yo, mal, hace tres noches que no duermo, deberé ir al médico, siento rabia porque no quiso hacerse ver, y pienso en sus hijos pequeños, esto me angustia, lo económico, aquí hay que pagar, no hacen nada gratis... (Llora), no sé lo que vamos a hacer.

E - ¿Le comunicó estas cosas a los médicos?

F - No, qué le van a interesar. Si apenas los veo.

E - Tal vez debería hablar con alguna persona que la oriente.

F - Ahora no veo nada.

E - Mañana podemos hablar. ¿Qué le parece?

F - No sé si vengo, ya no doy más.

INTERPRETACIÓN

A lo largo de la entrevista su situación de *shock emocional*, no cambia, se hace imposible el avance en el diálogo, debido a su situación incontenible frente al desborde que se produjo en la familia.

Nº - 10 - Mercedes

E - ¿A quién vino a ver?

F - A mi hermana, está grave, tiene un tumor inoperable, apareció, así de repente, estamos consternados.

E - ¿Cómo está usted en este momento?

F - Esperando... no tengo palabras, es una chica joven mi mamá no se consuela, estamos todos desesperados, somos del campo, y algunos hermanos no pueden venir, somos de Cerro Colorado.

E - ¿Cuántos días hace que están aquí?

F - Ya va hacer una semana, a mi papá no le hemos dicho todo, porque es enfermo del corazón no sé qué le va a pasar.

E - ¿No puede venir?

F - No queremos nosotros, pero ahora se lo tenemos que decir, ya no hay más demoras

E - Me parece correcto que le vayan diciendo, si no va a ser peor.

F - Sí, yo tendré que sacar fuerzas porque soy la mayor de los hermanos, me voy a ir a dormir ahora y después veremos que hago.

E - La acompaño hasta abajo.

INTERPRETACIÓN

Se observa un desborde en la faz *depresiva* y un cansancio *psico-físico*.

Nº - 11 - Norma

E - ¿A quién tiene internado?

F - A mi esposo, tuvo un A.C.V. y neumonía, ha perdido la memoria y no nos conoce ni a mí, ni mis hijos, los médicos dicen que hay que esperar; yo tengo mucha rabia con el médico que lo atendía porque no se dio cuenta del estado en que estaba, le hizo perder tiempo.

E - ¿Y sus hijos como están?

F - ¿Cómo quiere que estén?, tristes, hay uno que está en cama desde que vio así al padre, esperamos que se le pase.

E - ¿Cómo lo encontró hoy en la visita?

F - Sigue igual.

E - ¿Puede entrar en la hora de las comidas a la Terapia?

F - No, me dejan entrar, además él no atina a nada.

E - Esperemos que el cuadro se revierta, un poco.

F - Así espero.

INTERPRETACIÓN

Hay *ira* y *confusión* al final de la entrevista se logra despedirla con un dejo de esperanza.

Nº- 12 - Francisco

E - ¿Quién está internado?

F - Mi mamá, tuvo un derrame cerebral fue de improviso.

E - ¿Estaba medicada?

F - Sí, ya le había pasado otra vez, pero fue peor, se le reventó una arteria.

E - ¿Cómo está hoy?

F - La van a llevar a un Instituto para hacerle una tomografía, corre peligro, pero así no se puede seguir porque se va agravando.

E - ¿Aquí no se lo pueden hacer?

F - No, porque está roto el tomógrafo.

E - ¿Cuántos hermanos son ustedes?

F - Somos 10, ésta es mi hermana, la que esta sentada enfrente, es

epiléptica, vive con mis padres.

E - ¿Cómo están ustedes ahora?

F - Mi papá está enfermo, mi hermana está muy medicada porque sino le dan convulsiones, estamos muy bajoneados, mi mamá es el motor en la casa, y no nos resignamos que esté así.

E - ¿Los conoce a ustedes?

F - Por momentos, después como si cayera en un sopor y no reacciona, los médicos dicen que se está invadiendo el derrame hacia las otras arterias.

E - ¿Es operable?

F - No, ahora con la tomografía se va a ver bien, puede morir por el camino, pero no tenemos otro remedio.

E - ¿Se quedan de noche aquí?

F - No, nos vamos a nuestra casa, yo me comunico con el celular y llamo y doy mensajes. Esto fue una sorpresa para todos, nunca nos pensamos que sería así.

E - Hay que esperar, después de tomografía se podrá hacer un nuevo tratamiento.

F - Esperemos.

INTERPRETACIÓN

Si bien la paciente es hipertensa, se produce un *shock emocional* en los miembros que conviven con la misma, en estos persiste un estado *depresivo*, lo cual impide por el momento dar una respuesta de aceptación de la enfermedad.

Nº - 13 - Francisco

A los dos días de la entrevista con Francisco, tuvimos un nuevo contacto con el siguiente diálogo:

E - ¿Cómo le fue a su mamá con el estudio?

F - Mal, además ahora tiene pulmonía.

E - Esto creo lo pueden atender desde la Terapia Intensiva.

F - Sí, así me dijeron.

E - ¿Cómo está usted ahora?

F - Más tranquilo, aceptando como se presentan las cosas, ya han pasado unos días, y se ve distinto todo, aunque no falta el sufrimiento, estoy más

sereno.

E - Se lo nota mejor, y esto nos ayuda a todos.

F - Gracias, por su acompañamiento.

INTERPRETACIÓN

En esta segunda entrevista, vemos el avance que tuvo, llegando a encontrar *sentido*, aún en medio de una situación de enfermedad donde no se observan progresos en el cuadro clínico.

Nº - 14 - Norma

E - ¿A quién tiene internado?

F - A mi esposo, anoche le dio una descompensación del corazón, quedamos enloquecidos, no podíamos levantarlo del suelo, pesa 130 kg. Y yo estaba sola, llamé a una vecina y me ayudó a levantarlo hasta que llamamos a la ambulancia que lo trajo a aquí, estamos sin dormir y los médicos dicen que está reaccionando, ahora me van a dar el informe, y veremos cómo sigue.

E - ¿Sus hijos cómo están?

F - Estamos todos iguales sin palabras, uno llora, el otro está mudo.

E - Habrá que esperar unas horas mas posiblemente, para que siga reaccionando bien como hasta ahora.

F - En este momento no veo nada, estoy muy nerviosa, debo darle fuerza a mis hijos y yo no la tengo.

E - Piense que es muy poco el tiempo que transcurrió todavía.

F - A mí se me hacen eternas estas horas.

E - Mañana la volveré a ver.

INTERPRETACIÓN

Los miembros de la familia sufrieron un *shock emocional*, dado que el cuadro clínico se presentó de improviso. Uno de los hijos presenta el *adormecimiento de las emociones*. En este momento la familia está sumergida en un *shock emocional*.

Nº - 15 - Norma

E - ¿Cómo sigue su esposo?

F - Mejor, fue un preinfarto, está fuera de peligro, pero necesita un tiempo largo de recuperación.

E - ¿Cómo está usted?

F - Más aliviada, mi cabeza está más tranquila, como él no se cuidaba ahora deberá hacerlo durante este reposo, todo pasó por algo, aunque uno no lo entiende.

E - Los días ayudan a que uno vea los acontecimientos de otra manera.

F - Le agradezco la comprensión que tuvo el primer día, muchas gracias.

INTERPRETACIÓN

La segunda entrevista estuvo caracterizada por el sentido que le diera a la enfermedad, haciendo notar los beneficios secundarios del reposo para el mejoramiento de la salud.

Nº - 16 - Estela

E - (El familiar está llorando) ¿Qué pasó?

F - Mi hijo, lo atropelló un auto, no encontraban lugar donde llevarlo, estuvo en la guardia unas horas, y ahora lo pasaron a Terapia, para ver las consecuencias del golpe, el hombre que lo atropelló se dio a la fuga. (Llora) ¡Qué sinvergüenza! Sin importarle si estaba vivo o muerto, menos mal que no es de gravedad, porque recuerda todo y el golpe es en las piernas y no fue en otro lugar más delicado.

E - Usted misma lo dice, cálmese que no es de gravedad, si no hubiesen tenido que llevarlo al Hospital de Urgencia.

F - Estoy con bronca, así estamos en esta sociedad, se mata y después están libres.

E - Trate de calmarse.

F - No puedo.

E - La llaman para el informe.

INTERPRETACIÓN

En toda la entrevista predominó la *ira* y el *shock emocional*. Hubo pocos espacios de coherencia verbal porque el discurso estaba dominado por el *desborde emocional*.

Nº - 17 - Raúl

E - ¿A quién tiene internado?

F - A mi hermana, la operaron de vesícula aguda tuvo ataque muy feo antes de operarse, y ahora está en Terapia porque le subió la tensión cuando la llevaron a la sala, hace 4 días que está aquí.

E - ¿Ustedes son de aquí?

F - No, somos bolivianos.

E - Ella ¿Tiene familia directa?

F - Sí, tiene 2 hijos, pero están en Buenos Aires nosotros nos hicimos cargo.

E - ¿Cómo están ustedes?

F - Un poco cansados, vinimos de Jujuy hace poco y todavía estamos buscando trabajo, mi mujer y yo. Aquí está ella

E - ¿Y usted cómo se encuentra?

F - Y, aquí estamos, esperando, vamos a ver si hablamos con los hijos para ver si pueden ayudar con ella, hemos gastado todo lo que teníamos.

E - Será lo mejor.

F - Aquí nadie nos pregunta nada.

E - Ustedes deberían hablar con algún personal de Terapia.

F - Los vemos solo cuando nos llaman para decirnos como está.

E - Ahí, traten de comunicarse.

F - Vamos a ver si hoy podemos.

E - Esperemos que puedan encontrar ayuda.

INTERPRETACIÓN

Dado que el grado de parentesco no es tan directo se percibe un *adormecimiento* de los sentimientos, aflorando la preocupación económica, en primer lugar.

Nº - 18 - María

E - ¿A quién tiene internado?

F - A mi esposo, fue operado de los intestinos.

E - ¿De dónde son ustedes?

F - De Villa María, tengo 2 hijos varones que me ayudan.

E - ¿Cómo está usted?

F - Pasé por momentos muy duros, mi mamá murió de lo mismo, hace 2 años, y me viene a la cabeza todo lo anterior.

E - Cada persona es distinta, no tiene por qué ser igual a su esposo.

F - Si, lo sé, pero no lo puedo evitar, me atormenta esto, para colmo no trabaja, él vende cosas por su cuenta, y eso le trabaja la cabeza, que va a perder todo. Después le tienen que hacer quimio.

E - Será conveniente ir viviendo una cosa por vez, si no se hace muy difícil, y se desgasta también su organismo. ¿Dónde paran ustedes?

F - En un departamento de un amigo de mi hijo, que estudia medicina, si no fuera así estaríamos deshechos.

F - ¿Y, usted qué hace aquí?

E - Estoy terminando la carrera de Psicología y debo presentar un trabajo.

F - ¡Qué lindo! ¿Ha visto cómo se puede?

E - Así le digo yo a usted que podrá con sus cosas, si las hace una por una.

F - Usted no sabe cómo cambie después de este dolor, a veces me quejaba por tonterías, ahora veo distinto.

E - El sufrimiento la hizo madurar.

F - Gracias.

INTERPRETACIÓN

Después de un periodo prolongado de *dolor* como es la enfermedad de su esposo, puede encontrar el sentido de lo que le pasa relativizando lo intrascendente.

Nº - 19 - Inés

E - ¿A quién tiene internado?

F - A mi marido.

E - ¿Qué problema tuvo?

F - Un infarto masivo, estaba desahuciado, pero hace 2 días empezó a

revivir, y ahora nos conoce, come y quiere irse de aquí, pero no puede, tiene para unos días más, y los médicos no quieren moverlo, aquí tiene terror a la Terapia.

E - ¿Y usted cómo está?

F - Estoy triste, a veces pienso que se va a morir y me aterra la idea de la muerte.

E - ¿Tienen hijos?

F - Sí, dos, y una está en España, yo creo que ese viaje le hizo mucho mal, a mí también porque es la única hija.

E - ¿De dónde son ustedes?

F - De las sierras de Calamuchita, estuvo en los primeros momentos en un hospital de la zona, luego lo trasladamos aquí, con mucho riesgo pero sino se moría.

E - ¿Y su hijo la acompaña?

F - Un poco, por su trabajo me habla por teléfono, aquí en Córdoba tengo una hermana.

E - Bueno, ahora que su esposo está mejor, debe estar más tranquila.

F - No puedo, me quedé muy mal, voy a tener que ir a un médico, para poder tener fuerzas.

E - Sin duda las va a tener.

F - ¿Eso cree usted?

INTERPRETACIÓN

A lo largo de la entrevista predomina un fuerte estado *depresivo*.

Nº - 20 - Beatriz

E - ¿A quién tiene internado?

F - A mi mamá, le dio un ataque de hipertensión y se le estranguló la hernia, tuvimos que traerla aquí, no podíamos pagar un lugar privado, aquí también se paga pero con bonos, y es más económico.

E - ¿Tiene más hermanos?

F - Sí, somos 3, pero yo la única soltera y vivo con ella, por eso estoy muy preocupada y triste a la vez, porque no sé cómo me las voy a arreglar.

E - ¿Conversó con alguien en Terapia?

F - No, sólo con usted, que me pregunta.

E - ¿Cómo se siente?

F - Deprimida, y con ganas de dormir sin despertarme más.

E - Bueno, descansa un poco pero después hay que seguir luchando. ¿No le parece?

F - No tengo fuerzas, como mal, duermo peor.

E - Esperemos que siga mejor y mañana vea todo con otros ojos.

INTERPRETACIÓN

Hay un *adormecimiento* de los sentimientos y la *tristeza* invade su persona su tono es monótono y sin vida.

ANÁLISIS

DE LAS ENTREVISTAS

A FAMILIARES DE PACIENTES

EN LA UNIDAD DE TERAPIA INTENSIVA

Del procesamiento de los datos obtenidos a través de las entrevistas realizadas, se constata las correlaciones entre las categorías definidas como estados psicológicos, que abarca algunos postulados logoterapéuticos y el estado emocional del familiar.

El resultado obtenido indica los distintos estados por los cuales pasan los familiares durante la internación de los parientes. Por lo tanto el Equipo de contención psicológica puede conocer dichos estados emocionales por los que atravesó el familiar y contenerlos desde las distintas áreas.

**SEGUNDAS ENTREVISTAS A FAMILIARES
DE PACIENTES EN TERAPIA INTENSIVA
DEL HOSPITAL NACIONAL DE CLÍNICAS DE CÓRDOBA**

Como indicamos en páginas anteriores se situará en esta parte del trabajo las entrevistas realizadas en una 2ª oportunidad a familiares de los pacientes.

Nº - 1 - Zulma.

E - ¿A quién tiene internado?

F A mi hermana, la operaron de vesícula.

E - ¿Por qué está en Terapia ahora?

F Porque le vino una infección que no pudieron controlar, se agravó, está toda hinchada y ahora lleva una semana así, le están haciendo estudios, para ver de dónde le vino todo.

E - ¿Dónde vive usted?

F Somos de aquí, mi hermana tiene 3 hijos chicos y nos tenemos que turnar entre los hermanos, todos trabajan y a veces hay que dejarlos solos a los chicos.

E - ¿Cómo está usted, su ánimo y como se sintió en estos días que lleva de internación su hermana?

F Estoy un poco agotada, tengo miedo que le pase algo a ella y sus hijos queden solos, no está con su marido, los únicos que la ayudan somos nosotros, sus hermanos. Nos tomó de sorpresa es por eso que me siento confundida, ante

tanto sufrimiento, soy la hermana más cercana a ella y me siento agotada, de noche no duermo.

E - ¿Durante estos días de internación experimentó la necesidad de hablar con alguien, sobre lo que usted experimenta ante este panorama?

F Los primeros días no tenía ganas de hablar con nadie, no sabía lo que me pasaba, lloraba y estaba muda, porque a mi familia no le podía hablar de mi dolor, me hizo bien hablar con usted, pero recién ahora después de varios días puedo hablar, contar lo que le dije, gracias.

Nº - 2 - Griselda

E - ¿A quién tiene internado?

F A mi tío. Es para mí un padre, yo soy de Salta, y cuando vine aquí trabajé en la carpintería de él, junto con sus hijos, todos trabajan en su negocio, yo estudio medicina, hago como puedo el estudio, porque trabajo muchas horas.

E - ¿Qué tiene su tío?

F Tumor de páncreas, hace 9 meses que lo tiene y 2 meses que no trabaja ni come, rebaja 17 Kg.; los médicos cuando ingresó en la Terapia le daban 24hs. de vida, al otro día lo encontramos vivo y mejor, esto me dio mucha fuerza a mí y a sus hijos, él es viudo. Cada día que pasa lo vivo como un milagro de Dios.

E - ¿Recuerda los sentimientos y estados por los que pasó en estos días de internación?

F - ¡Oh! Si los recuerdo: angustia, miedo, confusión, esperanza y vivencia de “milagro”.

E - ¿Experimentó necesidad de contarle a alguna persona sobre lo que usted sentía?

F Sí, hubiese tenido necesidad de que alguien me escuchara, lo vivo como que a nadie le importa lo que estoy pasando y me encierro en mi dolor. ¿Puedo volver hablar con usted?

E Con mucho gusto, mañana estoy por aquí.

Nº - 3 - Griselda (2ª vez).

E - ¿Cómo sigue su tío?

F Hoy me dijeron que esta estable y conversa un poco más.

E - ¿Cómo siente usted esta situación?

F Con mucha esperanza si bien su estado sigue siendo delicado, él ha superado las 24hs. que le daban los médicos y está tranquilo sobre todo, para mí esto me da energía para seguir luchando, pienso que la vida está encima de los pronósticos, además pidió ayuda espiritual y la tuvo, esto me llena de satisfacción

E Veo que ha dado pasos hacia una aceptación de la realidad que le toca vivir.

F Sí, como si cada día me aclarara cosas que no comprendía.

E Siga buscando el sentido de este acontecimiento, la dejo.

Nº - 4 - Jacinto

E - ¿A quién tiene internado?

F A mi tía, el problema que traía se le complicó, y ahora está aquí.

E - ¿Son de aquí, de Córdoba?

F Sí, yo estoy solo con ella, tiene sobrinos, esos que están ahí.

E - ¿Qué siente usted en este momento?

F Mire, no puedo expresar nada, no sé que decir, estoy triste, eso es lo único que siento.

E - ¿Le gustaría que le ayudaran a usted para poder vivir mejor este momento?

F Claro, que me gusta, pero no puedo hablar por la angustia (llora).

E Vamos a esperar un poco, para que usted, pueda hacerlo.

F Gracias, por estar aquí.

Nº - 5 - Norma

E - ¿Está por entrar a la Terapia?

F Sí, cuando nos llamen, mi tía está mal y somos muchos de familia, mire todos los que hay en el pasillo vienen por ella.

E - ¿Son de Córdoba?

F Algunos sí, otros del campo, pero somos muy unidos, como una piña, hace 2 días que no nos movemos de aquí.

E - ¿Podría decirme qué siente en estos momentos usted?

F Estoy angustiada, sin palabras, con mucha bronca, porque creo que nos descuidamos con ella, debimos traerla antes aquí.

E Con los enfermos no siempre uno acierta en las decisiones.

F Ella fue como una madre para mí, yo no me lo perdono.

E Usted cree tener necesidad de que la ayuden en este momento.

F No sé qué necesito, estoy mal.

E Cualquier necesidad que tenga estoy a su disposición.

Nº - 6 - Franco

E - ¿A quién tiene internado?

F A mi papá, que le hicieron cirugía a corazón abierto, hace un mes que está en el Hospital y una semana en Terapia.

E - ¿Dónde vive usted?

F En barrio Las Palmas, trabajo con los militares entro a las 5 de la mañana y salgo a las 2 de la tarde, me vengo aquí, como ve ésta es mi comida.

E - ¿Por la noche se queda aquí?

F No, nos vamos todos.

E - ¿Cómo está hoy su papá, recibió el informe?

E Está mal, toda la gravedad le vino porque le pusieron mal el marcapasos y el material estaba echado a perder, ahora tiene una infección generalizada, porque dejaron pasar mucho tiempo. Voy a hacer una denuncia al médico que le hizo la primera intervención y a este Hospital porque demoraron tanto.

E - ¿Cuáles son los sentimientos que ha tenido durante esta internación de su papá?

F De todo un poco: miedo a la muerte, por él, culpa por muchas cosas que viví con él y ahora reconozco que lo hice sufrir, y estoy luchando por decírselo o callarme.

E Yo creo que su papá comprenderá por sus actitudes que usted se quiere reconciliar. ¿Está conciente en este momento?

F Sí, para mí la lucha es muy grande, me resisto, todavía es joven, tiene

50 años.

E - ¿En estos días de internación experimento la necesidad de hablar con alguien de aquí, de la Terapia?

F Sí, pero no había nadie, los médicos a veces andan con vueltas para decir las cosas y no dicen nada, a mí, me ayudaron mis compañeros de trabajo, no podía quedarme solo con todo lo que sentía, mi señora lo quiere a mi papá y con ella no era conveniente hablar.

E - ¿Son muchos hermanos?

F Somos 5, a mí me gustaría que cuando pueda hable con mi mamá, que lo necesita.

E Si, con mucho gusto y gracias por aceptar este diálogo.

Nº - 7 - Estela

E - ¿Cómo está usted? Ayer hablé con su hijo y me pidió que la buscara. ¿Cómo se encuentra?

F No doy más, me pasa de todo por la cabeza, ahora los médicos me dicen que tiene una infección generalizada y yo siento miedo, y mucha angustia por él y mis hijos.

E - ¿Usted hubiera necesitado que la ayudaran en este tiempo, como ser hablando de todo lo que le sucede personalmente?

F (Llora) Sí, estoy muy afligida.

E Es bueno que manifieste sus sentimientos.

F Se me hace eterno esto, llevamos con él un mes y yo no doy más de los nervios.

E Son momentos dolorosos.

F Me llaman voy a verlo.

Nº - 8 Darío

E - ¿A quién tiene internado?

F A mi hermana, la operaron de un tumor y la llevaron a Terapia porque se descompensó.

E - ¿Son de Córdoba ustedes?

F Sí, de residencial Vélez Sarsfield.

E - ¿Podría recordar y decirme qué sintió en estos días de internación de su hermana?

F Mis padres son grandes y yo tuve que asumir la responsabilidad, porque mi hermana está separada y tiene un hijo chico, sentí que se me venía el mundo encima, una impotencia total y tengo miedo que le pase algo a ella, mis padres, el hijo. Estoy confundido, el peso que resulta para mí, además estoy descuidando mi trabajo y si no lo hago, nadie lo hace por mí. Es un caos.

E - ¿Pudo conversar todo esto con el personal de Terapia? ¿Le hubiese gustado hacerlo?

F Si, pero aquí no lo atienden en eso sólo hablan de la enfermedad cuando dan el informe, y nada más. Usted podrá hablar con mis padres mañana vienen.

E Si ellos aceptan, con mucho gusto.

Nº - 9 - Francisco y Dalmira

E ¿Ya le dieron el informe hoy?

F Sí, está mejor mi hija, creemos que ha salido del peligro por lo que dice el médico, es un alivio, mi esposo sufre del corazón y yo casi no puedo caminar para venir a verla.

E - ¿Qué sentía cuando no podía ver a su hija?

F Desesperación, en el momento que me dijeron que iría a Terapia, pero como no puedo cargarlo a él, me la tenía que tragar y llorar cuando me venían las ganas.

E - ¿Cómo se siente ahora?

F Más esperanzada, me hizo bien verla, hablar con el médico y con usted, esperemos que siga mejor, parece que el tumor es benigno y esto me da un alivio muy grande.

E Se hace necesario esperar con confianza porque dio un giro muy grande de un día para otro. ¿No le parece?

F Es así, y esto me recupera un poco de la angustia que tenía.

E - ¿Usted ve necesario que desde la Terapia el personal, se ocupen también de usted?

F - ¡Por supuesto! Si no esto es muy duro.

E Si usted quiere hablar conmigo mañana yo estaré aquí.

F Me gustaría, pero creo que no vamos a poder venir mañana, pero

gracias por su atención. ¿Usted es asistente social?

E No, yo estoy haciendo un Trabajo Final de la Carrera de Psicología, sobre las necesidades que tienen los familiares de los pacientes de Terapia Intensiva.

F Gracias.

Nº - 10 - Adelma

E - ¿A quién tiene internado?

F A mi mamá.

E - ¿Qué problema tuvo?

F Está enferma del corazón, tuvo arritmia muy marcada, y decidieron traerla aquí, en Terapia, yo voy a tratar de sacarla este fin de semana, ya que ella hay momentos que no se da cuenta del lugar donde está y otras veces sí, y pienso que aquí no le van hacer nada en este fin de semana, es hacerla sufrir.

E - ¿Cómo se sintió en estos días?

F Mal, a veces con mucha impotencia, dolor de ver a una mujer grande sufrir, que no sabe donde está, tengo miedo que se pierda y no se recupere más.

E - ¿No la puede tener así en su casa?

F Los médicos dicen que es un riesgo, tiene que tener suero, y un poco que se equivoquen en la dosis, puede ser fatal.

E - ¿Hubiese necesitado usted un Equipo que le ayudara en estos momentos difíciles?

F - ¿Cómo sería ese equipo?

E Personas que la acompañen en sus necesidades personales, como ser, un acompañamiento en su proceso de dolor.

F Claro que si, aquí sólo me dan el informe y yo necesitaba algo más.

E Gracias por escucharme usted a mí.