

LA PERCEPCIÓN DE SOLITUD EN LA UCI.

Ana Piera Orts

Doctora en Ciencias de la Educación



ICU A PATIENT'S PERCEPTION. WHAT WE HAVE HEARD AND SEEN. A BIOGRAPHICAL ACCOUNT

Under the heading of a biographical account: fear, loneliness and abandonment are quoted by patients on leaving ICU wards after a post-operative process. Illness seriousness together with a personal feeling of “anaesthetics awakening” are underlined. Fear and loneliness are difficult to measure but the own perception of being in “good hands”, would have some meaning, at least to contribute to diminish anxiety. But not always is so. Frequently, the patient's perception is well known to the professional but seldom the investigation goes any further: is its linked to the way of caring on the professional's side?, on the professional's attitude?. Some responses were gathered and evaluated considering the “caring quality”. The results are that emotions interfere with the process of thinking, affecting rationality for caring. Quantitative treatment has been considered as an approach to the problem and not as an objective confirmation to a complex reality, as the ICU world is.

KEY WORDS:

Loneliness, fear, compassion, values, nursing

RESUMEN

Bajo la modalidad del relato de vivencias etnográficas se aborda el miedo, la sensación de soledad y el abandono que algunos pacientes relatan al salir de la UCI tras un proceso pos-operatorio, donde a la gravedad de la propia enfermedad se le añade la sensación del “despertar anestésico”. Categorías como el miedo y la soledad son inmensurables pero la percepción de hallarse en buenas manos debiera actuar, al menos, de forma paliativa y parece que no siempre es así. Se indaga si esta percepción del paciente es conocida y se confirma, pero no parece acometerse la cuestión más que de un modo muy personal en función del talante y valores del profesional, a la luz de las respuestas obtenidas a partir de un cuestionario donde se puntuaron afirmaciones vinculadas a los constructos del cuidar. Unas puntuaciones que se han tratado desde la óptica de que las emociones interfieren con nuestros procesos de pensamiento, haciéndolos menos racionales de cuanto pueden serlo de otra manera, por lo que el tratamiento cuantitativo se ha utilizado como un acercamiento al problema analizado y no como una confirmación objetiva a la totalidad de una realidad muy compleja, como es el mundo de la UCI.

PALABRAS CLAVE:

SOLITUD, MIEDO, COMPASIÓN, VALORES, ENFERMERIA

I. La percepción de un paciente en la UCI. Lo que hemos visto y oído. El relato biográfico de la vivencia.

Había escuchado diversas narraciones sobre la percepción, el sentir, a veces incluso, sobre la impotencia que algunas personas habían vivido en una unidad de cuidados intensivos... Pero sería

hace un año cuando el impacto emocional me llevó a una especie de enojo. “Socorro, socorro... gritaba insistentemente... pero nadie venía, me estaba ahogando, no podía respirar... las llamaba y ellas no venían... no dejaron de mirar la televisión... yo sólo quería que alguien me pusiera una mano encima, que me cogieran la mano, que me cogieran una pierna... lo que fuera... algo que me hiciese sentir que me acompañaban... creía que me estaba muriendo, muerto ya... y nadie vino a ayudarme... fue una sensación espantosa, de un miedo atroz... me fui y volví...” Sería el efecto de la anestesia, ese momento en que uno comienza a tener consciencia y no podías racionalizar que estabas en buenas manos... la televisión no era tal, eran los monitores cardiacos y el mostrador de enfermería está situado en medio de la sala... “No... no era así... era algo terrible... pero ya no importa... ya he salido de allí... ahora estoy bien...” Días más tarde le pregunté... semanas más tarde le volví a preguntar... ya no conseguí que volviera a hablar del asunto... “Está encerrado allí, ya no volveré a experimentar ese terror, ni siquiera haciendo el ejercicio de recordar aquella noche”. Volvió a pasar tres experiencias más en cuidados intensivos pero ya no volvió a tener miedo, decía que se autodisponía psicológicamente para pasar por allí como si no estuviese allí... Una de aquellas veces estuve presente... no me dejaron tomarle las manos y él decía que tenía un frío infinito... En otra ocasión me dejaron tocarle y es más, cuando advertí del frío que parecía tener, me dijeron: “no te preocupes ahora mismo le pongo la mantita térmica...” . Cuánta diferencia de persona a persona bajo la misma situación profesional.

Después de esa historia he recogido muchas más, bajo el formato de narraciones etnográficas... y comencé a perfilar la clave de una coincidencia casi permanente en todos los relatos...

Siempre parece planear sobre el paciente, una especie de desamparo inconcebible... como una especie de cruce entre el frío físico y la frialdad psíquica... A veces de una forma tan gráfica que invita a pensar si no habrá soluciones sencillas para aliviar ese “trance” de soledad.

Uno de esos relatos hacía referencia al miedo que sentía una paciente mientras permanecía en una unidad de cuidados intensivos... con la mirada

sólo podía recorrer el techo y parte de lo que había a su alrededor, pero no sabía el número de la cama que ocupaba... era la tres, la cuatro, la cinco... no tenía ni idea... pero había oído que la paciente de la cama cuatro estaba “a punto de cascar” y ella no sabía si se referían a sí misma... estaba aterrorizada... no podía poner nada de su parte para colaborar en la reparación y recuperación de su estado físico... estaba convencida que ella debía ser la paciente de la cama cuatro... Su hermana, que además es enfermera, tuvo que insistir para que la trasladasen a una unidad de cirugía general, para permanecer allí, durante el complicado postoperatorio que tuvo que pasar...

Pero, a veces, las cargas de trabajo pueden jugar una mala pasada, como la pérdida momentánea del sentido de la profesionalidad... Una mala pasada es de la que fue objeto mi último amigo entrevistado... Este paciente relataba su experiencia en la UCI. Fueron demasiadas las crueldades que el paciente relató, pero una de ellas no tiene parangón con ninguna otra... no porque fuera fruto de una percepción equívoca, efecto directo de la fase de recuperación post-anestésica, sino porque se movía en el terreno de la compasión... El contenido de su narración recogía múltiples aspectos, objeto de reflexión para el personal asistencial y de gestión, una narración que estaba cruzada con expresiones de disculpa de todo por cuanto había pasado excepto de un detalle... pedía con insistencia una gasita humedecida con agua para los labios porque sentía por momentos cómo se le cortaban de tanta sequedad... sentía la perentoria necesidad de humedecerse los labios... No le daban la gasita... era de noche... no acudían... y, finalmente, cuando acudieron le dieron unas gasas secas... notó como se le pegaba un hilillo a los labios, como si se le entremetiese entre las grietas de los labios... Insistió... llamé de nuevo... tardaban... finalmente, le trajeron unas gasitas húmedas... en el tira y aflojé, si se las traigo muy húmedas mojará la cama... ¿cómo voy a mojar la cama con unas gasitas?... le trajeron las gasas... tan húmedas, que le mojaron la cama y hubieron de cambiar las sábanas... Todo aquel relato me parecía un exagerado despropósito... ¿sería posible que no hubiera medida guiada por el sentido común para ofrecer unas gasitas húmedas en su justo punto?... parece que en aquel

momento no la había... Después de cambiarle la cama le ofrecieron unas gasitas... estaban humedecidas con agua y un líquido refrescante -le dijo la señorita- pero al poco de humedecerse los labios y una parte de la lengua... una especie de sensación ardiente le invadió la boca... ¿qué es esto...? un desinfectante le dijo la señorita... sabía fatal y su efecto fue lo menos reparador que pudiera imaginar... al día siguiente se le llenó la zona humedecida con las gasitas de pequeñas pielecitas que se le desprendían de la mucosa... “En realidad no tiene importancia, no ha pasado nada... pero es que me sentí tan impotente en aquel momento... habría sido tan fácil... yo sólo pido que allí se humanicen...”

No siempre sucede algo tan extremo, por no indicarlo con otro calificativo... en otro de estos casos relataba un paciente, con una gran afonía, por la quimioterapia y el efecto de las intubaciones, que durante la larga noche que pasó en cuidados intensivos, una enfermera le entregó una “campanita” para que la pudiese llamar si necesitaba algo... la “campanita” que luego él se llevó, como grato recuerdo de su pequeño salvavidas, era un frasquito de plástico, de esos que se utilizan para tomar las muestras de orina, y en su interior aquella enfermera había puesto un cierto número de conexiones de plástico, todas ellas muy pequeñas, de modo tal que, cuando él necesitaba llamarla sacudía la “campanita” y ella se acercaba al instante. Él jamás la olvidará, porque le alivió del terror que siempre padece de modo tan bien disimulado... se ha guardado la “campanita” como uno de sus objetos personales de sentido...

Estos testimonios proceden de tres pacientes atendidos en tres hospitales diferentes y se suman a una serie de testimonios tomados a pie de cama en unos casos, o tras lo que se identifica como el período de tiempo de carencia, ese tiempo en el que se supone que uno se sitúa con mayor objetividad, si es que eso es posible, y relata una vivencia personal. Los aspectos que estos testimonios “rozan” se pueden situar tanto en el plano de la motivación socio-laboral, el análisis de las condiciones de rotación del personal asistencial de las UCIs como también, en lo que Torralba Roselló denomina los constructos del cuidar. En el ámbito de la gestión de recursos humanos se han estudiado una serie de medidas para mejorar la eficacia y

eficiencia de los servicios que no son objeto de nuestra área de indagación. Pero esos constructos a que nos hemos referido sí suponen un referente claro para el análisis de lo que relataban estos pacientes y Torralba los señala como: confidencialidad, competencia, confianza, conciencia y compasión. De sentido es que la práctica totalidad de profesionales sanitarios mantienen la confidencialidad de todo cuanto afecta a sus pacientes, como también la competencia necesaria para el ejercicio de su profesión, especialmente en unidades en las que se ponen en marcha tan altas tecnologías, lo que genera siempre confianza en los pacientes y de ello es evidente la conciencia que tienen los profesionales. No es tan evidente, sin embargo, la compasión, a la luz de estos y otros testimonios que hemos recogido.

II. Lo que hemos indagado a través de la metodología cualitativa y el acercamiento descriptivo cuantitativo.

Para ahondar un poco en estas percepciones teníamos que contrastar algún tipo de informaciones. Piénsese por ejemplo en ¿qué acontece en el proceso del despertar anestésico? o ¿qué percepción tienen las enfermeras de sí mismas en cuanto al cuidado que ofrecen a sus pacientes de esta área?. Al igual que en el caso de los pacientes, hemos preguntado a enfermeras y médicos de hospitales de diferentes ciudades... la delicadeza del tema así parece exigirlo... es como “repartir un poco la dureza que aquí se expresa” dado que tampoco sería objetivable al cien por cien, ni lo que afirman los pacientes, como tampoco lo que afirman las enfermeras, dejando al médico fuera de esta cuestión, habida cuenta que nuestra indagación gira en torno al constructo de cuidar y no al de diagnosticar o curar, aunque como referencia clínica si que cabía considerar la opinión del experto en anestesia.

La respuesta sobre lo que pasa en el proceso del despertar es, como poco, imprecisa... “cada paciente es un mundo” decía el facultativo... o “aunque la anestesia ha evolucionado mucho, no hay dos metabolismos iguales y por tanto... no se pueden ofrecer certezas absolutas sobre el despertar...” decía la enfermera: en este sentido parece pues que hay acuerdo.

Sin embargo, a juicio de otro experto, también facultativo del área de anestesia, en caso extremo de mala praxis, se podría hablar de una relajación sin sedación, lo que sería “espantoso” para el paciente, ya que se daría cuenta de todo y tan siquiera podría toser. Frente al relato de que un paciente pudiera oír en fase de “despertar” dependería del grado de consciencia y se podrían dar percepciones equívocas por parte del paciente. Aún así, en el proceso de la anestesia, y aún dependiendo de la dosis, todos los fármacos afectan al SNC, pero no se puede afirmar que exista relación alguna con el miedo que algunos pacientes describen durante el “despertar” y los fármacos utilizados para la sedación, relajación y analgesia.

En cuanto al ámbito enfermero, escenario donde acontece el hecho del cuidar, parecía menos “crudo” elaborar un pequeño cuestionario que presentase afirmaciones para escalar según la puntuación ofrecida por las respuestas, pero con la opción dicotómica, dado que el ítem estaba en clara relación interna con algún otro y no admitía neutralidad. Se conoce o no se conoce, se ha visto o no se ha visto... esa era la cuestión que, además, se vinculaba a respuestas de otros ítems. El cuestionario, muy breve, pretendía conocer la percepción de personas de enfermería en cuanto a la idea del miedo y del abandono que algunos pacientes relatan al salir de las UCI y, por tanto, no comprometía aspectos de la tecnología como tampoco aquellos que se vinculan a la gestión del conocimiento.

II.1. Sobre el tratamiento y origen de los datos.

Los datos que aparecen en los gráficos del anexo 1 son unos porcentajes respecto de un número muy pequeño de personas; tan sólo la mitad de las personas que integran la plantilla de enfermeras/os del Hospital General Universitario de Valencia, en las Unidades de Reanimación General y Reanimación Cardíaca. Si aplicamos aquí el criterio de Jon Elster, cuando reformula el valor de los porcentajes en el caso de los datos facilitados por sujetos para el estudio de las creencias, aceptaríamos que “las emociones (...) interfieren con nuestros procesos de pensamiento, haciéndolos menos racionales de cuanto pueden serlo de otra manera. En particular (las emociones) inducen expectativas poco realistas en cuanto a lo que

podemos hacer y lograr y creencias poco realistas acerca de las opiniones de otra gente sobre nosotros” (Elster, pág. 75), lo que nos sitúa en el plano de “tanto da que sumemos opiniones agrupadas sobre lo que forma parte de un acumulado de creencias individuales o, peor aún sobre lo que forma parte de la creencia que suponemos tienen los demás sobre nosotros”. En todo caso, la petición de opiniones nos sitúa en un plano de proximidad hacia una realidad, aquella que es percibida por unos pocos o por unos muchos, tanto da; que en cierto modo sí se contagia, pues de ello se habla ocasionalmente y es objeto de emulación en los niveles de asistencia enfermera. En definitiva, tanto nos daría tener un grupo mayor, pues tampoco pretendemos extrapolar estos datos cuantitativos, tan sólo nos interesan para “ubicar” una línea de razones y argumentos.

En ocasiones, en filosofía, en antropología, en definitiva en ciencias humanas, la certeza de aquello que se afirma viene dada por su negación, por la definición de aquello que no es. Este trabajo, no contiene datos de una población total, es más, sólo contiene datos extraídos de un nicho ecológico donde ni siquiera coincide la propia población.

Además de estas consideraciones cabe destacar un elemento detectado: la relación permanente con pacientes inconscientes altera la relación cara a cara, hasta ceder el gobierno de la relación con el



paciente, a la técnica de alta especialización donde la reacción del paciente parece trasladarle a la expresión de una gráfica con registros numéricos.

En todo caso, de los datos obtenidos se localiza como poco, algunas curiosidades. Si en el ítem 1, relacionado con tomar las manos del paciente y hablarle bajito, el 80% de las repuestas recogen que se suele tomar la mano de los pacientes cuando estos están intranquilos, frente al hábito de hablarles como si estuvieran sordos, siendo un porcentaje alto, no deja de sorprender que el 23% de los encuestados afirmen en el ítem 8 que les resulta indiferente el hecho de tomar o no la mano a sus pacientes 2 ó 3 veces durante su turno.

Si sumamos a este 23%, el 5% que afirman categóricamente que no lo hacen y 5% que mantienen con esta actitud un mínimo acuerdo, entonces el 33% del personal consultado no considera esta acción un acto más de los cuidados de enfermería.

En cuanto al ítem 2, relacionado con la experiencia de haber conocido a algún paciente que relató haber sentido que se ahogaba y que no podía hablar ni moverse para pedir ayuda, el 48% contestó conocer algún paciente, aspecto que además se vincula a los años de experiencia y en el ítem 10 se confirma que el 30% de los que respondieron tenían una experiencia inferior a cinco años, como enfermeras de UCI.

Es notorio el 55% de respuestas que confirmaron ser conscientes de que se han dado casos de pacientes que han relatado haber sentido que morían y luego despertaron. Como también es notorio el 70% de respuestas que confirman que han visto a pacientes llorar sin moverse ni gemir. No hay razón alguna para relacionar esas respuestas con el miedo que algunos pacientes relatan, vinculados, en cada caso particular, a su propia vivencia del despertar, del llamado efecto túnel o de la percepción de abandonado, pero todas estas expresiones mantienen un vínculo con el efecto de sentirse o no en buenas manos. A la vista de las respuestas que contienen estos cuestionarios, llama la atención el contraste entre personas que tienen conocimiento de lo que padecen algunos pacientes, frente a la alta indiferencia que se recogen en ítems como el 8. Datos que se comentan de modo incompleto porque todos vienen a mostrar la misma clave: se sabe a priori que el paciente intervenido que des-

pierta en la UCI padece un sentimiento de temor y abandono y necesitaría algún tipo de preparación previa o de cuidado especial a posteriori.

III. Una conclusión sesgada.

Lo que se recoge en este texto debía dar paso a una indagación sobre la motivación o sobre aquellos elementos de la profesión que se cruzan con el propio del cuidar. Parece obvio que las cuestiones que aquí se recogen, forman parte de lo que se comenta al salir de las UCIs, como parece claro que los profesionales también son concedores de los formatos bajo los cuales se llevan a cabo las aplicaciones técnicas de su ejercicio profesional, el uso de materiales o el trato a los pacientes; pero cuando los datos son tan gruesos y notorios, es de sentido que lo que en términos de gestión se denomina “puntos calientes” es conocido perfectamente y sobre ello habría que actuar. Tanto si se trata de preparar al paciente que va a ser intervenido, como si los profesionales de estas áreas son preparados para atender al paciente que padece temores no fácilmente descriptibles y objetivables, pero que afectan a su percepción del modo en que son atendidos y también a su recuperación.

Si desde la deontología enfermera se afirma que se deben administrar los cuidados en función exclusivamente de las necesidades de los pacientes (art. 52 del Código Deontológico de la Enfermería Española), entonces aplicar los estándares profesionales, culturales éticos pertinentes y aceptados, como señala la OMS, mantiene la misma lógica de crecimiento profesional que se mueve en el territorio de lo afectivo; una clave inherente a los cuidados de enfermería, que deben permanecer instalados dentro del ejercicio profesional con el mismo rango de valor que los dominios cognitivos y los dominios psicomotores, es decir, las actitudes profesionales deberán permanecer integradas tanto en el conocimiento, como en las aplicaciones técnicas profesionales. Y aunque en otro marco, el del análisis del yo espiritual con relación a los valores en el cuidado enfermero, la experiencia enfermera señala que es posible aliviar el padecimiento de los pacientes dado que “el instrumento más importante con el que cuenta el equipo de enfermería en este contexto —en los cuidados al paciente terminal de larga duración y trasladable al ámbito de los cuida-

dos intensivos- es su propia persona”, nos parece que el ejercicio profesional en cualquier marco que se analice si se distancia de este marco de valores tenderá al deterioro de la imagen profesional en la medida en que se expanda la impresión de la indiferencia ante este tipo de expresiones ofrecidas por los pacientes que, con el tiempo y siendo casos aislados, se van sumando a un eco que ya se ha dejado oír.

BIBLIOGRAFÍA

TORRALBA ROSELLÓ, F. (2000): Constructos del cuidar. *Enfermería Intensiva*. Sociedad Española de Enfermería Intensiva y Unidades Coronarias. 11(3), 136-141.

ELSTER, J. (1990): Tuercas y tornillos. Una introducción a los conceptos básicos de las ciencias sociales. Ed. orig. 1989. Ed. Gedisa. Barcelona, pags. 178.

Consejo General de Enfermería. (1989): Código Deontológico de la Enfermería Española. Organización Colegial de Enfermería. Colegio Oficial de Enfermería de Valencia.

O.M.S. (1993): *Enfermería en acción*. Ministerio de Sanidad. Madrid. 131 págs.

CIBANAL JUAN, L.; SILES GONZÁLEZ, J. (1998): El mundo de los valores en el cuidado enfermero. *Enfermería Científica*. Núm. 194-195. Mayo-Junio. 20-24.

Una última incorporación al texto que debió estar al principio pero no había lugar. Hoy he hablado con mi amiga Amparo, es enfermera... Lee esto Amparito y dime... ¿qué quieres que te diga...?. ¿sabes que a veces, incluso un paciente puede llegar a pasar sed...? Dios mío que horror... Sí, es un horror pero qué le vamos ha hacer... Escribirlo... escribirlo en algún lugar.

