



143  
rej

UNIVERSIDAD NACIONAL AUTONOMA  
DE MEXICO

FACULTAD DE PSICOLOGIA

"EL USO DEL GRUPO OPERATIVO CON LA  
ENFERMERA DE LA UNIDAD DE CUIDADOS  
INTENSIVOS"

**T E S I N A**

QUE PARA OBTENER EL TITULO DE:

LICENCIADA EN PSICOLOGIA

P R E S E N T A :

MARIA TERESA RITA MARTINEZ DIAZ

ASESOR:

LIC. CELSO SERRA PADILLA

MEXICO, D.F.

OCTUBRE DE 1995

FALLA DE ORIGEN



Universidad Nacional  
Autónoma de México



## **UNAM – Dirección General de Bibliotecas Tesis Digitales Restricciones de uso**

### **DERECHOS RESERVADOS © PROHIBIDA SU REPRODUCCIÓN TOTAL O PARCIAL**

Todo el material contenido en esta tesis está protegido por la Ley Federal del Derecho de Autor (LFDA) de los Estados Unidos Mexicanos (México).

El uso de imágenes, fragmentos de videos, y demás material que sea objeto de protección de los derechos de autor, será exclusivamente para fines educativos e informativos y deberá citar la fuente donde la obtuvo mencionando el autor o autores. Cualquier uso distinto como el lucro, reproducción, edición o modificación, será perseguido y sancionado por el respectivo titular de los Derechos de Autor.

## I N D I C E

## R E S U M E N

## INTRODUCCION

CAPITULO		página
1.	EL PROCESO SALUD ENFERMEDAD.	
1.1.	El proceso salud enfermedad.	2
1.2.	La noción de salud.	3
1.3.	Sistema de atención a la salud en México.	4
1.4.	El equipo de salud.	7
1.5.	Enfermería.	8
1.5.1.	Definición.	8
1.5.2.	Perfil de la enfermera.	10
2.	LA UNIDAD DE CUIDADOS INTENSIVOS.	14
2.1.	Definición.	15
2.2.	El medio de cuidados intensivos.	17
2.2.1.	Aspectos del impacto psicosocial del medio de cuidados intensivos.	17
2.3.	El paciente.	18
2.3.1.	Fases de las enfermedades.	18
2.3.2.	Efectos de la hospitalización.	19
2.3.2.1.	Cambios en la conducta de los pacientes.	20
2.4.	El paciente en estado crítico.	21
2.5.	La etapa de agonía y muerte.	23
2.6.	Aspectos psicopatológicos del paciente en estado crítico.	25
2.7.	Perfil de la enfermera especialista en cuidados intensivos.	30
2.7.1.	Descripción específica de las actividades de la enfermera especialista intensivista.	31
2.7.1.	Componentes básicos de la relación enfermera paciente.	35
2.7.3.	Motivaciones y actitudes en la relación personal de enfermería paciente.	38
2.7.4.	Reacciones de las enfermeras a las enfermedades.	40
2.7.5.	Participación de la enfermera en la atención emocional del paciente en estado crítico.	46
3.	EL GRUPO OPERATIVO.	52
3.1.	Antecedentes del grupo operativo.	53
3.2.	Definición de grupo operativo.	57
3.3.	Conceptos teóricos del grupo operativo.	59

3.3.1. Esquema conceptual referencial y operativo.	59
3.3.2. Cambio y resistencia al cambio.	61
3.3.3. Los roles.	61
3.3.4. La tarea.	62
3.3.5. La pretarea, la tarea y el proyecto.	63
3.3.6. Los objetivos.	64
3.3.7. El aprendizaje.	65
3.4. La técnica de grupo operativo.	65
3.4.1. El equipo de coordinación observación.	66
3.4.2. Instrumentos de análisis.	69
3.4.2.1. Los emergentes de apertura y cierre.	69
3.4.2.2. Unidad de trabajo.	70
3.4.3. El encuadre.	71
3.4.4. La selección de integrantes.	72
3.4.5. Número de integrantes.	72
3.4.6. Periodicidad tiempo y duración.	72
3.4.7. Evaluación.	73
3.5. La comunidad clínica.	73
3.5.1. La aptitud clínica.	77
3.5.2. Aspectos que contempla la comunidad clínica.	79
<b>CAPITULO 4. EL USO DE LA TECNICA DE GRUPO OPERATIVO CON LA COMUNIDAD CLINICA DE ENFERMERAS INTENSIVISTA.</b>	
4.1. La técnica.	85
4.2. El equipo de coordinación observación.	87
4.2.1. El encuadre.	88
4.2.2. La consigna.	89
4.3. Objetivos de la comunidad clínica.	89
4.4. La tarea de la comunidad clínica.	90
<b>CONCLUSIONES</b>	<b>92</b>
<b>BIBLIOGRAFIA</b>	<b>94</b>

## R E S U M E N

Este trabajo de investigación es una tesina en donde se resalta la importancia de las interacciones de la enfermera intensivista con el paciente con amenaza vital; en un medio tan especial como lo es el de cuidados intensivos en donde la meta es salvar la vida del paciente, fenómeno que es acompañado de aspectos interpersonales e intrapersonales concientes e inconscientes que cuando no son manejados adecuadamente obstaculizan la meta. Para lo que se plantea la formación de un grupo de comunidad clínica de enfermeras intensivistas que trabaje con técnica de grupo operativo.

Para esto:

Se describió el contexto del proceso salud-enfermedad, así como los recursos humanos para la atención de la salud.

Se hizo la presentación del perfil de la enfermera intensivista y el medio de cuidados intensivos.

Se revisó la teoría del grupo operativo y la comunidad clínica, para finalmente concluir en la propuesta del uso de esta técnica en el grupo de enfermeras intensivistas que funcionen como comunidad clínica con técnica de grupo operativo.

## I N T R O D U C C I O N

El área de la salud en México, al igual que en el mundo entero se ha visto beneficiada por múltiples avances científicos y técnicos, que exigen por parte de los trabajadores de la salud una mayor competencia en preparación, actualización y calidad total en el otorgamiento de los servicios para la atención a la salud.

Acorde a esto se han implementado programas de actualización y capacitación continua que abarcan diversos aspectos de la atención a la salud.

Sin embargo los programas de capacitación continua han dado poca atención a las interacciones de la enfermera y el paciente con amenaza vital en el medio de cuidados intensivos. En donde la enfermera presenta actitudes y respuestas de fatiga, indiferencia, errores o la decisión de cambiar de área.

Son estas razones las que motivaron e impulsaron a realizar esta propuesta, en donde al evaluar la actividad de la enfermera en su relación con el paciente crítico, en el medio de la UCI; y así demostrar como el profesional de la conducta, en el ámbito hospitalario puede brindar aportaciones en el área asistencial, diseñando una intervención tendiente a lograr una mayor calidad en el servicio que brinda la enfermera.

El desarrollo de la propuesta se orientó a través del enfoque de comunidad clínica con técnica operativa, por tratarse de una

actividad de atención del paciente en su lecho de enfermo; y las reacciones que provoca, y por adaptarse en forma importante a los objetivos de la propuesta, es decir romper estereotipos de atención en donde la enfermera, realice una actividad efectiva y satisfactoria para ella, el paciente y el hospital.

La presentación de la propuesta se estructuró en cuatro capítulos:

En el primer capítulo se plantea el proceso salud enfermedad de acuerdo a un punto de vista social y ecológico.

También se hace mención del esquema de atención a la salud en México, sus tres niveles y las actividades en cada uno.

En el segundo capítulo se aborda el tema de la unidad de cuidados intensivos, se integran elementos que describen sus objetivos, recursos humanos y materiales. Y en donde se incluyen los aspectos psicosociales tanto de la enfermera como del paciente crítico y su relación, (actividad clínica), vista desde el ángulo de la psicología, psicopatología y la psiquiatría e integra lo que sería la situación observada como problema.

En el tercer capítulo se incluye aspectos teóricos y técnicos del grupo operativo. Se hace mención de algunos antecedentes, así como los conceptos teóricos que le dan vida a la técnica operativa, y que apoyan la viabilidad de la propuesta.

También se hace mención de la comunidad clínica, estrategia que va unida a la técnica de grupo operativo con objetivos de aprendizaje. Se hace mención de la razón para definir a este grupo como comunidad clínica, de los conceptos teóricos en que se fundamenta esta actividad y cual es su importancia.

Subrayando que la práctica clínica se desarrolla y perfecciona

con la práctica misma, medio que brinda el propio grupo.

En el cuarto y último capítulo se establece una articulación de la práctica de la enfermera con la formación de un grupo denominado comunidad clínica que se reúne a trabajar con la técnica del grupo operativo.

Se mencionan los objetivos y la tarea a desarrollar, así como algunos ajustes que deben tomarse en cuenta desde el principio. Por último se elaborarán las conclusiones. Así como la bibliografía.

La principal aportación de esta propuesta radica en la comunidad clínica de enfermeras intensivistas que trabaja con técnica de grupo operativo, con el fin de mejorar su actividad asistencial en la unidad de cuidados intensivos. Así como de brindar información para futuras investigaciones en el área de la salud, encontrándole aplicación en docencia y en los servicios asistenciales de otro tipo. La técnica es útil en el proceso enseñanza aprendizaje en donde se involucren elementos emocionales como tema central.

## **CAPITULO. UNO.**

### **EL PROCESO SALUD ENFERMEDAD**

### 1.1. EL PROCESO SALUD ENFERMEDAD.

Cuando el ser humano enferma, la experiencia subjetiva de la enfermedad es muy rica, pero también ocurre que; el mundo interior psíquico, puede influir y desencadenar el desarrollo de una afección.

El hombre como todo lo que siente, piensa y hace se enferma en su totalidad. A cualquier modificación del medio fisiológico corresponde una reacción en forma afectiva. En esta razón se apoya el estudio de la psicología aplicada a la medicina.

Por un lado es comprensible que por el entusiasmo biológico y mecanista de decenios anteriores se haya olvidado el aspecto psicológico de la medicina. Sin embargo el ser humano no solo enferma de lo físico sino de dificultades psíquicas y psicosociales. Esto sumado a los grandes avances de la psicología, que además guarda bases de la medicina en particular del psicoanálisis. Y aportes de otras disciplinas como el conductismo, la antropología médica, la fenomenología el análisis existencial y la neuropsicología, cuyas aportaciones se aplican al proceso salud enfermedad.

Las implicaciones psicológicas que se desprenden del proceso salud-enfermedad: influirán, moldearán o modificarán la relación paciente-trabajador de la salud, y a la misma enfermedad.

La psicología ha sido definida por Ruch, (1975) como la ciencia de la conducta. La conducta se forma de un complejo de factores; biológicos antropológicos, sociológicos, psicológicos, por lo que

guarda relación íntima con las ciencias biológicas y sociales.

#### 1.2. LA NOCIÓN DE SALUD.

Desde el punto de vista fisiológico, la salud traduce el funcionamiento armónico de las diversas partes que integran el organismo. Es decir el medio interno regula los fenómenos físico-químicos generados como respuesta a los estímulos del medio externo manteniendo la armonía.

La salud puede interpretarse como producto de la armónica interrelación entre el organismo y el ambiente que la rodea. El carácter dinámico implícito en este juicio, contrasta con la idea estática de considerar la salud como "estado" o "alteración".

La organización mundial de la salud la define como: "...un completo estado de bienestar físico mental y social, y no simplemente la ausencia de afecciones o enfermedad" (Vega, F., García, M., 1982).

En una interpretación dinámica, se considera que la salud se manifiesta por el desarrollo equilibrado de las funciones fisiológicas, que a su vez se manifiestan por el ejercicio normal de la interrelación e interdependencia biológica, psicológica y social del hombre con su ambiente, es decir con una orientación ecológica.

En el concepto ecológico de la salud tácitamente se interpreta la enfermedad como una disarmonía funcional del doliente con su ambiente, que se expresa por alteraciones fisiológicas y por cambios en la interrelación e interdependencia con otros seres.

Por otra parte la relación y dependencia mutua del hombre, en convivencia con otros seres, se perturba cuando la enfermedad se manifiesta, la economía de la familia o el cuidado de los hijos se afecta.

Por lo anterior cabe observar que la salud y la enfermedad son conceptos bipolares que implican en cierta forma, la buena o mala calidad de vida.

El organismo mantiene en acción diversos mecanismos que asegura el balance positivo entre las fuerzas que generan la enfermedad y las que condicionan el equilibrio de su salud biológica, física, mental y social. Y como corolario, la muerte puede ser considerada el resultado de la falla funcional de los mecanismos de adaptación del individuo a los estímulos negativos generados en su ambiente (Pacheco, 1991).

Independientemente de la orientación que adopte el ejercicio de la medicina, conservar la vida sigue siendo la meta de sus esfuerzos, fomentar, mantener o restaurar la salud son sólo metas intermedias. La salud es la razón de la práctica cotidiana de la medicina. Para alcanzar la salud hacen falta los esfuerzos organizados de la comunidad.

La administración pública es la que de manera oficial tiene la responsabilidad de velar por la salud pública de la sociedad.

### 1.3.SISTEMA DE ATENCION A LA SALUD EN MEXICO.

En el actual concepto de salud nos señala que el ser humano puede llegar a un nivel óptimo, que se traduce en el mejor bienestar posible al que puede aspirarse de manera individual.

Si se acepta que la salud es indispensable para la productividad, la administración de la atención a la salud tendrá necesariamente que enfocarse a disminuir incapacidades y a la promoción del óptimo bienestar biopsicosocial.

La administración de la atención a la salud incluye así la práctica de la atención médica, misma que puede considerarse como "la práctica directa de la promoción, prevención y curación de los individuos, grupos o ambos".

Los componentes de la práctica de la atención médica incluyen la participación de organismos oficiales (IMSS, ISSSTE, SS, entre otros), del personal de salud (médicos, enfermeras, químicos, laboratoristas entre otros), y de los propios pacientes.

Niveles de atención médica.

Para la atención de la salud se consideran tres niveles de atención médica (Balderas.1988).

Nivel primario o primer nivel; básicamente es el contacto inicial entre la comunidad y el personal de salud.

En este nivel de atención se proporciona principalmente en centros de salud, clínicas, domicilio del paciente, servicios de urgencias y consultorios, aquí se incluyen la atención primaria de la salud (que no es lo mismo que el primer nivel), y los programas de salud

pública, entre ellos; saneamiento ambiental, educación para la salud, nutrición, control de enfermedades transmisibles agudas y de evolución prolongada, salud materno-infantil, escolar, mental, dental, industrial y social.

Si se considera que el primer nivel de atención incluye al grupo mayoritario de la población y al individuo sano, que ello influye de manera directa en la salud comunitaria y que además canaliza problemas al segundo y tercer nivel, se infiere la importancia que debería dársele en razón de la problemática que se puede solucionar para impedir la falta de productividad por enfermedad.

Segundo nivel; Cuando los problemas de salud no se solucionan en el primer nivel por requerir atención especializada u hospitalización, el paciente recurre al segundo nivel. Básicamente consiste en establecer el diagnóstico temprano, tratamiento oportuno y limitación del daño.

Por lo general es una actividad dirigida a la función fisiológica del individuo. Se proporciona en hospitales generales, centros de salud con hospital y consulta externa especializada.

Es raro que su cobertura abarque zonas rurales de difícil acceso geográfico, zonas marginadas e inclusive parte de la población suburbana.

Tercer nivel; si por el riesgo de su tratamiento el paciente requiere de alta especialización, ésta atención se brinda en este nivel.

La atención en el tercer nivel esta orientada básicamente a la

curación y la rehabilitación.

El tipo de población que atiende es minoritaria con profesionales de la salud altamente especializados. Son pocas las instituciones de este nivel en el país.

El primer nivel de atención atiende 85% de la población, el segundo el 12%; y el tercero el 3% restante (Balderas, 1989).

Para la atención de la salud en México la población dispone de tres esquemas básicos. Los servicios proporcionados por el sector salud, la asistencia pública, el sector paraestatal y en tercer lugar el sector privado.

Generalmente en este tercer nivel es donde existen las unidades de cuidados intensivos, en donde el avance tecnológico y equipo médico es de lo más avanzado, y para su manejo requiere de personal altamente capacitado, ya que el objetivo es luchar por la vida de pacientes que requieren de ayuda especializada.

Para desarrollar las actividades en los diferentes niveles de atención a la salud, se requiere de un equipo de profesionistas que integren un equipo de salud.

#### **1.4. EL EQUIPO DE SALUD.**

El equipo de salud está formado por un conjunto de personas pertenecientes a distintas disciplinas que coordinan sus conocimientos para atender al paciente, a la familia o a ambos.

La elección del personal de un determinado equipo depende de las necesidades. Pero por lo general el equipo esta compuesto por;

médicos, enfermeras, dietistas, trabajadora social, técnicos paramédicos, terapeuta respiratorio.

Para los objetivos este trabajo solo nos ocuparemos de la enfermera. Etimológicamente, la palabra enfermera deriva del latín "infirmus", que significa débil, endeble, y por extensión enfermería, lugar donde las enfermeras atendían a menudo de forma caritativa a los pacientes (Quevavuilliers, 1994).

#### 1.5. ENFERMERIA.

##### 1.5.1. DEFINICION.

A lo largo de varias décadas, los líderes de enfermería, han tratado de crear una definición, que reciba aceptación universal e identifique el carácter singular de ésta profesión, además de dotarla de significado para quienes la practican y los miembros de otras profesiones asistenciales la reconozcan.

Tal definición ha surgido lentamente porque la enfermería carecía de un cuerpo definido de conocimientos teóricos.

En el pasado, el ejercicio de la profesión se basó en tradiciones. Los teóricos de esta disciplina utilizan actualmente métodos científicos para describir, explicar y predecir el ejercicio de la misma así como sus resultados.

Desde los tiempos de Florencia Nightingale, que escribió en 1958 que el objetivo real de la enfermera era: "poner al paciente en el mejor estado para que la naturaleza actué sobre él", a su vez los expertos de este campo lo han definido como un "arte y una ciencia"

(Brunner, 1989).

En los primeros años tendieron a hacer énfasis en los servicios dirigidos a la atención de los enfermos, en fechas más recientes han subrayado la conservación de la salud, al igual que la prevención de las enfermedades.

The Canadian Nurses Association (citado en Brunner, 1989); ha realizado el siguiente modelo filosófico:

"La profesión de enfermería existe como una respuesta a una necesidad de la sociedad, y contiene ideales relacionados con la salud del individuo a lo largo de toda su vida. Las enfermeras dirigen sus energías, hacia el fomento, mantenimiento y restablecimiento de la salud, hacia la prevención de la enfermedad, el alivio de sufrimiento y la seguridad de una muerte tranquila cuando la vida termina. Valora y considera al ser humano como un ser biopsicosocial, capaz de establecer objetivos y de decidir y que tiene el derecho y la responsabilidad de elegir consecuentemente según sus creencias y valores.

En una de las definiciones clásicas de la enfermería, formulada por Virginia Henderson (citado en Kozier, 1989), se define la función singular de la enfermera como sigue: ayudar a las personas, enfermas o sanas en la realización de las actividades que contribuyan su salud o recuperación (o a una muerte tranquila) que sin duda el sujeto llevaría a cabo él solo si dispusiera de la fuerza necesaria y de los indispensables conocimientos, debiendo desempeñar esta función de tal manera que le ayude además a lograr

absoluta independencia cuanto antes.

La revisión de la literatura muestra que ha habido múltiples intentos por definir la función de la enfermera, "singular" en lo que se refiere a otras disciplinas asistenciales.

Por lo común, se ha intentado definir a la enfermería como una profesión dirigida a satisfacer las necesidades del "ser humano" en la salud y la enfermedad, conceptuándolo como un todo funcional que tiene necesidades físicas, emocionales, psicológicas, intelectuales, sociales, y espirituales.

Hace algunos años la American Nurses Association publicó; Nursing: A social policy statement (citado en W.Iyer, 1993), documento en que se describe el contexto social de la enfermería en el que se define la naturaleza y el alcance de la práctica de esta disciplina, como: "el diagnóstico y tratamiento las respuestas humanas a los problemas de salud reales o en potencia".

En esta definición se concibe al hombre como un todo integrado en un ser biopsicosocial, en donde el proceso salud-enfermedad es visto desde un concepto holístico, y en donde los diversos aspectos del funcionamiento humano se consideran interrelacionados interdependientes y de igual importancia.

Para el propósito de este trabajo se considera a esta última definición como la que va acorde al contexto en donde se enfoca la propuesta.

### 1.5.2. PERFIL DE LA ENFERMERA.

Al egresar de la carrera de enfermería básica de tres años con un nivel técnico y posterior a la secundaria; la enfermera cuenta con los elementos teórico-prácticos y metodológicos que le permitan proporcionar una atención de enfermería integral y efectiva al individuo, familia, y comunidad, en cualquier fase del proceso salud-enfermedad y en todas las etapas de la vida, enfatizando sus acciones a lograr la conservación de la salud, aplicando, los principios éticos de la profesión basados en un sistema de valores que girarán en torno al respeto a la vida y dignidad del ser humano. (Espino, V. 1995).

Este perfil incluye la preparación necesaria, para brindar atención a los seres humanos sanos o enfermos en cualquier grado; desde actividades de educación para la salud hasta cuidados del cadáver y su identificación.

Las funciones que realiza la enfermera son: técnicas, administrativas, docentes y de investigación.

TECNICAS: en este tipo se incluyen las acciones propias para la asistencia de los pacientes. Como son: administrar medicamentos, venoclisis, vendajes, curaciones, higiene personal, alimentación. Para llevar a cabo las funciones de asistencia (técnicas) aplicará sus conocimientos sobre los principales problemas de salud, concibiendo al proceso salud-enfermedad desde un punto de vista social. Así mismo deberá contar con habilidades para formación de grupos, aplicación del proceso de enfermería, aplicación de

paradigmas de atención de enfermería, detección de factores de riesgo, elaboración e instrumentación de programas de salud y manejo de las relaciones humanas para interactuar con otros profesionales: destrezas en el desarrollo de las diferentes técnicas específicas de enfermería y el manejo de la tecnología utilizada; actitud de respeto a la dignidad, a otros profesionales y a la práctica misma.

#### INVESTIGACION:

Usar el método científico en la investigación de su práctica profesional.

Para participar en la investigación dispondrá de elementos que le permitan contribuir en el desarrollo de proyectos que conlleven a la solución de los problemas de salud, y de la profesión; así como en la aplicación y validación de modelos de atención acorde a nuestra realidad.

Este perfil contempla a la enfermera como un líder en la atención de calidad a la salud, asumiendo o delegando responsabilidades con los miembros del equipo de enfermería o multiprofesional para mejorar las condiciones de salud de las personas o de los grupos. Con esta preparación la enfermera se incorpora a la práctica profesional, en el ámbito público o privado.

En donde puede ejercer en cualquiera de los tres niveles de atención a la salud. Realizando en cada uno las siguientes actividades específicas:

En el Primer Nivel de atención; las actividades que realiza en gran

porcentaje son docentes encaminadas a la educación para la salud, además de otras que se relacionan con medidas preventivas, (vacunas) o curativas muy sencillas.

En el segundo nivel la enfermera, tiene una labor principalmente asistencial, en atención directa al paciente hospitalizado, sin que por ello se descuiden el resto de sus funciones que se realizan en un menor número.

Podemos encontrar en el segundo nivel, unidades de cuidados intensivos; si el hospital por su número de camas requiere de este servicio.

En el tercer nivel de atención, encontramos sin lugar a dudas el servicio de la unidad de cuidados intensivos; ya sea general o de especialidad (médica o quirúrgica).

La enfermera que trabaja en este nivel, tiene una amplia participación en la atención del paciente hospitalizado con problemas de salud complejos o complicados, su participación se da por igual en funciones técnicas, administrativas, docentes y de investigación.

Dados los problemas de salud a los que se tiene que enfrentar aquí, la enfermera debe estar constantemente capacitándose y actualizarse, e ir en relación con el progreso de los aspectos médicos en continuo avance.

## **CAPITULO DOS**

### **. UNIDAD DE CUIDADOS INTENSIVOS**

## **2. UNIDAD DE CUIDADOS INTENSIVOS.**

### **2.1. DEFINICION.**

Es un área del hospital, destinado para la concentración de enfermos en estado crítico, potencialmente reversibles. Atendido por personal médico y paramédico adiestrado en el manejo de aparatos electromédicos para apoyo órgano-funcional y vigilancia continua en la atención médica temporal de esta área con los servicios de cuidados intermedios de la propia unidad o de los proporcionados por el resto del hospital. (Díaz de León, 1983).

Las unidades de cuidados intensivos (UCI), tienen como finalidad disminuir la morbimortalidad del paciente en estado crítico.

Díaz de León, M. (1983) describe al paciente crítico como; un paciente en peligro inminente de perder la vida por alteración de una o varias de sus funciones vitales, y que para conservarlas requiere no solo de atención continua y especializada sino de asistencia mediante sistemas que complementen o suplan dichas funciones.

Esta atención continua y especializada se define como cuidado intensivo; entendiéndola como una conducta multidisciplinaria, para proporcionar técnicas de reanimación y de apoyo órgano-funcional, sobre órganos vitales agudamente lesionados en enfermos en estado crítico y potencialmente recuperables.

Los objetivos de la UCI son los siguientes:

- Salvar la vida de pacientes graves, mediante la atención eficaz y oportuna, durante un estado crítico.
- Acortar el período crítico de la enfermedad aguda.

## 2. UNIDAD DE CUIDADOS INTENSIVOS.

### 2.1. DEFINICION.

Es un área del hospital, destinado para la concentración de enfermos en estado crítico, potencialmente reversibles. Atendido por personal médico y paramédico adiestrado en el manejo de aparatos electromedicos para apoyo órgano-funcional y vigilancia continua en la atención médica temporal de esta área con los servicios de cuidados intermedios de la propia unidad o de los proporcionados por el resto del hospital. (Díaz de León, 1983).

Las unidades de cuidados intensivos (UCI), tienen como finalidad disminuir la morbimortalidad del paciente en estado crítico.

Díaz de León, M. (1983) describe al paciente crítico como; un paciente en peligro inminente de perder la vida por alteración de una o varias de sus funciones vitales, y que para conservarlas requiere no solo de atención continua y especializada sino de asistencia mediante sistemas que complementen o suplan dichas funciones.

Esta atención continua y especializada se define como cuidado intensivo; entendiéndola como una conducta multidisciplinaria, para proporcionar técnicas de reanimación y de apoyo órgano-funcional, sobre órganos vitales agudamente lesionados en enfermos en estado crítico y potencialmente recuperables.

Los objetivos de la UCI son los siguientes:

- Salvar la vida de pacientes graves, mediante la atención eficaz y oportuna, durante un estado crítico.
- Acortar el período crítico de la enfermedad aguda.

-Facilitar la vigilancia continua de los pacientes en estado crítico.

-Contribuir a la prevención de secuelas e invalidez.

-Colaborar en programas de enseñanza e investigación.

El personal de la UCI, esta formado por; un jefe de servicio médico, médicos intensivistas, una jefe de enfermeras, enfermeras intensivistas, enfermeras generales (opcional), auxiliares de enfermería (opcional), químicos clínicos, trabajadora social, técnico de rayos X y dietista, inhaloterapeuta (opcional).

Cada miembro del equipo tiene funciones específicas.

El jefe del servicio es el responsable de hacer cumplir las normas en relación a la administración de la atención del paciente crítico.

Los médicos intensivistas; se encargan de la atención integral de los pacientes, la jefe de enfermeras es la responsable de la administración del servicio de enfermería en la UCI; la enfermera general apoya las actividades de enfermería y la auxiliar de enfermería también. El químico clínico se encarga de los exámenes de laboratorio solicitados. La secretaria, realiza labores secretariales correspondientes; la trabajadora social, facilitará la atención administrativa y las relaciones humanas con enfermos y familiares.

Las actividades de la enfermera especialista intensivista se describen aparte.

## 2.2.EL MEDIO DE CUIDADOS INTENSIVOS.

### 2.2.1.ASPECTOS DEL IMPACTO PSICOSOCIAL DEL MEDIO DE CUIDADOS INTENSIVOS.

El medio de cuidados intensivos se define como la suma de las interacciones entre las personas, objetos y circunstancias que afectan el bienestar de las personas que existen en la UCI (A.A.C.N.,1983).

Los factores que contribuyen a elevar el nivel de estrés en la UCI, y que tiene efecto en las personas son: aparatos electromédicos, nivel de ruido, estructuras arquitectónicas especiales, ideas preconcebidas de los sujetos, fantasías, interacciones humanas, necesidades, deseos no satisfechos y el volumen de decisiones. Las interacciones que ocurren en este medio son significativas en la medida que regulan la cantidad de estrés nocivo y de sostén que experimentan las personas, además del grado de control que cada una ejerce sobre el medio.

Para ocuparse de los requisitos siempre cambiantes del medio, los presentes utilizan una variedad de mecanismos para enfrentarse a los problemas con objeto de ayudarse en su pugna por sentirse adecuados. Si estos mecanismos del sujeto no producen protección suficiente, se siente que el medio es abrumador y puede haber conducta que no es funcional.

La conducta no funcional por lo común se observa en la forma siguiente: el personal de enfermería, comete innumerables errores, evitar a los pacientes o a otros miembros del equipo de salud, o de

los familiares del paciente, y un sentimiento creciente de competencia e inestabilidad emocional sin motivo obvio (Lawin,1975).

### **2.3. EL PACIENTE.**

El término paciente, deriva de un verbo latino que significa; "padecer", se usa para referirse a las personas que reciben asistencia de enfermería.

Es común que este vocablo tenga la connotación de dependencia.

El paciente es el personaje central de los servicios asistenciales.

Para explicar algunos fenómenos por los que atraviesa el paciente crítico; primero identificaremos algunos aspectos importantes.

El ser humano al entrar en un proceso de enfermedad atraviesa por diferentes fases:

#### **2.3.1.FASES DE LAS ENFERMEDADES.**

Suchman (citado en Kozier,1989) describió cinco etapas:

1. La primera fase de transición en el que el individuo empieza a sentir que algo no va bien. Inicialmente esta etapa es de negación y de seguir actuando como si nada sucediera, esta etapa tiene tres aspectos la experiencia física (dolor, fiebre), el cognoscitivo, la interpretación significativa de esto, y la respuesta emocional al miedo o a la ansiedad.

2. La aceptación del papel de enfermo: esta etapa es la aceptación de la enfermedad, los enfermos se muestran temerosos pero aceptan su estado.

3. La búsqueda de los cuidados médicos para confirmar la enfermedad y encontrar explicación de los síntomas y conocer sus posibles consecuencias.

4. La relación de dependencia; al confirmarse la enfermedad, el individuo se convierte en un enfermo que necesita la atención médica. La mayoría de los enfermos aceptan su dependencia, aunque mantengan distintos grados de control sobre sus vidas. Durante este período se va haciendo más pasivo y receptivo. Necesita sentirse aceptado.

Además de esto hay personas que vuelven a un estado regresivo de su desarrollo. Como resultado disminuyen sus mecanismos de defensa (capacidades físicas y emocionales de adaptación y defensa). Frecuentemente las reacciones que tienen se relacionan con experiencias previas y los conceptos erróneos sobre lo que ocurrirá.

5. Restablecimiento y rehabilitación; durante esta etapa el enfermo aprende a abandonar el papel de paciente y vuelve a sus funciones y actividades previas.

Para el enfermo agudo este restablecimiento es rápido. no así para el crónico que es más difícil, y para el que debe aprender habilidades como andar o hablar es particularmente difícil.

#### 2.3.2.EFECTOS DE LA HOSPITALIZACION.

Cuando debido a la gravedad de la enfermedad el paciente necesita ser internado en un hospital, los efectos de la hospitalización se

van a reflejar en aspectos particulares y generales de su vida.

A continuación se mencionan algunos de estos aspectos como:

Cuando un enfermo entra a un hospital, la pérdida de la intimidad es instantánea.

La intimidad, se describe como un sentimiento agradable que refleja un grado de retraimiento social, es un estado personal e interno (Vazquez, 1989).

La independencia: es el estado personal de libertad y autocontrol sin dirección externa. Los pacientes hospitalizados pierden gran parte de su autonomía, lo que le es difícil de aceptar desmoralizándose y considerándose una pieza de una gran maquinaria.

El estilo de vida del paciente se pierde por completo; sus costumbres en cuando a su vida en el hogar y el trabajo,

todas las actividades se modifican así como los ingresos económicos lo que causa un gran desajuste en la organización del paciente.

#### 2.3.2.1. CAMBIOS EN LA CONDUCTA DE LOS PACIENTES.

El miedo: normalmente, las personas sienten miedo una vez aceptado el papel de enfermos. Temen a la disminución de la actividad, al cambio de relaciones sociales o la muerte.

Les preocupa las consecuencias de la patología, en las posibles alteraciones del concepto de sí mismo, en su situación social y laboral que se vea disminuida a causa de la enfermedad (Vazquez, et al, 1989).

La regresión: Cuando las patologías amenazan a las personas, provocan en ellos ansiedad, para hacerles frente regresan a etapas

anteriores. Los adultos pueden atraer la atención por medio de constantes exigencias, egocentrismo, preocupación excesiva, por cosas sin importancia, falta de interés, hiperreactividad y alteración en la percepción de las personas en su entorno (Cook, 1990).

#### **2.4. EL PACIENTE EN ESTADO CRÍTICO.**

El enfermo en estado crítico; es un paciente en peligro inminente de perder la vida por alteraciones de una o varias de sus funciones vitales, y que para conservarla requieren no sólo de atención continua y especializada, sino de asistencia, mediante sistemas que complementen o suplan funciones (Díaz de León, 1983).

El enfermo que es internado en una UCI, y que acabamos de describir, es acompañado por todos los eventos citados anteriormente además de su riesgo de muerte, causa que lo lleva a la UCI.

Los pacientes que ingresan a la UCI tendrán como característica el ser portadores de una insuficiencia orgánica vital que amenaza su vida a corto plazo (por lo que en algunos casos se le menciona como paciente con amenaza vital, Lawin. 1983) a condición que la enfermedad que la desencadena tenga carácter reversible, es decir, que no se encuentre dentro de su historia natural en la etapa terminal.

La identificación del enfermo grave, que requiere vigilancia continua y apoyos órgano-funcionales, se hace mediante la identificación y evaluación de los síndromes agudos que amenazan la

vida y que pueden ser: insuficiencia cardíaca aguda, insuficiencia respiratoria aguda, insuficiencia renal aguda, insuficiencia vascular cerebral aguda, coagulación intravascular, intoxicaciones y shock, entre los más frecuentes.

Dicho paciente podrá estar en alguna de las siguientes etapas:

1. Enfermo crítico estable: es aquel que tiene un síndrome agudo sin alteraciones y que no amerita cuidados intensivos, sino especiales y que pueden ser dados en hospitalización.
2. Enfermo crítico inestable: tiene una alteración aguda descompensada; pero no amerita ayuda mecánica o eléctrica.
3. El enfermo crítico inestable tiene un síndrome agudo descompensado y necesita apoyo mecánico o eléctrico.

Los enfermos que se encuentran en estas dos últimas etapas son candidatos a ingresar a la UCI.

4. Enfermo crítico agónico; es el paciente en que se ha integrado el diagnóstico de muerte cerebral, y todo procedimiento órgano-funcional puede discontinuarse.

El paciente que es ingresado a la UCI, puede pasar por etapas de estabilidad, y de agonía, de acuerdo a la evolución que tenga.

El objetivo de la UCI es estabilizar al paciente, recuperando su insuficiencia orgánica y desaparecer la amenaza vital.

Pero no todos los pacientes tienen esta evolución, ya que al menos el 20% de los pacientes pasan a la agonía y la muerte.

La muerte en la UCI, es un evento cotidiano, pero no inevitable, al que se ve expuesto todo paciente que ahí es atendido.

## 2.5.LA ETAPA DE AGONIA Y LA MUERTE.

Como subrayaron Weisman y Hackett, (citados en Mcvuan,1989); el temor a la muerte es una actitud específica hacia el proceso de agonía y no está relacionado con el hecho de morir.

La agonía es el camino por el que se viaja hacia al no ser, hacia la aniquilación física, puede estar acompañado de dolor, deterioro corporal y angustia mental.

Lo que hace necesario señalar las necesidades del paciente agónico. Las necesidades fisiológicas del paciente en agonía comprenden, la sensibilidad y capacidad de movimiento del paciente, así como los reflejos, ya que todos ellos se pierden primero en las extremidades inferiores y luego, gradualmente, en las superiores, parece molestar al enfermo las presiones de la sábana, así como requerir cambios posturales frecuentes y alinear su cuerpo para darle posición cómoda en especial a miembros inferiores.

Al irse deteriorando la circulación periférica existe una abundante sudoración y la piel se enfría, aún si la habitación es caliente. La temperatura del organismo empieza a elevarse, la agitación del paciente con frecuencia se debe a esta sensación de calor.

El paciente con movimientos bruscos intenta aligerar la ropa, ya que necesita ropa ligera y aire fresco. Al familiar que observa esto le puede parecer que el paciente tiene frío pero no es así, ya que su temperatura interna es suficientemente elevada.

A medida que la visión y la audición disminuyen, el enfermo moribundo solo ve lo que está muy cerca, y solo oye lo que se le

dice directamente. Por lo que se recomienda contar con luz indirecta y que sus seres queridos se sienten cerca de él, a su cabecera.

Weisman y Hacket (ibíd), también dicen que al enfermo agónico se le impone inconscientemente el fenómeno de la "agonía premortem" hablando en voz baja en las esquinas de la habitación y creando sombras. Ya que al paciente se le puede contestar directamente.

La sensibilidad del contacto en el moribundo esta disminuida aunque responde a la presión, es importante saber si al paciente le agrada que lo toquen o lo toma como intrusión; o solo desea cerrar los ojos para comunicarse, también habra quien diga que no desea morir solo.

La presencia de dolor en la agonía es difícil de valorar, pero debe proporcionársele el alivio necesario, la medicación para dolor debe ser administrada por vía intravenosa.

Existen ocasiones en que el paciente moribundo permanece consciente hasta el final, pero independientemente de que este consciente sigue siendo la misma persona que fue en vida, es decir no se debe olvidar si tenía algún grado o actuación especial (maestro, sacerdote).

Las necesidades espirituales del paciente en relación a la religión que profesa, en ocasiones se hacen más intensas en la noche, y solicitan la presencia de un representante del clero: Es invaluable la ayuda para lograr la presencia de este apoyo espiritual.

Puede haber un intervalo de paz antes de la muerte, hay pacientes que permanecen conscientes hasta el último minuto y manifiestan que no sufren. Tal como dijo Willian Hunter, (citado en Mcvuan, 1989) antes de morir. "Si tuviera la fuerza suficiente para sostener un lápiz, podría escribir; lo fácil y agradable que es morir".

#### 2.6. ASPECTOS PSICOPATOLÓGICOS DEL PACIENTE EN ESTADO CRÍTICO.

En el paciente en situación de amenaza vital; se ponen de manifiesto, con un curso determinado, sensaciones y temores reactivos depresivos. Que tienen su aparición junto con la amenaza de vida. En este momento se presenta en el paciente una reacción de catástrofe (Meyer, Blacher, Brown, citado en Lawin, 1975); en donde se detectan con regularidad temores arcaicos que llevan hasta el miedo a la muerte, a no ser que existan trastornos importantes de conciencia.

Estos grandes temores disminuyen cuando el paciente ingresa a la UCI y siente la seguridad de recibir asistencia médica.

La actividad inmediata de médicos, enfermeras y asistentes así como el ambiente de tratamiento medicamentoso y por medio de aparatos, desarrolla una acción liberadora de temor.

El temor del paciente puede ser mayor si el ingreso es repentino por ejemplo después de un infarto, o ser menor si el paciente lo esperaba como después de una cirugía, y aumentar al ingreso a la UCI, un medio que se describe como de "urgencia silenciosa" (Burrell, 1981) que produce una tensión adicional.

Posterior al ingreso, la fase que se inicia es la de tratamiento, (denominada enfermedad de la catástrofe, de acuerdo a Meyer, ibid), que se caracteriza desde el punto de vista de la psicopatología por una trama de sensaciones depresivas y temores con rasgos de infantilismo (regresión), autoengaño (negación) e hipocondría. Aunado a esto se inicia la respuesta a la aplicación de analgésicos y psicofármacos.

Los sentimientos depresivos y los temores constituyen una reacción emocional a la amenaza vital (proceso psicorreactivo).

Los sentimientos depresivos se manifiestan por pesimismo, situación deprimida, acentuada tendencia a llorar y desesperación, que reflejan el agotamiento del paciente.

Los temores depresivos son expresados en sus temores a la muerte o en situaciones críticas cuando se entera de la muerte de un paciente a su lado.

Es de observar que tanto los sentimientos y temores del paciente guardan una relación muy estrecha con sus procesos internos que esta llevando a cabo a fin de enfrentar la situación.

Los cuales se ponen de manifiesto en sus conductas, infantiles y regresivas, en donde muestra un total abandono y dependencia; expresando deseos de apoyo y auxilio constante. Lo que además es una condición psíquica esencial para aceptar el tratamiento instituido, cayendo en un sentimiento de total dependencia, suprimiendo su capacidad de crítica.

Junto al infantilismo se observan rasgos de hipocondrías.

secundarias (Lipowski, citado en Lawin 1975), lo que habla de un proceso psíquico secundario de elaboración, en donde la tendencia del paciente es convertir un órgano o sistema de órganos enfermos en el objetivo preferido de autoobservación temerosa, que es separado del esquema corporal. Los efectos del mundo exterior se concentran en el propio cuerpo, y es sujeto de una ocupación emocional.

La elaboración de tendencias al engaño (Bruhn, Chandler, Wolf, citado en Lawin 1975), representan una conducta elemental de defensa del paciente con amenaza vital, y funcionan en forma óptima aquí.

Su función es disminuir la vivencia consciente de percepciones dolorosas, temores y pánicos. Dinámicamente se trata de desplazar efectos y sensaciones desagradables y circunstancias repulsivas. De esta manera le es posible al paciente tolerar su grave enfermedad, aceptar la agresiva terapéutica intensiva y disminuir la presión psíquica reactiva.

El paciente elabora el autoengaño en relación a su gravedad, y su amenaza de muerte, y a su dependencia del equipo de salud.

Este autoengaño también actúa sobre sus temores y sentimientos depresivos, encontrando al paciente con una actitud despreocupada y alegre aún en situaciones críticas.

El paciente que sufre alteraciones de la conciencia, carece de estos recursos.

Los procesos defensivos en estado de temor a la muerte; se

manifiestan por síntomas de inquietud y agitación intensa, que no parecen tener causa aparente, y que se pueden acompañar de temores y deseos de auxilio (constantes demandas o solicitudes e inclusive la presencia del personal).

El paciente presenta también ilusiones acompañadas de pánico, en momentos en que cree sufrir una enfermedad en otros órganos, por ejemplo un cáncer de colon, en un paciente con infarto, o un tumor cerebral en un paciente operado de oclusión intestinal.

Cuando el compañero de junto parece encontrarse en situación de muerte inminente, o cuando expresa la imposibilidad de seguir en ese ambiente, o teme perder la razón o volverse loco. Todos ellos pueden combinarse con intensos intentos de huir de la situación.

Los trastornos psicopatológicos más frecuentes que se presentan en las UCI son; las psicosis funcionales en donde predominan los trastornos de conciencia, y en las UCI médicas las que mayormente encontramos son los síndromes psicorreactivos, ya descritos en primer lugar (Feyberger, 1975).

Estos trastornos de la conciencia van con diferencias cuantitativas que se refieren a transiciones leves, como discreta inquietud motora temerosa y alteraciones más acentuadas; como la pérdida de la conciencia y el delirio, y que van desde leve, moderadamente grave, grave, y muy grave.

Estos trastornos están fundamentados en el funcionamiento corporal y la pérdida de la homeostasis. Junto a este proceso somático fundamental, hay que tomar en cuenta otras causas como; la

supresión del sueño, la disminución de los estímulos sensoriales, enfermedades crónicas anteriores, administración de esteroides y psicofármacos, así como la descompensación de la irrigación cerebral.

También se pueden ver alteradas funciones mentales como la orientación, percepción y perder la conciencia hasta llegar al coma, que son alteraciones que desde el punto de vista social son equivalentes a una psicosis (delirio, en el sentido funcional). Algunos factores que contribuyen al desarrollo de las depresiones reactivas en el paciente son: los rasgos premorbidos de la personalidad, las enfermedades previas y la importancia de las relaciones objetivas reales.

Es decir si el paciente era pasivo y dependiente, y ha sido más afectado por la enfermedad previa, y sus relaciones sean pobres, tanto más acentuada será su reacción depresiva y sus conductas defensivas.

Igualmente en las alteraciones funcionales, la enfermedad previa tendrá gran importancia si tiene afectación cerebral, como la insuficiencia renal, en donde la uremia altera las funciones mentales superiores.

En cuanto a la evolución; en la mayoría de los pacientes es favorable o sea que se trata de trastornos reversibles.

Las conductas de defensa desaparecen paulatinamente, en cuanto desaparece la amenaza vital, los sentimientos depresivos y los temores se mantienen latentes, se reactivan cuando hay recidivas o

agravamientos súbitos.

Freyberger (ibíd), también menciona que existe paralelismo entre la regresión de los trastornos psíquicos y el traslado del paciente a su servicio de origen, inmediatamente después del término del tratamiento intensivo. La demora puede agravar los síntomas, (psicopatológicos) produce también, al encontrar más clara la conciencia del paciente una reactualización de las fases de la enfermedad y de la terapéutica intensiva.

Cuando el paciente ya ha abandonado la UCI, es fácil de combatir esto.

#### **2.7. PERFIL DE LA ENFERMERA ESPECIALISTA EN CUIDADOS INTENSIVOS.**

Enfermera especialista intensivista; es la enfermera titulada que recibe un curso postécnico en cuidados intensivos reconocido legalmente; y que posteriormente inicia su práctica profesional en la UCI (Perfil, 1985).

El nombre del puesto que ocupa la enfermera con esta preparación es; enfermera especialista intensivista (EEI).

Esta preparada para trabajar en unidades sanitario asistenciales de 2do. y 3er. nivel de atención. Cuyo jefe inmediato superior es la jefe de piso; y como subalternos tiene a la enfermera general y la auxiliar de enfermería.

La EEI, es la persona responsable ante la jefe de piso de proporcionar atención directa a o los pacientes en estado crítico a su cargo o de todo el servicio en ausencia de la jefe de piso, ya

que cuenta con la autoridad necesaria para ello, así como para llevar a cabo la coordinación directa con el personal involucrado en la atención del paciente.

Responde a la atmósfera de la unidad de trabajo por lo que constituye uno de los miembros esenciales en la UCI, haciéndose cargo de dar el apoyo necesario para que el personal de enfermería cumpla con los objetivos de otorgar: cuidados de calidad con el mínimo de esfuerzo, tiempo y costo.

Así como, lograr por medio de su interés y ejemplo que las personas a su cargo se desarrollen personal y profesionalmente cubriendo así, las necesidades gregarias de prestigio y seguridad. Dada su preparación capacita al personal en las actividades que va a realizar, permitiendo la espontaneidad e iniciativa en los grupos de trabajo.

#### **2.7.1.DESCRIPCION ESPECIFICA DE LAS ACTIVIDADES DE LA ENFERMERA ESPECIALISTA INTENSIVISTA.**

##### **ACTIVIDADES ADMINISTRATIVAS:**

- Asistir a la recepción y entrega del turno correspondiente.
- Revisar el expediente de los pacientes a su cargo.
- Elaborar plan de atención de enfermería.
- Solicitar el equipo y material necesario para el desempeño de sus actividades.
- Informar a la jefe de piso, de las anomalías encontradas en el

material y equipo que usa.

- Colaborar en la elaboración de estadísticas del servicio.
- Elaborar informe diario del estado de los pacientes .
- Efectuar los procedimientos administrativos establecidos con las normas y políticas del hospital .

#### ACTIVIDADES TECNICAS:

- Proporcionar cuidados intensivos especializados a pacientes en estado crítico (adultos y pediátricos).
- Aplicar el esquema de historia natural de la enfermedad en el estudio de casos.
- Aplicar las medidas de prevención específicas a nivel primario, secundario y terciario en el paciente crítico.
- Ejecutar las técnicas y procedimientos de enfermería que se requieran, como son:

Cuidados generales de enfermería, a traqueostomía, a paciente intubado, aplicación y cuidados de sondas nasogástricas (levin, Sengstaken blakemore), succión gástrica, lavado gástrico y gastroclisis.

Aplicación y cuidados de sonda foley, cuidados específicos de todas las sondas y drenes que se utilicen en el paciente grave.

Exploración física de tórax, con estetoscopio. (ruidos respiratorios).

Aspiración de secreciones (vías aéreas libres), percusión torácica y drenaje postural.

Técnicas de oxigenoterapia (catéteres, mascarillas, tienda facial, respiradores de presión y volumen).

Técnicas de ventilación manual (ambú).

Diagnóstico de paro cardiorespiratorio por métodos clínicos.

Intubación orotraqueal con laringoscopio.

Técnica de reanimación cardio-respiratoria.

Técnica de electrocardiografía, interpretación de trazos.

Técnica de masaje cardíaco externo.

Medición de presión venosa central.

Detección de arritmias.

Instalación y manejo de desfibrilador.

Instalación y manejo de osciloscopio.

Colocación y manejo de electrodos y monitores.

Instalación y manejo de torniquetes rotatorios,

Instalación y cuidados de diálisis y hemodiálisis.

Instalación y cuidado de alimentación parenteral y enteral.

Cuidados de ostomias.

Técnicas especiales para paciente neonato en estado crítico.

Así como todos aquellos cuidados, técnicas, medidas y procedimientos generales y/o específicos que requiera cada paciente.

#### ACTIVIDADES DOCENTES:

Realiza las actividades de educación continua, educación para la salud y capacitación dirigidas tanto a sus colegas como al paciente y su familia.

**ACTIVIDADES DE INVESTIGACION:**

Aplicar el método científico en las investigaciones que se le asignen, así como aportar soluciones a los problemas encontrados. Llevar a cabo estudios de investigación para poder evaluar la calidad de atención de enfermería en este servicio.

**REQUISITOS DE ESCOLARIDAD:**

Educación primaria completa (6 años)

Educación secundaria (3 años)

Enfermería básica completa (3 años)

Experiencia hospitalaria de 2 años mínimo como enfermera general y en servicios de cuidados intensivos.

Curso de especialización en cuidados intensivos (10 a 12 meses).

**REQUISITOS FISICOS:**

Edad: menor de 30 años (Perfil.1985). Más que un requisito se considera recomendación.

Sexo: indistinto.

Voz: modulada, convincente, mesurada.

Integridad física: El puesto exige caminar con agilidad, estar de pie la mayor parte de la jornada, movilizar y sujetar pacientes, trasladar equipo y/o aparatos.

Esfuerzo mental: requiere de capacidad de concentración, atención directa al paciente y/o aparatos de vigilancia o asistencia.

Carácter estable: Ya que su trabajo exige estar en contacto continuo con pacientes que tienen peligro inminente de perder la

vida.

Don de mando: Para relacionarse con el personal que integra el equipo de trabajo.

Presentación: Su presentación debe ser pulcra y agradable.

La enfermera como prestadora de servicios asistenciales; trabaja 24 horas al día, los 365 días del año; para lo cual se organiza en cuatro turnos; matutino de 7:00 a 15:00, vespertino de 14:00 a 21:30 horas y nocturno A y B de 20:30 a 8:10 horas.

La relación enfermera-paciente en el medio de cuidados intensivos se establece con una total dependencia del paciente hacia la enfermera, determinado por su problema de salud físico tan severo. La enfermera estará en continuo contacto con el paciente, esta actividad clínica de asistencia y evaluación; momento a momento en la evolución de la enfermedad le permitirán no descuidar ningún dato de alarma que pudiera ser fatal.

Es digno de señalar que la "actividad clínica"; que desarrolla la enfermera intensivista frente al paciente crítico esta implícita en el desarrollo de su práctica profesional y que no ha requerido un espacio especial para ser aprendida. Forma parte de su "arte", científico que debe desarrollar en el hacer. Es por eso que hace clínica, en el sentido empírico de la palabra, pero necesita saber como la hace para poder diferenciarse del paciente, asumiendo su rol de clínico, conscientemente. La propuesta de este trabajo es ésta precisamente.

### 2.7.2.COMPONENTES BASICOS EN LA RELACION ENFERMERA PACIENTE.

Los componentes fundamentales de la relación enfermera paciente que estimulan su éxito y eficacia son: afecto, confianza, la impresión de estima y respeto propio, el sentimiento de dependencia aceptada, el sentimiento de interdependencia, el sentimiento de independencia, la empatía, la simpatía, la participación emocional y objetiva (Vazquez, et al ibid).

El afecto generalmente se expresa al paciente por medio de la bondad, tolerancia, paciencia, ternura, respeto, y reflexión.

Los pequeños actos inesperados y la amable cortesía que se le ofrecen pueden ser interpretados como expresiones de amor y le dan la verdadera impresión de ser aceptado, si en verdad es amor, no importa mucho lo que se hace, sino de la manera como se hace.

La confianza se refiere al sentimiento que tenemos respecto a la competencia, que hace que el individuo se sienta seguro con esa compañía.

Las bases de la confianza las encontramos en la forma como han sido satisfechas en el pasado sus necesidades (Erikson, citado en Ruch, ibid) por personas importantes en su vida. Por lo que si las necesidades de un paciente no son satisfechas, probablemente tenga una impresión de gran desconfianza; en cambio cuando se siente seguro, tiende a relajar su tensión emocional al sentirse tranquilo y dispuesto a participar en su tratamiento.

Todo ser humano necesita sentir confianza pero el paciente en especial trata de satisfacer esa necesidad. Sostener interés

personal, proporcionarle un ambiente seguro, pueden darle apoyo y ser de gran utilidad para el paciente crítico, que siente desconfianza.

Impresión de estima y respeto propio; estos dos sentimientos están íntimamente ligados y se refieren básicamente al sentimiento que el individuo tiene a cerca de si mismo.

Cada persona espera o desea ser respetada y sostener su autoestima. Pero se comporta de manera diferente; sin necesidad de hablar espera consideraciones a pesar de su conducta demandante. Sus sentimientos de autoestima crecen en proporción directa al respeto que recibe. Cualquier amenaza a los sentimientos de estimación y respeto propio pueden afectar profundamente su progreso hacia la salud.

Sentimientos de dependencia aceptada; cualquier enfermedad normalmente produce en el individuo un periodo temporal de dependencia en el que su interés está mayormente encaminado a lo que suceda. Esta necesidad humana de depender esta fundamentalmente tanto en los periodos iniciales de la vida como en los periodos críticos y de dolor.

En el paciente crítico se presentan otras actitudes y sentimientos como encontrar difícil la dependencia, negar la enfermedad y la dependencia, aceptar la enfermedad, pues le permite depender de otros, significa la pérdida de su situación social, considerar la enfermedad como una ofensa personal.

Sentimiento de interdependencia; El ser humano nunca es totalmente

independiente; su situación social produce convicción que otros deben ayudarlo y hacerle posible la existencia; este es un sentimiento positivo y es un hecho que en cada ser humano existe un poco de dependencia e independencia.

El paciente crítico y la enfermera experimentan el sentimiento de interdependencia en sus relaciones mutuas; la enfermera depende del paciente para que le proporcione datos e informes, en tanto el paciente depende de la enfermera por su habilidad y conocimientos profesionales.

Participación emocional y objetividad; El personal de enfermería tiene sentimientos y emociones por lo que actúa expresándolos, tampoco intenta que desaparezcan ya que son importante en su relación con el paciente, pero es necesario usarlos si son de utilidad dentro del plan terapéutico con el paciente. Aquí, si la enfermera sostiene una actitud objetiva es capaz de explorar, poner a prueba y apreciar el problema o la situación y seguir estando en posición útil, de carácter terapéutico con el enfermo.

### **2.7.3. MOTIVACIONES Y ACTITUDES EN LA RELACION PERSONAL DE ENFERMERIA PACIENTE.**

Motivación es aquella energía que obra dentro de un individuo, y que rige sus actos o conductas para empezar y continuar un curso de acción (Vazquez, *ibíd*).

Actitud, es el sentimiento o tono que constituyen el marco para

nuestras reacciones ante personas, sitios u objetos que refuerzan o limitan la respuesta (Vázquez, ibíd).

La acción y el tono comunican nuestra actitud.

Cuando la enfermera examina sus propias motivaciones y actitudes y tiene comprensión de ella misma, puede producir relaciones más eficaces y maduras con los pacientes.

Algunas veces las motivaciones pueden ser identificadas, pero la mayor parte se mantienen ocultas.

Algunas de las motivaciones de la enfermera de la UCI son:

Curiosidad científica únicamente; cuando la condición del paciente crítico es tomada como un caso clínico, raro, poco frecuente, novedosos y espectacular; otra motivación tan negativa como esta es la curiosidad morbosa, en ésta el personal de enfermería siente un atavismo por saber como se ha desarrollado la enfermedad del paciente, sin que exista un interés genuino por el paciente.

Cuando la enfermera da por hecho que el paciente es difícil de tratar, como una forma de justificar su incompetencia profesional.

Existe otra forma de control para el paciente; es cuando se establece una transacción si el paciente realiza determinada actividad, para permitirle realizar otra que el desee, aquí el mecanismo es de ganancia secundaria.

De madre dominante; esta motivación negativa convierte la relación en unilateral en la que participa solamente el personal de enfermería (papel de madre) ve al enfermo como hijo, no considera sus opiniones, proyecta sus propios conflictos e insatisfacciones,

prolonga o mantiene la situación de dependencia.

Motivación técnica únicamente; esto ocurre cuando la enfermera cuida físicamente del paciente solo porque se le ha asignado y porque forma parte de su trabajo cotidiano.

Actitud social únicamente; la enfermera se presenta ante el paciente como una buena amiga disfruta de su amistad, trata solo elementos sociales en su comunicación con él, evitando compartir problemas molestos o difíciles que ella no desea escuchar.

Actitud seductora, amorosa; Aquí predomina un rasgo amoroso en la relación enfermera-paciente olvidando su actitud de enfermera.

Todo esto implica una manifestación inconsciente, y es una reacción contratransferencial.

#### 2.7.4. REACCIONES DE LAS ENFERMERAS A LAS ENFERMEDADES.

El personal de enfermería asistencial suele tener reacciones emocionales de carácter muy personal hacia los pacientes y familiares, en medio de las crisis que acompañan a las enfermedades físicas. Algunas respuestas comunes son:

frustración, ansiedad, ira, esperanza, disgusto, conmiseración, impotencia, afecto, desesperanza, disgusto, envidia, orgullo

(Brunner, 1989). Estas reacciones son estimuladas por la combinación de las características de la enfermera como persona y las tareas y obligaciones profesionales que desempeña así como las características de la enfermedad y la personalidad del enfermo.

Además de las reacciones emocionales hacia los pacientes y

familiares, las enfermeras también tienen interacciones emocionales de importancia con otros miembros del personal asistencial.

La enfermedad suele provocar respuestas emocionales, que se basan en las vivencias personales de la enfermera o de familiares cercanos.

Las enfermeras tienen frente a sí, el problema de ajustarse a los múltiples cambios en el estado general de salud de los pacientes. Esto aún es más válido con los enfermos "difíciles", los que no responden al tratamiento los agónicos y moribundos.

Trabajar en la UCI, en que muere un porcentaje alto de enfermos, es considerado un factor de alto riesgo.

Se debe luchar por solucionar el conflicto entre el idealismo adquirido en la escuela y al realidad del trabajo cotidiano.

Incluso si, reconocen las necesidades psicosociales del paciente, quizá se sienta demasiado abrumada para ayudarlo, "no tiene tiempo", sin embargo, la recuperación y el funcionamiento de enfermos graves depende, en última instancia, de la capacidad de la enfermera para enfrentar problemas con aspectos múltiples. La atención que de a las necesidades emocionales de los enfermos y los parientes sirve para que la hospitalización y el tratamiento sean menos problemáticos.

Es importante que la enfermera este consciente de sus reacciones emocionales ante situaciones clínicas, de modo que no experimente estrés excesivo e incapacidad para enfrentarlo. Cuando esto ocurre, surge en ella el fenómeno conocido como "consunción", (ibíd), que da

por resultado aflicción personal, indiferencia ante el sufrimiento de los demás, y con frecuencia la decisión de abandonar el trabajo o profesión.

Las enfermeras conscientes de sus múltiples reacciones están en mejor posición de ayudar a los demás.

El sentimiento de miedo en la enfermera se puede describir desde diferentes puntos, como son: el miedo se presenta cuando descubre que a pesar de su simpatía, preocupación y deseos de ayudar; siente que no tiene la suficiente habilidad y preparación para brindar una asistencia efectiva. Estos sentimientos propician en el personal una actitud de indiferencia.

El personal de enfermería puede superar este temor comprendiendo la importancia del elemento interpersonal, el que constituye el elemento esencial de su labor, de tal manera que lo que cobra importancia no es solo sus técnicas, procedimientos y palabras de ayuda y consuelo, sino su propia presencia. Como dice Nacht, (citado en Vazquez, ibíd) en relación con el médico: "lo que él es, tal vez vale más que lo que da o lo que dice", traspolándolo a enfermera diría; "lo que la enfermera es, tal vez vale más que lo que da o lo que dice".

Al desarrollar la habilidad, y adquirir experiencia y permitir ser orientada por sus compañeros, aprenderá a sentirse adecuada.

No se espera que la enfermera actúe como autómatas, indiferente a los acontecimientos. Es un hecho que la enfermera debe actuar como un ser humano y tenga reacciones poco apropiadas a la situación

(horror, ira, rechazo, amor, asco, huida).

Sin embargo debe ser capaz de lograr un cambio y entender sus propias reacciones emocionales. ser capaz de conocerlas y usar la actitud que más convenga al paciente.

Por otro lado gran parte de la satisfacción que la enfermera obtiene de su trabajo, proviene de la aprobación, la efectividad y la gratitud de los pacientes.

Conforme la enfermera aprende a conocer a los pacientes críticos, como personas y adquiere la habilidad necesaria para brindar su atención profesional, el paciente la acepta y establece una actitud de cooperación en el tratamiento.

Las defensas profesionales de la enfermera definen su actitud, ya que le permiten conservar su equilibrio emocional, y no involucrarse emocionalmente es decir conserva una distancia óptima. Los individuos emocionalmente alterados por una enfermedad orgánica, no carecen de defensa, resisten las ineptitudes, perciben la amabilidad innata y los sentimientos negativos que se ocultan bajo una máscara de amabilidad y comprensión y son libres de interactuar.

La admisión del paciente en cualquier hospital, es una experiencia inquietante, ya que necesariamente el ambiente hospitalario es diferente del hogar, tanto en el aspecto físico como en el emocional; por lo tanto, desde la admisión se requiere que el personal de enfermería tenga tacto y actitud tranquilizadora en tanto pasa el período de transición y viene la adaptación.

Independientemente de las comodidades que brinda la institución, es necesario que exista un "clima o ambiente" terapéutico, que se adapte a las necesidades del paciente.

Este ambiente comprende la acción recíproca entre el personal de la institución y de los pacientes, y entre éstos incluye además a la familia y a otras personas importantes para el paciente.

Además del ambiente físico el ambiente emocional que está integrado por actitudes, sentimientos, y emociones del personal de la UCI, hacia el cuidado y la atención de los pacientes. Este se hace evidente cuando el personal de enfermería tiene una actitud respetuosa, sensible y atenta al bienestar de los apacientes.

La armonía entre los miembros del equipo de enfermería constituye un factor que contribuye al ambiente terapéutico y es el resultado de la mutua confianza, valoración y respeto entre ellos. Cuando se trabaja en armonía esta se refleja en el bienestar y tranquilidad del paciente.

La enfermera es el personal que se encuentra en todo momento al lado del paciente y es quién puede más directamente satisfacer sus necesidades y proporcionarle un ambiente de aceptación.

Para lograr esto la enfermera desarrolla un rol o papel y una actitud.

Entendiendo que rol o papel es el patrón de comportamiento definido preciso y esperado de la conducta de la enfermera

en determinadas circunstancias, que le permitan regular su conducta, predecir las respuestas de los pacientes y determinar sus

propósitos de acuerdo a las necesidades de éstos.

Se distinguen fundamentalmente tres papeles, de los que se derivan otros, que se superponen y/o complementan y son: técnico, interpersonal, socializador (Cook,1990).

El técnico esta constituido por la serie de procedimientos que dan al paciente un sentimiento de seguridad y comodidad lo que abarca la asistencia material.

También se le conoce como el papel tradicional de la enfermera y la gente lo reconoce como el verdadero.

El papel socializador; le permite a la enfermera actuar entre el paciente y la familia para hacerlo sentir que forma parte de un grupo.

Papel interpersonal, consiste en la relación "cara a cara", llegando a adquirir gran importancia en aquellos pacientes con estado de conciencia alterado o disminuido, es su punto de contacto con el mundo externo.

Papel creativo; cuando establece una atmósfera de interés auténtico respeto y calor humano, en donde se hacen efectivas otras contribuciones del equipo médico.

Papel de consejera; en este papel, la enfermera escucha al paciente con actitud comprensiva, "sin dar consejos", emitir opiniones o hacer al mismo tiempo, lo que puede ser útil para descargar angustia o tensión.

Lo tranquiliza cuando los problemas que plantea no corresponden a su área, y busca a quién corresponde atender estas necesidades

(que pueden ser espirituales o económicas).

Papel maternal; el paciente crítico se siente vulnerable, desprotegido, amenazado, por lo que reacciona en forma regresiva demandando cuidados y atención, lo que es reminiscencia de las relaciones madre-hijo.

La enfermera da cuidados maternos cuando identifica sus necesidades lo apoya, y le permite su adaptación.

Papel de maestra; esto se lleva a cabo cuando se le enseña al paciente nuevas formas de cuidar de sí mismo.

Papel administrativo; aquí se encarga de dar instrucciones a los pacientes y la familia acerca del medio hospitalario y lo que se espera de ellos.

#### **2.7.5. PARTICIPACION DE LA ENFERMERA EN LA ATENCION EMOCIONAL DEL PACIENTE EN ESTADO CRITICO.**

Un trato competente y adaptado a la situación junto a la cama del enfermo: al entrar en el mundo del paciente en situación de amenaza vital aparece como un "factor de seguridad emocional", de valor incalculable. Los pacientes viven muy de cerca el grado de capacidad de los médicos y principalmente de las enfermeras que le atienden, captando principalmente la capacidad en el trato terapéutico y la conducta espiritual.

Esto se aplica también a las ligeras faltas de seguridad en la situación terapéutica ya las fallas momentáneas de capacidad de

captar los pacientes responden a esto agravando los trastornos psicoreactivos y especialmente sus temores y depresión.

Por otra parte el clima afectivo de la UCI, logra un efecto estabilizante (tranquilizador).

Un "clima" orientado hacia una acción terapéutica rápida desarrolla en el paciente un efecto tranquilizante, puesto que para él representa un continuo flujo de actividades de auxilio.

El temor a la muerte y la tensión temerosa que se manifiestan en el paciente se ven atenuados cuando posee la firmeza de que en todo momento estará a su lado la enfermera que es la responsable de su cuidado.

La actividad de la enfermera esta apoyada por aparatos y dispositivos técnicos que contribuyen a la seguridad del paciente, y cuando éste duda de los aparatos la enfermera explica e infunde seguridad tras una breve conversación.

Estos factores que contribuyen a formar el clima afectivo, representan estímulos sensoriales, que intensifican la estimulación sensorial del paciente. Resolviendo las necesidades de este tipo. Con objeto de actuar sobre las depresiones y conductas de defensa del paciente, la enfermera estructura una firme relación objetiva con el paciente, su continua presencia y compañía le permiten establecer conversaciones breves, en donde puede captar las necesidades del enfermo y motivos de malestar. El paciente debe sentir que puede hablar sobre sus temores, y la enfermera puede tranquilizarlo y hablarle de su estabilidad corporal, siempre con

una base real, el autoengaño debe manejarse dentro de límites, ya que siempre se descubre la verdad. Todo con el fin de apoyar la terapéutica intensiva.

La enfermera ofrece al paciente repetidas ocasiones para que se exprese sobre su vivencia de la enfermedad y sus creencias, estas conversaciones contribuyen a eliminar los sentimientos depresivos y los temores.

La enfermera debe mantener al paciente informado sobre todo lo que es su tratamiento, estudios, intervenciones de enfermería, estas explicaciones evitan malas interpretaciones, si no se informa se corre el riesgo de que disminuya su participación y cooperación.

Ante las psicosis funcionales, orientar al paciente en tiempo y espacio. De igual forma si tiene delirios, y trastornos de conciencia.

La atención a los familiares de los pacientes sometidos a la UCI, ya que ellos también están muy afectados emocionalmente. Desean saber, hablar con médicos y enfermeras sobre el estado del paciente también expresar sus sentimientos. Piden estar al lado del paciente, lo cual no es posible, por las normas de esterilidad de la UCI. La enfermera proporciona información suficiente y da ocasión para que se expresen, les permite la visita estipulada y les comunica cuando se presentan situaciones especiales. Habrá ocasiones particularmente críticas y urgentes de la enfermedad o amenaza vital, en donde se presentan síntomas de mala adaptación, que requieren de una liberación rápida, como lo son: accesos de temor

a la muerte, manifestado verbalmente, o conductas de huida y crisis de desesperación.

La enfermera estará pendiente de la presencia de estos cuadros, pudiendo tomar medidas, como aplicar psicofármacos previamente indicados, y apoyar su intervención en la relación enfermera-paciente, conversando con él, en forma voluntaria, es necesaria la comunicación verbal y personal continua, la participación de la familia puede tener un apoyo importante.

Cuando el paciente va a ser trasladado es importante orientarlo para este cambio.

La enfermera participa ayudando al paciente a prepararse, no rechazando la oportunidad de liberarse de la terapia intensiva y aceptando la recompensa de librarse de la amenaza vital.

Esto ayuda al paciente a los intentos de seguir en la UCI, ya que algunos pacientes con efectos más patentes en la esfera emocional de la terapéutica intensiva, desean volver a ella.

Después de haber citado algunas de las situaciones más frecuentes en la interacción enfermera intensivista-paciente crítico, podemos tener un panorama del contexto en el que se desarrolla la práctica de esta disciplina.

De ahí se desprende el comentario que hace Koumans, (citado en Lawin, *ibid*); y que dice que el personal de las UCI requiere de una tutela orientada en sentido comunitario, en donde se persigue un doble propósito; uno, la tutela en los casos en que el paciente sufre alteraciones psíquicas que pueden ser difíciles para el

personal. Difíciles porque el personal no este lo suficientemente informado para atender la conducta del paciente. Como las ya descritas en capítulos anteriores (depresiones, psicoreactivas, alteraciones de la conciencia).

El profesional que brinde este apoyo (tutelar) se encargará de apoyar y explicar al personal de la UCI los motivos de la conducta del paciente. Así como de adoptar la conducta adecuada que facilite la expresión y evite complicaciones.

Esta importante actividad de consejero y atención al estado psíquico del paciente, hace necesario la presencia de un psiquiatra que participe en la UCI, como un interconsultante.

Los médicos están tan ocupados en aspectos orgánicos que es difícil que se ocupen de aspectos psíquicos.

Este argumento viene a apoyar en algún aspecto la propuesta de este trabajo.

El psiquiatra al brindar recomendaciones especiales frente a los pacientes con amenaza vital, indirectamente aporta lo que podría representar una psicoterapia indirecta para el paciente. Lo que nunca se insistirá lo suficiente y cuya eficacia es "incalculable". Las enfermeras que son las personas que permanecen más tiempo en contacto con el paciente, debido a la naturaleza de sus actividades, puede, aprovechar cualquier oportunidad para hablar con los enfermos, por ejemplo cuando los bañan, les ministran medicamentos, los cambian de ropa. Se trata de entrar en una conversación sin importar el tema sino como se desarrolla está. Lo

que ayudaría a estimular al paciente, atenuar sus sentimientos de depresión y liberarse de sus temores.

Es por ello que la preparación y perfeccionamiento en la esfera emocional de la enfermera, reviste gran importancia ya que su presencia es un instrumento terapéutico.

Las enfermeras constituyen las figuras claves de las UCI, mantienen un contacto íntimo con el paciente y representan un factor de continuidad en el interior de la unidad.

Las grandes exigencias a las que se ven sometidas pueden provocar agotamiento emocional o físico. Por lo que es recomendable hacer una selección cuidadosa de candidatos.

La enfermera que trabaja en la UCI requiere de gran habilidad manual, capacidad de contacto, disposición para el trabajo en grupo y la cooperación, capacidad de autonomía (aceptar responsabilidades) y tomar decisiones (Lawin, 1975).

El entrenamiento sistemático en estas circunstancias se vuelve una necesidad, para adaptarse a la UCI y para mantenerse en ella. La UCI es considerada como un lugar de formación profesional de gran valor para el médico y la enfermera así como los auxiliares del equipo de salud.

La enfermera de la UCI brinda una atención en grupo, en donde tiene oportunidad de ejercitar sus capacidades de autonomía, y contacto, establecer comunicación y entusiasmo por el trabajo.

El entusiasmo por el trabajo puede verse disminuido por un clima laboral de tensiones internas, que son consecuencia de

interacciones trastornadas. Entendiendo por esto el conjunto de relaciones informales y emocionales en el interior de un grupo, o de dos grupos.

Para elaborar las tensiones internas se ha recomendado de manera informal y formal contar con un grupo que apoye y retroalimente la actuación, en situaciones de terapéutica intensiva.

Es aquí donde cobra vida la propuesta del de la comunidad clínica con técnica de grupo operativo para trabajar la práctica profesional de la enfermera intensivista.

## **CAPITULO TRES**

### **EL GRUPO OPERATIVO**

### 3. EL GRUPO OPERATIVO.

#### 3.1. ANTECEDENTES DEL GRUPO OPERATIVO.

El modelo teórico del grupo operativo es producto de la vasta experiencia de la práctica profesional de Dr. Enrique Pichón Riviere, psiquiatra y psicoanalista argentino.

Modelo que llegó a México aproximadamente en los años 60, en que algunos investigadores argentinos llegaron a vivir aquí.

En los antecedentes del grupo operativo, encontramos la que relatan; Glez. Gutierrez y Orozco Cadena (1989) en su tesis, y que describe, que el Dr. E. Pichon R. siendo psiquiatra en el Hospicio de las Mercedes (1928, aproximadamente), tuvo la inquietud de investigar, sobre los problemas de los enfermos mentales, los enfermeros, la enfermedad mental y la institución psiquiátrica, la pregunta que él se hacía, ¿era porque los enfermeros trataban mal a los enfermos, si tenían muchos años de estar trabajando con ellos?.

Ante esta interrogante decide formar grupos con los enfermeros y explicarles aspectos de la enfermedad mental (psicopatología). Dándose cuenta de que los enfermeros tenían una vasta experiencia, producto de su relación con los pacientes, que al no estar elaborada les creaba una agresión y un aumento de tensión en las relaciones con los mismos. Al trabajar esto, la tensión y la agresión disminuyeron y por lo tanto la relación con el paciente mejoraba.

La respuesta a este cambio, fue que el director del hospicio

despidió a los enfermeros.

Al observar esto, Pichón R., organizó a los pacientes y los habilita para hacer funciones de enfermeros con los pacientes más graves, lo que ayuda a que ellos mejoraran su situación psiquiátrica y a su vez los pacientes recibieran un mejor trato. En respuesta a esto, el director despidió a Pichon R. de la institución.

Señalar esto marca un antecedente importante para el propósito del presente trabajo, en donde existen elementos de analogía como son: los enfermeros, la enfermedad mental, tensiones internas, agresión, actitudes y cambios.

Elementos todos que sin duda conforman aspectos de este trabajo. Esta experiencia le permitió al Pichon R. observar como frente a una relación con otro, frente al desconocimiento y frente a lo que implica un aprendizaje, y al estar con otro se van generando ciertas ansiedades y obstáculos que de no ser tratados se convierten en agresión.

Observo que al no saber, el movilizar experiencias y revisar conocimientos provoca tensión, pero cuando esta situación se da en un grupo, el grupo mismo promueve un aprendizaje que permite entender, comprender y operar el entorno; todo lo cual disminuye la ansiedad generada.

Sin embargo el punto de partida de las investigaciones sobre los grupos operativos, tal como se conocen hoy día, inicia en una segunda experiencia que se denomina "experiencia rosario"

(realizada en 1958) y que se llevo a cabo en la ciudad de Rosario Argentina (Pichon,1980).

Esta experiencia qué planeada y dirigida por Pichon R.

Se contó para esto con una comunidad heterogénea, formada por estudiantes universitarios y público general.

Todos fueron reunidos en el aula magna, en donde recibieron información del coordinador general, sobre la experiencia misma; además de dar temas que se elaboraron posteriormente en los grupos; en donde se contó con un coordinador así como uno o dos observadores.

El coordinador actuaba como orientador, favoreciendo la comunicación intragrupal y tratando de evitar la discusión frontal. El observador registraba todo lo que acontecía en el grupo a través de un enfoque panorámico.

Había reuniones posteriores con el coordinador general para analizar la tarea realizada hasta ese momento resumiendo la labor efectuada en los grupos y la finalidad era traer el material trabajado y crear una situación de espejo, en la que los miembros se reconocen como individuos separados y como integrantes de los grupos, a través de los diferentes temas emergentes.

Posterior a esta experiencia quedaron funcionando varios grupos con este modelo que trabajan sobre aspectos sociales y de la comunidad.

La experiencia de Rosario, nos señala como se empleó una estrategia para la creación de una situación de laboratorio social; en donde se usa como táctica, la grupal y como técnica la de grupos de

comunicación, discusión y tarea (ibíd).

Los resultados de esta experiencia tuvieron resultados que fueron decisivos, tanto sobre la teoría como sobre la práctica de los grupos operativos aplicados a la didáctica.

Este modelo ha sido empleado para la enseñanza de la psiquiatría, la comprensión del arte, la publicidad, la empresa, la terapéutica, etcétera.

La técnica de los grupos esta centrada en la tarea donde la teoría y la práctica se integran en una sola que es la "praxis", concretándose en el presente, "aquí y ahora".

La finalidad y los propósitos de los grupos operativos está centrada en la movilización de estructuras estereotipadas a causa del monto de ansiedad que despierta todo cambio. La técnica del grupo operativo, crea un espacio en donde se logra; el esclarecimiento, la comunicación, el aprendizaje y la resolución de tareas, creándose un esquema referencial nuevo propio del grupo.

De esta manera, es así que las experiencias que tuvo fundamentalmente en el hospicio y en su trabajo con familias de los psicóticos, e indiscutiblemente su espíritu investigador lo que llevo a Pichon R. a teorizar sobre los fundamentos del trabajo en grupo, en función de los obstáculos que aparecían alrededor de una tarea específica, que podría ser la curación o la enseñanza, la curación cuando trabajaba con psicóticos y la enseñanza cuando se trataba de enseñar psiquiatría, en cualquiera de las dos situaciones se ponen de manifiesto la aplicación de los

conocimientos del psicoanálisis.

Pichon Riviere (1980), señala que las técnicas operativas se utilizan (en ese momento) no solo en la formación de psicólogos, sino también en la creación publicitaria, el trabajo institucional, la formación de líderes, el estudio de la dirección y la interpretación teatral. En resumen en todas las situaciones en que un grupo cara a cara pueda convertirse en una unidad operativa de tarea.

### 3.2. DEFINICION DE GRUPO OPERATIVO.

Pichon R. (1980) define al grupo operativo como: la unidad grupal es todo conjunto de personas ligadas entre si por constantes de tiempo y espacio y articuladas por su mutua representación interna, que se plantea explícita e implícitamente una tarea, que constituye su finalidad.

Es importante señalar que la vida de todo ser humano transcurre integrándose a uno o varios tipos de grupos desde su nacimiento hasta la muerte.

De donde podemos observar que la situación grupal tiene su modelo natural en el grupo familiar, en donde existe una estructura, una función, cohesión y finalidad; elementos todos que se identifican en la definición anterior.

El grupo operativo, se caracteriza por una técnica que centra su actividad en una tarea explícita, e involucra una definición de grupo y una técnica de manejo, al centrarse en la tarea, lo que lo

distingue de otro tipo de grupos.

La tarea es uno de los principales conceptos dentro del modelo teórico del grupo operativo. Y es el principal organizador del campo y proceso grupal.

Para Pichon R. (1980); la "tarea", consiste en resolver las situaciones estereotipadas y dilemáticas que surgen en la situación de aprendizaje, ya no solo en el tratamiento de psicóticos, sino en la situación de aprendizaje que guarda una analogía con la anterior, ya que entendemos la dificultad de curarse, como perturbaciones del aprendizaje, la tarea es lo que marca la diferencia entre una serie y lo que constituye un grupo, ya que introduce un orden que le permite al grupo mantener su estructura a lo largo de las transformaciones que van surgiendo, tomando por partes la definición citada, podemos decir que la técnica es trabajar con un grupo pequeño de personas, lo que permite la relación cercana cara a cara, en un escenario bien definido, y que propicia la interacción, la representación interna implica elementos subjetivos en esta interacción con el otro, tomándolos en cuenta como un prelude de vínculos, asumiendo y adjudicándose roles y funciones dentro del grupo.

Dinámica que lleva al grupo a un objetivo común, o "tarea", que sería consciente o inconsciente.

La técnica operativa en la función del coordinador del grupo hará consciente lo inconsciente a través de la interpretación en su relación con la tarea, y que constituyen las aportaciones de los

miembros del grupo.

### 3.3. CONCEPTOS TEORICOS DEL GRUPO OPERATIVO.

Es importante hacer la descripción de algunos conceptos del grupo operativo, que fundamentan la técnica.

#### 3.3.1. ESQUEMA CONCEPTUAL REFERENCIAL Y OPERATIVO.

El concepto esquema conceptual referencial y operativo ECRO, sustenta la teoría del grupo operativo, en el sentido de permitir una lectura diferente de la dinámica del grupo.

Para Pichon R. (1980) el ECRO es: "un conjunto organizado de nociones y conceptos teóricos generales referidos a un sector de lo real, a un universo del discurso, que permite la aproximación instrumental al objetivo particular concreto". Es un instrumento interdisciplinario, es decir articula aportes de distintas disciplinas, en la medida en que resultan pertinentes al esclarecimiento del objeto de estudio.

Los aportes provienen del materialismo dialéctico, el materialismo histórico, el psicoanálisis, la semiología así como de los investigadores que han contribuido a encontrar la relación entre los eventos socioeconómicos y la vida psíquica.

La letra E designa a Esquema, entendiéndolo como un conjunto articulado de conocimientos.

Conceptual; es el aspecto designado a la C porque se refiere a una serie de nociones que provienen de la observación de la realidad

cotidiana, que son transformados, reformulados e incorporados a un sistema conceptual universal, y que intenta referirse a un aspecto global de un fenómeno.

Lo Referencial, alude por un lado a todos los conocimientos, experiencias y vivencias anteriores, que posee cada persona cuando se acerca a un nuevo objeto de conocimiento, y también al campo al cual pertenece.

La O, última sigla del concepto, se refiere al criterio de Operatividad. Lo operativo indica todas las nociones que se organizan en un esquema referencial y que sirven para resolver una situación de aprendizaje.

El grupo operativo a través de sus interacciones construye su propio ECRO, que le permite ver la realidad de una manera diferente a como la veía.

Para la investigación de las formas de interacción dentro del grupo, Pichon R. construyó un esquema titulado "Cono Invertido", (Ibíd,) y que consiste en el registro de la modalidad de interacción observable, como lo son los procesos de afiliación, pertenencia, cooperación, pertinencia, comunicación aprendizaje, y telé. Este tiene una representación gráfica, con una serie de vectores cuyo resultado es una línea de fuerza de forma espiral y que converge a la tarea (cambio) y que debe vencer una fuerza contraria que sería la resistencia al cambio.

Los procesos de filiación y pertenencia están representados por el grado de identificación que tienen los integrantes con el grupo.

Pertinencia, capacidad de los miembros para centrarse en la tarea, tiene relación con la cooperación y se refiere a la contribución a la tarea.

El proceso de comunicación alude a las diferentes formas de relacionarse entre los miembros del grupo.

El aprendizaje se logra por la sumación de la información de los integrantes del grupo, se produce un cambio, en términos de resolución de ansiedades, adaptación activa a la realidad, creatividad y proyectos.

El factor telé, definido por el psicoanalista Moreno (1961) como la disposición positiva o negativa para trabajar con un miembro del grupo.

### 3.3.2. CAMBIO Y RESISTENCIA AL CAMBIO.

En todo proceso de interacción se generan miedos básicos, uno; el miedo a la pérdida y el otro el miedo al ataque, sumando a esto la resistencia que existe al cambio. Representan un vector de fuerzas a vencer en la operatividad del grupo.

### 3.3.3. LOS ROLES.

En la teoría del grupo operativo, el concepto de rol es uno de los pilares que nos permite comprender y explicar la mediación entre el nivel grupal social, e individual.

Moreno, J.L. 1961; define el término rol como; la forma de funcionamiento que asume un individuo en el momento específico en

que reacciona ante una situación específica en la que están involucradas otras personas u otros objetos. De donde se desprende que el rol es una forma de interacción social, que dentro del grupo operativo puede ser prescrito o adjudicado, siendo uno fijo y el otro cambiante.

En el grupo operativo, los roles fijos son el de coordinador y el del observador, los integrantes pueden adjudicarse diversos roles de acuerdo a los momentos grupales que se viven.

#### 3.3.4. LA TAREA.

Todo grupo tiene un objetivo o tarea a realizar y esta tarea puede ser explícita, como por ejemplo un grupo se puede reunir para aprender psicología, aquí todos los miembros están conscientes de lo que quieren aprender, pero también existen aspectos no explícitos que se dan por la interacción de los miembros del grupo y en la construcción misma del grupo.

Por lo general siempre se ha identificado la tarea manifiesta con la "razón" y la tarea latente con lo "afectivo", situaciones que se dan juntas y no se pueden separar, pero a veces se tratan de negar o ignorar, cosa que no debe ocurrir.

La tarea es el hilo que conduce al grupo, por lo que se convierte en el "verdadero líder", del grupo operativo.

Para Pichon Riviere la tarea consiste en resolver situaciones estereotipadas y dilemáticas que surgen de la intensificación de las ansiedades en la situación de aprendizaje.....

El aprendizaje es abandonar lo que se ha aprendido ya que el aprender implica nuevas maneras de ver al mundo o la realidad, y por tanto el dilema que tiene que resolverse es el cambio de estas situaciones que están fijas o estereotipadas y aprender nuevos aspectos de la realidad.

Entonces se puede decir que la tarea, es resolver situaciones de estancamiento en el aprendizaje, convirtiéndola en una situación dialéctica, de movimiento dentro del grupo, con posibilidad de aprender sin temor a perder.

El grupo operativo trata de realizar un aprendizaje con carácter grupal, abordado a través del grupo; la tarea el aprendizaje, y los problemas personales relacionados con ambos.

La tarea como instrumento de trabajo, permite el uso de esta técnica a un amplio campo de actividades.

En las funciones del coordinador del grupo su relación con la tarea es interpretar el momento grupal teniendo como eje la tarea.

Para Bauleo, A. (1983) la tarea consiste en .....el abordaje del objeto del conocimiento que tiene un nivel explícito o manifiesto.

En otras palabras la tarea es el tema, ocupación o título que se hace converger sobre todo el funcionamiento de la reunión.

### 3.3.5. LA PRETAREA, LA TAREA Y EL PROYECTO.

Pichon R. señala tres momentos en un grupo operativo que son: la pretarea, la tarea y el proyecto.

La pretarea, es momento en que se ponen en juego los mecanismos que

obstaculizan el trabajo del grupo; son mecanismos contra el miedo del ataque y la pérdida, ya que como se había señalado toda nueva situación que implica cambio promueve miedos.

El paso a la tarea implica un "insight", un darse cuenta de los mecanismos que obstaculizan el trabajo del grupo, elaborarlos y conjuntar el sentir, el pensar y el actuar.

El proyecto es una forma de elaborar la terminación del grupo y surge el proyecto en donde concretizar todo lo aprendido y experimentado.

Elaborar un proyecto significa planear un futuro adecuado de una manera dinámica, por medio de una adaptación activa a la realidad, con un estilo propio, ideologías propias de vida y una concepción de muerte propia.

### 3.3.6. LOS OBJETIVOS.

Los objetivos son una meta a alcanzar. Para lograr estas metas el grupo no solo debe organizar sus interacciones hacia una dirección y sentido, también debe compartir un objetivo común, que tenga una representación interna y que además incluya al otro para que se logre, en una actividad de cooperación, enseñar, aprender y que constituye la tarea.

El objetivo último de los grupos operativos, es aprender acerca del aprendizaje y pensar a cerca del pensamiento. Para esto es necesario partir de actos concretos de aprendizaje y pensamiento.

La tarea explícita, nos habla de los materiales o temas de

discusión, material que al entrar en el grupo genera ansiedades y defensas en los miembros y que determina su actitud hacia la tarea, la cual se va cambiando con los señalamientos del coordinador. Los grupos operativos se diferencian de otros grupos en sus objetivos, las metas que organizan su tarea, no se conciben en términos de estados a alcanzar, sino de procesos a desarrollar.

### 3.3.7. EL APRENDIZAJE.

Pichon R. (1980) define aprendizaje como; "un desarrollar aptitudes y modificar actitudes".

"es un modificar pautas de conducta", dice José Bleger (1985).

El aprendizaje como cambio o modificación de pautas de conducta, implica un cambio profundo en el individuo, por lo que trae consigo ciertas resistencias, ya que genera cierto desequilibrio temporal, lo que lleva a buscar formas nuevas para recuperar este equilibrio y así sucesivamente.

El grupo operativo se convierte en grupo de aprendizaje, cuya situación central es la actitud ante el cambio, justamente la "tarea" es el cambio grupal operativo, que a través de sentir, pensar y actuar, lleva a cambios de actitud y por tanto a un proceso de aprendizaje.

### 3.4. LA TÉCNICA DEL GRUPO OPERATIVO.

La noción de técnica nos hace pensar en un conjunto de herramientas que nos permitan ir a la aplicación de la teoría.

Para Miranda B. (1980), la técnica operativa consiste en centrar la interacción en la tarea, entonces se va potenciando la acción del grupo en tanto se visualicen y se vayan resolviendo los obstáculos que el grupo va teniendo en la búsqueda de los objetivos.

La técnica del grupo operativo promueve un cambio fundamentado en una teoría.

La técnica operativa del grupo, sean cuales fueran los objetivos que se proponga (diagnostico institucional, aprendizaje, creación artística, planificación etc.); tiene como finalidad el aprender a pensar en coparticipación del conocimiento, en donde el grupo es capaz de producir pensamiento y conocimiento grupal.

Todo grupo tiene una tarea y si usa la técnica operativa, es un grupo operativo. Ya que la tarea es el eje sobre el que gira el grupo; es lo que le da sentido, identidad, es lo que se ha propuesto alcanzar y lo que los une en ese momento.

#### 3.4.1. EL EQUIPO DE COORDINACION OBSERVACION.

En los grupos de tarea se estructuran mecanismos de autorregulación que son puestos en marcha por el coordinador, cuya finalidad es lograr una comunicación activa y creadora.

La comunicación se desarrolla progresivamente como una espiral en la cual coinciden la didáctica, el aprendizaje, comunicación y operatividad.

Los roles del coordinador y observador tienen como función ayudar al grupo a superar los obstáculos que van apareciendo en el

abordaje de la tarea y de encontrar la vinculación entre la tarea manifiesta y la tarea latente en cada momento del grupo. Sus instrumentos son el señalamiento de las situaciones manifiestas y la interpretación de las causas que subyacen a estas situaciones. La interpretación aporta conocimientos que permiten el autoconocimiento grupal, lo que genera cambios y nuevas formas de interacción en el grupo y con la tarea, permite reorganizar al grupo a través de la elaboración, todo en función del objetivo grupal.

En situación de aprendizaje tradicional, se cuenta con un docente que imparte el conocimiento y ocupa un lugar preponderante, la técnica de grupo operativo en situación de aprendizaje cuenta con un coordinador que no imparte el conocimiento, sino que propicia a que el grupo lo elabore, habla poco y permite que el grupo llene el vacío de conocimiento realizando la tarea.

Analiza las relaciones que el grupo establece con la tarea, ayuda a resolver obstáculos de aprendizaje.

También ayuda a hacer explícita la tarea implícita, y para llevarlo a cabo rompe el estereotipo de maestro y controlador del grupo, señalándolo como una resistencia al cambio.

Este rol de coordinador tiene un lugar dentro de la estructura del grupo en el que se da lo que en psicoanálisis se llama "trasferencia"; el diccionario del psicoanálisis lo describe como el "proceso por el cual los deseos inconscientes se actualizan sobre ciertos objetos", pudiéndose decir que en presencia de todo

tipo de interacciones podemos inferir la presencia de situaciones de transferencia ya que hay un aprendizaje de la realidad.

Ante este fundamento el coordinador debe estar pendiente de los que se proyecta en él; como el rol del maestro, el de líder del tarea, y trabajarlo con el grupo para no obstaculizar la tarea.

El rol de copensador, que sume el coordinador, le permite reflexionar con el grupo acerca de la relación de los integrantes entre si y con la tarea.

Dentro de las funciones del coordinador, esta hacer mención de las consignas que regirán el trabajo del grupo y a sus integrantes. Especifica la función del observador y da su nombre señalando que las anotaciones que hace están dirigidas a la tarea y que son material para hacer ajustes, aclara que el observador no habla.

Especifica el lugar y periodicidad de las reuniones, todo ello para poder encuadrar y disminuir las confusiones dentro del grupo que se encuentra frente a una situación nueva y desconocida.

#### EL OBSERVADOR.

El rol del observador es prescrito en la técnica del grupo operativo, y forma parte del equipo de coordinación.

El observador tiene la función de "registrar todo lo que ve, oye, lo que sucede en el grupo, tanto lo que se dice gestual, verbalmente, y corporalmente" (Glez., Orozco, 1989).

La mirada del observador se dirige a la interacción grupal, a la tarea del grupo, al coordinador y a los momentos del grupo.

El observador no habla, el silencio hace presencia y lugar en el grupo, en el rol del observador. Pichon R. le llama el testigo mudo pero pensante.

También es función del observador elaborar hipótesis acerca de las actividades observadas en el grupo en relación con la tarea, debiendo para ello escribir una crónica de cada sesión, hacer un análisis de las reuniones y comparar enlazando y observando los cambios y las estereotipias.

#### 3.4.2. INSTRUMENTOS DE ANALISIS.

La coordinación cuenta con instrumentos para realizar su trabajo con el grupo operativo y estos son los tipos de intervención, características de los emergentes en el desarrollo del proceso y la unidad de trabajo.

La intervención es un intento, una hipótesis para desentrañar un sentido dentro de la latencia grupal; dice Rodriguez J. (citado en Glez., Orozco, 1989).

Las intervenciones del coordinador son a través de su palabra, la mirada y el gesto que completa la misma.

La intervención puede ser enunciativa o interrogativa o señalamiento, las que siempre serán una hipótesis del trabajo grupal.

En el señalamiento se conectan dos cosas que están ahí manifestándose y que el grupo no asocia; por lo que el coordinador hará esto.

La interpretación está basada en la teoría psicoanalítica identificando fantasías inconscientes del grupo en el aquí y ahora. En la intervención del tipo de construcción; el coordinador hace referencia del aspecto histórico del grupo, recopila y compara los momentos grupales y ve las transformaciones que se han producido.

#### 3.4.2.1. LOS EMERGENTES DE APERTURA Y CIERRE.

El emergente es un signo que se manifiesta por medio de uno o varios portavoces. Estos son cualquiera de los miembros del grupo. En el momento de apertura, el emergente son las manifestaciones, los indicios que se dan en el grupo, las primeras palabras, comentarios, movimientos corporales lo que se integra al existente de la reunión anterior, y al aspecto teórico antes de entrar al grupo.

Las intervenciones del coordinador dan cuenta de lo latente y surge un nuevo emergente.

El emergente de cierre lo que queda para la próxima reunión.

#### DIDACTICA DE EMERGENTES.

Los emergentes (manifestaciones grupales) son la base para conformar el nuevo teórico y retroalimentar al grupo ; así se va estructurando una producción mutua en donde los que enseñan y aprenden están en una continua transformación, se modifican a sí mismos y a la estructura.

Esta didáctica con la técnica operativa, se convierte en una

práctica de enseñar y aprender, en donde el conocimiento mismo se convierte en herramienta, que se va acumulando de acuerdo a como se transforma el grupo.

#### 3.4.2.2.UNIDAD DE TRABAJO.

La unidad de trabajo está conformada por el emergente existente, la interpretación y el nuevo emergente.

A través de la unidad de trabajo se puede analizar la reunión registrada en la crónica del observador, y saber el trayecto del grupo y facilitar una mayor productividad, actividad que debe realizar el coordinador.

#### 3.4.3.EL ENCUADRE.

El término encuadre proviene del psicoanálisis y quiere decir de acuerdo a la definición que da Bleger J.(1985) "el conjunto de las constantes dentro de las cuales se da el proceso analítico".

El encuadre del grupo operativo posee varios elementos:

El espacio; es el lugar para trabajar, este lugar debe mantenerse siempre no debe alterarse, es importante que así sea.

El tiempo; aquí están incluidos los horarios, la frecuencia de las reuniones. Al inicio del grupo se deben prever las interrupciones y ser tema de elaboraciones posteriores.

El rol del coordinador; es el encargado de mantener el encuadre, no brinda información de los contenidos, por lo que el rol de líder no le corresponde a él.

El rol de observador; también forma parte del encuadre solo observa y registra es silencioso, su presencia genera ansiedad persecutoria al inicio después se dan cuenta que hay una historia que no se pierde y que es devuelta a través del teórico y la coordinación. El rol de integrante; su función es elaborar los conceptos teóricos enriqueciéndolos desde su práctica, de lo que saben o desde lo vivencial. Esto es la tarea explícita, la temática, la implícita es sobre el proceso grupal.

#### **3.4.4. LA SELECCION DE LOS INTEGRANTES.**

Para la selección de los integrantes Pichon R. indica tomar en cuenta algunos puntos importantes como son:

- Enviar una invitación personal para participar en el grupo a cada candidato.
- Llevar a cabo una entrevista personal con los candidatos que acepten la invitación.
- Aplicar un cuestionario proyectivo, a los candidatos, con objeto de detectar casos en situación de crisis, borderline y psicopatías, ya que no se recomienda que se incluyan al grupo.

#### **3.4.5. NUMERO DE INTEGRANTES.**

La técnica sugiere que el número de integrantes sea entre 8 y 20 personas.

Los integrantes habrán pasado por la selección para tener miembros que participen con toda su potencialidad.

#### **3.4.6. PERIODICIDAD, TIEMPO Y DURACION.**

La técnica señala a modo de sugerencia que las reuniones se pueden programar una cada semana, con una duración de 90 minutos en total.

La duración total del programa; estaría en relación con el contenido temático, para lo cual se sugiere un total de 8 sesiones.

#### **3.4.7. EVALUACION.**

Se hace necesario contar con una forma de evaluar tanto la tarea como el proceso grupal.

Para lo que al final del programa se puede contar con una devolución de los puntos pertinentes obtenidos en el registro del observador. Lo que le permitirá al grupo disponer de una retroalimentación de lo acontecido en este proceso grupal.

Además de esta evaluación, los instrumentos de análisis que usa el coordinador del grupo, permiten intervenir, interpretar y devolver al grupo una historia en cada sesión.

#### **3.5. LA COMUNIDAD CLINICA.**

Winkler, J., describe a la comunidad clínica, como una modalidad de enseñanza en donde el conjunto de los propios clínicos en un adiestramiento organizado colectivamente dispone de sus experiencias clínicas como recursos para el aprendizaje grupal. Para iniciar, nos apoyaremos en los antecedentes de estas dos

palabras, COMUNIDAD, y CLINICA, para ser más explícitos.

El Diccionario espasa-calpe (1978), define a la comunidad como un estado de lo que es común, sociedad sometida a una regla común.

El término clínico; tiene su raíz en la palabra "klinike", que a su vez viene de "kliné", que significa lecho, lo que en medicina significa dar atención al enfermo en su lecho de dolor, lo que posteriormente paso como herencia a la psicología clínica, donde se usa con el mismo significado.

De donde se desprende que la comunidad clínica, es la reunión de los profesionales que tienen como actividad básica la atención del paciente en su lecho de enfermo. Es decir tratando de resignificar los términos; la atención y/o la asistencia que se brinda al estar junto a él, con técnicas de intervención específicas de cada disciplina, en donde se ven involucrados los trabajadores de la salud como médicos, especialistas (psiquiatras neurólogos, etc) psicólogos, psicoanalistas y enfermeras.

Extendiendo el término dada la naturaleza de la atención que se brinda al paciente.

La clínica por consecuencia lógica, se aprende con la práctica es decir en la atención directa al paciente, pero para desarrollarla y perfeccionarla la comunidad clínica es una opción de aprendizaje grupal, en donde las experiencias son puestas en juego para aportar soluciones ya vividas por otros clínicos y fortalecidas por varias opciones que brinda la comunidad de clínicos.

La comunidad clínica es el modo de abordar la experiencia clínica,

que es el objeto explícito del conocimiento que trabajará la comunidad. Integrándose lo que Chehaybar y K. (1989) llama grupo de aprendizaje al cual define como: el conjunto de personas que se estructuran como un grupo, al comprometerse con una serie de objetivos de aprendizaje (tarea) sobre los que se trabajará durante un tiempo y en un lugar determinado y donde se consideran tanto los intereses individuales como los sociales.

Para el propósito de este trabajo, el grupo de aprendizaje lo constituye la comunidad clínica, que se estructura como grupo al comprometerse con la tarea de metabolizar tensiones internas que tienen su origen en la relación clínico-clínado.

Este aprendizaje conjunto, implica un proceso dialéctico que lleva a un cambio de conducta (actitud y aptitud) a través de operar sobre el objeto del conocimiento para apropiarse de él y transformarlo (Chehaybar, 1993).

La propuesta es que a través del aprendizaje, de un encuadre clínico, el clínico revise dos puntos básicos; la aptitud y actitud clínica.

El clínico inicia su aprendizaje, en un primer momento al internalizar y aprender un encuadre que lo prepare para la acción clínica. Es decir la actitud clínica.

Winkler J., define la actitud clínica como: la preparación para la acción clínica que permita el surgimiento de un cambio. Cambio que puede ser tanto en modificación de conducta o modificación de la situación en la están inmersos, tanto el clínico como el clínado.

El Diccionario de Psicoanálisis (1974), define la actitud clínica como la disposición estabilizada, específica y de reacción ante estímulos sociales. Es decir la disposición asumida ante una situación determinada, o respecto a las situaciones sociales de los individuos.

En este primer momento da inicio un proceso interno en el clínico en el que intervienen multitud de elementos, que como señala el Ulloa, F. se inicia con "meter el cuerpo", es decir hacer acto de presencia participativa en la situación clínica, ya que su presencia es un elemento del encuadre clínico, elemento con que se acciona al mirar y escuchar.

En este primer paso se pone a prueba la "distancia óptima", es decir, la percepción debe realizarse a una distancia tal, que no se vea desde la teoría pero tampoco tan cerca que se confundan.

Otra condición es la de tomar todos los datos que brinda el campo clínico para comprender la situación del paciente.

Es precisamente en esta etapa en que se observa y se recolectan los datos, en la que debe darse un "doble momento de silencio"; el primero es cuando el clínico mira y escucha y el segundo es el del silencio de los conocimientos y su relación con lo observado.

Este segundo momento que Ulloa, F., denomina "estructura de demora", momento en que el clínico debe aprender a registrar sus propios afectos, demorándose en ellos en vez de actuarlos, desglosando lo registrado y que va entre lo pasado y lo presente, y otro; entre afectos propios (de su propia experiencia de vida) y

afectos "contratransferenciales".

El desglosar le permite descubrir lo nuevo, lo original, lo propio de ese momento y de ese paciente lo que lo individualiza y lo reconoce.

El clínico es capaz de funcionar recibiendo los datos que le da el paciente, así como los datos que le da su interior, trabajando y metabolizándolos, traduciéndose en pensamientos, es decir en la actividad de pensar.

La comunidad clínica vivenciará este proceso, repitiendo sus experiencias, metabolizándolas para llevarlas a la categoría de pensamiento hasta formar parte de su manera natural de actuar.

La importancia de la estructura de demora radica en que marca el momento de reacción-actuación, comprendiendo la situación clínica.

El ejercicio de una actitud clínica protege de cometer errores como: la lectura parcial o analógica, en donde el clínico solo toma datos parciales que no le causan ansiedad.

La lectura influida por connotación emocional, aquí el clínico despierta afectos, se presenta la contratransferencia.

Ver al clínico desde una distancia teórica es decir practicar teorías.

En las tres situaciones se parcializa la situación clínica.

### 3.5.1. LA APTITUD CLÍNICA.

Winkler, J., describe a la aptitud clínica como la "capacidad para

## ESTA TESIS NO DEBE SALIR DE LA BIBLIOTECA

realizar con eficiencia cierto tipo de tareas u operaciones". Como precursores de la aptitud clínica, tenemos primero la adquisición de conocimientos, y después adquisición de habilidades para utilizarlas independientemente, también cuenta la correlación de estas habilidades con la posición moral de la personalidad y el comportamiento.

La aptitud del clínico se pone de manifiesto en el momento de operar (intervenir).

Para intervenir, el clínico realiza un proceso interno, en donde debe de preguntarse ¿qué, cuanto, cuando, como?.

Qué, elemento de la situación clínica se va a trabajar y que es urgente para el paciente.

Cuanto, de la situación clínica; cuando, momento en que debe intervenir; como, la acción específica que se requiere.

Así al contestar estas interrogantes, entra en acción la aptitud clínica previamente elaborada.

Ensayar esta elaboración y presentación, es uno de los objetivos de la comunidad clínica, permitiendo el ensayo de soluciones.

El pensamiento clínico se hace más productivo y operativo si hay componentes imaginativos y conceptuales.

El componente imaginativo facilita la asimilación de los conocimientos teóricos y los concientiza en las diversas etapas de la solución, se actualizan representaciones y se crean nuevas imágenes de los pacientes, con base en su percepción.

Cuando el clínico elabora estos procesos internos aprende a

diferenciar y a distinguir sus propios sentimientos.

Es la etapa de elaborar hipótesis del conflicto existente.

La veracidad pertinente, la conexión entre la toma de conocimiento del conflicto existente y su articulación con el proyecto posible de solución.

La verdad se refiere a la observación que hace el clínico de la situación clínica; y la pertinencia se refiere al momento en que esa verdad puede ser compartida con el clínico.

La técnica de grupo operativo, que tiene como instrumento de trabajo la interpretación, permitirá abordar la tarea explícita a través de la verdad pertinente que ofrece el coordinador, al intervenir.

En la aptitud y la veracidad pertinente se transforma una abstracción en una acción con características específicas a la situación clínica.

#### PREDICCIÓN CLÍNICA.

La predicción clínica (ojo clínico) forma parte de la aptitud clínica y funciona en dos niveles.

1. Confrontación de lo esperado y lo encontrado; el clínico observa situaciones nuevas, y es capaz de identificarlas dentro del campo de lo de siempre, o igual lo que evita que lo nuevo sea tomado como normal.
2. Registro de los propios sentimientos, a través de la frustración de lo esperado y lo encontrado, en el clínico permite el desarrollo del ojo clínico.

### 3.5.2. ASPECTOS QUE CONTEMPLA LA COMUNIDAD CLINICA.

La comunidad clínica contempla los siguientes aspectos.

-Asamblea clínica (clínicos).

A través de la participación de los clínicos se permite regular las miradas compartidas y recíprocas, creando la necesaria seguridad psicológica, para que se valla, identificando y perfeccionando el propio estilo personal del clínico.

-Suministro conceptual.

Los conceptos lo integran , la exposición de los contenidos, afectos y comportamientos del clínico en la situación clínica.

-Taller o ateneo clínico.

Es el espacio donde se recupera y perfecciona la práctica clínica.

Los elementos que integran el encuadre clínico son:

El clínico y la actitud clínica, las condiciones físicas y materiales de la situación clínica .

Los proyectos u objetivos, propuestos en la tarea clínica.

El estilo personal del operador, que es la manera personal de ser y hacer las cosas.

El esquema científico, metodológico y técnico, este esquema tiene los conocimientos científicos del método y la técnica. El cual se refiere al método clínico.

## **CAPITULO CUATRO**

**EL USO DE LA TECNICA DE GRUPO OPERATIVO CON  
COMUNIDAD CLINICA DE ENFERMERAS  
INTENSIVISTAS.**

#### 4. EL USO DE LA TÉCNICA DE GRUPO OPERATIVO CON COMUNIDAD CLÍNICA DE ENFERMERAS INTENSIVISTAS.

Los médicos y las enfermeras ven al paciente desde diferentes perspectivas. Ya las enfermeras mantienen un contacto físico más permanente con los pacientes durante períodos más largos de tiempo que los médicos, mientras que éstos se hallan en una posición jerárquica de control y de toma de decisiones, por lo cual pueden considerarse a sí mismos como poseedores de mayor objetividad en oposición a la percibida subjetividad de las enfermeras. Estas muchas veces son conocedoras de la distancia de los médicos y opinan que por ello se ven obligadas a ejercer como abogadas de las necesidades humanas de los pacientes (Nadelson, T. 1976).

Esta relación continua con el paciente le permite a la enferma tener una actividad clínica en la que evalúa momento a momento la situación global del paciente y tomar decisiones en forma rápida y certera, apoyadas en sus conocimientos.

El cuidado prestado por las enfermeras a los pacientes de la UCI es el general totalmente comprometido. Por ello, la relación existente entre enfermeras y pacientes es de afecto y de hecho, en muchos casos de amor, rompiendo la distancia objetiva de la situación clínica que se vive.

La naturaleza de esta relación es quizás no totalmente única en un hospital si bien la intensidad y número de tales relaciones constituye uno de los principales componentes del entorno de la

UCI.

La UCI ha sido culpada como factor precipitante de las crisis psicológicas. Entre las que se ha identificado el "síndrome de la UCI" (McKegney, 1966), que se caracteriza por un estado de excitación y delirio, fue denominada como una enfermedad derivada del progreso médico, y que afecta al paciente que ingresa a la UCI.

En las UCI, desde sus orígenes y a lo largo de su evolución se ha escrito sobre los aspectos psicológicos, psicosociales o psiquiátricos desencadenado por el medio de cuidados intensivos señalando la importancia que tienen y las repercusiones negativas que se observan por igual en el personal, el paciente y su familia (Abram, citado en Burrell, 1982).

Los comentarios citados indica que los seres humanos que se encuentran en la UCI, conviven en un medio con factores de riesgo para la salud integral, y que se debe contar con medidas que disminuyan o controlen estos factores, con el objeto de preservar un adecuado funcionamiento de los mismos.

El propósito de este trabajo es centrar la atención hacia las tensiones internas que vive la enfermera que trabaja con pacientes en peligro inminente de perder la vida, la propuesta es enfocada desde la psicología clínica, para llevar técnicas de capacitación continua en servicio, en las que se use la técnica de grupo operativo a una comunidad de enfermeras de cuidados intensivos; que sean el medio para elaborar, y metabolizar esas tensiones y en

donde se cuente con una estructura formal de grupo.

Como ya lo señalamos a lo largo del trabajo la enfermera debido a la naturaleza de su trabajo requiere de un apoyo psicológico que la capacite en su área afectiva, área, poco o casi nada trabajada, ya que parece que debe contar con una dotación natural que debe crecer y desarrollarse por sí misma. Lo que no es así.

Es un hecho que la capacitación es un requisito que se cumple muchas veces solo por cumplir, pero en este caso la táctica escogida ofrece un medio para mantener una participación dinámica en donde la persona sea lo más importante, en donde su experiencia tenga un foro y sea retroalimentada por sus propios colegas en donde se considere la importancia que tienen esos afectos guardados, y casi nunca expresados por temores o ansiedades mal fundamentadas.

Una enfermera que trabaja su experiencia, en una comunidad clínica tiene la oportunidad de compartir sus conocimientos y vivencias en beneficio de ella misma, del paciente y de la institución en donde trabaja.

Este ejercicio ofrece la oportunidad a la institución de salud de ofrecer una capacitación de bajo costo, en horas de trabajo, y con los beneficios de aumentar el entusiasmo, responsabilidad y cooperación de la enfermera, así como de alargar su vida laboral en la misma área, ya que la preparación de enfermeras con este nivel es costoso, además de que no se cuenta con muchos candidatos.

#### 4.1.LA TECNICA.

El psicólogo que opte por esta propuesta y desee llevar adelante un diseño de aprendizaje bajo esta técnica, debe tener muy en cuenta lo que va a encontrar, sobre todo si por circunstancias ajenas a sí mismo no se puede mantener un ámbito adecuado, es preciso prever los cambios o circunstancias adversas que se presenten y saber sortearlas.

La comunidad clínica enfrenta situaciones de aspectos físicos el lugar o espacio, pero también el área afectiva puede presentar riesgo de una exaltación inicial de los conflictos explícitos y de los latentes. Al iniciar un grupo se deben tomar en cuenta de antemano que existen estas posibilidades dada la naturaleza misma del trabajo en el que se guarda gran tensión emocional, también se pueden presentar otros tipos de reacciones o la exposición de baluartes impersonales. Teniendo bajo control estas situaciones la comunidad clínica se considera una opción viable en este medio, pudiendo contar como elemento favorable la preparación académica que tienen las enfermeras.

Para su aplicación la técnica debe ser ajustada al máximo por lo que debe de considerarse el problema de la pertinencia y el de la seguridad psicológica.

La pertinencia es responsabilidad del coordinador del grupo el cual debe conducir el encuentro en forma gradual evitando saltarse etapas por las que debe pasar, por lo que debe contar con seguridad psicológica, es decir la posibilidad de ir creando entre las

enfermeras integrantes de la comunidad, la tendencia a no transformar al que miran en la oportunidad para proyectar sus propios aspectos personales (conscientes e inconscientes). Es decir propiciar que adquiera la habilidad "de poner dentro de sí lo del otro, habilidad que poco se desarrolla en los primeros momentos de su formación y en donde quizá los mensajes fueron diferentes, lo que puede dificultar el cambio, es decir el, "no ponerse en el lugar del otro", o más riesgoso, proyectar lo propio en el paciente. El aprendizaje de esta naturaleza le permitirá a la enfermera por un lado metabolizar instrumentalmente los afectos y por el otro internalizar el encuadre clínico. Precursores tanto de la "actitud como de la interpretación clínica", de lo que observa. Metabolizar los afectos esta ligado a los sentimientos que experimenta la enfermera al mostrarse para mirar y ser mirada por el paciente, lo que la lleva a experimentar sentimientos de arrogancia o vergüenza en diversos grados afectivos y múltiples combinaciones, (los sentimientos inconscientes de exhibirse o espiar) exaltando o inhibiendo los comportamientos asistenciales de la enfermera hacia el paciente.

La enfermera metaboliza sus afectos cuando esa arrogancia se va transformando en firmeza y orgullo sobre su propia actividad para defender sus propias convicciones.

La vergüenza que sería un factor de inhibición del comportamiento y que no en pocas ocasiones se observa en la enfermera, frente al paciente o al equipo de salud y que detiene la actuación

discriminada y responsable que debe tener.

Esta metabolización de la vergüenza al exponerse, y discriminar que y como ocurre, la llevará a elaborar la diferenciación entre sus propios sentimientos y los del paciente.

Metabolizar los afectos significa "aliviar tensiones".

La participación como miembro de la comunidad clínica, se ofrecería a las enfermeras que trabajan en la UCI, y sería voluntaria. Describiendo los aspectos de conveniencia que ofrece

el ser miembro de este grupo, tales como la participación activa así como la movilización de conductas estereotipadas de comunicación y de interacción.

#### 4.2. EL EQUIPO DE COORDINACION OBSERVACION.

El rol de coordinador será asumido por un psicólogo clínico con una orientación psicodinámica, debido a los elementos que la técnica exige. Es requisito que tenga una formación específica en el manejo de la técnica, así como de su participación en terapia grupal. Es deseable que posea conocimientos de la temática de la UCI, y de técnicas de intervención en crisis con todo lo cual se hallará mejor instrumentado el manejo de grupo.

Dentro de las actividades que tiene el coordinador, están, él ser responsable del programa que debe establecerse, antes de iniciar las reuniones del grupo.

Es muy aconsejable que se encuentre dispuesto para conocer directamente la vida de la UCI, esto facilitaría su tarea.

Debe diseñar y enviar una invitación a todas las enfermeras de la UCI, ya que son candidatas al grupo.

Posteriormente las entrevistará, y aplicará prueba proyectiva lo que le permitirá hacer una elección correcta.

A todas las enfermeras que participen se le hará conocer el programa de actividades y tendrán reuniones previas para hacer toda clase de aclaraciones.

El rol del observador, forma parte de la coordinación y debe ser ocupado por otro psicólogo, este equipo de trabajo tiene en sus manos la dinámica de la vida del grupo y es el encargado de mover y ajustar lo necesario para que se logre el fin establecido.

#### 4.2.1. EL ENCUADRE.

En el encuadre se deben considerar el lugar en donde van a trabajar, ya sea en un aula con sillas móviles o una sala de juntas. Pero se debe tener en cuenta que siempre será la misma y en las mismas condiciones ya que el ambiente no debe variar.

Los horarios y la frecuencia, debe quedar claro la necesidad que hay de respetar la hora y fecha de las reuniones ya que forma parte de lo que debe ser constante en el grupo, de lo contrario altera la dinámica grupal.

Se sugiere que las reuniones sean una vez a la semana con una duración de dos horas en promedio.

Se recomienda que el número de integrantes sea entre 8 y 10 personas, no menos de 6 ya que causan tensión en el grupo ni más de

20 porque permiten el ocultamiento.

Se ha recomendado que la duración de grupo sea de 8 a 10 sesiones que sería un ciclo completo. También es recomendable hacer evaluaciones, ya que permiten una revisión y rectificación en su caso, del proceso; la evaluación debe incluir tanto aspectos dinámicos como temáticos. Esta evaluación será aparte de los análisis de las crónicas de cada sesión grupal, que es otro elemento de evaluación.

#### 4.2.2. LA CONSIGNA.

El coordinador mencionará las consignas que regirán tanto el trabajo del equipo de coordinador-observador como de la comunidad clínica.

Es decir explicará en que consiste la tarea por la que se han reunido voluntariamente, y que el grupo funcionará como una unidad funcional didáctica, en donde los integrantes asumen el compromiso de recrear, desde vivencias, emociones, y conceptos su experiencia profesional en la UCI.

Aclarará además, que se podrán discutir problemas relacionados con ella misma y su práctica profesional.

Explicará su función como coordinador al esclarecer las dificultades que se tienen dentro del grupo.

También explicará la función del observador dirá su nombre y aclarará que la observación se refiere a la actividad del grupo y como se desarrolla en torno a la tarea, y que esta observación es

útil para ajustes estratégicos.

#### 4.3. OBJETIVOS DE LA COMUNIDAD CLINICA.

Los objetivos de la comunidad clínica de enfermeras intensivistas son los siguientes:

La enfermera intensivista

\_movilizará estructuras estereotipadas de intervención en la atención del paciente crítico.

-movilizará obstáculos que limiten su cambio (aprendizaje) en la comunidad clínica.

-desarrollará formas más efectivas de comunicación interpersonal.

Los objetivos de la comunidad clínica que trabaja con técnica operativa, se formulan en relación con la tarea y con una visión de proceso continuo inacabado que se desarrolla como una espiral que pasa de un estado que propicia el pasar a otro.

#### 4.4. LA TAREA DE LA COMUNIDAD CLINICA.

La tarea de la comunidad clínica de enfermeras intensivistas es metabolizar las tensiones internas que tienen relación con sus enfrentamientos con la muerte en sus intervenciones con el paciente en estado crítico atendido en la UCI.

Anológicamente metabolizar las tensiones internas las llevará realizar un proceso emocional interno, que les permita desglosar esas tensiones, verlas en cámara lenta, identificando los elementos que las forman sus fuentes de producción y simultáneamente

diferenciarse y adquirir una identidad con límites propios. Diferenciarse y adquirir una identidad con límites propios es lo que se hace cuando se identifica el propio sentir, pensar, hablar y actuar.

Cada enfermera deberá entonces apropiarse de lo que es suyo y que se involucra al atender al paciente. Es lo que se llamaría de acuerdo con Pichon R. el ECRO de cada enfermera, que entra en juego en todas las interacciones que realiza incluyendo su rol de enfermera.

Podríamos decir que la enfermera debe conocer su distancia y relación objetiva en la atención del paciente, lo que aumentaría su capacidad de control sobre las situaciones que vive a diario.

Esta es la tarea explícita, fundamentada en la razón, los conocimientos y la experiencia.

La tarea implícita la representa la estructura de la comunidad clínica, es decir ese grupo de enfermeras intensivistas que dada su actividad clínica al lado del paciente crítico se reúnen para recrear su actividad y operar en torno a ella.

La comunidad clínica es la materia prima de la tarea explícita, es el instrumento de trabajo, es por y para quién se hace la tarea y aquí lo importante es integrarlos en uno es decir que el saber y el actuar se unan en uno, al atender al paciente.

Para realizar la tarea la comunidad clínica hará uso de sus conocimientos del método clínico considerándolo como un esquema conceptual y referencial individual y grupal.

## CONCLUSIONES.

De la información expuesta a lo largo de esta propuesta se llegaron a las siguientes conclusiones.

Visto desde el ángulo del profesional de la conducta, es evidente la actividad clínica que en todo momento desarrolla la enfermera al lado del paciente. Actividad que la coloca en algunas ocasiones a una distancia tal que se confunde con el paciente, llegando a provocarle reacciones, que aumentan su tensión interna. Por lo que se hace imprescindible trabajar con estas reacciones a fin de aclararlas y ubicarlas en una justa dimensión para poder lidiar con ellas.

En otras profesiones a fines, este trabajo es considerado de gran importancia para la vida laboral de los profesionales de la salud. Por lo que se considera propio llamar a las enfermeras reunidas en un grupo "comunidad de enfermeras clínicas, y que el objetivo de reunirse sea recrear su práctica clínica para ofrecer mejor atención.

La institución que cuenta con UCI, conoce lo impactante que es el trabajo en este lugar, al ofrecer una propuesta de este tipo se piensa en los beneficios económicos, en incapacidades, muertes innecesarias, largas hospitalizaciones, errores, conflictos y gastos en capacitación de personal nuevo; en donde se vería el beneficio de aplicar esta estrategia en esta área o en otras similares. Ya que precisamente todos estos aspectos afectan el

trabajo de este tipo de grupo.

La enfermera intensivista que ventila sus experiencias en este marco de trabajo aborda su miedo a lo desconocido y su miedo a la muerte traerlos aquí y ahora en un grupo que le permita poder asumir un control de sus reacciones a fin de ser acordes a su actividad asistencial.

Participar en el grupo puede ser una experiencia exitante para la enfermera en donde su grupo explora nuevas ideas sobre un tema y con mayor profundidad.

El personal de enfermería al ser conocedor de los cambios afectivos del paciente crítico, así como de los suyos propios, ofrecen la oportunidad de colaborar en la clarificación de los problemas de interacción existentes en el equipo de salud con una mayor efectividad desarrollando zonas de enriquecimiento de su vida profesional.

Por otro lado, el paciente esta indirectamente beneficiándose de esta propuesta en donde él es considerado el eje principal; todo lo que trabaja el grupo esta relacionado con él y para él. Por lo que el proyecto final se aplica directamente al cuidado que recibe.

## BIBLIOGRAFIA.

- A.A.C.N. American Association of Critical Care  
Nurses. (1984). Cuidados intensivos en el adulto.  
México, Ed. Interamericana, 2da. edi.
- Balderas Peredo, M. (1988). Administración en los servicios de  
enfermería. México, Ed. Interamericana 2da. edi.
- Bleger, J. (1985) Temas de psicología. (entrevista y grupos).  
Buenos Aires, Ed. Ediciones Nueva Visión.
- (1975). Simbiosis y ambigüedad.  
Buenos Aires, Ed. Paidós.
- Bauleo, A. (1982). Ideología, grupo y familia.  
México, Ed. Folios Ediciones.
- y otros (1983). Lo grupal.  
Buenos Aires, Ed. Busqueda.
- Brunner, L.S., Suddarth, D.S., (1989). Enfermería médico  
quirúrgica. México, Ed. Interamericana.
- Burrell, L.Z. (1982). Cuidados Intensivos.  
México, Interamericana.
- Cibal, L.J. (1991). Interrelación del profesional de enfermería  
con el paciente. España, Ed. Doyma.
- Cook, J.S., Fontaine, K.L. (1990). Enfermería psiquiátrica.  
México, Ed. Interamericana Mc Graw-Hill.
- Chehaybar y K.E. (1989). Técnicas para el aprendizaje grupal.

México, CISE, UNAM.

- (1993). Factores que posibilitan el aprendizaje en grupos numerosos. México, CISE, UNAM.
- Curso de administración y docencia. (1985). Perfil de la enfermera especialista en cuidados intensivos. Mecanograma.
- Díaz de León, P.M. (1983). Fisiopatología básica aguda. México, Colegio médico de posgrado.
- Diccionario enciclopédico espasa. (1979). Madrid, Ed. Espasa Calpe.
- Espino, V. M. (1995). Perfil de la enfermera. Mecanograma.
- Gonzalez, G.C. (1989). Teoría y técnica de grupos operativos. Tesis de licenciatura, Facultad de Psicología, UNAM.
- Hay, D., Oken, D. (1972). The psychological stresses of intensive care unit nursing. Psychosom Med. p. 109.
- Jasiner, G., Woronowski, M. (1991). Para pensar a Pichon. Buenos Aires, Ed. Lugar Editorial.
- Joakin Skillman, J. (1979). Cuidados intensivos. Madrid, Ed. Salvat.
- Kozier, B. (1989). Enfermería fundamental. México, Ed. Interamericana.
- Lapanche, J. y Pontalis, J:B: (1974). Diccionario de psicoanálisis. Barcelona, Ed. Labor.
- Lawin, P. (1975). Cuidados intensivos. Barcelona, Ed. Salvat.
- (1981). Manual de cuidados intensivos.

- Madrid, Hospital central de la cruz roja, Ed. Científica medica.
- Manriquez, V.A. (1993). Hacia un cambio de actitud.  
Tesis de licenciatura, Facultad de Psicología, UNAM.
- Mcvuan, B. (1989). Paciente terminal y muerte.  
Barcelona, Ed. Doyma.
- Moreno, J.L. (1961). Psicodrama.  
Argentina, Ed. Horme.
- Nathan, M.S. (1977). Psychiatric consultation with MICU nurses:  
The consultation conference as a working group.  
Estados Unidos, Heart & lung, May-jun, 1977, vol.6,  
no.3, pp 497-504.
- Nava A. A. (1994). Planes de motivación e incentivos en el  
personal de enfermería del sector salud.  
Tesis de Licenciatura, Facultad de Psicología, UNAM.
- Nocolle, P., Boumans, P., Landeweerd, J. (1994). Working in a  
intensive or non-intensive care unit: Does it make any  
difference?. Estados Unidos. Heart & lung, Vol.23, no.1,  
pp 71-79.
- Pacheco, A.A. (1991). Contextualización del proceso salud  
enfermedad desde la perspectiva de las ciencias sociales.  
México, ENEO, SUA, UNAM.
- Perez, S., Blanco, P., Murillo, C., Dominguez, B., Sanchez, A.  
Nuñez, R. Psychological problems patient in the family members of  
gravely traumatised patients admitted into intensive care

- unit. Estados Unidos, Intensive care medicine, 1992, 18: ps 278-281.
- Pichon Riviere, E. (1980). El proceso grupal. Del psicoanálisis a la psicología social (1).  
Buenos Aires, Ed. Nueva Visión.
- (1977). El proceso grupal. La psiquiatría una nueva problemática (II).  
Buenos Aires, ed. Nueva Visión.
- Quevavulliers, J. (1994). Diccionario de enfermería.  
Barcelona, Ed. Masson.
- Rojas, L. E. (1995). El grupo operativo como técnica para la investigación de la adolescencia.  
Tesis de licenciatura, Facultad de Psicología, UNAM:
- Ruch, F.L. y Zimbardo, G.P. (1975). Psicología y vida,  
México, Ed. Trillas.
- Salzer, J., Stuart, J., Richmond, V., Hayyiesburg, (1985).  
Nurse-patient interaction in the intensive care unit.  
Estados Unidos, Heart & lung, January 1985, vol. 14, no. 1,  
ps 20-24.
- Ulloa, F. Las herramientas personales domésticas de mi práctica clínica.  
"Psiche", periódico de psicología y psicoanálisis. Buenos Aires, año 2, no. 7, pp 3-7.
- Grupo operativo.

Mecanograma.

Vazquez, C., Valle de B., Castillo, C., (1989). Elementos de psiquiatría y enfermería psiquiátrica. Vol. I, II, III. México, ENEC, SUA, UNAM.

Vega, F., Garcia, M: (1982). Bases esenciales de la salud pública.

México, Ed. La prensa medica mexicana.

W. Iyer, P. Taptch, J., Bernocchi-Losey, D. (1993). Proceso de enfermería y diagnóstico.

México, Ed. Interamericana Mc Graw-Hill, 2da. ed.

Zarzar Charur, C. (1980). La dinámica de los grupos de aprendizaje desde un enfoque operativo.

México, Perfiles educativos, CISE, UNAM, jul, agos, sep, 1980, no. 9, pp 14-36.

Winkler, J. El método Clínico.

Mecanograma.