

108
2 es.
UNIVERSIDAD NACIONAL AUTONOMA DE MEXICO

FACULTAD DE PSICOLOGIA



**EFFECTOS PSIQUICOS PATOGENOS DE LA HOSPITALIZACION
EN UNA UNIDAD DE TERAPIA INTENSIVA**

TESIS PROFESIONAL
que para obtener el Título de Licenciado en Psicología
Presenta:

ADRIANA GOMEZ REYNOSO

Directora de tesis:
Dra. Bertha Blum.

MÉXICO, D.F.

**TESIS CON
FALLA DE ORIGEN**

1998

269505



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 esta 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.

En memoria de mi abuelita María.

Agradecimientos.

***A mis padres, por su escucha, su apoyo
y sobre todo por su amor.***

***A Eduardo, mi esposo, por ser tan amoroso
y comprensivo.***

***A Marlene, por acompañarme tanto en los momentos
felices como en los difíciles.***

***A Ricardo, que con sus comentarios
me invita a la superación.***

***A Rita Zepeda, por sus enseñanzas.
Con quien no sólo aprendí de Psicología
sino también de la vida.***

***A mis amigas Ingrid y Eloisa, que vivieron
conmigo los aciertos y tropiezos .
que experimente en este camino.***

***A Bony, por su confianza,
entusiasmo y cariño.***

***A Vero, que presenció y apoyó
cada avance de este trabajo.***

***Al Dr. Parada, por ayudarme a despertar
y encauzar mi interés en investigar
un tema tan interesante.***

***Al Dr. Navarro, que me avala en mi andar
como psicoterapeuta.***

***Al Dr. Carrillo, quien me enseñó el mundo
desafiante de la medicina crítica.***

***A Mónica Arredondo, por su valiosa
colaboración en la recabación
de material bibliográfico.***

A Adrian Medina, por su asesoría metológica.

***A la Dra. Judith Zepeda, por su interés
en el desarrollo de investigaciones en Psicología
dentro del campo médico.***

INDICE

RESUMEN.....	3
INTRODUCCION.....	4
CAPITULO I. ANTECEDENTES.....	6
CAPITULO II. MARCO TEORICO	14
CAPITULO III. METODOLOGÍA	29
CAPITULO IV. ENTREVISTAS	35
CAPITULO V. ANALISIS Y CATEGORIZACION DE LOS DATOS	52
CAPITULO VI. INTERPRETACIONES PSICODINAMICAS	57
CAPITULO VII. DISCUSION Y CONCLUSIONES	64
BIBLIOGRAFIA.....	71

RESUMEN

El objetivo de este trabajo de investigación fue indagar si la hospitalización en una Unidad de Terapia Intensiva (UTI) provoca efectos psíquicos traumáticos. Se realizó en la UTI del Hospital Central Sur de Alta Especialidad de Pemex.

La muestra se conformó de acuerdo al criterio de inclusión que consideraría sólo a los pacientes graves que fueran internados en la UTI y permanecieran en ella cuatro días o más, durante dos meses consecutivos. Para conocer el estado psicológico de los enfermos se realizaron entrevistas semiestructuradas. La guía temática de las entrevistas estuvo concentrada en conocer la experiencia subjetiva que cada uno de los individuos tuvo de su hospitalización en la UTI. Los resultados fueron organizados y redactados para su tratamiento cualitativo, el cual fue en dos niveles. El primero fue a nivel interindividual; se realizó análisis del contenido, que buscaba las posibles coincidencias entre las diferentes entrevistas y el segundo fue un análisis intraindividual, ya que se interpretó psicodinámicamente cada una de las entrevistas con el fin de identificar la manera particular en que cada uno de los pacientes reaccionó a una situación tan dolorosa. El análisis del contenido se hizo a través de tres categorías de análisis, que fueron tomadas de los síntomas descritos en la teoría psicoanalítica como manifestaciones de trauma psíquico: 1) sueños de desamparo, frustración y aniquilamiento, 2) recuerdos cuasialucinatorios y 3) repetición verbal de la experiencia. En las interpretaciones psicodinámicas se analizaron las narraciones de los pacientes de acuerdo a la teoría psicoanalítica. Se identificaron los principales mecanismos de defensa utilizados. Los resultados indican que el trauma psíquico provocado por la hospitalización en una Unidad de Terapia Intensiva es una lesión anímica multifactorial. Se observó que el estado psicológico en el que se encontraban los pacientes después de la fase crítica de su enfermedad y de su internamiento no dependía sólo del tipo de enfermedad y de las intervenciones a las que fue sometido sino que su estructura psíquica jugó un papel de suma importancia. Se sugiere considerar la presencia de un psicólogo clínico con un entrenamiento especializado. Su tarea estaría encaminada a la prevención de efectos traumáticos y cuando el tiempo no permita esta labor; una vez que el paciente sea dado de alta de la UTI el psicólogo podría instrumentar un modelo de psicoterapia breve especial para los pacientes críticos. Las actividades que un psicólogo puede realizar en una UTI abren la posibilidad de elaborar una situación terrible mediante mecanismos saludables, en detrimento de los tormentosos sueños de desamparo, frustración y aniquilamiento, recuerdos cuasialucinatorios, y delirios.

INTRODUCCION

Las Unidades de Terapia Intensiva representan para la mayoría de las personas una muerte potencial, provocan temores incomparables a los que se pueden sentir en cualquier otro servicio médico. Algunas ocasiones sin siquiera saber cómo son y que se hace allí con sólo escuchar su denominación la gente tiene pensamientos de dolor y pérdida.

Cuando un enfermo crítico es hospitalizado en una Unidad de Terapia Intensiva (UTI) experimenta la ausencia de su salud, de movilidad y de sus lazos sociales y afectivos, entre muchas otras cosas. Por otro lado se enfrenta a circunstancias dolorosas y nuevas para él, provocadas por los procedimientos médicos, como son las sondas nasoyeyunal y uretral, los electrodos y la intubación endotraqueal.

El aparato psíquico ante una situación que representa peligro suele utilizar la angustia como señal. Mientras la angustia protege a la psique, ésta activa mecanismos que le permiten reaccionar de la mejor manera posible. (Laplanche, 1979).

La mayoría de las veces la gente no esta "preparada" para hospitalizarse en una UTI. La posibilidad de internarse en este servicio médico aparece repentinamente y cuando el paciente se encuentra en un estado alterado de conciencia. Existen limitaciones de tiempo para que el aparato psíquico desarrolle mecanismos de defensa que lo protejan.

Del mismo modo que el organismo sufre heridas después de un accidente, la psique cuando recibe una gran cantidad de estímulos que además son intensos y agudos resulta lesionada.

Los estímulos que provocan trauma psíquico son tanto de orden interno como externo. El paciente crítico se vive amenazado por factores reales pero también por lo que siente, piensa e imagina. De ahí que la etiología del trauma psíquico sea multifactorial y conlleve tanto factores exógenos como endógenos. (Freud, 1895).

El objetivo de esta investigación es conocer si durante la hospitalización en una Unidad de Terapia Intensiva (UTI) el funcionamiento psíquico del paciente gravemente enfermo sufre cambios y saber si los efectos provocados por esta vivencia son patógenos de tipo traumático.

Las investigaciones que se han realizado en torno a este tópico son escasas y todas ellas se han desarrollado en otros países. En México, el acceso a los

reportes de éstas se dificulta. En el capítulo I, se expone el resumen de algunos de éstos trabajos.

Esta investigación se basa en un marco teórico psicoanalítico, el cual es desarrollado en el capítulo II. En este postulado se considera al trauma psíquico como una lesión anímica provocada por un suceso sorpresivo, violento y abrupto. Su cuadro clínico se manifiesta sobre todo por los siguientes síntomas: a) repetición verbal de la experiencia, b) sueños de frustración, desamparo y aniquilamiento y c) recuerdos cuasialucinatorios. (Laplanche & Pontalis, 1994, Eidelberg, 1971, Wolff 1956, Laplanche 1980).

La posible existencia de estos síntomas se investigó a través del análisis y categorización de los datos y de interpretaciones psicodinámicas. En el capítulo III se explica la metodología que se utilizó para realizar este trabajo, se especifican las características de la muestra, el escenario y el instrumento.

En el capítulo IV se encuentra el reporte de las entrevistas realizadas.

Los resultados del análisis y categorización de los datos se exhiben en el capítulo V. Indican que la UTI desencadena una serie de efectos psíquicos característicos del trauma psíquico. En las entrevistas se encontraron ciertas coincidencias, por ejemplo que la mayoría de los pacientes (80%) de los pacientes tuvieron cuasialucinaciones durante la fase aguda de su enfermedad y que éstas eran recordadas y mencionadas con bastante frecuencia en su narración.

En las interpretaciones psicodinámicas se rescató el carácter particular de cada una de las entrevistas, en ellas se identificaron los mecanismos que cada paciente utilizó para defenderse ante una situación amenazante. Esta parte del trabajo se encuentra en el capítulo VI, y destaca la importancia que tiene el estado psicológico en el que se encuentran los pacientes cuando se hospitalizan en una UTI para que se produzca un trauma psíquico.

Como un elemento de las conclusiones se encuentra la idea de incluir en la UTI un servicio psicológico que este conformado por psicoterapeutas que tengan un interés particular por trabajar con pacientes críticos. Se sugiere que aquél que se comprometa a realizar esta labor tendría que estar entrenado en psicoterapia breve y de apoyo, tener algunos conocimientos básicos sobre los procedimientos médicos que se realizan en las UTI's y haber revisado de forma personal sus pensamientos, sentimientos y actuaciones en relación a este tema.

I. ANTECEDENTES

Los trabajos de investigación realizados en torno a los aspectos psicológicos de los pacientes graves internados en una Unidad de Terapia Intensiva no son abundantes, sin embargo algunos de ellos son de gran calidad.

El ingreso de un paciente a las Unidades de Terapia Intensiva confronta una serie de cambios importantes de su cotidianidad: la inmovilización, la interrupción abrupta de un estilo de vida y del contacto familiar, la pérdida de intimidad, de los ritmos circadianos y de su seguridad. Sobre todo la amenaza de muerte es una vivencia devastadora, ya que ataca la filosofía vital de cada persona y la conduce a ver ante sus ojos lo infinito.

En Alemania, Schilling (1994), realizó una investigación para conocer los síntomas psicopatológicos que presentaban los pacientes internados en una UTI por más de ocho horas. Estimaron de dos maneras el estado patológico, una de ellas era un sistema de evaluación diagnóstica y la otra una evaluación mediante entrevistas. También indagaron a cerca de los distintos modos en que los pacientes podían superar dicha situación.

La muestra estuvo constituida por 54 pacientes que fueron admitidos en la UTI durante tres meses. Diez de ellos tenían alto grado de riesgo y recibían respiración artificial; el resto con menor riesgo fue internado a causa de enfermedades cardíacas.

Tanto las evaluaciones diagnósticas (PPB) como las estimaciones de las entrevistas (IEP) fueron sometidas a un análisis de factores separados.

Los resultados del diagnóstico psicológico indicaron la aparición de síntomas como los de una psicosis paranoica, alucinatoria y progresiva o una grave perturbación de la conciencia (pacientes con fuertes disturbios de conciencia no pudieron ser tomados en cuenta en la investigación).

Se encontraron tres factores: 1) disposición de acción, 2) estado de ánimo y 3) rechazo a la comunicación. Cada uno con sus respectivos atributos; del primero: facilidad para hablar, expectación ante la vida, enérgico-activo, activo desconfiado y confiado; del segundo: deprimido, angustioso, inquieto interiormente, miedoso, atormentado por la incertidumbre y meditativo; y del tercero: reservado, irritado, desconfiado, agresivo e impositivo.

En los resultados de las estimaciones de las entrevistas también se encontraron tres aspectos: 1) orientación para el futuro, 2) tematización del miedo y 3) dificultad para la entrevista. Esto significa en cuanto al primer aspecto que los pacientes hablaron sobre su actitud después del restablecimiento, sobre las tareas inminentes en la familia y profesión y manifestaron determinadas esperanzas. En

cuanto al segundo factor: temían no resistir el tiempo de su hospitalización en la UTI, hablaban escépticamente sobre su estado, temían complicaciones, manifestaron miedo a la muerte y juzgaron su enfermedad como altamente amenazadora. En el tercer aspecto se definió la dimensión de las dificultades de los entrevistadores mientras se conversaba sobre la situación.

También se observó cierta correlación entre los aspectos del diagnóstico psicopatológico y los de las estimaciones por entrevistas. Los nexos fueron entre disposición para la acción y orientación hacia el futuro, entre rechazo a la comunicación y la dificultad para la entrevista.

Se valoraron las manifestaciones de superación de cada paciente durante cuatro días consecutivos de acuerdo a los seis valores de escala; de lo cual se concluyó que existe una alta variabilidad inter e intra individual. Y los distintos recursos que los pacientes utilizan para superar o dominar la situación de hospitalización en una UTI fueron independientes del grado de dificultad somática de la enfermedad. Tampoco se encontraron relaciones con la pertenencia del sexo, edad de los paciente o de la clase de enfermedad.

Una vez que los pacientes eran dados de alta de la UTI se iniciaba la etapa de recuperación y eran trasladados a un servicio de cuidados generales. Entonces, se les pedía que contestaran un cuestionario retrospectivo en el que se les preguntaba a cerca de su vivencia en la UTI. Este instrumento consideraba varias categorías tales como la agresión hacia fuera (rechazo), agresión hacia adentro (autoreproche) y fantasías de anhelos y deseos o de huída (evitación o medicación sedativa). Los resultados obtenidos mostraron que las dos primeras modalidades tienen una frecuencia e intensidad subordinada a las últimas dos, las cuales se presentaron acentuadamente.

Caracterizó a los pacientes con infarto del miocardio un escaso miedo y una alta disposición a la acción, orientación hacia el futuro; reacciones relativamente consistentes en el sentido de activismo, desde darle poca importancia al evento hasta una inadecuada euforia.

Cuando se les pidió a los pacientes que recordaran su reacción al momento en que ingresaron a la UTI el peligro fue minimizado (dando poca importancia y objetividad a la situación). La falsificación del recuerdo pone de manifiesto una reestructuración cognoscitiva en el sentido retrospectivo de búsqueda de control, lo que permite mitigar la situación antes altamente amenazante, como si hubiera sido un reto que se combatió exitosamente. Se sobrevaloran los recursos personales y se devalúa el riesgo de la situación. El medio ambiente aparece otra vez razonable y ordenado.

Schilling (1994), y sus colaboradores consideraron a las enfermedades corporales difíciles como prototipos de acontecimientos incontrolables especialmente cuando aparecen repentinamente, lo cual implica la pérdida del control de la acción. El miedo que resulta de esto como señal de peligro ante una amenaza interna y

externa provoca en la fase inicial un proceso de defensa tanto en contra del peligro real (externo) como en contra del peligro interno (imaginado). Por ejemplo, el miedo ante la dependencia total, fragmentación del propio yo. Los procesos de defensa en general implican una restricción o distorsión de la realidad intersubjetiva o de autopercepción o ambas. En la elaboración de la enfermedad siempre participan componentes conscientes e inconscientes. La meta de las defensas es permanecer con capacidad de actuar en situación de alto riesgo para evitar una revivificación de situaciones traumáticas. El aspecto defensivo de la resistencia no asegura la adaptación. La defensa trae primero la condición previa para un arreglo con la nueva situación. En nuevas situaciones se deberían encontrar formas de proceder que sirvan para la adaptación. En este sentido debería ser consideradas la alta variabilidad de las muestras de superación tanto inter como intraindividual como expresión para la búsqueda de formas de superación "mas eficientes" dentro del marco de cada posibilidad individual.

Se puede uno preguntar qué significaría si un paciente en terapia de cuidados intensivos no percibiera temores ni pudiera relatarlos. La negación en el pasado fue considerada como protectora con respecto a la supervivencia en situación crítica de amenaza vital. Lo que podría parecer negación se puede deber a una reacción de evitación que responde a la situación traumática, un déficit del "darse cuenta" que en su alcance no permite valorar la situación, puede ser una expresión de confianza ciega o resultado de una carencia de posibilidades de expresión hablada y por último puede atribuirse a la aplicación de sedantes.

La exigencia de investigaciones sistemáticas de la asimilación de la enfermedad en diferentes periodos es subrayada por los presentes resultados diagnósticos.

En cuanto a los factores medioambientales de las Unidades de Terapia Intensiva se ha discutido la incidencia, las características clínicas y tratamiento de los desordenes psicicos observados en los pacientes graves con respecto a elementos tales como la presencia del equipo de monitoreo, la ausencia de privacidad, la pérdida de los ritmos circadianos y la despersonalización del paciente y el doctor. (Dorr-Zegers, 1988).

Hace algunos años gozaba de gran fama un diagnóstico llamado psicosis de la UTI. Sitzman (1993), reportó el caso de un hombre de 63 años con este padecimiento. Intentaba revisar los rasgos, variables predisponentes, etiologías y tratamiento del delirio en el encuadre de cuidados críticos. La psicosis de la UTI es descrita como un síndrome mental orgánico caracterizado por deficiencias en la cognición, percepción y conducta. La causa del delirio es, por definición, una alteración en la función del cerebro, sin embargo, es muy posible que tanto factores orgánicos como psicosociales tal vez predispongan o precipiten el evento. El reconocimiento y mitigación de estos factores predisponentes tal vez sirva para reducir la severidad o para prevenir el desarrollo de un delirio. Sin embargo, una vez que el delirio se ha desarrollado su rápida estimación y tratamiento mas allá del desórden orgánico es esencial.

Campbell (1995), asegura acertadamente, que los seres humanos no somos capaces de prevenir el estrés o dolor, angustia o sufrimiento pero si podemos cambiar la intensidad y duración del estrés relacionado con el trauma al reconocer sus "demonios", desafiar a una lucha con ellos y crear comunidades curativas. Para hacer lo anterior, es necesario que las enfermeras valoren a los pacientes e instituyan una intervención apropiada en un estadio temprano. Las enfermeras de cuidados intensivos tienen una responsabilidad particular: identificar las semillas del estrés post-traumático e implementar estrategias de prevención y asistencia, principalmente, por el número de víctimas traumatizadas que pasan por su cuidado. No obstante, existe una escasez de literatura de cuidados críticos que se dirija a la valoración y estrategias de intervención relevante para este importante aspecto de la práctica. Este autor reconoce un trastorno de estrés post-traumático en pacientes de cuidados intensivos.

También es cierto que aunque en la literatura de enfermería se diga acerca de la importancia de una comunicación óptima entre pacientes críticos y enfermeras, esto no sucede con frecuencia.(Hagland, 1995).

Precisamente en la revista de enfermería "Dimensions of Criticar Care Nursing", se encuentra un trabajo en el que concientes del aislamiento afectivo en el que se encuentran los pacientes críticos proponen incrementar la calidad de las visitas familiares a la Unidades de Terapia Intensiva. Allí se anota que facilitar las visitas familiares en encuadres tan complejos como las UTI's es una responsabilidad desafiante de las enfermeras. Proponen un modelo de estimación e intervención con estrategias que faciliten el contacto paciente-familiar, basándose en la idea de que antes de que los miembros de la familia estén en posición de contener a los pacientes, aquellos deben tratar con los aspectos estresantes del medio ambiente de la UTI. (Clarke, 1995).

El tema de las horas de visita ha sido discutido desde hace muchos años y juega un papel integral en la Unidades de Terapia Intensiva tanto para el paciente como para los proveedores de cuidados en salud. Por un lado se propone que sean restringidas y por el otro que sean abiertas. Se sabe que los familiares ofrecen sostén, apoyo y confort a los pacientes durante su enfermedad crítica, sin embargo, algunas enfermeras juzgan a las horas de visita como intrusivas y consumidoras de tiempo. Gurley (1995) propone considerar las ventajas y desventajas de ambos tipos de visita y elegir el apropiado para cada institución.

En un enfoque espiritual Clark-C & Heidenreich-T (1995) investigaron los factores que contribuían a proveer cuidados espirituales a los pacientes de las UTI's. Preguntaron a los entrevistados uno o dos días después de ser dados de alta de la UTI tocante a algún evento 1) qué hubiese creado en ellos esperanza o sentido, 2) qué hubiese creado sentimientos negativos y 3) qué podría contribuir a la esperanza o el sentido. Entrevistaron uno o dos días después de ser dados de alta de la UTI. Los patrones predominantes fueron determinados por análisis del contenido y sus resultados apuntaron hacia tres temas que de acuerdo a los entrevistados integraba su bienestar espiritual: proveedores de cuidados,

familia/amigos, y religión/fe. Concluyeron que las enfermeras juegan un papel de suma importancia ya que pueden intervenir creando relaciones de confianza, proporcionando una guía espiritual profunda y actuando como facilitador entre la familia, el clero y otros.

Es de suma importancia reconocer el papel que juegan tanto médicos como enfermeras en el temprano reconocimiento de signos y síntomas de un trastorno mental potencial.

Sin embargo, Granger et. al. (1995), realizó una investigación en la que se buscaba conocer de que manera tanto médicos como enfermeras manejaban la desolación en las Unidades de Terapia Intensiva. Enviaron cuestionarios que preguntaban acerca de la actitud ante un paciente crítico. La mayoría de los que respondieron dijeron sentirse inadecuadamente entrenados para tratar confidencialmente a un paciente crítico. Creían que lo que ellos son capaces de ofrecer al enfermo es inadecuado y por lo tanto necesitan entrenamiento. Sólo el 6% de los médicos y el 21% de las enfermeras encuestadas dijeron tener una base de conocimientos al respecto. Considerar de gran relevancia esta necesidad del equipo de las UTI's contribuiría a la reducción del estrés del equipo y minimizaría la morbilidad en los afectados.

Al parecer los equipos que trabajan en las UTI's saben que su función no se limita a salvarle la vida a una persona, han manifestado sus inquietudes sobre el estado integral del paciente dejando de lado la visión parcial organicista del ser humano. Por ejemplo, la mayoría de ellos tiene conocimiento del síndrome de la UTI desde hace muchos años. Sin embargo, sigue ocurriendo. Dyer (1995), sugiere que una de las razones por la que este padecimiento ocurre es que en las Unidades de Terapia Intensiva se le da una escasa importancia al cuidado psicológico en comparación con el cuidado físico. En mi opinión muchos médicos de la actualidad consideran de gran importancia la dimensión psicológica del individuo y tal vez la dificultad radica en que la mayoría de los síntomas psicológicos son atribuidos a causas biológicas por un déficit en el reconocimiento de los principales indicadores de trastornos psicológicos.

Dyer enfatiza la gravedad potencial del síndrome de la UTI al describirlo como una forma de tortura. Exploró las analogías entre tortura psicológica y los cuidados en la UTI y describió la admisión a una UTI como un mal necesario y a algunas "torturas" como un resultado inevitable de los cuidados intensivos. Esto no significa que el desarrollo del síndrome de la UTI deba ser considerado como inevitable. Muchas causas potenciales del síndrome pueden ser evitadas o al menos reducidas. Algunas alternativas para prevenir el síndrome incluyen el diseño de UTI's con ventanas, el empleo de materiales que reduzcan el ruido en la construcción de los hospitales, utilizar criterios de niveles de ruido al adquirir el equipo, el uso de telemetría para monitorear. Los métodos preventivos deben empezar en cuanto sea posible y continuarse durante la estancia del paciente en ese lugar. El principal énfasis lo ubica en la prevención, pero agrega que la detección temprana y el tratamiento del problema deben también tener una alta

prioridad. Si un paciente presenta síntomas de disturbios psicológicos las causas físicas deben ser consideradas, pero al mismo tiempo el síndrome de las UTI se debe sospechar y procurar aliviar las posibles causas de ello. Las enfermeras juegan un rol vital en cualquier intento de aminorar estos problemas y en la "humanización" del medio ambiente técnico de las Unidades de Terapia Intensiva.

Bone (1995), integrante de un grupo multidisciplinario de expertos relacionados con el tratamiento de los pacientes críticamente enfermos, participó en un trabajo a cerca del reconocimiento, valoración y tratamiento de ellos.

La ansiedad fue identificada como un problema, que tal vez interfiera con la salud y la recuperación. Algunos profesionales consideran que los médicos deberían estar familiarizados con los signos y síntomas de la ansiedad y ser capaces de determinar cuándo se necesita hacer una intervención.

La ansiedad y/o la agitación es experimentada por el 70% al 80% de los pacientes de cuidados intensivos. El encuadre de una UTI presenta numerosos factores estresantes, por ejemplo, el dolor y el insomnio. El ruido, la inmovilización, la pérdida del control, la ausencia de comunicación y el aislamiento son también constantemente reportados como fuentes de estrés.

Se ha dicho que la incertidumbre es enemiga del hombre. Para Masseurma, citado por Bone, existen tres niveles: incertidumbre a cerca de uno mismo, acerca de los otros y acerca del orden cósmico o el ¿por qué? de los eventos. La intensidad con la que las UTI's impresionan a los pacientes críticos podría afectar las habilidades de afrontamiento de casi cualquier persona. Sin embargo, no toda la gente se ve afectada de la misma manera. Algunos pacientes sufren de disturbios severos tales como el delirio que probablemente se mezcle con períodos conscientes de coherencia como el terror, los sueños diurnos y estados alucinatorios.

El incremento en el consumo de oxígeno, asociado a la ansiedad, tal vez contribuya al desarrollo de complicaciones potencialmente letales tales como arritmia, isquemia, infarto y muerte súbita. Algunos estudios sugieren que la ansiedad es asociada al incremento de la morbi-mortalidad .

Durante la década pasada los médicos en el encuadre de cuidados intensivos porporcionaban analgesia a los pacientes sin apreciar que la ansiedad tal vez existe independientemente del dolor.

En los pacientes graves existe una dificultad para comunicar sus primeros síntomas de ansiedad, ya que existe una ausencia de habilidad verbal o bien están intubados. De ahí que la valoración de la ansiedad nos remita a un problema que esta fuera del alcance del paciente.

Estos problemas han resultado y se han incrementado por la ausencia de consenso acerca de los métodos óptimos para reconocer y valorar la ansiedad y

para proporcionar un tratamiento cuando sea necesario; así como la necesidad de individualizar la terapia de acuerdo a las necesidades de cada individuo.

Masserman menciona indicadores fisiológicos, conductuales y cognitivos. En éstos últimos, a los cuales llamaría psicológicos, anota las funciones anormales de percepción, pensamiento y conceptualización. Hipervigilancia, y confusión. Además, opina que los pacientes muestran gran dificultad para concentrarse, recalcan cosas que les parecen importantes, pierden la objetividad, se muestran distraídos debido a una ideación repetitiva y temida.

En cuanto a los indicadores conductuales menciona la evitación, la agresividad y un deseo por controlar todo y a todos. Rechazan el tratamiento médico o hacen demandas de atención irreales.

En cuanto a la fisiología, la ansiedad se deja ver sobre todo en los sistemas cardiovascular, respiratorio, neuromuscular y nervioso.

Realizar un diagnóstico diferencial de la ansiedad adecuado es de suma importancia, ya que existe una serie de enfermedades que han sido asociadas con la ansiedad, entre ellas esta el hiperadrenalismo, la diabetes mellitus, el hipertiroidismo, el asma, la enfermedad crónica obstructiva del diafragma, la epilepsia del lóbulo temporal y el síndrome carcinoide. Las drogas comúnmente asociadas con la precipitación de la ansiedad incluyen a los anticolérgicos, a los simpaticomiméticos y a los metilxantinas.

También existen ciertas personalidades con rasgos psicopatológicos que al estar internadas en una UTI es más factible que presenten síntomas de ansiedad, entre ellas Masserman menciona los desórdenes obsesivos-compulsivos, los ataques de pánico, las fobias y el síndrome de estrés post-traumático.

Los orígenes de la ansiedad los podemos encontrar en la incertidumbre y el miedo que puede llevar a una persona a la disociación y a la pérdida de sentido de realidad o bien precipitar un episodio psicótico.

Las habilidades de confrontación con las que cuenta el paciente desde antes de llegar a la UTI influyen en los síntomas que se presenten. Algunos pacientes que tenían antecedentes de conflictos no resueltos respecto a la dependencia, confianza y el control de sí mismo suelen tener una vivencia mucho más tormentosa de su hospitalización que otros individuos. "La personalidad del paciente influye en su comportamiento, aún en el delirio. La manera en que uno reacciona a la enfermedad y a los cuidados intensivos es cuestión de personalidad." Del 12.5% al 38% de los pacientes internados en los cuadros de cuidados intensivos tal vez experimenten delirio, que no es reconocido. (op. cit. p. 314). (Bone, 1995, p. 310).

El tratamiento de la ansiedad puede ser no farmacológico o farmacológico. El primero emplea técnicas tales como el implemento de horarios flexibles de visitas que faciliten el soporte familiar, el mantenimiento de las relaciones entre las enfermeras y los pacientes, la minimización de los niveles de ruido, la restauración de los ciclos de sueño y la eliminación de comentarios exhaustivos y algunas veces negativos del equipo profesional cuando se encuentra cerca del paciente.

Algunas veces el paciente muestra numerosas estrategias conductuales y cognitivas para afrontar la situación que a juicio del observador son contraproducentes. Sin embargo, tratar de cambiar dichas estrategias prematuramente exacerba el problema ya que se subestima el estilo propio de superación del paciente.

Es importante atender al tipo de información que se maneja delante del paciente aún en la fase crítica, ya que aunque éste se encuentre en un cierto grado de inconciencia puede procesar información a algún nivel y una mala interpretación puede convertir un enunciado pronunciado por el equipo médico en una impresión pesimista. Se recomienda dar información clara y real al paciente pero sobre todo hacerla saber de una manera sensible puesto que el paciente crítico tal vez literalmente o al menos en su percepción esta frente a la muerte inminente. (Bone, 1995, p. 322).

La presencia (estar allí y estar con) no es sólo un concepto metafísico y sí una forma de intervención poderosa para limitar la ansiedad. Este tipo de intervención tiene tres dimensiones: 1) el dominio cognitivo, manifestado por comunicación verbal y empatía, 2) el dominio afectivo, manifestado por la generación de una relación positiva y de confianza y 3) el dominio conductual, manifestado por la disponibilidad de las enfermeras para asistir al paciente. Porque los pacientes críticos evalúan su experiencia en la base de la habilidad de los proveedores de cuidados para la escucha, la contención y la presencia

Se pueden observar diferencias entre los trabajos mencionados pero sobre todo existe la coincidencia entre ellos acerca de la importancia de un trato humano en las Unidades de Terapia Intensiva.

II. MARCO TEORICO

“...para que la enfermedad devenga manifiesta que sean rebasados ciertos valores de umbral...”

Freud.

Cuando Freud llegó a París, en 1885, florecía una ciencia que proponía una explicación biológica de la muerte. Esta corriente científica se revelaba en contra de la concepción metafísica.

Xavier Bichat de acuerdo a Helí Morales (1993), era uno de los pioneros de la medicina antimetafísica que intentaba encontrar en el cadáver la causa de la muerte. Al negar la existencia del alma también lo hacía de una posible patología mental y la incidencia de ésta en la muerte orgánica. De acuerdo a este planteamiento cualquier signo o síntoma orgánico tendría que tener un origen orgánico.

Pero también estaban aquellos a quienes les interesaba conocer la naturaleza humana desde una perspectiva que integrara el aspecto psicológico. Freud, Charcot, Janet y Bernheim consideraban que en algunos casos las enfermedades iban más allá del cuerpo.

Se trataba de una concepción fundamentada en la clínica. Los médicos después de revisiones corporales exhaustivas a una mujer que se presentaba con sus piernas inmovilizadas, se miraban sin poder encontrar una causa orgánica a estos males. Era frecuente encontrar casos como éste; casos de histeria.

Así, tomado de la medicina nace el concepto de trauma en psicoanálisis de la mano con el estudio de la histeria y de las neurosis de guerra. Trauma psíquico es un término que forma parte de los primeros escritos psicoanalíticos. Cuando Freud y Breuer buscaban un acontecimiento causante de la afección psíquica creían que algo terrible había sucedido en la vida de los pacientes que se les presentaban. Entonces el método psicoterapéutico consistía en hablar del evento causante de aquellos males. Se daba por hecho la existencia de aquel acontecimiento al que en ese momento se limitaba la idea de trauma.

Algún tiempo después, Freud de manera individual dejó de considerar a un único acontecimiento como el causante del trauma, observó que algunas personas presentaban el mismo cuadro patológico sin haber vivido violencia mecánica

alguna. Se planteó una serie de factores que influían para el desarrollo del trauma. Nació la noción de series etiológicas.

Una de las primeras afirmaciones de Freud relacionada a las neurosis de guerra, que en realidad son un tipo de neurosis traumática fue, que la causa de la enfermedad no estaba tanto del lado de las temporales heridas corporales sino en el efecto que producía en la vida psíquica el catastrófico suceso.

En los estudios sobre la histeria realizados por Breuer y Freud se buscaba un acontecimiento causante de la afección psíquica. La idea del trauma se limitaba sólo a un evento.

Algún tiempo después, Freud de manera individual dejó de considerar a un único acontecimiento como el causante del trauma, observó que algunas personas presentaban el mismo cuadro patológico sin haber vivido violencia mecánica alguna. Esto lo llevó a plantearse las series etiológicas.

El efecto provocado, para Freud, tenía que ver tanto con condiciones cuantitativas como cualitativas. Sólo rebasando ciertos valores de umbral una enfermedad psíquica podría manifestarse. El umbral de cada individuo es tan particular como su historia.

Durante el estudio de las neurosis de angustia Freud (1895), propuso una serie etiológica, que incluye la serie de factores necesarios para que una afección neurótica tenga lugar; a) condición, b) causa específica, c) causa concurrente y d) causa desencadenante como término no equivalente al anterior. Las condiciones se caracterizan por existir desde antaño y ser poco modificables. Su presencia es indispensable para que se produzca el efecto. De la causa específica es necesario no sólo que exista sino que lo haga con cierta intensidad o monto de tal suerte que se logre el efecto. Las causas concurrentes son aquellas que se presentaron por alguna razón pero que su presencia no determinó el efecto. En algunas ocasiones la causa específica está contenida en la causa concurrente; por ejemplo, un agotamiento psíquico que fue producido por enfermedad o exceso de trabajo. La causa desencadenante está en función del tiempo, es lo que estuvo inmediatamente antes de que el efecto se produjera.

Curiosamente Freud anota un ejemplo en el que una fuerte emoción como causa concurrente se aúna a cierta predisposición heredada y provoca una enfermedad pulmonar.

Así, en las series etiológicas o complementarias se evidencia la participación tanto de factores internos como de influjos externos que, aunque de manera variable, influyen para que una afección psíquica aparezca. Por esto, en las neurosis traumáticas no se puede atribuir los efectos sólo al evento traumático ni a la estructura psíquica del sujeto. De ahí la palabra "complementarias", puesto que estos factores se complementan para resultar en una neurosis.

En realidad, el exterior desencadena algo que ya estaba, esto es, una predisposición. Por un lado está el factor cuantitativo, es decir, la intensidad del evento, y por otro, el factor cualitativo que implica la significación que cada sujeto le da a un mismo evento independientemente de la intensidad.

Para acercarnos a la comprensión del trauma se tendría que abarcar no sólo la intensidad y magnitud del evento sino también la subjetividad de quien vive dicho evento.

El trabajo clínico implica un escrutinio de estos factores, que en mayor o menor medida se manifiestan en la sintomatología.

El psicoanálisis freudiano escucha a un sujeto hablante. Un sujeto que habla de su sufrimiento y que sin saberlo (por lo menos conscientemente) habla de su síntoma. Habla sólo de lo que en términos de las series complementarias sería el efecto. Freud propone escuchar lo que el sujeto dice y será trabajo del analista dilucidar la condición, la causa específica y las causas concurrentes. Aunque de manera general, esto hizo Freud; en cuanto a la histeria se preguntó, ¿por qué una mujer que orgánicamente es capaz de caminar no lo hace?, en el caso de la neurosis traumática cabe preguntarse ¿por qué un sujeto que estuvo en la guerra sufre de ansiedad y de repetición en sueños y pensamientos de lo que vivió allá?. Se preguntó por las causas del efecto histérico y traumático.

Además de Freud, en este capítulo se expondrán las posiciones teóricas de algunos autores en relación al concepto de trauma.

Mientras Ferenczi estuvo a cargo de una clínica en la guerra, observó cuidadosamente algunos casos. Le parecía inconcebible que en la gran mayoría de los casos que el estudió, una lesión cerebral hubiese afectado exactamente los centros que corresponden a los músculos que estaban en acción en el momento del trauma. Mas bien creía que las reacciones presentadas por los soldados tenían que ver con las inervaciones activadas en el momento de la amenaza, de ahí que la parte que fue amenazada primero es la que está trastornada. Para él, se trataba de una fijación traumática con grandes concentraciones de líbido en aquella parte del cuerpo afectada.

Ferenczi (1967), concluyó que la causa del trauma era la aparición repentina de un afecto que en su momento no pudo ser psíquicamente dominado. Atendió la relación entre las circunstancias y la formación posterior del síntoma.

Cuando un individuo está preparado para la cercanía de un peligro, este dirige su atención para localizar al estímulo amenazador y se disminuye el riesgo de efectos como los observados en las neurosis de guerra. "Y aún en los casos en los que la aproximación del peligro ha sido advertida, la excitación de la expectativa puede no haber sido proporcionada a la fuerza del estímulo real correspondiente al shock y de este modo no pudo impedir la descarga de la excitación por vías anormales"(Freud, 1896).

La hiperestesia de los sentidos es apuntada por Ferenczi como uno de los síntomas de los sujetos que padecen una neurosis traumática. Al respecto dice: "los repetidos afectos de alarma y el aumento de la agudeza de los sentidos son cosas que los mismos pacientes buscan y mantienen involuntariamente porque ayudan a la curación". Pareciera que la compulsión a exponerse a experiencias parecidas es un intento por dominar a la experiencia original. Algunos tratamientos neurológicos de las neurosis de guerra consisten en provocar dolores tan intensos como el original pero a través de estímulos eléctricos. (Ferenczi,1967,p.112).

Debido a que los estímulos son demasiado poderosos, la conciencia, en algunas ocasiones se desliga del resto del aparato psíquico como una medida protectora para su funcionamiento. Así la escisión o fragmentación del yo es un mecanismo defensivo del que el aparato psíquico tiene que echar mano para aminorar la herida anímica.

Para Ferenczi un trauma es una herida al yo, al amor propio, al narcisismo. En su tratado de las neurosis por enfermedad o patoneurosis menciona que una causa común de regresión narcisista es una herida corporal. De acuerdo a las patoneurosis la perturbación orgánica de la función se da primero y la perturbación psíquica se da como producto de la primera. En la sintomatología de la neurosis traumática este autor incluye regresión narcisista con síntomas de conversión o de histeria de angustia y la concibe como el resultado de un shock físico y mental sin lesiones corporales de consideración.

De acuerdo al mismo autor, son dos las características fundamentales para que una enfermedad o lesión provoquen una verdadera neurosis narcisista: 1) es una predisposición constitucional. Cuando el narcisismo ya era demasiado intenso antes de la lesión el más pequeño daño al cuerpo afectará al yo como un todo, 2) "si el trauma pone en peligro la vida o si se piensa que esto ocurre es decir si amenaza la existencia (el yo) en general". (op. cit. p. 113).

Ya desde los años 60's aunque parecía incomprendible se afirmaba que una herida corporal o el daño a un órgano debido a una enfermedad provocaban una alteración en la distribución de la libido, sobre todo las heridas cutáneas.

Eidelber (1971), enfatiza el aspecto económico del trauma. Ante estímulos intensos el aparato psíquico no puede hacer más que comparar sus fuerzas con las de ese gran evento que amenaza destruir al yo y así sentirse más desvalido. La estimulación además de ser masiva se da en un tiempo sumamente breve.

En cuanto a la neurosis traumática, Eidelber la concibe como un síndrome consecuencia de un choque súbito, de una experiencia de terror al sentirse abrumado o de una exposición prolongada a estímulos abrumadores. Los síntomas que menciona son ansiedad, disminución de las funciones yoicas, insomnio y repetición de la situación traumática por medio de pensamientos, palabras y fantasías o sueños repetitivos.

Para ejemplificar el hecho de que la neurosis traumática puede tener un curso breve y desaparecer una vez que el sujeto ha sido apartado del peligro, en la segunda guerra mundial algunos soldados tuvieron que ser retirados del área de combate debido a que presentaban síntomas neuróticos y psicóticos, aunque fuera transitoriamente. Una vez que estaban fuera de peligro la neurosis (de guerra) desaparecía.

Cuando un sujeto se encuentra en una situación traumática como en el caso de la guerra, el dolor puede ser tanto físico como psíquico. El dolor físico estará relacionado con alguna herida real en el cuerpo y el psíquico con una retirada social, lo que implica una separación del individuo de las personas que son significativas para él.

Ya desde 1972, Devereux señaló que tanto en psiquiatría como en medicina, la noción de traumatismo no debe definirse como se ha hecho tradicionalmente, es decir, en relación con la intensidad objetivo del impacto, sino en relación con los recursos de que dispone el individuo traumatizado para hacer frente a un estrés de origen externo, defensas que le pueden permitir atenuar sus efectos.

Un poco más tarde, en 1975 Doucet, F. al proponer su definición de trauma, retoma un aspecto importante del concepto. Anota que se designa como trauma a las lesiones anímicas y como traumático a las perturbaciones originadas a partir de una lesión anímica. Aclara que el concepto de trauma en psicoanálisis fue tomado de la medicina, que en su caso implica una irrupción en el organismo. Una ruptura. Del mismo modo que atravesar con un objeto y con cierta intensidad la piel produciría un traumatismo físico, cuando un sujeto vive una situación imprevista e intensa estará propenso a sufrir un traumatismo psíquico.

Rycroft (1976), encuadra la definición en la psiquiatría y en el psicoanálisis. La entiende como una experiencia inesperada que el sujeto es incapaz de asimilar. El sujeto en un primer momento sufre un shock y posteriormente puede recuperarse o desarrollar una neurosis traumática.

Fenichel (1977), empieza por explicar la función del aparato psíquico, que es restablecer la estabilidad cada vez que esta es perturbada por los estímulos externos. Cuando esta meta ha fracasado, el aparato psíquico se encuentra en un estado de emergencia, lo cual implica una excitación demasiado intensa para una determinada unidad de tiempo.

Decir que una excitación es demasiado intensa, resulta un tanto ambiguo pero en general se entiende como una excitación que va mas allá de la capacidad de control de cada individuo. Que un sujeto puede controlar o no una vivencia depende de varios factores. Son de suma importancia los factores constitucionales y las experiencias previas. Aunque hay eventos que resultan traumáticos para

cualquier persona, hay otros que son inofensivos para la mayoría y traumáticos para algunos propensos a ser envueltos traumáticamente.

Un aspecto que tiene grandes implicaciones para que una situación se convierta en una situación traumática es, la economía mental de la persona. Un individuo adulto está más expuesto a las experiencias traumáticas cuando se encuentra cansado, exhausto o enfermo.

Otro factor importante para que una situación se viva como traumática es la posibilidad o no de acción motriz. "El bloqueo de la actividad motriz externa aumenta la probabilidad de un derrumbe, y una espera expectante es más peligrosa que una guerra activa" (Fenichel,1977, p. 68).

Fedida, P (1979), revisa la raíz etimológica de la palabra trauma que significa "herida" y lo cataloga como un acontecimiento impactante y violento que produce una lesión. Cuando el trauma es físico la lesión esta en el cuerpo. Si el trauma es psíquico, este autor lo define como una conmoción interna.

En las conceptualizaciones que hemos revisado hasta ahora en relación al traumatismo psíquico aparece la constante analogía o ejemplificaciones con el cuerpo; lo cual no parece mera coincidencia. Esto atañe más a la relación que el traumatismo psíquico tiene con las vivencias en el cuerpo; de hecho así fue como dieron inicio los primeros escritos sobre el tema.

Para Laplanche y Pontalis trauma es un "acontecimiento de la vida del sujeto caracterizado por su intensidad, la incapacidad del sujeto de responder a él adecuadamente y el trastorno y los efectos patógenos duraderos que provoca en la organización psíquica. En términos económicos el traumatismo se caracteriza por un flujo de excitaciones excesivas, en relación con la tolerancia del sujeto y su capacidad de controlar y elaborar psíquicamente dichas excitaciones" (Laplanche y Pontalis, 1994,p. 447).

Laplanche (1980), anota que la neurosis traumática se define por dos cosas, por su etiología, la cual esta relacionada con un acontecimiento fechado; y por un cuadro clínico. La etiología tiene que ver con una situación física real, por ejemplo una guerra, un accidente grave o una enfermedad que ponga en peligro la vida. Aunque paradójico, es importante que en esta situación de peligro físico, no exista un traumatismo de ese orden. Para Laplanche, en la medida en que exista una herida real, el sujeto queda protegido contra una neurosis traumática. Cabe hacer notar que en nuestra investigación los datos no avalan la idea de Laplanche.

El cuadro clínico se caracteriza sobre todo por: a) sufrimiento subjetivo, que desemboca en un estado cercano a la melancolía, b) la inhibición de las diferentes actividades, y c) síntomas patentes de fijación al trauma, en particular los recuerdos cuasi alucinatorios del accidente, la reviviscencia y los sueños estereotipados que repiten las circunstancias del acontecimiento traumático.

En la normalidad el aparato psíquico de un individuo cuenta con dispositivos naturales de orden sensorial que lo protegen de una estimulación excesiva; puede correr, retirar su mano del calor, gritar, incluso perder el conocimiento. El fracaso de estos dispositivos se caracteriza por su incapacidad para evitar la entrada de grandes volúmenes de estímulos. Una irrupción de este tipo ocasiona como lo decía Fenichel un desequilibrio en la actividad psíquica, produciendo un estado de emergencia.

Los síntomas sólo son manifestaciones patológicas de que algo ha sucedido en el interior del sujeto.

Laplanche reconsidera "las series complementarias" planteadas por Freud para explicar la naturaleza de un traumatismo y afirma que entre lo actual y la predisposición hay siempre una relación complementaria. Cuando el traumatismo es grave basta con una predisposición leve para que los efectos se produzcan; y a la inversa, a alguien con una gran predisposición le será suficiente el mínimo traumatismo para desencadenar una neurosis.

De tal suerte que una herida real en el cuerpo no provoca por sí sola un traumatismo psíquico, ello dependerá también de cómo viva cada sujeto su herida.

Desde comienzos del siglo XIX, Maine de Biran, Nietzsche y Hages iniciaron una valoración del cuerpo como factor esencial en la vida humana; ya que en la antigüedad se encontraban ante el dilema de la intelectualidad versus la sensibilidad como formas distintas de explicarse la naturaleza humana. Intentaban dar cuenta de la existencia humana que por un lado parecía estar determinada por lo que el hombre pensaba y por otro lado por lo que éste sentía. (Fenichel, 1977, p. 141).

En el tema del cuerpo se concluyó, al igual que Freud en sus series complementarias, que las vivencias experimentadas por un individuo tienen que ver tanto con sus terminaciones nerviosas o su sensibilidad como con su historia. Se trata no sólo del cuerpo objetivo, del cuerpo en sí mismo, sino de la experimentación subjetiva del cuerpo.

Waldeler (1964), mencionando a Freud también alude al organismo, el cual al encontrarse en un estado tensional acumulado no puede asimilar dentro de un tiempo dado una vivencia traumática. Este autor describe la importancia que para ocasionar un traumatismo tiene la reacción patológica a la estimulación externa. Trasciende lo fenomenológico al agregar que la estimulación externa no produce dicha reacción por sí sola, sino que provoca en el sujeto angustia al manifestarse la amenaza de peligros internos. He aquí el complemento entre lo externo y lo interno, es decir, entre el acontecimiento y la historia personal de cada individuo.

Para Waldeler el efecto producido por una situación traumática depende "de que la amenaza adopte el aspecto de los cuatro grandes peligros": pérdida de objeto, pérdida de amor, castración o desintegración del yo. El primer peligro implica una

catástrofe total. Los otros tres evidencian "la necesidad de una existencia psíquica coherente y completa y de ser uno el amo en su casa. Son catástrofes narcicistas". Cuando la amenaza es dolorosa pero no implica un peligro de este tipo se da un proceso de adaptación. Lo contrario resultaría en una angustia intolerable y una reacción no adaptativa. (Sarason, Ciencia y teoría en psicoanálisis).

Freud citado por Waelder consideró la posibilidad de que la respuesta al peligro en el comportamiento -herida o lucha- se debe a la autoconservación, mientras que el aspecto emocional, el afecto de angustia se debe al narcisismo.

"...Después de todo, la condición de la angustia es ser invariablemente nociva; sus desventajas se hacen aparentes cuando alcanzan un grado muy intenso. Interfiere entonces con la única acción que sería oportuna y favorable a la autoconservación...". (Waelder, 1964, p. 152).

Para algunos las neurosis traumáticas no son explicables a partir del psicoanálisis. En el caso de los soldados Waelder explicó el ansia de escapar de las trincheras como el motivo de las neurosis traumáticas y una cierta relación entre angustia, shock y narcisismo para la formación de dicha neurosis.

Lagache (1968), define a la neurosis traumática como un estado de enfermedad causado por un trauma, o sea por el choque de estimulaciones externas grandes y una situación crítica y urgente que el sujeto no pueda manejar ni gobernar. El ejemplo que menciona es el de un niño que humillado por sus amiguitos vuelve a su casa y no se puede concentrar en ninguna actividad debido al sentimiento de impotencia y rabia que experimenta. Los efectos inmediatos del trauma son perturbaciones del sueño por exceso de tensión, síntomas de repetición del trauma en el sueño y en el estado de vigilia. Algunas veces se presentan diversos síntomas neuróticos que varían de acuerdo a factores constitucionales y a experiencias anteriores.

Del mismo modo que la medicina psicosomática se encarga de estudiar la incidencia que el psiquismo tiene en el organismo es importante estudiar las repercusiones psíquicas de una fisiopatología puramente somática. Una manera de abordar este tema es sin duda investigar los efectos producidos por una enfermedad física grave, algunas veces prolongada. Aunque en ocasiones coincide un desorden corporal con uno psíquico, los avances teóricos al respecto no nos permiten calificaremos de orden psicológico a toda manifestación patógena del cuerpo.

En 1956, Wolff al escribir sobre neurosis de guerra, anotó que como cualquier situación excepcional, esto es, fuera de lo que comúnmente viven los seres humanos, la guerra por ejemplo ocasiona también trastornos particulares que es difícil observar en tiempos de paz. Desde su punto de vista los trastornos dependen no sólo de la guerra, también lo hacen de características de

personalidad. En sus palabras "... las experiencias de guerra no son la causa de las manifestaciones neuróticas pero las precipitan poniendo en acción la predisposición anterior". (Ferenczi, 1967, p. 114).

En palabras de Wolff, fueron las guerras las que permitieron "observar muchos trastornos psíquicos que aparecían después de un fuerte estímulo, produciendo una 'lesión' psíquica a la que se ha dado el nombre de psicosis o neurosis traumática (del griego trauma: lesión)". (op. cit. p. 68).

En realidad el cuadro clínico que presentaban los soldados y que ahora conocemos como neurosis traumática se llamó en un primer momento "shock de bombardeo" que después fue sustituido con la expresión de "síndrome de bombardeo", el cual expresaba una reacción fisiológica anormal debida al enorme esfuerzo que los individuos hacían por controlar la situación. En la primera guerra mundial Mott en 1919 llamo "shell shock", impacto de bala, que indicaba características particulares que presentaban las personas que habían presenciado el acto bélico.

Los pacientes solían hablar de los síntomas físicos que incluían temblor, insomnio y agotamiento, dejando de lado el estado constante de angustia en el que se encontraban. Algunas veces los sujetos no hablaban de sus sueños hasta que no se les preguntaba acerca de estos, ya que les parecía que no tenían nada que ver con lo que en ese momento estaban viviendo. Sin embargo, autores como Wolff afirman que las asociaciones traumáticas aparecen sobre todo en los sueños, reviviendo así la experiencia aterradora. Aunque algunas veces el mecanismo onírico utiliza distintas representaciones para expresar un mismo sentimiento o contenido, por ejemplo de desamparo, frustración o aniquilamiento.

Kardiner citado por Wolff (1956), anota los siguientes síntomas como característicos de la neurosis traumática: fijación sobre la concepción traumática alterada del yo y del mundo exterior, vida onírica estereotipada, reducción general del nivel funcional, irritabilidad, propensión a la explosividad y reacciones agresivas.

Miller en la misma obra indica a la ansiedad o miedo como el sentimiento más frecuente, seguido de la conversión, de la confusión mental y estupor, la amnesia, y por último el desarrollo mixto de un trastorno físico mental preexistente.

Wolff coincide con la mayoría de los autores en que no todo el mundo contrae una neurosis traumática después de una experiencia traumática. Pues el trauma sólo precipita un trastorno psíquico que ya estaba dado constitucionalmente o desde la primera infancia, el cual hubiese permanecido latente si la experiencia traumática no se hubiera dado. Lo mismo sucede en los casos en los que no existía dicha predisposición y a pesar de la exposición a una situación traumática el traumatismo psíquico no aparece.

El traumatismo psíquico parece estar definido por una serie de factores que ya han sido ampliamente descritos, es importante además, extender el campo de aplicación de algunos conceptos a la vida cotidiana actual, donde existen otras formas de que un sujeto se viva amenazado y a punto de ser aniquilado.

Las siguientes revisiones bibliográficas muestran una perspectiva contemporánea que analiza también el concepto de trauma psíquico.

Laub y Podell (1995), realizaron un trabajo que correlaciona el trauma con el arte. Ellos anotan acerca de un vínculo humano básico que permite sobrevivir a situaciones que amenazan la vida. Esta unión es entre un yo externo y un yo interno. La disolución de este lazo primario y empático tiene la posibilidad de anidar o ser la fuente de un trauma psíquico masivo. Cuando se rompe la confianza en una diada empática externa que funcione se conduce directamente a la pérdida de la comunicación interna con el "otro" sí mismo. Sin este "otro" interno no puede haber representación psíquica.

Comentan el caso de una mujer traumatizada por haber vivido dos holocaustos quien cuenta un sueño en el que había un círculo vacío, ella sabía que su posición podía estar relacionada con el círculo. No sabía exáctamente en qué lugar estaba pero sentía la referencia con el círculo. Había muchas cosas que la distraían de atender a lo que le ocurría.

De acuerdo a Laub y Auerhahn, por la ruptura que existe entre trauma y cultura, las víctimas no pueden encontrar categorías de pensamiento o palabras para expresar sus experiencias; no pueden articular su trauma a ellos mismos. "Conocer" en el sentido de articular, analizar, elaborar y reformular, requiere al otro interno que es destruido en situaciones de terror. En una experiencia extrema los sobrevivientes son observadores cautivos quienes sólo pueden repetir lo que vivieron. No pueden recordar, excepto con lo que los obsesiona, percepciones visuales fragmentadas que no son capaces de integrar a su personalidad.

Sólo a través de una forma especial de arte, la cual ha sido nombrada por Laub y Podell como el arte del trauma, se puede comenzar a conseguir una representación de la experiencia externa e interna. Sugieren que la sobrevivencia en sí misma, cuando se logra, puede ser considerada como una categoría especial del arte del trauma. Finalmente, exploran cómo este arte puede venir a representar el círculo vacío como la esencia de la experiencia traumática.

El arte del trauma requiere ciertos prerequisites y características especiales que hacen posible comunicar y representar una experiencia traumática de manera efectiva.

La esencia del trauma psíquico sería así una ausencia. El arte sería una resonancia que permite responder a la ausencia, es decir, es una presencia. Gilber Rose (1995) escribe: "el arte ofrece la posibilidad de crear una ilusión preconciente de una presencia que responde, ofrece una imagen objetiva de la

experiencia de los sentimientos humanos". Se refiere precisamente a la presencia del testimonio. El testimonio sustituye así a la ausencia por presencia.

La presencia real de un testigo creada en el arte del trauma puede actuar como un antídoto contra la aniquilación del "otro" interno que aparece en la experiencia traumática y en la subsecuente ausencia.

El arte tiene la habilidad de revivir el pasado de un trauma a través del diálogo en el presente. Se crea una contención al haber otro testigo que confirma la realidad del evento traumático. El artista provee una estructura o presencia ante la pérdida del otro interno. Así se logra un acercamiento a la elaboración del trauma.

Mucha gente sabe "intuitivamente", si no conscientemente, que el proceso de dar su testimonio o escribir permite la "reposesión" de las memorias y la identificación de lo que se ha perdido.

La posibilidad de crear a partir de una experiencia traumática tiene límites. Esto puede ser porque el evento traumático se extiende mucho más allá de los parámetros que definen a las circunstancias normales de vida que son nombrados, analizados o reconstruidos.

La representación y "reposesión" del trauma a través del arte permite a las personas únicamente una re-articulación de cada quién con su propia vacuidad abismal. Por esto, dependerá de la estructura psíquica que cada quien tiene ante una vivencia traumática la forma en que se resuelva la situación de emergencia. El arte del trauma se circunscribe a un doble lugar, al del testimonio, al de la vacuidad.

La propuesta de Laub y Podell considera la elaboración del trauma como una actividad artística. La caracterizan con una naturaleza indirecta y de diálogo, en la que se revelan indirectamente significados a través de espacios vacíos, silencios y omisiones, verbigracia las pausas en testimonios orales. Es en esta esfera psicológica donde se refugian los efectos más profundos del trauma, esos que son los más personales y particulares para el individuo. En esencia, es únicamente a través de esta naturaleza como el arte del trauma puede acercarse a representar la vacuidad mientras que ofrece al sobreviviente la posibilidad de "reposicionar" y restaurar.

La puntualización indirecta del pasado es un elemento importante en el arte del trauma; la cual no se acerca a una descripción real del evento pero si se crea un espacio protector a partir del cual el recuerdo de la experiencia traumática puede comenzar. Las ausencias trabajan para cubrir y resistirse a la confrontación con los aspectos más horribles y son llamadas pantallas memoriales.

Apuntando a lo que se infiere entre líneas y debajo de muchas superficies del evento, el arte del trauma sirve para re-establecer la narración y la conexión, desafiando así a las fuerzas poderosas de la fragmentación inherentes al trauma.

El poder restaurativo del arte, descrito como resultado indirecto presupone otro requisito: que sea de diálogo tanto en su génesis como en sus efectos.

Appelfeld (1994), citado por Laub llama "memoria compulsiva" a aquella que esta determinada por decir "la verdad", en la que sólo se narra lo que pasó y nos enfrenta únicamente con la superficie de la experiencia.

Cuando una persona habla o escribe sus memorias intentando ordenar todo cronológicamente, o bien, tratando sólo de describir objetivamente lo que ocurrió se niega el acceso a la realidad personal del evento mientras hace atribuciones superficiales de causa y efecto. La adherencia a este tipo de memoria impide una relación de diálogo.

Al respecto la poeta Anne-Marie Levine sobreviviente del Holocausto escribió en su autobiografía: "todo el mundo tiene una historia y todas las historias son interesantes pero no todo el mundo tiene un punto de vista acerca de la historia". Es el punto de vista el que incluye a la historia en el arte e implica un diálogo con uno mismo así como posibilita el diálogo con un auditorio. Un testimonio que no contiene el punto de vista interno es sólo la expresión de los aspectos mas superficiales de una experiencia traumática ya que considera al trauma con la normalidad y convencionalismo de una sociedad o cultura particular. (Laub & Podell, 1995).

La definición del arte del trauma debe extenderse e incluir cualquier acto de imaginación que tenga lugar espontáneamente con el proceso de sobrevivencia de sí mismo. La imaginación produce resonancias emocionales. Cuando una persona sufre de un trauma, la única manera de que mantenga una conexión entre sí mismo y su mundo interno es ejercitando su propia capacidad para formar y ordenar los hechos coercitivos a los que se ve confrontado. La fantasía o imaginación ayudan a sobrevivir y a recuperarse al tiempo que extienden la visión y ofrecen perspectivas alternativas para entender los sucesos.

En los actos de imaginación existe la presencia de otro y su conexión con la víctima. En muchos casos ayudan a trascender el deterioro físico real.

En el caso de Anne-Marie Levine la experiencia traumática nunca fue una forma consciente de conocimiento sino que su vivencia fue sólo a través de pesadillas. Aún cuando un sujeto logra representarse imaginativamente un suceso traumático solemos encontrar elementos que no ha sido posible restaurar. Algunos pacientes seguirán presentando cierta incapacidad para "conocer" profundamente su trauma. Estos casos nos enfrentan con los límites de la representación psíquica y se ilustran con pacientes que lograron sobrevivir a una situación que amenazaba su vida y en su proceso de recuperación la muerte los alcanzó.

En un escrito relacionado con el trauma y sus efectos en el desarrollo intrapsíquico temprano, Osofsky et. al. (1995), identifican en niños menores de cuatro años algunos rasgos característicos de adultos con Desorden de Estrés Post-

Traumático, tales como la re-experimentación del trauma, evitación, paralización o entumecimiento y otros signos de incremento o decremento de sentimientos fuertes. Estos autores creen que el soporte y disponibilidad emocional (en el caso de los niños de parte de padres y cuidadores) contribuye significativamente para la mitigación de los efectos adversos del trauma.

Comentan que un niño muy pequeño se ve parcialmente protegido de un impacto traumático porque no aprecia completamente el daño potencial. Sin embargo, esta influencia protectora se derrumba cuando un daño físico ocurre realmente. Esta idea es contraria a la de Laplanche, quien dice que en la medida en que se viva realmente una herida en el cuerpo, el sujeto queda exento de una lesión anímica como el trauma psíquico.

Al respecto Osofsky et. al.(1995), cita a Burt (1943) quien realizó un reporte de situaciones que potencialmente eran amenazadoras para la vida de los niños durante la Segunda Guerra Mundial. Las amenazas incluían respuestas físicas y emocionales frente a sentimientos de auxilio, de culpa, a peligros intrapsíquicos de abandono, de pérdida de amor de figuras significativas, de disturbios en el control de impulsos y el proceso de identificación.

A través de la disponibilidad y atención emocional el psicoterapeuta que interviene en estas situaciones demuestra sensibilidad al mundo interno del paciente y la realidad del mundo físico traumático que vivió. En este sentido, el terapeuta puede ayudar a contener los afectos y ansiedades encubiertas de los pacientes y que se expresan a través de los conflictos y miedos, incluso de manera simbólica como lo es en el caso de los niños que lo hacen a través del juego y la fantasía.

Un desafío para el terapeuta es ayudar al paciente a construir una nueva y más coherente narración de la experiencia diferente de la original basada en incoherentes fragmentos traumáticos.

Osofsky y sus colaboradores consideraron necesarios más estudios que incluyan factores protectores y de riesgo en cuanto a la experiencia traumática.

En un simposium reciente sobre el trauma psíquico (1997) se expusieron una serie de posturas acerca del tema. Entre ellas destacó la de Graham Taylor y Chris Lee quienes revisaron consideraciones clínicas y ocho fases de tratamiento mediante el uso de Movimientos Oculares, Desensibilización y Reprocesamiento (EMDR). Propusieron un modelo de la memoria traumática y su resolución basada en el procesamiento de la información y la teoría psicobiológica. Este modelo complejo ofrece un uso clínico heurístico exitoso.

El tema del Síndrome de la memoria falsa fue abordado por el doctor Gow(1997), quien señaló que la memoria encubierta se ve influida por una serie de factores como la naturaleza de la memoria, el rol de la hipnosis en la terapia y las características de personalidad tanto del paciente como del terapeuta. En cuanto a factores sociales resaltó los encuadres para el tratamiento.

En otro trabajo Douglas Paton y Leigh Smith (1997), se abocaron a tratar la aplicación de la teoría a la práctica y aspectos metodológicos y de valoración en la investigación del estrés traumático relacionado con el trabajo. Comentaron que la mayoría de los métodos e instrumentos con los que se trabaja el Estrés Post-traumático (PTSD) no son confiables ni válidos por lo tanto la comparación entre estudios se dificulta. Enfatizaron los problemas estructurales en las mediciones para valorar el estrés post-traumático, ya que la mayoría de ellas tratan al PTSD como un constructo teórico con una existencia homogénea, lo cual se invalidaría en muchos casos.

Bessel A van der Kolk (1997), hizo un recuento histórico del deseo de saber acerca de los estados post-traumáticos. Comentó que los médicos e investigadores estaban un tanto limitados por los conceptos y el conocimiento prevaleciente del trauma psicológico hasta la Primera Guerra Mundial. Cuando ésta sucedió resultaron afectados por la evidencia de la masacre en las trincheras y permanecieron silenciosos sobre el tópico. En la Segunda Guerra Mundial estuvieron más atentos. Después de la Guerra de Vietnam le dieron completo reconocimiento al PTSD, y no tardaron en extender la categoría conceptual a las víctimas civiles quienes habían sufrido una gran variedad de desastres y situaciones de emergencia.

La amnesia capturó su atención, se dirigieron a estudiar la memoria, los recuerdos y el significado que las víctimas atribúan a su experiencia traumática.

El tema del trauma psíquico nos lleva fuera de lo banal y nos transporta a la esencia de la sobrevivencia y del drama humano. Por esta razón su estudio debe tratarse con la misma seriedad.

Acercarse a aspectos íntimos y problemáticos de una persona resulta intrusivo aún cuando es ella quien lo propone. En estos casos la relación entre los participantes es personal por lo tanto se requiere estar consciente de que se está entrando e interpretando el mundo de quien ha sido traumatizado. En este sentido es importante considerar una técnica de investigación que disminuya el sufrimiento humano.

Raferly (1997), propone las entrevistas exploratorias como un componente esencial de investigación de efectos traumáticos, sin embargo existe una gran dificultad por predecir el efecto de la lesión psíquica. Una buena entrevista permite un proceso de reflexión en el cual los participantes pueden explorar sus sentimientos, pensamientos y experiencias. Adicionalmente, la gente a veces revela cosas a cerca de sí mismos de las que jamás habían hablado. Este tipo de entrevistas resultan confesionales.

Este autor recomienda en el caso de investigar efectos traumáticos el uso cauteloso de otras fuentes de información, como registros médicos, notas del caso y escritos personales. Sugiere algunos puntos iniciales para cuidar al máximo

la seguridad emocional de los participantes, a la manera de un código ético para quienes investigan a cerca del trauma psíquico:

- entrar en un contrato específico con los participantes;
- detallar como se va a conducir la investigación y sus consecuencias;
- ponerse de acuerdo sobre posibles mecanismos de contención de los afectos;
- exponer que pasara con la información;
- exponer como va a realizarse el análisis;
- obtener permiso específico para extrapolar e interpretar;
- articular la posición teórica del investigador y;
- acordar los términos de la publicación.

III. METODOLOGIA

Elegir la metodología que nos llevaría a investigar si la hospitalización en una Unidad de Terapia Intensiva (UTI) produce efectos psíquicos patógenos no fue fácil. Tendría que emplear un método de recolección de datos que no aumentara el sufrimiento de los pacientes. Un método que tuviera doble intención, investigar y disminuir el dolor emocional.

Debería ser un instrumento que no provocara angustia, sentimientos de persecución y esfuerzo para el paciente. De ahí que tuve que descartar el uso de test psicológicos. Para elegirlo tuve que considerar que se trataba de pacientes que habían sido traumatizados quirúrgicamente y muy probablemente se sintieron agredidos.

Otra dificultad a vencer fue, que tendría que ser un instrumento flexible, que su naturaleza permitiera la discontinuidad. Ya que había alta probabilidad de que mi trabajo debiera ser interrumpido si alguna urgencia médica se presentaba.

Consideré a la investigación cualitativa como la mejor manera de responder a mis preguntas de investigación, pasando de lo general a lo particular: ¿la hospitalización en una Unidad de Terapia Intensiva produce cambios en el funcionamiento psíquico?, si es así, ¿qué tipo de cambios?, ¿son patógenos los efectos producidos por la hospitalización en una UTI?, de ser así, ¿son patógenos de tipo traumático?.

El problema de estudio representaba investigar ¿cuáles eran los efectos psíquicos de la hospitalización en una Unidad de Terapia Intensiva?

La hospitalización en una Unidad de Terapia Intensiva supone agotar todas las posibilidades terapéuticas para la situación temporal de las funciones orgánicas alteradas o suprimidas, sin abandonar por ello el tratamiento simultáneo de la enfermedad fundamental que ha causado estos trastornos (Lawin, 1979, p.1).

La investigación cualitativa se utiliza para describir y analizar la conducta humana. Es una estrategia de investigación flexible, que permite el descubrimiento de datos importantes inesperados, ya que no tiene procedimientos predefinidos que limiten la recolección del material.

Para diseñar este estudio fue determinante reconsiderar una y otra vez el objetivo del mismo; conocer si la actividad psíquica de los pacientes críticos se modifica después de estar hospitalizados en una UTI. Después de una revisión teórica que me permitió vislumbrar algunas similitudes entre una situación traumática y la hospitalización en la UTI me pregunté: ¿la hospitalización en la UTI provoca efectos psíquicos patógenos de tipo traumático?.

Son entonces las preguntas de investigación las que definen a este trabajo como una investigación aplicada, la cual tiene como propósito entender la naturaleza y origen de un problema social, un problema de salud mental. Se caracteriza por una importancia práctica y contribuye a formular intervenciones que intenten resolver el problema en cuestión. (Hudelson, 1994). Se trata de un estudio de tipo exploratorio y descriptivo.

Como el tema a tratar: "el psiquismo de los pacientes críticos", no es muy familiar en la literatura, el objetivo principal de este trabajo se ubica precisamente en explorar el tema. Por esta razón, el significado es mucho más relevante que las frecuencias, se estudió en detalle y a profundidad los casos elegidos.

La entrevista resultó ser la mejor manera de recolectar los datos. "La entrevista es un instrumento fundamental del método clínico y es - por lo tanto- una técnica de investigación científica de la psicología", (Bleger, 1985). Basándome en una guía temática indagué si existían o no sueños de frustración, desamparo y aniquilamiento, recuerdos cuasilaucinatorios y el intento de elaboración mediante la palabra.

Sólo restaba definir qué tipo de entrevista resultaría mejor, estructurada o semiestructurada, o bien como le llama Bleger (1985) abierta y cerrada. En la entrevista estructurada las preguntas ya están previstas, es una forma predeterminada de aplicar un cuestionario que ya tiene un orden y una forma de plantear las cuestiones. La entrevista semiestructurada permite al entrevistador preguntar e intervenir de manera diferente en cada caso. El carácter flexible de la entrevista semiestructurada permite que el entrevistado configure la entrevista de acuerdo a sus características psicológicas o de personalidad. Además este tipo de entrevista tiene efectos terapéuticos, ya que el poner en palabras sensaciones, emociones e ideas difusas, permite la simbolización de las experiencias dolorosas y organiza el pensamiento; sobre todo, cuando existe un otro que escucha y contiene aquello que el que verbaliza no puede escuchar ni contener. La diferencia básica con la entrevista estructurada o cerrada es que se intenta obtener que el campo o contexto se configure a partir de las variables que dependen del entrevistado y no del entrevistador; sin perder de vista que "en cada entrevista hay un contexto definido (conjunto de constantes y variables) en función del cual se dan los emergentes, y estos últimos sólo tienen sentido en función de dicho contexto" (Bleger, 1985).

Otra característica de la entrevista de tipo psicológico es que establece una relación de uno a uno que permite conocer las vivencias de una persona que estuvo a punto de morir, lo cual implica una ventaja para el trabajo de investigación.

El lugar en el que se desarrolló la investigación fue el Hospital Central Sur de Alta Especialidad de Pemex. Una de las razones es que esta institución es considerada, como su nombre lo indica como de alta especialidad, lo cual implicó

una población potencial heterogénea y la existencia de una Unidad de Terapia Intensiva.

Por último, y no por eso menos importante resultó la disposición de las autoridades del Hospital central Sur de Alta Especialidad de Pemex de permitir la realización de esta investigación. El acceso a las Unidades de Terapia Intensiva es en su mayoría restringido.

De acuerdo a la Comisión de Trabajo de Medicina Intensiva Interna y la Comisión para cuestiones en terapéutica intensiva de la Sociedad Alemana de Anestesiología y Reanimación la definición de las Unidades de Terapia O tratamiento intensivo es la siguiente: "Son unidades con camas para paciente muy graves, cuyas funciones vitales están alteradas con peligro de su vida y deben ser repuestas o, en su caso, mantenidas por medios especiales. Bajo la denominación de funciones vitales se entiende sobre todo: respiración, funciones cardíacas y circulatorias, regulación de la temperatura y metabolismo" (Lawin, 1979, p. 34).

El muestreo fue no probabilístico o llamado también intencional. En este tipo de muestreo el tamaño de la muestra y los casos elegidos dependen del propósito del estudio. El de este trabajo se centro en indagar la experiencia de algunos pacientes críticos durante su hospitalización en una UTI. El muestreo fue entonces "de casos críticos".

Es importante señalar que se catalogó como "caso crítico" o de estudio a todo aquel paciente que ingresara a la UTI y permaneciera en ella cuatro días o mas. Que tuviera riesgo de muerte y que por la misma razón fuera objeto de procedimientos médicos agresivos e intrusivos, tales como la intubación, el monitoreo mediante electrodos, piquetes para realizar las biometrías, y sondas nasoyeyunal y uretral. Lo cual constituye una situación de extrema pasividad.

La muestra se delimitó así incluyendo, a todo paciente que ingresara a la UTI del Hospital Central Sur de Alta Especialidad de Pemex con riesgo de muerte y permaneciera en ella cuatro días o más, durante un período de dos meses previamente fijado.

Esta estrategia intenta maximizar la información cuando los sitios de estudio y el tamaño de las muestras es limitado. (Hudelson, 1994).

De acuerdo a Hudelson (1994), el diseño de muestreo es un procedimiento flexible que se va desarrollando a la par del progreso del estudio. Esta investigación incluyó asimismo el caso de un paciente que cumplían con todos los requisitos anteriores pero que ingreso a la UTI fuera del tiempo preestablecido. Sin embargo, con base en la estrategia de muestreo basado en la teoría, decidí agregar su entrevista. La razón fue que encontré efectos psíquicos patógenos de tipo traumático. Por esto, el muestreo de este trabajo sería también, "muestreo basado en la teoría".

La muestra se conformó por cinco pacientes.

La validez en la investigación se refiere a que el método de investigación elegido realmente mida lo que pretende medir.

En la investigación cualitativa la validez está dada a través de la confidencialidad. Cuando existen coincidencias entre respuestas de diferentes tipos de informantes acerca de un punto particular. En este trabajo se trató de pacientes hospitalizados en la UTI pero cada uno de ellos sufría una enfermedad orgánica particular y diferente a la de los demás. No obstante, existen convergencias (y divergencias) en sus narraciones.

Las convergencias dan lugar a la triangulación de datos obtenidos a partir de diferentes tipos de informantes, el cual es un método común en la validez de estudios cualitativos. (Hudelson, 1994).

Las divergencias señalan la unicidad del aparato psíquico y permiten desde allí continuar con la investigación en el campo de la salud mental.

En el caso de este trabajo de investigación las convergencias dan lugar a un primer nivel de análisis, el del contenido de las entrevistas. Por otro lado, las divergencias permitieron analizar desde el punto de vista psicoanalítico las narraciones de los pacientes, dando lugar así a interpretaciones psicodinámicas de entrevista por entrevista.

PROCEDIMIENTO:

La entrevista se realizó una vez que los pacientes mejoraban y eran “extubados”, es decir, que el tubo plástico era retirado de la traquea. De acuerdo al caso entrevisté en los cubículos de la UTI o en el servicio al cual fueron trasladados después de ser dados de alta de la UTI.

A partir de la primera entrevista visité diariamente a los pacientes y aunque a veces por razones circunstanciales no pude realizar la entrevista, logramos en términos generales, mantener una continuidad temporal..

Es importante aclarar que sólo hubo una entrevistadora participante, la cual recibía supervisión posterior.

En cuanto a la duración de las entrevistas, éstas estuvieron determinadas por las condiciones emocionales y físicas de los entrevistados. En muchas ocasiones las entrevistas fueron pospuestas o interrumpidas por la presencia del sueño, la fatiga y el dolor. De hecho hubo casos en los que fui yo quien tuvo que llamar a las enfermeras o médicos, pues sólo escuchaba lamentos y murmullos. Ninguna entrevista excedió los 60 minutos.

En la entrevista se invitaba al informante a narrar su experiencia de estar internado en la Unidad de Terapia Intensiva del Hospital de Pemex. Cuando de manera natural el paciente abordaba los puntos que conformaban la guía temática de la entrevista la investigadora sólo intervenía cuando era necesario aclarar algún dato; pero otras veces se formularon preguntas para abordar los temas que por alguna razón se habían excluido.

También fue entrevistado un familiar de cada paciente. A los familiares les pregunté a cerca de algún cambio en el comportamiento de su pariente o alguna actitud extraña que hubieran observado durante su estancia en Terapia Intensiva. Definí como información directa a la que obtuve a través del paciente e indirecta, a la que recibí de parte de familiares. También recabe algunos datos a través de comunicaciones personales con médicos y enfermeras.

Para el análisis de los datos fue necesario organizarlo, esta etapa del trabajo consistió en darle forma gramatical y orden cronológico adecuados a cada una de las entrevistas, sin excluir la información recabada. Debo añadir que aunque fueron varias las entrevistas que realice con cada paciente, en el reporte escrito sólo se incluyó aquella información que estuviera relacionada con el tema de investigación. Así, los datos se obtuvieron en diferentes momentos pero su presentación se hizo de manera global.

Se identificaron los temas emergentes durante las entrevistas. Para la codificación de los datos fue necesario leer cuidadosamente cada una de las historias y efectuar anotaciones en los márgenes para señalar a que tema se hacia referencia en ese fragmento. Se separaron los datos codificados mediante una transcripción y se refinó el análisis al modificar la tercera categoría, la cual era "sueños estereotipados" y se nombró en su lugar: "sueños de desamparo, frustración y aniquilamiento", ya que los datos demostraban que los sueños eran estereotipados y además pertenecían a otra tipología mas específica.

El tratamiento de los datos a través del análisis del contenido se realizó de acuerdo a categorías que permitieron detectar la presencia o ausencia de indicadores de traumatismo psíquico. Las categorías de análisis fueron tomadas del marco teórico: a) sueños de frustración, desamparo o aniquilamiento, b) recuerdos cuasialucinatorios y c) repetición verbal de la experiencia. El significado de éstas se inscribe dentro del marco teórico referencial sustentado en el capítulo dos.

La simulación de verificación de hipótesis es una estrategia para la construcción de las categorías de análisis. Consiste en relacionar de manera lógica y cognitiva cada unidad de registro verbal con cada una de las hipótesis. Gracias a la simulación de verificación de hipótesis " es posible evaluar el grado en que la descripción de fenómenos psicológicos se ajusta a una o otra teoría sobre el comportamiento humano" (Krippendorff, 1980, p.116).

El tiempo de organización e interpretación de los datos fue variable, ya que en cada entrevista se accedió al material de manera distinta. Por la misma razón no será posible generalizar las conclusiones obtenidas de este trabajo a otra población; la intención, desde el inicio, no fue generalizar sino profundizar en un tema en el que se ha trabajado poco: el estado psíquico de un enfermo crítico. Se trata de un estudio de tipo exploratorio que buscó profundizar. De aquí que se haya basado en las entrevistas de un número limitado de sujetos.

METODOLOGIA

TIPO DE ESTUDIO	EXPLORATORIO Y DESCRIPTIVO
MUESTRA	NO PROBABILISTICA, INTENCIONAL
INSTRUMENTO	ENTREVISTA SEMIESTRUCTURADA, BASADA EN EL METODO CLINICO
VALIDEZ	TRIANGULACION DE DIFERENTES INFORMANTES
RESULTADOS	CUALITATIVO, CON BASE EN LAS ENTREVISTAS
ANALISIS DE RESULTADOS	ANALISIS DEL CONTENIDO E INTERPRETACIONES PSICODINAMICAS

IV. ENTREVISTAS

ENTREVISTA A MARCOS.

Marcos es un hombre que según referencia de la parte médica sufrió un derrame pleural posterior a una cirrosis y a una pancreatitis.

La entrevista la realicé en el cubículo en el que se encontraba. Me dijo su nombre y que ya se sentía mucho mejor, razón por la cual agradecía la magnífica atención médica recibida.

En realidad durante la entrevista, no se entendía mucho de lo que Marcos decía porque su pronunciación era poco clara y además él hablaba hacía el lado contrario del que yo me encontraba.

Entró una enfermera para avisarle al paciente que en unos minutos entraría un sacerdote. Le pregunté a Marcos si creía en Dios, me contestó que sí y me confió algo que calificó como "muy especial". Había visto a Dios, aunque de inmediato rectificó y aclaró que sólo sintió su presencia. Esto ocurrió mientras estuvo en la Unidad de Terapia Intensiva de Colima. Dijo que vio los dedos de alguien sosteniéndole el oxígeno. Preguntó a la enfermera quien estaba a su lado, ésta no vio persona alguna. Marcos comentó también lo sedosa que era la manta de Dios, que sintió sobre su cama.

Luego el sacerdote entró al cubículo y permaneció allí por un momento. Cuando se retiró Marcos en lugar de contestar a mis preguntas sobre sus vivencias en Terapia Intensiva, sólo hablaba de un inmenso agradecimiento hacia los médicos.

Le aseguré a Marcos que lo vería luego que fuera trasladado a su cuarto, ya que en ese momento me costaba trabajo entenderle debido al oxígeno y la agitación que presentaba.

Una vez en la habitación del servicio de cirugía me contó que tendría que permanecer en el hospital por mas de dos meses, pues su recuperación sería lenta. Recibió esta noticia con desesperación pero poco a poco se fue tranquilizando y haciéndose a la idea.

Después comentó que no puede dejar de pensar en Colima, lo que está pasando allá afuera y en su familia. A mi pregunta, acerca de si pensaba frecuentemente en lo que le había ocurrido contestó que pensaba mucho en ello y que había llegado a la conclusión de que una vez que salga del hospital muchas cosas van a

cambiar, entre ellas, dejar de tomar y acercarse más a Dios. Afirmó que estos dos cambios se deben a que no podía olvidar la presencia de Dios en su cubículo de Terapia Intensiva.

Después invite a Marcos a contarme como fue que sintió la presencia de Dios; me aclaró que esto sucedió en la UTI de Colima y relato que abrió los ojos porque sintió una presencia a su lado derecho. Fue cuando vio los dedos de una mano que detenían la mascarilla del oxígeno. "Supo que era Dios".

Una enfermera le explicó a Marcos que estuvo dormido durante 15 días y cuando se encontró en condiciones fue trasladado a la Cd. de México.

Marcos siguió narrando una historia que de acuerdo al expediente y a mi observación era inexacta. Según su versión, una vez llegado a la ciudad de México fue intervenido y llevado a Terapia Intensiva sólo con fines preventivos y de recuperación. De ahí fue trasladado a piso. Dice que durante todo este tiempo estuvo despierto y consciente. En realidad fue operado dos veces una de ellas de emergencia. La gravedad fue tal que los médicos temieron por su vida.

También le dije que le estaban sucediendo cosas que nunca antes le habían ocurrido, nunca había tenido una experiencia semejante a la que vivía en ese momento. Él estuvo de acuerdo y reitero que jamás había sentido a Dios. Además aclaró que no sólo sintió su presencia sino también su manta resbalando por su cama y tocó su suavidad. De acuerdo a Marcos esto sucedió en Colima ya que aquí en México como ya era la segunda vez que lo llevaban a Terapia Intensiva no iba tan grave. No le había pasado nada.

Marcos me informó que sólo dormía a ratitos porque en ese lugar entraban a cada momento y sin avisarle prendían la luz. También dijo que soñó con una familia que se peleaba por una herencia. El, que presencié todo, sabe que al final nadie se quedó con la herencia. Le dije que en la familia del sueño la herencia ocasionaba una pelea y pregunte ¿qué era lo que en su familia real causaba problemas? Contestó que el alcohol y que de hecho estaba allí porque tomaba. Afirmó que nunca golpeó a su esposa y a su hija cuando llegaba tomado a casa. Sólo cenaba y se iba a dormir.

Me interesó el tema de la relación con su esposa y quise saber si ésta había cambiado. Marcos aclaró que no había percibido cambios pero que cuando esté sano y fuera de este hospital, cuando los dos vivan otra vez en su casa podrá darse cuenta. Lo que sí aseguró es que siente gratitud por ella.

Contó cómo en algunas ocasiones cerraba los ojos y sin saber si estaba dormido o despierto, creía encontrarse en el paraíso pero cuando los abría se decía "¡chingao! esta es la realidad".

ENTREVISTA A FAMILIAR DE MARCOS.

La entrevista a la esposa de Marcos no aportó algún dato relevante para mi trabajo de investigación, ya que sólo habló del alcoholismo de su esposo y del arrepentimiento de éste. Repetía convencida las promesas que él había hecho para dejar de beber. Su llanto parecía manifestar no sólo su sufrimiento por ver a Marcos en esas condiciones sino también por la causa que provocó esta grave enfermedad.

Respecto al comportamiento de Marcos después de estar internado en la UTI me dijo que permanecía callado todo el tiempo y sólo hablaba para referirse a su arrepentimiento y a sus intenciones de dejar de tomar.

ENTREVISTA A LUIS.

Luis es un hombre de 50 años aproximadamente, que llegó a la Unidad de Terapia Intensiva después de la cirugía de un absceso pulmonar.

La entrevista la realice un día antes de que Luis fuera dado de alta de la UTI. Cuando entré a su cubículo le dije mi nombre y que era psicóloga de la UTI y venía a visitarlo.

Le pregunté acerca de lo que le había ocurrido y el me dijo que estaba allí por una gripa mal cuidada; y que además se sentía agotado, ya que trabajaba mucho y bajo presión. Me explicó como se había ido llenando de responsabilidades, puesto que tiene que laborar en dos instituciones y a esto le agrega su trabajo privado. Uno de estos trabajos implica la organización y administración de un gran número de personas que están a su cargo.

Luis me habló de todas las cosas de las que él es responsable, me dijo que estaba cansado de todo eso, y que cuando regresara a su centro de trabajo buscaría una solución que le permitiera hacer lo que a él realmente le gustaba; ejercer su profesión, sin sentir la presión de un puesto.

Luis me preguntó si yo era psicóloga; agregó que nunca creyó necesaria a una psicóloga en la UTI, tal vez porque siempre estuvo del otro lado, pero en ese momento lo creía importante ya que es en la UTI donde la gente se dobla y cambia. Dijo que él, al principio, se sentía muy desanimado.

Comentó algunos cambios en sí mismo, sobre todo el resurgimiento de anhelos que él ya creía muertos por el intenso trabajo que desarrollaba, se propuso llevar a cabo muchas cosas que siempre le ha gustado hacer, tales como viajar, disfrutar de su familiar y continuar practicando el basketball. Agregó que el tiempo que permaneció enfermo le dio la oportunidad de reflexionar y reconsiderar su vida.

A cerca de la Unidad de Terapia Intensiva me dijo que el trato del personal había sido muy amable, pero que al principio todos los piquetes eran muy dolorosos y sólo con el tiempo se fue acostumbrando a ellos. Su hospitalización en la UTI la describió como de mucha tranquilidad, de reflexión y sobre todo de recuperación, ya que había sido trasladado a México porque sólo aquí podría ser atendido debidamente; "y así fue, fui bien atendido y ahora a echarle ganas a lo que sigue".

Le dije a Luis que me parecía que estaba superando su enfermedad y que me daba la impresión de que hacía un intento por recuperarse de lo terrible que había sido para él estar internado por un enfermedad crítica.

En otra ocasión Luis comentó que ya se sentía mejor pero que su mejoría había empezado hoy, porque todavía ayer, se sentía un poco mal. Me dijo que hoy se

había permitido sentir el Sol, que se había comido todo el desayuno y había empezado a hacer realidad todo lo que en los días anteriores era sólo un deseo. Le pregunté si estas cosas que había iniciado ese día tenían que ver con las ilusiones de las que me habló anteriormente, contestó que sí, que todo lleva una secuencia. Dijo que su enfermedad avanzó porque no se dio la oportunidad de sentirse enfermo, anteponiendo el trabajo a su gripa o más bien a sí mismo. -

Luis me explicó como empezó su enfermedad, primero una gripa, después un intenso dolor en el pecho; razón por la que se tomó una placa y se dio cuenta que el pulmón estaba afectado. Ante esta evidencia se sintió triste y cuando fue de su conocimiento que tendría que ser intervenido pidió ser trasladado a la Cd. de México. Desde su llegada se sintió seguro entre los médicos, que decidieron operarle de inmediato. Luego de la cirugía fue trasladado a la UTI, lugar en el que permaneció tranquilo y reflexivo acerca de todo lo que había ocurrido, sobre todo, de las causas por las que estaba allí. Pensando posibles estrategias que evitasen que algo así sucediera otra vez.

Le pregunté a Luis: “¿además de su forma de ver la vida, algo más ha cambiado en usted?”. Respondió que sí, pero respondió algo que no tenía que ver con lo que le pregunté. Habló prolijamente del desayuno, del apetito y de su deseo de aliviarse cuanto antes. Intenté investigar qué tal dormía; dijo que lo hacía muy bien y que sólo lo despertaba la tos y una vez despierto, la tristeza que sentía al ver a su esposa durmiendo incómoda en el reposet lo que le impedía por algunos minutos volverse a dormir. Me informó que no soñaba, en cambio, me contó de sus fantasías, agregó que el pensar en el pasado lo llevaba forzosamente a planear un futuro. Viajar con su esposa y sobre todo, acercarse más a la vida. Cree que esto es consecuencia de que se sintió a punto de morir.

El tema de la muerte nos angustiaba a Luis y también a mí, por lo cual desvié el tema y dije que casi toda la gente que esta en la UTI se encuentra en un estado crítico y experimentando algo totalmente diferente a la vida cotidiana, por ejemplo los piquetes frecuentes que él sintió. También le explique que el dolor y el miedo del que ahora él estaba consciente, algunas veces hacían, a quien esta en la UTI , ver o escuchar cosas que antes no veía ni escuchaba o imaginar lo que no se le hubiera ocurrido en otro momento. Todo esto debido a que como él me había dicho, quien estaba en la UTI se acercaba a la muerte.

Luis me dijo que no lo recordaba pero que ahora que lo comentamos se acordó que después de la cirugía, su padre y su madre, quienes ya fallecieron , estaban a su lado diciéndole: “¡ánimo, ánimo!”, al mismo tiempo que levantaban el brazo. Después de asegurar que no habló con ellos, que sólo escuchaba su voz, agregó que en esta conversación estábamos hablando de aspectos de su vida que hacía mucho tiempo no hablaba. Además me preguntó si podía contarme algo de su infancia. “Por haber sido niño Scout, aprendí a trabajar para los demás sin recibir nada a cambio, y esa idea ha influido en mi manera de vivir”.

Luis sonrió y me dijo que iba a poner todo su empeño para salir adelante, que esto de las enfermedades era como un partido y había que ganarlo.

ENTREVISTA A FAMILIAR DE LUIS.

Entreviste a la esposa de Luis, su nombre era Magdalena.

Le pregunté a Magdalena si había observado algún cambio en el comportamiento de su esposo. Me contestó que ya lo veía mucho mejor, que inclusive estaba haciendo planes de lo que hará cuando salga de aquí. Su respuesta, se basaba en cambios tales como el deseo de viajar y hacer otras cosas que a ellos les gusta hacer.

Invite a Magdalena a hablar de la razón por la que su esposo había venido al hospital de Pemex en México. Ella me dijo que fue una gripa mal cuidada, que un día le hablaron a Luis de su trabajo, para avisarle que había un problema, el cual según ella pudo haberse solucionado desde su casa, es decir, con llamadas telefónicas, sin embargo, él aunque se encontraba enfermo, salió de su casa para arreglar lo sucedido.

Magdalena añadió que todo lo que hizo su esposo es comprensible, porque todo lo que él tiene le ha costado mucho trabajo y no quiere perderlo, por ejemplo, su puesto. Cuando le pregunte “¿y qué piensa usted?”. Me dijo que lo de trabajar en exceso no es nuevo en él, que siempre ha sido así y por eso ha llegado hasta donde está. Me dio una larga explicación de los logros laborales que ha tenido su esposo.

Después, cuando se calló, le mencione que las personas cuando se enferman gravemente sufren alteraciones no sólo en su cuerpo, sino también en su mente. Le explique que mi interés en entrevistarla era porque ella había permanecido al lado de su esposo la mayor parte del tiempo y seguramente podría informarme si había observado algún comportamiento anormal, por ejemplo, ver cosas que no están o decir cosas “extrañas”. Respondió que no, que de hecho ha estado pendiente de lo que Luis habla, sobre todo, cuando salió de la cirugía y fue llevado a Terapia Intensiva.

Terminé la entrevista con Magdalena agradeciéndole su información. Al salir me dio un beso y me tuteo, me dijo que fuera cuando yo quisiera, en Villa Hermosa tenía mi casa, aunque se le acababan de ir las dos “muchachas”, que allá no les hacía falta nada básico porque “más o menos tenían un buen nivel” de vida.

ENTREVISTA A ARACELI .

Araceli es una joven de 19 años con lupus eritomatoso y como consecuencia del padecimiento, insuficiencia renal.

La primera vez que vi a Araceli estaba sentada en un reposet hojeando una revista. A su lado, estaba su hermana Lucía. Le pedí a esta última que me dejara a solas con la paciente.

Una vez que esta salió del cuarto, tome el banquito que estaba debajo de la cama y me senté junto, le dije mi nombre y de donde venía. Una enfermera entró a registrar los signos vitales y tomar una muestra de sangre, y entre otras preguntas, quizó saber si Araceli prefería jugo o agua para su pastilla. Ella respondió con un silencio prolongado.

Cuando nos quedamos a solas, le dije a Araceli, que estaba ahí dispuesta a escuchar lo que ella quisiera decir. Esperé un momento y luego le pregunté si llevaba mucho tiempo en el hospital. Se produjo un largo silencio, sentí su mirada profunda, y escuche un “no mucho”. Le pregunté cuánto tiempo llevaba internada. Luego de unos minutos, moviendo sus dedos como si contara, se encogió de hombros y me dijo “no se”.

Araceli, con su mirada penetrante alternadamente miraba una revista y a mí. Esperé algunos minutos y le pregunté si le gustaba ver revistas. Hubo un nuevo silencio y luego escuche muy quedo un “sí”. Quise saber si prefería leer los artículos o ver las fotografías y nunca obtuve respuesta. Luego me pidió el resto del jugo, se lo di, bebió un poco y me lo devolvió. Escuché que me decía “quédatelo”.

Le pregunté por qué no hablaba, si era porque no podía o porque no tenía deseos de hacerlo. Me dijo que no podía y con mucho trabajo continuó diciendo que le dolía hablar.

Después de unos minutos de silencio, Araceli se movía denotando molestia y retorciéndose me dijo: “ ya me cansé de estar así”. Yo le pregunte si quería que la cambiaran de postura, a lo que contestó que sí. Luego agregué ¿será que además de estar cansada de la postura, también lo estás de permanecer en el hospital?. Asintiendo con la cabeza, añadió “me duele mi cuerpo”; ¿es sólo tu cuerpo? le pregunte. Volvió a retorcerse nuevamente. En ese momento entró el camillero con una silla para bañarla y explicó que no podían acostarla en la cama sin bañarla, así que le dije a Araceli que volvería luego.

En varias ocasiones intenté hablar con Araceli pero fue imposible. Debido a su enfermedad tenía que permanecer en hemodialisis durante períodos prolongados.

Luego de varios intentos fallidos por entrevistar a Araceli, un buen día, toqué a su puerta. Cuando entré, ella estaba de pie, mirando la ciudad por la ventana. Se escuchaba música a muy alto volúmen, tan alto, que aunque yo le hablaba, sólo se dió cuenta de mi presencia cuando le toque el hombro. Sonriendo me saludo.

Araceli me dijo que sería dada de alta el próximo lunes - esto sucedió un viernes - . Enseñándome un aparato que le ayudaba a oír, me habló de la recuperación de su oído y riñón; órganos que fueron los más afectados por el lupus.

Le pedí a Araceli que disminuyéramos al volúmen de la radio. Nos sentamos en la cama, una al lado de la otra; y ella me expuso que después de ser dada de alta no se iría a su lugar de residencia, sino que permanecería en la Cd. de México por algún tiempo. Esto debido a que el único síntoma que presentaba era el vómito y los médicos creían que este se relacionaba con el tipo de comida del hospital.

Como si recordara algo que ya tenía planeado decirme, Araceli espontáneamente me preguntó por algún lugar en el que vendieran juegos. Me explicó que adquirir uno de estos juegos representaba para ella acabar con el aburrimiento.

Mientras Araceli me describía en particular el juego que a ella le interesaba, entraron los camilleros quienes la llevarían a hacerse un estudio. Me retiré, no sin decirle que investigaría de algún lugar que vendiera este tipo de juegos.

De acuerdo a lo que los camilleros dijeron, el estudio no se tardaría mas de treinta minutos. Por esto, un par de horas después volví al cuarto de Araceli, y aunque ella aún no regresaba, su madre estaba allí. En un breve intercambio me hizo saber que Araceli era hija adoptiva.

En varias ocasiones posteriores intenté hablar con Araceli pero no fue sino unas horas antes de que ella abandonara el hospital cuando esto fue posible. Araceli, que estaba a punto de partir a su casa, me contó llena de alegría acerca de sus ilusiones y sus metas. Le interesaba la decoración interior y la jardinería. También habló de sus graves enfermedades. Tres meses después de sus quince años sufrió de una patología neuronal que casi le produjo la muerte. El lupus eritomatoso se le empezó a manifestar tres días después de recibir un ascenso laboral. En cuanto a su adopción aclaró que ella había sido regalada a Minerva, su madre adoptiva desde los tres días de nacida.

Aunque intente de varias formas que Araceli me contara sobre sus vivencias en la UTI ella sólo hablaba de consecuencias tales como su actitud descuidada hacia sus plantas y la existencia de algunas cicatrices por las cuales prefería no usar las biusas que le gustaban.

ENTREVISTA A FAMILIAR DE ARACELI.

Un poco antes de subir al elevador después de la primera entrevista con Araceli, su hermana y su padre me abordaron. Lucía me preguntó como estaba su hermana y habló de su preocupación, porque la veía muy cambiada: "ahora no habla y ella no era así antes de que llegara al hospital". Fuimos a un lugar apropiado para hablar. Allí Lucía me confió que Araceli la mira muy raro, como si la estuviera analizando o estudiando sus gestos y todo lo que hace. Me llamó la atención que enfatizó que a su hermana "sólo se le derraman lágrimas, pero no llora ni se enoja".

Lucía me explicó que Araceli estuvo internada en Poza Rica, pero allá los médicos no podían hacer nada y por eso la trasladaron a México. Decisión que en un primer momento entusiasmó a Araceli, pero una vez aquí se desanimó mucho. Recuerda que llegaron un lunes, el martes el médico confirmó el diagnóstico que en Poza Rica estaba dudoso. Efectivamente, se trataba de lupus eritomatoso. El miércoles alrededor de las once de la noche Araceli entró a quirófano, para que su apéndice fuera intervenido y a partir del jueves permaneció en Terapia Intensiva. Sólo el primer día les permitieron pasar a verla.

Lucía me cuenta impresionada cómo vio a través del cristal, a Araceli derramando lágrimas e indicándole con la mano que se fuera, "parece que me estaba corriendo; una enfermera me explicó que Araceli estaba muy enojada porque no nos permitían entrar a verla, también me dijo que quería que le lleváramos un muñeco de peluche". Al día siguiente cuando Lucía vio a su hermana por el cristal, esta apretaba y maltrataba el oso de peluche que le habían llevado.

Cuando hable con Minerva, la madre de Araceli, me dijo que su hija hace algunos años estuvo en psicoterapia, puesto que era una joven que sufría mucho por sus enfermedades y agregó: "además, ¿si sabía que Araceli es adoptada?, ¿verdad?".

Minerva me explicó que adoptó a Araceli porque después de que nació su primogénita no se podía embarazar; y una vez realizada la adopción se embarazó y parió otra hija. También me contó que Araceli quiere mucho al hijo de su hermana menor, aunque le extraña que a partir del lupus su actitud hacia su sobrino se haya modificado. Le pedí que me platicara sobre los cambios que ella había notado en su hija. Reiterando me expresó su preocupación por Araceli, ya que cuando estuvo enferma no le ilusionaba ni su sobrino: "cuando le decíamos que el niño preguntaba por ella no hacía ninguna expresión ni siquiera una sonrisa. Dijo que anteriormente su hija se preocupaba por el bebé, lo mencionaba en sus conversaciones y le compraba regalitos. Minerva cree que desde que Araceli supo que se iría del hospital su estado de ánimo ha mejorado, "es como si empezara a ser la misma de antes".

Un par de meses después de que Araceli se fue del hospital, recibí una llamada telefónica de Lucía, que con gran preocupación me contó que su hermana se comportaba de una forma muy extraña y temerosa. Temía dormir sola ya que veía monstruos y diablos que le impedían dormir. Por esta razón suplicaba que le permitieran dormir con alguien, de preferencia sus papas.

ENTREVISTA A OSCAR.

Oscar es un paciente que sufrió quemaduras de segundo y tercer grado en el 90 % de su cuerpo, en un accidente laboral. La primera vez que hablé con Oscar fue en la Unidad de Quemados días después de ser dado de alta de Terapia Intensiva.

Después de decirle a Oscar mi nombre y mi profesión, lo invité a que hablara de lo que le sucedió. Me dijo que no quería recordarlo, que sabía que algunos de sus compañeros habían muerto en el accidente pero prefería no preguntar sus nombres, porque esto lo llevaría a recordar.

A pesar de lo que Oscar había afirmado comenzó a narrarme cómo fue el accidente. Me dijo que estaba muy cerca del lugar donde empezó el incendio, que vio nacer la gasificación. Sin embargo, sin tomar conciencia del peligro él decidió regresar para salvar a un compañero. Otros ahí presentes le aconsejaron que sólo pusiera una escalera para que el hombre atrapado detrás del muro de contención pudiera salir. Oscar desoyendo los consejos subió y logró salvar a su amigo pero el fuego lo alcanzó a él. Narra cómo sintió que la llama le arracaba el logotipo de su camiseta. Sus compañeros que también se encontraban en peligro le pedían ayuda mientras él con sentimientos de impotencia y desesperación veía cómo se extendían sobre sus manos grandes llamas. También recuerda que le decían que no se desesperara, que no tardaría la ambulancia que lo llevaría a un hospital. Sentado en la banqueta se preguntaba a dónde lo llevarían. Recuerda la Cruz Roja, un hospital del ISSSTE o del Seguro Social y finalmente el servicio de urgencias del hospital de Pemex. De su estancia en este servicio menciona que le daban golpes en su espalda mientras él les decía "ya párenle". De la UTI contó que sólo supo de ésta un poco antes de que fuera dado de alta.

Invité a Oscar a hacer un esfuerzo por hablar de lo que vivió una vez que llegó a la UTI. Me dijo que aunque no sabía donde estaba, veía en el techo unos caballitos, alfileres y niños. Alrededor de su cama veía a sus hijos y sobrinos burlándose de él: "estaban como cuando los niños han hecho una travesura o maldad y se están riendo". Añadió que por las noches escuchaba el cantar de unos grillos, que lo animaban: "era como si me dijeran: échale ganas". Y que a pesar de que escuchó a alguien decir: "éste ya no se salva", el cantar de estos grillos lo llenaba de ánimo.

Oscar también dijo haber recibido mucho apoyo de su familia, la cual no lo ha abandonado ni un momento, dándole fuerza y haciéndole sentirse querido. Externó conmovedoramente su deseo de no pensar ni en el pasado ni en el futuro, de concentrarse en lo que le sucede día con día y encontrar la manera de solucionar los retos a los que se enfrentaba continuamente, por ejemplo, las molestias que siente después de haber ido al quirófano.

Cuando Oscar ya estaba internado en la Unidad de Quemados me comentó que sus injertos iban muy bien, que sólo se le había caído uno, que hacía todo para evitar que estos sangraran y él resultara lastimado. Además, me platicó con mucho brío que ya había dado sus primeros pasos, creyendo que este sería el comienzo de una recuperación cada vez más rápida.

Oscar me dijo que a pesar de todos los dolores que tiene, él cree que esta situación está mejorando. Consideró que dichas dolencias son reacciones naturales causadas por los injertos y que cada vez son menos las ocasiones que lo sedan para evitarlas.

Invité a Oscar hablar de estos dolores. Hizo una comparación entre la UTI y la Unidad de Quemados. En la primera no sabía si lo sedaban o no, no sentía nada, allá no sentía dolor, estaban los grillos, los alfileres y los niños. En la Unidad de Quemados todo esto desapareció, aquí ocupaba el primer plano el dolor. Una pequeña muestra de interés de mi parte fue suficiente para que Oscar continuara recordando lo que vivió en la UTI. Dijo que no sabía dónde estaba, que creía estar en un cuarto pero no sabía si era de un hospital o de un departamento. Recordaba que cuando llegó a este lugar no iba acostado sino sentado en una sábana blanca y fué recibido por un hombre con aspecto israelí, a quien Oscar llama cariñosamente "mi judío". Después fue bañado dentro de un barril con un jabón que parecía yeso. Recordó que a toda la gente que entraba a ese lugar la metían al barril y la bañaban.

Fue llevado luego a un cuarto con vapor y allí lo acostaron. Oscar afirmó que a partir de ese momento no se volvió a levantar, aunque en otro momento de la entrevista recordó que se paraba, se sentaba y se acostaba repetidamente.

Según Oscar "su judío" era como Dios, siempre permaneció a su lado y rezaba con él. Además, fue él quien envió a un doctor moreno con cabello rizado para que también rezara con Oscar. (Vale anotar que estas características coinciden con la fisonomía del intensivista que lo atendió).

Oscar agregó que en el techo veía toda una variedad de cosas, tales como : "alfileres, rostros de niños, un carrusel, una pareja con una nena y unos globos. Era como una feria, con muchos colores pero más colores pastel y blanco". Había un cuadro transparente que estaba en la pared de enfrente en el que los alfileres bailaban y se bañaban en compañía de mucha gente de apariencia indígena. Entre esta gente había gitanos. Insistiendo en el movimiento de los alfileres dijo: " como que brincaban y bailaban igual que los del techo".

Oscar recuerda que el médico enviado por el judío, le dijo que le serían devueltos todos los alfileres que se le habían sacado.

Oscar me reitera haber escuchado por las noches el canto de unos grillos, y que esto lo hacía sentirse mejor, con más ánimo. Explicó cómo fue que el judío le dijo que no le podía ayudar, que no se podía hacer nada y Oscar le pedía otra

oportunidad ofreciendo a cambio una mejor manera de vivir. Dijo haber escuchado al hijo del judío decirle a éste que se llevaran a Oscar a su casa con ellos.

Oscar comentó que no sabe si todo ésto lo vivió mientras dormía o cuando estaba despierto. Tampoco sabe si es verdad o se lo imaginó.

ENTREVISTA A FAMILIAR DE OSCAR.

Durante alguna entrevista a Oscar se escuchó una voz de mujer que por el intercomunicador le avisó al paciente de su llegada. Además le dijo que permanecerían en el hospital todo el día, sólo saldrían a comer algo y luego volverían. Una vez que la mujer se despidió, Oscar levantando las cejas y con voz apresurada me informó que quien hablaba era su hermana.

Un día, al llegar a la Unidad de Quemados escuché voces a elevado volumen, el cual aumentaba conforme yo me acercaba al cuarto de Oscar. En el pasillo exterior, frente al cuarto de Oscar, me encontré con dos mujeres que por el intercomunicador hablaban con él.

A través del cristal, moviendo mi mano saludé al enfermo. Después a las dos mujeres. Me presente y pregunté quiénes eran ellas. Una me contestó: "yo soy su madre y ella (señalando a la otra) es su hermana". Las invité a hablar conmigo en relación a la salud de Oscar. Aceptaron.

A Oscar, quien sólo miraba la escena a través del cristal, le dije que su madre y su hermana irían conmigo un momento y después volverían. Él, asintiendo con la cabeza me dijo: "bueno Adriana, entonces luego nos vemos".-

Inicié la entrevista a la madre y hermana de Oscar preguntándoles si habían notado algún cambio en el comportamiento de éste. Contestaron que no: "él siempre ha sido muy entusiasta y cualquier problema que se le presenta lo resuelve". Agregaron que en el estado de ánimo del enfermo había influido mucho la compañía de familiares, compadres y amigos.

Recordaron que a partir del momento en que él pudo hablar siempre ha expresado su deseo de salir adelante y de no recordar lo que ocurrió. Cuentan que cuando platican con Oscar le dicen que esta quedando muy bien, que cuando empiece su rehabilitación estará del otro lado. Le han transmitido la idea de que si Dios le permitió seguir viviendo, bien vale la pena hacer un esfuerzo por vivir.

Fue la hermana de Oscar quien me informó que cuando este estuvo en Terapia Intensiva movía la cabeza como si dijera ¡no!, al mismo tiempo que de sus ojos se derramaban lágrimas. Cuando ellas observaban esto, interpretaban que él quería que se salieran. Sin embargo, cuando Oscar estuvo en condiciones de hablar les dijo que ese ¡no! significaba que ya no podía más, que sentía que se iba a morir.

Por último, me cuenta que sabe que su hermano tenía horribles pesadillas pero él jamás le ha contado de que se trataban.

ENTREVISTA A MIGUEL.

Miguel es un hombre de 65 años con diagnóstico de cáncer pulmonar.

Lo primero que Miguel expresó es un reproche: “¿por qué, si yo no he hecho nada malo para que me pase ésto?. No he sido mujeriego”.

El enojo de Miguel comenzó a manifestarse cuando me explicó que al salir de la cirugía a la que fue sometido, lo llevaron a un cuartito pagado por él, puesto que en el Hospital de Pemex no había camas disponibles. Recuerda que fue en ese cuartito donde le introdujeron un alambre en el pene; este alambre estaba cubierto por un plástico verde y era tan ancho que no permitía que la orina saliera, produciendo dolor. Esta situación empeoraba cuando tomaba agua y sus deseos de orinar incrementaban. El alambre, que estaba amarrado a la parte inferior de la cama no le permitía moverse. De hacerlo el dolor se intensificaba. Dijo: “había una muchacha - chaparrita ella- que me decía que iba a limpiar y se metía debajo de la cama. Yo me dejaba engañar pero en realidad lo estaba amarrando todavía más o menos, no se”.

Miguel piensa que su familia tuvo algo que ver con todo esto que le ocurrió, sobre todo su esposa. Me dijo que por eso se siente molesto y se ha portado grosero con ellos: “todos estaban muy agresivos conmigo y pues yo también. Una vez le tuve que dar una cachetada a una señorita para que se quitara, porque me quería quemar con un encendedor que traía en la mano. Le dije a mi hija, ¿qué te he hecho yo para que me hagan todo ésto?”.

Además Miguel tiene la certeza de que lo que sucedió en ese cuartito no lo hicieron los médicos de Pemex: “no, ellos no serían capaces de hacer eso; allí donde yo estaba, andaba un doctor de esos que andan de sábados y domingos cantando con su guitarra y a mí se me hace que él lo hizo; sí, lo hizo pero por órdenes de mi esposa, además allí me trataban como animal, ¡oigame! ¿dejarme tirado en el suelo?. Y así estuve toda la noche”. Comenta que si él no hubiera ido a ese cuartito todo sería diferente porque lo que allí pasó provocó muchas cosas feas, como dolores y que su hospitalización se prolongara.

Cuando le pregunté cuándo estuvo él en ese cuartito, contestó: “eso pasó saliendo de la operación, no tomamos el elevador, como que ese lugar estaba en el mismo piso y sólo recuerdo que vi un autobús que estaba estacionado afuera, de allí me sacaron sólo porque un doctor dió la orden”. Me contó que quiso morir justo después de la cirugía y antes de ser trasladado a piso. (La Unidad de Terapia Intensiva está en el mismo piso que los quirófanos. Miguel, después de ser intervenido fue trasladado a la UTI).

En cuanto a su hospitalización en Terapia Intensiva, Miguel recordó haber estado allí pero no sabe con exactitud cuándo y cuánto tiempo estuvo en la UTI. Veía a sus hijos a través del cristal, los veía chiquitos como si fueran bebés. Entre él y ellos había un camellón.

Retomando el tema de su estancia en el cuartito Miguel me sugirió hablar con su esposa para ver que podía aclararme ella de lo sucedido aquella noche en aquel lugar, pues él cree que sólo permaneció allí una noche: “verá como ella le dice que eso – el alambre- estaba desde la operación pero yo no creo. Ya no puedo confiar ni en mi compañera”. Al final de la entrevista comentó que durante la cirugía un hombre vestido de rojo le ofreció una hostia, la cual rechazó.

En otra ocasión Miguel me habló de la historia de su enfermedad. Al principio él creía que estaba adelgazando debido a un susto. Después de hacerse unos estudios del pulmón supo que tenía un tumor y se preguntaba si este sería benigno o maligno.

Miguel me comentó que después de esta experiencia su actitud hacia el consumo de tabaco y café, así como sus creencias religiosas han cambiado; ha decidido dejar de tomar café y fumar además de acercarse más a Dios. Manifestando agradecimiento hacia su esposa me dijo: “ la relación con mi esposa aunque aquí en el hospital no se note mucho ya no es la misma, somos como hermanos y lo que ella ha hecho por mí no se me va a olvidar”. Añadió que se sentía así, como su hermano, porque desde hace seis años no había intimidad entre ellos. Su esposa le dice que cómo puede estar tan viejo y todavía andar con sus cochinadas. Miguel dijo que ahora entiende muchas cosas de las que su madre hacía, ya que ésta, cuando tenía mas de ochenta años, se quería casar y Miguel le dijo que si lo que quería era un hombre, que se fuera a un hotel pero que no anduviera haciendo tanto circo. Agregó: “ ahora entiendo que aún estando viejo, uno no deja de sentir. Si yo quisiera estar con una mujer buscaría otras pero yo quiero vivir eso con mi esposa, con mi compañera, no se trata de sexo sino de intimidad”.

ENTREVISTA A FAMILIAR DE MIGUEL.

La entrevista a la esposa de Miguel no fue fácil ya que éste además de ser paciente crítico sufría de una enfermedad crónica, el cáncer pulmonar. Por lo tanto debía estar acompañado todo el tiempo y Carmen, su esposa, se hacía cargo de esa labor.

El día que hable con Carmen lo hice en un cuarto contiguo al de Miguel. Su pulmón no había dejado de drenar y tal vez tendría que ser intervenido nuevamente. Esperaba la opinión de un médico.

Desde el principio de la entrevista Carmen habló de la constante incertidumbre en la que vivían de unos días a la fecha. La posibilidad de una segunda cirugía le producía un estado de angustia total. También me contó que ella no se sentía bien de salud; le había subido la presión y se había visto muy mala del pecho. Creía que esto se debía a la fatiga y a la angustia en la que vivía. Al respecto comenté que su cuerpo y su mente estaban respondiendo a la situación que vivía desde hacía algunas semanas y que tal vez su esposo también había sufrido cambios no sólo físicos sino mentales. Dijo no entenderme: “¿cómo que diferente?, él siempre ha sido tranquilo. Sólo cuando se enoja hay que tener cuidado pero eso casi no sucede”.

Le recordé a Carmen que alguna vez se me acercó para platicarme que su esposo creía que por órdenes de ella le habían metido un alambre en el pene. Replicó que eso sólo sucedió por unas horas: “las pesadillas y eso de que estaba enojado conmigo porque creía que yo lo había traicionado se le quitó cuando llegó al servicio de oncología”.

Invité a Carmen a hablar de aquellas horas en las que observó un comportamiento diferente. Dijo que la reacción de su esposo era normal y que todos los pacientes de la UTI al no tener contacto con la realidad piensan que lo que les ocurrió no es cierto y hacen su propia versión. Añadió que lo que más le enojó a su esposo fue la sonda en el pene, en cuanto se percató de ésta, intentó quitarse los catéteres y electrodos que tenía sobre el cuerpo. Por esta razón lo amarraron. El paciente asoció todo lo sucedido con su esposa y no permitía que se le acercara.

Carmen pensaba que esas cosas feas habían terminado. Me invitó a confirmar que su esposo ya no creía en esa historia. Sabía que fueron órdenes de los médicos y no de ella y que era por su bien. Agregó que Miguel cada vez hablaba menos: “¿será porque le duele el hablar?”. Dijo que también ella hablaba poco. Prefería no preguntar ni comentar nada pues creía ya conocer el final y pensaba que su esposo tampoco hablaba por la misma razón.

V. ANALISIS Y CATEGORIZACION DE LOS DATOS.

Para el análisis de los datos utilizamos como técnica el “análisis del contenido”, mismos que agrupamos en tres categorías. Estas nos permitieron enmarcar las manifestaciones psíquicas observadas en función de una perspectiva teórica. Las categorías de análisis son: A) intento de elaboración mediante la palabra, B) recuerdos cuasialucinatorios y C) sueños de desamparo, frustración y aniquilamiento.

ANALISIS DE LAS ENTREVISTAS.

A) REPETICION VERBAL DE LA EXPERIENCIA.

Esta categoría fue diseñada a partir de los aportes teóricos de diferentes autores psicoanalíticos, muy especialmente Eidelberg (1971). Consiste en considerar las verbalizaciones como un intento de elaboración del suceso traumático hasta ese momento no elaborado. La elaboración consiste en ligar el afecto suprimido a la representación palabra y que ésta sea regida por las leyes (lógicas, temporo-espaciales) que caracterizan el proceso secundario, propio del sistema preconciente-conciente.

A continuación se menciona de qué manera se manifestó en cada uno de los pacientes entrevistados esta verbalización repetida de su hospitalización en la UTI.

- 1) Marcos: El tema de la aparición de Dios, la sensación sedosa de su manta, y el sostén del oxígeno por una mano santa reapareció en cada una de las sesiones de entrevista que sostuve con Marcos. Observé que fue de gran importancia para este paciente reubicar el suceso en el tiempo y en el espacio cada vez que lo mencionaba. En cada sesión él, además de mencionar que había sentido la presencia de Dios en su cubículo me explicaba que eso no sucedió durante su hospitalización en la UTI de la ciudad de México, sino en la UTI de Sonora. La verbalización de estas vivencias surgían espontánea y repetitivamente.

Debo aclarar que si bien es cierto que en la UTI de la ciudad de México Marcos estuvo en riesgo de morir, fue en la UTI de Sonora en donde por primera vez y sorpresivamente tuvo que ser internado e intervenido. Por lo tanto, es posible que la hospitalización de Marcos en la UTI de Sonora sea la verdadera vivencia traumática y no su internamiento en la ciudad de México. Es esta la que con mayor frecuencia menciona.

- 2) Luis: El discurso de este paciente da cuenta de la dimensión multifactorial del traumatismo psíquico. Al igual que los demás pacientes vivió una enfermedad grave, sin embargo, lo que este hombre construye a partir de su hospitalización en la UTI está muy lejos de la desmentida o de un delirio. Su estructura psíquica "fuerte" le permitió salir mejor librado que otros de esta batalla entre la vida y la muerte sin tener que recurrir al predominio de mecanismos defensivos excesivamente patológicos.

En este caso la palabra es el medio tanto para elaborar un suceso traumático, como para re-escribir su historia de vida. Su discurso habla más de la vida que de la muerte. Pero aún así no deja de hablar y también lo hace repetitivamente. La mayor parte del tiempo de la sesión habla de sus proyectos de vida. No excluye al pasado, lo menciona pero en función del porvenir. Que las vivencias positivas tengan más peso que las negativas.

Es cierto que habla de lo doloroso que es estar en la UTI y justo después de hablar de ello, recuerda que ese dolor le permitió considerar aspectos de su vida que antes no valoraba, tales como su familia, su salud y su futuro. Estos temas eran retomados una y otra vez durante la entrevista a Luis.

- 3) Oscar: Me pareció notable que después de invitar a Oscar a hablar de lo sucedido él se rehusó y segundos después de hacerlo, comenzó por deseo propio a narrar el accidente que lo llevó a la UTI. Al final de su discurso y sin ninguna pregunta de la entrevistadora mencionó que de la UTI sólo supo un poco antes de que fuera dado de alta. En este caso particular convergen dos sucesos traumáticos, por un lado, la quemadura de alto riesgo y por otro, la hospitalización en la UTI.

Durante la entrevista no invité a Oscar específicamente a narrar su vivencia en el incendio ni su vivencia en la UTI, se trató de una pregunta abierta.

Su respuesta incluye tanto el accidente como el inicio de su hospitalización, pasando por otras instituciones de salud, el servicio de urgencias del hospital de Pemex y por último habla de la UTI. Todos estos lugares parecen recordarle momentos de mucho dolor y cuando habla de ellos lo hace en referencia a su estancia allí. Aunque en el caso de la UTI dice no haberse dado cuenta cuando estuvo allí.

Después de que Oscar dijo que supo de su estancia en la UTI un poco antes de ser dado de alta, bastó una invitación de mi parte a hablar de este evento para que el paciente en cada ocasión me contara la misma historia, sólo que cada vez añadía o aclaraba algunos elementos en sus narración.

- 4) Miguel: Este paciente habló de un cuartito en el que de acuerdo a su historia fue torturado, al parecer el sustituye la UTI por ese cuartito. Existen muchas similitudes entre estos dos espacios; de acuerdo al paciente el cuartito se

encuentra en el mismo piso de los quirófanos, la UTI se encuentra en el mismo piso que los quirófanos; en el cuartito le metieron un alambre en el pene, en la UTI le introducen a los pacientes una sonda uretral.

En cuanto a su hospitalización en la UTI, Miguel sólo menciona en una ocasión haber visto desde allí, a través de un cristal a sus hijos como bebés. Entre él y ellos había un camellón. Sin embargo, del cuartito de tortura se refiere incesantemente, retoma frecuentemente el tema.

Tal vez su insistencia en hablar de este lugar tan tortuoso indica también la repetitividad con la que son torturados psíquica y corporalmente los pacientes que están en riesgo de muerte. Como una forma de repetir verbalmente todos sus dolores y sensaciones que también se presentan con bastante frecuencia.

B) RECUERDOS CUASIALUCINATORIOS.

Esta categoría se tomó como indicador de trauma psíquico de acuerdo al cuadro clínico descrito por Jean Laplanche quien menciona como un aspecto importante los síntomas de fijación al trauma, en particular los recuerdos cuasi alucinatorios del evento traumático, las reviviscencias y los sueños estereotipados en los que se repiten las circunstancias del acontecimiento traumático.

- 1) Marcos: Sintió la presencia de Dios y su manta sedosa. Además, vio los dedos de una mano que le detenía la mascarilla del oxígeno; era la de Dios. Aclaró que esto ocurrió en la UTI de Sonora, servicio del que fue trasladado a la ciudad de México y en el que permaneció hospitalizado quince días.
- 2) Luis: Después de la cirugía su padre y su madre, quienes ya fallecieron estaban a su lado diciéndole: "¡ánimo, ánimo!", al mismo tiempo que levantaban el brazo. Agregó que no habló con ellos, sólo escuchó su voz.
- 3) Araceli: Veía monstruos y diablos que le impedían dormir. *
- 4) Oscar: Vio en el techo unos caballitos de carrusel, alfileres y rostros de niños. Alrededor de su cama a sus hijos y sobrinos burlándose de él. Por

- Esta información la proporcionó la hermana de Araceli, dos meses después.

las noches escuchaba el cantar de unos grillos, que lo animaban: "era como si me dijeran: echale ganas". Recuerda haber llegado aun cuarto no sabe si de hospital o de departamento. Comentó que cuando llegó a este lugar no iba acostado sino sentado en una sábana blanca y fue recibido por un hombre con aspecto israelí, a quien llama "su judío".

Después fue bañado en un barril con un jabón que parecía yeso. Vio como toda la gente que entraba a ese lugar la metían al barril y la bañaban. En el techo parecía una feria de colores pastel, en ella estaba una pareja con una nena y globos. En la pared de enfrente había un cuadro transparente en el que estaban muchos alfileres que bailaban, brincaban y se bañaban en compañía de mucha gente de apariencia indígena. Entre esta gente había gitanos.**

5) Miguel: a) Comentó que durante la cirugía un hombre vestido de rojo le ofreció una hostia, la cual rechazó.

b) Al salir de la cirugía a la que fue sometido, lo llevaron a un cuartito pagado por él, puesto que en el Hospital de Pemex no había camas disponibles.*** Recuerda que fue en ese cuartito donde le introdujeron un alambre en el pene; este alambre estaba cubierto por un plástico verde y era tan ancho que no permitía que la orina saliera, produciendo dolor. Esta situación empeoraba cuando tomaba agua y sus deseos de orinar incrementaban. El alambre, que estaba amarrado a la parte inferior de la cama no le permitía moverse. De hacerlo, el dolor se intensificaba. Dijo: "había una muchacha -chaparrita ella_ que me decía que iba a limpiar y se metía debajo de la cama. Yo me dejaba engañar pero en realidad lo estaba amarrando todavía mas o menos, no se".

c) Lo que sucedió en ese cuartito no lo hicieron los médicos de Pemex: "no ellos no serían capaces de hacer seo, allí donde yo estaba andaba un doctor de esos que andan de sábados y domingos cantando con su guitarra y a mi se me hace que él lo hizo, sí, lo hizo pero por órdenes de mi esposa, además allí me trataban como animal, ¡oigame! ¿dejame tirado en el suelo? Y así estuve toda la noche"

** Es importante señalar que esta información puede considerarse en la categoría de recuerdos cuasialucinatorios como a la de sueños de desamparo, frustración o aniquilamiento, ya que al final de la entrevista el paciente comentó que no sabía si esto lo había vivido mientras dormía o cuando estaba despierto. Agregó que tampoco sabe si es verdad o se lo imaginó.

*** En el hospital de Pemex sólo se atiende a derecho habientes y la atención es gratuita para ellos. No existe la posibilidad de tener un cuarto privado.

d) En la UTI veía a sus hijos a través del cristal, los veía chiquitos como si fueran bebés; entre él y ellos había un camellón.

C) SUEÑOS DE DESAMPARO, FRUSTRACIÓN O ANIQUILAMIENTO.

La actividad onírica es, al igual que la catarsis y el recordar, un proceso mediante el cual se puede lograr la elaboración psíquica. La construcción de esta categoría se realizó con base en la teoría de Wolff (1956), la cual menciona que las asociaciones traumáticas aparecen sobre todo en los sueños, reviviendo así la experiencia aterradora. Algunas veces utiliza distintas representaciones para expresar un mismo sentimiento o contenido; en este caso desamparo, frustración o aniquilamiento.

- 1) Marcos: a) Cerraba los ojos y sin saber si estaba dormido o despierto, creía encontrarse en el paraíso pero cuando los abría se decía "¡chingao! Esta es la realidad".
b) Soño que una familia peleaba por una herencia.

2) Oscar: Vio en el techo unos caballitos de carrusel, alfileres y rostros de niños. Alrededor de su cama a sus hijos y sobrinos burlándose de él. Por las noches escuchaba el cantar de unos grillos, que lo animaban: "era como si me dijeran: echale ganas". Recuerda haber llegado aun cuarto no sabe si de hospital o de departamento. Comentó que cuando llegó a este lugar no iba acostado sino sentado en una sábana blanca y fue recibido por un hombre con aspecto israelí, a quien llama "su judío". Después fue bañado en un barril con un jabón que parecía yeso. Vio como toda la gente que entraba a ese lugar la metían al barril y la bañaban. En el techo parecía una feria de colores pastel, en ella estaba una pareja con una nena y globos. En la pared de enfrente había un cuadro transparente en el que estaban muchos alfileres que bailaban, brincaban y se bañaban en compañía de mucha gente de apariencia indígena. Entre esta gente había gitanos.** De acuerdo a su hermana, el paciente tenía horribles pesadillas.

3) Araceli: Veía monstruos y diablos que le impedían dormir. (Se infiere que los soñaba, ya que se le aparecían en el momento de dormir).

Los fragmentos de las entrevistas que se anotan aquí ilustran como cada individuo reconstruye una vivencia dolorosa a través de diferentes mecanismos elaborativos. Algunos, como Marcos, lo hacen deformando la realidad en una forma cuasidelirante, otros como Miguel, logran hablar del momento y lugar en el que experimentaron dolor, pero sobre todo hablan de su dolor.

VI. INTERPRETACIONES PSICODINAMICAS

INTERPRETACION PSICODINAMICA DE LA ENTREVISTA A MARCOS

Aunque Marcos no habló abiertamente de su hospitalización en la Unidad de Terapia Intensiva (UTI), a través de la narración de un sueño en el que él creía estar en el paraíso, parecía manifestar su deseo de alejarse de la experiencia de estar hospitalizado en una UTI. Tal vez, prefería estar muerto en el paraíso, que allí donde estaba sufriendo tanto. Quizá también expresaba su deseo de morir.

En la versión de Marcos acerca de lo que ocurrió, él se ubicaba como una persona muy importante merecedora de todas las atenciones, inclusive la asistencia de Dios en el papel de enfermero. Según él, sólo estuvo en la UTI con fines preventivos. Sin embargo, existe otra parte de la historia escindida y negada por él. Su expediente clínico afirma que se encontraba en una situación de tal gravedad que lo llevó casi a la muerte.

Pareciera que con algunos elementos de realidad Marcos hubiera reconstruido una versión en que su autoestima quedaba no sólo reparada sino también ensalzada. Esta actitud suele ser característica de las personalidades narcisistas.

Es posible que Marcos enfrentara su temor a estar solo en el mundo, desprotegido y con la posibilidad de morir, a través de su fantasía de que Dios lo cuidaba. Era como si creyera que de esta situación tan terrible y dolorosa sólo Dios lo podría salvar. Esta parece ser una manera de decir que temía morir.

Marcos no pudo reconocer que el equipo de médicos que lo atendió en la UTI temió seriamente por su vida, por el contrario, él manifestó siempre durante la entrevista la certeza de que nada le sucedería. No percibió a los médicos como seres humanos falibles quienes muchas veces asisten a la muerte de los pacientes, sino como seres omnipotentes que sin lugar a dudas lo salvarían. A Dios mismo lo menciona como una suerte de enfermero sosteniéndole el oxígeno. Podríamos pensar que esta forma distorsionada de captar la realidad le permitía disminuir su temor a la desprotección y a la muerte.

Se observa la experiencia cuasialucinatoria que es recordada y mencionada con bastante frecuencia, en la que Dios acude a auxillarlo. También los sueños, sobre todo, de frustración se ilustran con el sueño en el que él se piensa en el paraíso y al abrir los ojos y ver la realidad se da cuenta de que se está en una situación muy distinta a la que él desea e imagina.

INTERPRETACION PSICODINAMICA DE LA ENTREVISTA A LUIS

Luis intentaba explicarse y explicarme las causas por las que estuvo internado en una Unidad de Terapia Intensiva. En repetidas ocasiones, durante su entrevista mencionó los factores que influyeron para que él se viera gravemente enfermo, sobre todo, el exceso de trabajo. Preguntarse a cerca de las razones por las cuales estuvo enfermo parece no sólo expresar que él se dio cuenta de la gravedad en la que estuvo y además que su actitud hacia el trabajo provocó; en gran medida; su enfermedad y también que existe la posibilidad que él cambie algunas de esas circunstancias.

Luis hace un esfuerzo por reconocer que su hospitalización en la UTI fue debida a una enfermedad crítica. Una muestra de este reconocimiento fue haber hablado de los piquetes dolorosos que sufrió y referirse a él como una persona enferma. Sin embargo, hablar de su enfermedad no resulta una tarea fácil para él, prefiere hablar de otras cosas tales como la acertada atención médica y la tranquilidad y recuperación que recibió mientras estaba en la UTI.

Durante la entrevista, el paciente habló alternadamente de sus anhelos en la vida y de su experiencia en la Unidad de Terapia Intensiva. Esto se ilustra al leer varios fragmentos de su entrevista; un ejemplo es cuando me cuenta de sus deseos de viajar con su esposa y acercarse más a la vida, agregando que estos cambios se deben a que se sintió a punto de morir.

La alternancia entre los comentarios de alegría y los relativos a la hospitalización parece manifestar un deseo de sofocar los sentimientos de tristeza, ya que siempre que hablaba de su hospitalización terminaba hablando de la alegría por la vida y los viajes. Inclusive al final de su entrevista, después de narrar una alucinación en la que le pareció ver a sus padres, mencionó que ocurría como en un partido de fútbol en el que tenía que ser el ganador. Tal vez Luis quería perder de vista que lo que estuvo a punto de perder era la vida.

Todo lo que implicara para Luis un sentimiento de tristeza y de dolor no podía ser contenido dentro de sí mismo. Parece que prefería depositarlo en las personas que lo rodean. De esta manera se queda con toda la alegría y el ánimo, mientras que el interlocutor se siente triste. Como me ocurrió a mí después de entrevistarlo.

INTERPRETACION PSICODINAMICA DE LA ENTREVISTA A ARACELI

Araceli ingresó al hospital de Pemex por padecer lupus eritematoso sistémico. En cuanto a su etiología, se sabe que en esta enfermedad interviene el sistema inmunológico. Es más común en mujeres que en hombres y casi siempre se presenta entre los 15 y 25 años.

A diferencia de otros tipos de lupus en el eritematoso sistémico el ataque es a los aparatos y sistemas.

En la bibliografía se enumeran gran cantidad de afecciones musculares, cardiovasculares, digestivas, renales, del sistema nervioso central, oculares y de ganglios, todas ellas ocasionadas por el lupus; sin embargo, en cuanto a su etiología, sólo se menciona que a pesar de innumerables estudios en todas partes del mundo, se desconoce la verdadera causa del lupus eritematoso en sus dos variedades –tegumentario y sistémico- (1)

Las lagunas que aún existen acerca de la etiología del lupus eritematoso hacen pensar en la posible incidencia de factores psicológicos en el origen y desarrollo de esta enfermedad. De ahí que el lupus eritematoso sea considerado por algunos como una enfermedad psicosomática. En este tipo de padecimientos todo aquello que no puede ser pensado, sentido y hablado se manifiesta a través del cuerpo.

Araceli jamás mencionó que estuvo a punto de morir y sometida a procedimientos médicos muy dolorosos como consta en su expediente hospitalario, por el contrario, cada vez que le invitaba a hablar de su vivencia en la UTI y en general en el hospital, sólo hablaba de su ropa preferida, de la decoración de su casa y de juegos electrónicos. Además, su cuarto de hospital mas bien parecía una habitación de adolescente por la abundancia de muñecos de peluche con gran colorido, revistas de moda y una grabadora.

De acuerdo a lo anterior pareciera como si para Araceli no hubiera existido el lupus eritematoso ni la UTI. En lugar de pensar y hablar de lo ocurrido prefería jugar y entretenerse en otras cosas. El mecanismo de defensa de la renegación parecía cumplir su cometido.

Sólo cuando Araceli hablaba de sus plantas pareció hacerlo también de sí misma. Quizá se identificaba con ellas y al hablar del descuido y del abandono en que se

1).- Amado, Saul. Lecciones de dermatología. Francisco Méndez Cervantes, editor. México, D.F., 1979.

encontraba, se refería también al descuido y abandono del que ella fue objeto en su infancia y que probablemente se reactualizaba en ocasión de su enfermedad e internamiento en la UTI.

Araceli fue “regalada” a Minerva (su madre adoptiva) a los tres días de nacida. Lo cual muy probablemente se convirtió, posteriormente, cuando se lo cuentan, en un acontecimiento traumático: ser abandonada y despreciada por su madre. Este suceso naturalmente Araceli no puede recordarlo, pero es posible suponer que en su aparato psíquico quedó registrado. Tal vez cuando esto sucedió Araceli estuvo a punto de morir o se sintió morir cuando se lo cuentan. Tal y como dice la teoría, ella tiende a repetir algo que no puede recordar. Dicho de otra manera, esta en su cuerpo. (2)

Podría decirse que Araceli durante su vida ha estado repitiendo ese abandono y tal vez comunicando lo que sintió cuando le contaron que a los tres días de nacida fue regalada, por ejemplo a los tres días después de su décimo quinto cumpleaños, padeció de una afección neuronal que la puso al borde de la muerte. En otra ocasión, a los tres días de haber recibido un ascenso laboral, apareció por vez primera el lupus eritematoso.

(2).- Freud. S. Más allá del principio del placer. En J. Strachey (edición y traducción), La edición estándar de lo obra completa de Sigmund Freud (Vol. 18, pp.18). (Trabajo original publicado en 1920). “...el enfermo puede no recordar todo lo que hay en él reprimido, acaso justamente lo esencial... Mas bien se ve forzado a repetir lo reprimido como vivencia presente, en vez de recordarlo...”

INTERPRETACION PSICODINAMICA DE LA ENTREVISTA A OSCAR

Las personas y objetos que aparecen en la narración de Oscar están en movimiento. Por ejemplo, los grillos cantan, los alfileres bailan y los niños se burlan. Las actividades que realizan son casi todas con un cierto humor optimista, lo cual podría significar que a través de estos personajes Oscar prefiere darse cuenta solamente del aspecto agradable de sus vivencias. Así, el refugiarse en la alegría aparta del pensamiento su angustia y su tristeza.

Es interesante hacer notar como la actividad psíquica delusoria tiende a compensar la realidad. Oscar que de hecho permanecía inmobilizado, en su fantasía dotaba de movimiento a sus productos, los alfileres, los niños y los grillos.

Darle vida a objetos inanimados es una actividad normalmente usada en la infancia. Los niños suelen proyectar los sentimientos que no pueden verbalizar en objetos inanimados, especialmente en sus juguetes. La proyección que Oscar hace tanto de sus sentimientos como de sus funciones yoicas, aunado al tono festivo y juguetón con que se expresa, orientan a pensar que el paciente ha echado mano de la regresión como defensa. Muy probablemente retrocediendo a tiempos felices de su infancia y degradando sus funciones mentales logra evadir la toma de conciencia de la terrible experiencia que estuvo a punto de costarle la vida.

El matiz de alegría que Oscar le da a sus relatos le quita la seriedad no sólo a la vivencia sino también a la vida; probablemente el tono afectivo que prevalece en la personalidad del paciente es hipomaníaco con tendencias negadoras.

Por otro lado, la presencia frecuente de alfileres en las fantasías de Oscar puede estar relacionada con las sensaciones corporales sobre todo dolorosas que este hombre experimentó durante la fase aguda de su enfermedad.

El estado de salud de Oscar fue crítico, ya que sufrió de quemaduras de segundo y tercer grado. En realidad, fue la única persona de todos los pacientes que llegaron al hospital en condiciones similares que sobrevivió. Este episodio en verdad terrible, el paciente lo sabe, lo menciona al inicio de la entrevista pero no vuelve a hablar de ello. El mecanismo que lo defiende de esta tormentosa realidad es la denegación, "no quiero hablar de ello".

INTERPRETACION PSICODINAMICA DE LA ENTREVISTA A MIGUEL

Se trata de un paciente de sesenta y cinco años, con diagnóstico de cáncer pulmonar. Su expediente clínico indica que existen antecedentes de tabaquismo.

Uno de los elementos que llama la atención en la entrevista de este paciente es que menciona en forma repetitiva su estancia en su cuartito, lugar en el que según cuenta fue objeto de maltratos terribles. En el tiempo esta vivencia es ubicada entre la cirugía y su internamiento en piso, lo cual implica una gran relación con la hospitalización en la Unidad de Terapia Intensiva. Además, comenta que al salir de la cirugía llegó a este cuartito sin abordar ningún elevador. En el hospital de Pemex los quirófanos y la UTI se encuentran en el mismo piso.

Miguel ocupó una gran parte de su entrevista en hablar de lo que le ocurrió en este cuartito que tiene algunas características similares con la UTI, sin embargo en cuanto a este último servicio parece tener mínimos recuerdos. Podría tratarse de una escisión y sustitución que el aparato psíquico hace para no relacionar todas esas horribles experiencias con el hospital de Pemex, institución que al parecer el paciente quiere y en la cual confía. Esto se ilustra con sus argumentos por culpar a un médico dominguero que toca guitarra y no a los médicos de Pemex, y al decir que fue un cuarto pagado por él en el que le introdujeron un alambre en el pene y no en el hospital.

El hecho de que el paciente crea que el cuartito en el que lo lastimaron tanto haya sido pagado por él parece indicar un cierto costo emocional. Tal vez sentía pagar no sólo el cuarto sino lo que allí le ocurrió. Por otro lado, cuando se enteró que tenía un tumor decidió dejar de tomar café, fumar y acercarse más a Dios.

En su expresión: "somos como hermanos" manifiesta al principio agradecimiento hacia su esposa pero después añade que ese sentimiento de hermandad se debe a que no ha habido intimidad entre ellos durante algunos años.

VII. DISCUSION Y CONCLUSIONES

La mayoría de la literatura en torno al trauma psíquico relaciona esta lesión anímica con guerras y desastres naturales. Estos eventos se caracterizan por ser sorpresivos y violentos. Pueden provocar síntomas psicológicos característicos.

Cuando existe trauma psíquico se observan sueños estereotipados de frustración, desamparo y aniquilamiento, repetición del suceso traumático mediante la palabra, pensamiento y recuerdos cuasialucinatorios.

Estos síntomas y otros son tomados como base para diagnosticar indistintamente Desorden por Estrés Post-Traumático y Trauma Psíquico. De hecho existe una confusión entre estos dos conceptos, ya que no existe un diagnóstico diferencial y se usan como sinónimos en los escritos contemporáneos.

Con fines particulares definí como límites teóricos y de análisis los que se inscriben en el marco conceptual de este trabajo, en la teoría psicoanalítica.

La metodología fue de tipo cualitativo. Realice entrevistas semiestructuradas en las que buscaba conocer la experiencia que cada uno de los pacientes tuvo mientras estuvo internado en la UTI. Analicé el contenido de las narraciones de acuerdo a categorías de análisis con el objeto de saber si existía entre ellas algún elemento en común. También interprete psicodinámicamente los discursos resaltando los aspectos particulares de cada uno.

Las categorías de análisis fueron instituidas a partir de los cuadros clínicos descritos por varios autores y anotados en el marco teórico de este trabajo.

Destacan como manifestaciones de trauma psíquico y categorías de análisis: 1) sueños de frustración, desamparo y aniquilamiento, 2) recuerdos cuasialucinatorios y 3) intento de elaboración mediante la palabra.

El análisis del contenido de acuerdo a Krippendorff (1980), es un método científico capaz de ofrecer inferencias a partir de datos esencialmente verbales, simbólicos o comunicativos.

Los resultados obtenidos a través del análisis interentrevistas e intraentrevistas indican que efectivamente la hospitalización por mas de tres días en una Unidad de Terapia Intensiva desencadena un funcionamiento psíquico patológico.

A continuación enunciare los resultados del análisis del contenido:

A los pacientes los llame Oscar, Marcos, Araceli, Luis y Miguel. De ellos Marcos, Araceli y Oscar tuvieron sueños de frustración, desamparo y aniquilamiento, es decir el 60 % de la muestra presentó este síntoma de trauma psíquico.

La categoría de sueños de frustración, desamparo y aniquilamiento tiene que ver con la amenaza de muerte y sentimientos de desintegración y otros de inexistencia. Que implican dejar de sentirse vivo y humano. Frecuentemente los pacientes comentaban haberse sentido como si no existieran y hablaban de no saber si realmente vivieron o no el acontecimiento traumático. Muy probablemente para que este síntoma se presente influyen la pérdida de los ritmos naturales, ya que por ejemplo los pacientes no tienen acceso a un reloj, la ausencia de privacidad y la presencia del equipo de monitoreo. Se viven como un organismo al que hay que "componer", al que hay que salvarle la vida a toda costa y dejarlo "funcionando". Esta experiencia de abandono como individuo hablante y la dependencia física total, implica una regresión que probablemente se exprese a través de los sueños.

Los recuerdos cuasialucinatorios fueron la segunda categoría de análisis. Consiste en la construcción de imágenes, sonidos y algunos otros estímulos sensoriales como el tacto. La alucinación es la percepción de algo que no existe. Por lo tanto el origen de estos recuerdos es la ausencia. Ausencia en relación a otro.

Para escapar de un dolor físico intolerable se recurre entre otros a un mecanismo de defensa como la escisión para evitar así un dolor mental igual o quizá aún más intolerable (Bion, 1972).

Todos los pacientes que participaron en este trabajo narraron en sus entrevistas haber escuchado y visto a personas, animales y objetos que les hablaban o de alguna forma se comunicaban con ellos. Considero que es esto uno de los principales hallazgos de este trabajo; el hecho de que las personas internadas en una UTI se crearan sus propios interlocutores o por lo menos comunicadores. Los pacientes seguramente escuchan hablar a mucha gente pero ¿cuánta de esta gente que habla delante de ellos se dirige a ellos?. De ahí que el aparato psíquico del paciente crítico construye a un "otro" que lo incluya como un ser que escucha, que desea, que vive. Alguien que le habla a él y no sólo que habla acerca de él.

En una situación de emergencia como la hospitalización en una UTI se recurre a mecanismos elaborativos que de alguna manera reconstruyen la relación con un "otro" que probablemente ha sido destruida por la situación de peligro, de angustia. Esto representaría la sustitución de la ausencia por la presencia. (Laub y Podell, 1995).

Laub y Podell (1995), escriben precisamente sobre un vínculo humano básico que cuando se disuelve se pierde la comunicación interna con el "otro" y la posibilidad de representarse psíquicamente la vivencia. De acuerdo a ellos, todos estos recuerdos cuasialucinatorios constituyen un intento por recuperar la unión entre un yo interno y un yo externo.

La invención de estos interlocutores les permite a los pacientes en la UTI pasar de la posición de objetos con pasividad y receptividad física total a la posición de individuos con una actividad mental. En este sentido es importante dar a conocer al equipo médico y de enfermería la función psíquica que tiene este tipo de actividad mental, ya que son ellos los que se encuentran mas cercanos a las primeras expresiones de estos síntomas. Síntomas que aunque patológicos en apariencia por estar fuera del rango común de comportamiento durante su estancia en la UTI permiten al paciente mantenerse vivo y con deseos.

Además resulta vital no bloquear la posibilidad que tiene un sujeto de construir un síntoma, ya que quizá es este (el síntoma) el que lo sostiene vivo. De acuerdo a Laub y Podell los actos de imaginación ayudan a trascender el deterioro físico real y existe en ellos la presencia de otro y su conexión con la víctima.

Foucault (1976), comenta: "pero cuanto mas coaccionado se ve el hombre, mas vagabundea su imaginación, cuanto mas estrictas son las reglas a las que se somete su cuerpo, mas desarreglados sueños y sus imágenes... la libertad... confronta sin cesar la imaginación con lo real". Pág. 149.

Otro hallazgo relevante es que si bien es cierto que por motivos de investigación era importante para mí que los pacientes hablaran de su hospitalización en la UTI, es importante destacar que en todos ellos había una necesidad ostensible de contar una y otra vez lo ocurrido. Aún en el caso de Oscar quien al inicio de la entrevista afirmó que no quería recordar, minutos después por iniciativa propia comenzó a narrar no sólo su vivencia en la UTI sino también el momento del accidente. Al respecto Bryant (1996) comenta en su artículo: " El rol del psicólogo clínico en una Unidad de Quemados en un Hospital General", que los pacientes quemados tal vez experimenten su trauma durante la fase posterior inmediata al accidente porque el dolor asociado con los procedimientos hospitalarios puede ser tan doloroso como la quemadura misma.

La repetición del suceso traumático mediante la palabra, los recuerdos cuasialucinatorios y los sueños de frustración, desamparo y aniquilamiento constituyen un intento por elaborar el suceso que irrumpió violentamente en el psiquismo. Estos mecanismos se enmarcan dentro de la psicopatología pero esto no quiere decir que sean dañinos. Al contrario, permiten a la psique sobrevivir a la muerte. La actividad mental es el principal mecanismo de defensa cuando una persona se encuentra en una situación de impotencia física.

La hospitalización en una UTI es una lucha en contra de la muerte orgánica. Los sueños de frustración, desamparo y aniquilamiento, los recuerdos cuasialucinatorios y la repetición del evento traumático mediante la palabra son una lucha en contra de la muerte psíquica.

Aunque los cinco pacientes que fueron entrevistados contaron haber visto cosas raras y en algunos casos tuvieron sueños desagradables, observe grandes diferencias en sus narraciones.

Encontré que la mayoría de ellos presentaban síntomas característicos de trauma psíquico pero también observe que usaban distintos mecanismos de defensa o bien los mismos pero con modalidades distintas. Me pregunte el porque de estas diferencias si todos habían vivido una situación de vida o muerte.

Ante esta evidencia me di cuenta de que se trataba de "algo" mas allá de la hospitalización en la UTI. Era la estructura psíquica la que junto con el tipo de enfermedad e internamiento determinaba la reacción a la vivencia. Esta cuestión dio pie al análisis de entrevista por entrevista. (Freud)

El efecto provocado tiene que ver tanto con factores externos como internos y resulta para cada individuo un acontecimiento único así como su historia.

Las series complementarias o etiológicas nos ayudan a concebir el concepto de trauma psíquico como una afección multifactorial. Se necesita la existencia de por lo menos la condición psíquica y una causa específica para que una lesión anímica de este tipo se produzca. El efecto traumático se debe tanto a la naturaleza violenta y sorpresiva de la situación vivida como de aspectos de personalidad.

De acuerdo con mi investigación la mayoría de las personas que se internaron en la UTI presentaron cambios en su funcionamiento psíquico. Sin embargo, las entrevistas transcritas en este trabajo ilustran como a pesar de que cinco personas estuvieron en riesgo de morir y fueron sometidas a procedimientos médicos dolorosos, cada una de ellas tuvo un efecto psíquico y una vivencia distinta.

Algunos de los entrevistados hicieron referencia al carácter doloroso de su internamiento en la UTI.

Luis y Oscar dejaron ver que mientras estaban en la UTI, "sabían" que tenían altas probabilidades de morir. Reconocer que se esta a punto de dejar de existir no es fácil. Por esta razón el aparato psíquico de estos pacientes neuróticos empleó el mecanismo defensivo de la negación y transformación en lo contrario, merced al cual transformaron una situación terrible en otra llena de optimismo. En estos pacientes se observa una similitud entre la realidad y su realidad psíquica, a diferencia de Marcos, que también es un paciente neurótico pero que utilizó la negación en forma temprana, tal vez porque se encontraba en un estado regresivo. Esta modalidad forma parte del grupo de los mecanismos de defensa primitivos y su puesta en acción no le permitió a Marcos darse cuenta de que estuvo en la UTI debido a su estado crítico de salud y no con fines preventivos como él cree. El paciente negó haber estado muy enfermo y quirúrgicamente intervenido en dos ocasiones, una de ellas de emergencia. De este modo sustrae un fragmento de su realidad y en su lugar hace una construcción con cierto matiz

delirante. Esto se ilustra en su narración repetida de la aparición de Dios en su cubículo.

En el lugar vacío que deja aquello que es negado, surge el delirio, como una tentativa para reconectarse con la realidad.

La relación que cada quien establece con lo que le sucede depende en gran medida de su historia personal. Marcos es un hombre alcohólico, quien comenta en su entrevista la aparición de una entidad divina. Esto indica que convierte una situación violenta y dolorosa en una vivencia divina. La transforma en lo contrario.

Es un dato interesante que en la mayoría de los pacientes entrevistados se observa actuar al mecanismo de defensa de la negación. Sin embargo, existen varias modalidades en la negación. Como ya lo mencioné la hay neurótica, utilizada por Luis y Oscar y temprana empleada por Marcos en momentos regresivos. En la primera, aunque no se diga abiertamente: "me iba a morir", "me dolió mucho", "fue horrible". se hace referencia a ello y se dice: "todo esto me sirvió para valorar más la vida", "ahora sí voy a echarle ganas", "ánimo". En la negación temprana se logra vivir como si aquello que se niega no existiera y los pacientes suelen decir que todo marcha bien, aunque no sea así.

Así, la negación que forma parte del grupo de los mecanismos defensivos precoces (1). Este fue utilizado por Araceli, quien no sólo niega su hospitalización en la UTI sino que anula su existencia. La fuerza con la que actúa esta defensa no le permite al paciente hablar, sentir, ni actuar, de acuerdo a lo que le ocurre. Araceli no dijo que estuvo en la UTI con fines preventivos ni porque estuvo grave, simplemente no habló de su estancia en ese lugar. Es como si nunca hubiera existido tal suceso.

La mayoría de los mecanismos de defensa impiden al sujeto integrar sus vivencias dolorosas al resto de sus experiencias. Al mantener alejado de la conciencia el carácter terrible de un suceso, el paciente es capaz de controlarlo porque siente que aquello horrible no le está sucediendo a él y sólo así puede pensarlo o representarlo. Una forma de poner distancia es depositar los propios sentimientos en los demás, esto se logra a través de un proceso psíquico llamado proyección. Un ejemplo lo constituye el caso de Miguel, quien decía que era su esposa y un médico dominguero los culpables de su desgracia.

La proyección es un mecanismo de defensa comúnmente usado por los pacientes con estructura psíquica neurótica.

La identificación proyectiva es un mecanismo de defensa más primitivo.

(1).- Melanie Klein en su obra *Notas sobre algunos mecanismos esquizoides* (1946), menciona que las defensas típicas del yo precoz son los mecanismos de escisión del objeto y de los impulsos, la idealización, la negación de la realidad interior y exterior y el ahogo de las emociones.

Luis utilizó la identificación proyectiva seguramente con varias personas. Fui yo uno de sus objetos de identificación en el momento de la entrevista, ya que en varias ocasiones después de escucharlo hablar de sus proyectos de vida y optimismo sentí tristeza y angustia.

Entre la proyección y la identificación proyectiva hay una gran diferencia; en la primera sólo quien proyecta es partícipe del mecanismo de defensa pero en la segunda, quien emplea la identificación proyectiva "logra" de una manera inconsciente que el objeto de identificación sienta y en algunas ocasiones actúe aquello que le es proyectado; este es propio de relaciones interpersonales indiferenciadas. Que una persona emplee una u otra durante su estancia en la UTI depende de su estructura psíquica.

Hay actividades mentales de gran importancia en determinadas etapas del desarrollo psicológico. Los niños por ejemplo, dotan de vida a objetos inanimados y depositan en ellos sus propias vivencias. Este animismo constituye una forma primitiva de simbolización (2).

Oscar en su condición regresiva causada por su accidente y luego por su hospitalización utilizaba un tipo de proyección mediante la que animaba objetos inertes de su entorno.

También lograba vivenciar mediante sus personajes animados una situación muy dolorosa como si se tratara de un suceso alegre. Transformándolo así en lo contrario.

Por otro lado, existen otras construcciones como el delirio que en cualquier momento de la vida de un sujeto denota una organización psíquica fragmentada y con ciertos huecos que sólo se llenan con discursos bizarros como en el caso de Marcos.

Si hubiera psicoterapia oportuna en el momento en el que un delirio (construcción de una versión deformada a partir de ciertos elementos de realidad) empieza a gestarse se podría, en lugar de desarrollar un síntoma lograr integrar a su personalidad aquellas partes que escindió y negó para protegerse de un dolor mental agudo.

Cada paciente de acuerdo a su experiencia personal hace una historia distinta de una vivencia que en apariencia tuvieron semejante.

(2).- Para Hanna Segal la formación de símbolos es una actividad del yo mediante la cual éste procura manejar las angustias suscitadas por cualquier perturbación en la relación del yo con los objetos. En: La obra de Hanna Segal, capítulo cuatro, página ochenta.

Miguel es, de los cinco pacientes entrevistados, el que se representa la realidad de una manera aproximada a lo sucedido. Esto lo hace a través de su "cuartito de tortura", que le permite integrar en él la parte tortuosa, dolorosa y mortífera de su hospitalización en la UTI. Al aceptar en su consciencia el carácter amenazante de su internamiento se acerca un poco más a la elaboración del suceso.

La instrumentación de un servicio psicológico para quienes son dados de alta de la UTI me parece de suma importancia.

La idea de trabajar con entrevistas poco directivas que exploren los sentimientos, pensamientos y experiencias es avalado por un trabajo relativo a la ética en la investigación del trauma psíquico escrito por Raftery en 1997 en la Revista Australiana de Estudios de Desastre y Trauma.

Otros aspectos técnicos relevantes en cuanto a este tipo de investigación es realizar un acuerdo de confidencialidad con el paciente, ya que en algunos casos ellos califican a sus vivencias como "locas". También es útil recurrir a otras fuentes de información como expedientes clínicos, médicos y enfermeras y proporciona datos interesantes.

"Pero es que también es verdad que hay sujetos a quienes las circunstancias sociales y económicas azotan con intensidad y a veces con virulencia. Con tanta intensidad que en ocasiones hacen tambalear el andamiaje psíquico y lo llevan a una situación de conflicto que se añade al sufrimiento provocado por la situación real de precariedad. También aquí el psicoanalista ha de comprometerse, ayudar a paliar el sufrimiento en lo que de real tiene pero a denunciar además las causas que lo producen o lo exageran. Esta es una dimensión preventiva del psicoanálisis, aquella que expresa que hay circunstancias que persistentemente hacen que los sujetos tengan más difícil su vivir porque desencadenan en ellos procesos que estarían en quietud de no producirse tal circunstancia. Evidentemente se desencadenan en tanto están previamente encadenados al sujeto pero eso no nos exonera de la obligación de la denuncia y de las propuestas preventivas, entendiendo la prevención como la delimitación de factores de riesgo y consecuentemente la puesta en marcha de acciones para su modificación. Porque sabemos que factores sociales intervienen en el surgimiento de algunas patologías y en el sufrimiento psíquico". (Jose Leal, 1995. El psicoanálisis y los servicios asistenciales públicos).

La hospitalización en las Unidades de Terapia Intensiva es una vivencia que esta fuera del rango habitual de experiencias. Por esta razón compele al individuo a reaccionar de modo distinto a como lo hace comúnmente. El funcionamiento tanto orgánico como mental sufren grandes cambios.

Es de suma importancia tratar a una enfermedad crítica de manera integral, considerando al ser humano como un ser que se constituye no sólo de la dimensión orgánica sino también psicológica, social y espiritual. Al ampliar el marco de referencia para las intervenciones con pacientes graves se extienden también los beneficios que redundan sobre todo en el paciente.

Disminuir el tiempo e incrementar la calidad de la recuperación repercute en el bienestar del paciente, de su familia y de la sociedad en general. Ya que entre otras cosas una hospitalización de menor duración implica menos inversión económica.

Así la apertura de un servicio psicológico para los pacientes críticos permitiría a éstos elaborar su vivencia traumática de una manera sana, el equipo médico no se vería ante la necesidad de intervenir en padecimientos para los que no esta preparado, verbigracia el delirio y los profesionales en psicología entrarían en un nuevo campo de acción.

El paso por una Unidad de Terapia Intensiva podría ser, para casi cualquier persona una experiencia inolvidable. En mi caso, aún como investigadora, cuando estuve en la UTI me enfrenté con situaciones muy dolorosas. Algunas veces, ante lo inesperado y lo inminente pensé, hablé y actué como jamás lo había imaginado.

A través de mi estancia en la Unidad de Terapia Intensiva me acerque a la muerte, pensé en ella, la observé, la sentí, analicé y escribí.

BIBLIOGRAFIA

Arenas V. H. M. (1988). Repercusiones socioeconómicas en el medio familiar, de pacientes masculinos con hospitalización prolongada. Tesis de licenciatura. UNAM.

Bermann, Claudio. (1964). La psicoterapia en el ambiente sanatorial en Las psicoterapias y el psicoterapeuta de Gregorio Bermann. Buenos Aires: Paidós.

Bion, Wilfred Ruprecht. (1972). Volviendo a pensar. Buenos Aires: Horme.

Bleger, Jose. (1983). Temas de psicología: Entrevista y grupos. Buenos Aires: Nueva visión.

Bone, R. et. al. (1995). Recognition, assessment, and treatment of anxiety in the critical care patient. Disease a month. Mayo. Vol. 41 (5). Pp. 293-359.

Campbell, A. (1995). Recognising post-traumatic stress in intensive care patients. Intensive Critical Care Nursing. Abril. Vol. 11 (2). Pp. 60-65.

Chagoya F. L. (1980). Estudio comparativo de la ansiedad con el instrumento Idare, antes y después de una terapia de apoyo en un grupo de pacientes en salas de terapia intensiva. Tesis de licenciatura. UNAM.

Clark, C. & Heidenreich, T. (1995). Spiritual care for the critically ill. American Journal of Critical Care. Enero. Vol 4 (1). Pp. 77-81.

Clarke, S. (1995). Increasing the quality of family visits to the ICU. Dimensions of Critical Care Nursing. Julio- Agosto. Vol. 14 (4). Pp. 200-12.

Devereux, George. (1977). De la ansiedad al método. México: Siglo XXI

Devereux, George. (1975). Etnopsicoanálisis complementarista. Buenos Aires: Amorrortu.

Dorr Segers, O. (1988). Espacio y tiempo en la unidad de cuidados intensivos: contribución al estudio de los problemas psiquiátricos que se observan en la UCI. Actas Luso Españolas de Neurología, Psiquiatría y Ciencias Afines. Julio-Agosto, Vol. 16 (4). Pp. 246-254.

Doucet, Friedrich W. (1975). Diccionario del psicoanálisis clásico. Barcelona: Editorial Labor.

Dyer, I. (1995). Preventing the ITU syndrome or how not to torture an ITU patient!. Part 1. Intensive Critical Care Nursing. Agosto. Vol. 11 (4). Pp. 223-32.

Dyer, I. (1995). Preventing the ITU syndrome or how not to torture an ITU patient!. Part 2. Intensive Critical Care Nursing. Junio. Vol. 11 (3). Pp.130-9.

Eco Humberto.(1989).Como se hace una tesis: técnicas, procedimientos de estudio, investigación y escritura. México: Gedisa.

Eidelberg, Ludwing. Director. (1971). Enciclopedia del psicoanálisis. Barcelona: Editorial Espars.

Fedida, Pierre. (1979). Diccionario de psicoanálisis. Madrid: Alianza editorial.

Fenichel, Otto. Teoría psicoanalítica de las neurosis.

Ferenczi. (1967). Teoría y técnica del psicoanálisis. Buenos Aires: Paidos.

Freud, S. (1895). A propósito de las críticas a la neurosis de angustia. Obras completas. Vol. 3. Argentina: Amorrortu.

Freu, S. (1926). Inhibición, síntoma y angustia. Obras completas. Vol. 20. Argentina: Amorrortu.

Fred, S. (1917). 25ª. Conferencia. La angustia. Obras completas. Vol. 16. Argentina: Amorrortu.

Freud, S. (1896). La etiología de la histeria. Obras completas. Vol. 3. Argentina: Amorrortu.

Freud, S. (1917). 18ª. Conferencia. La fijación al trauma, lo inconciente. Obras completas. Vol. 16. Argentina: Amorrortu.

Freud, S. (1917). 22ª. Conferencia. Algunas perspectivas sobre el desarrollo y la regresión. Etiología.

Freud, S. (1893). Sobre el mecanismo psíquico de fenómenos histéricos. Obras completas. Vol. 3. Argentina: Amorrortu.

Etchgoyen, H. (1986). Fundamentos de la técnica psicoanalítica. Buenos Aires. Amorrortu.

Foucault, Michel. (1976). Historia de la locura en la época clásica. México: Fondo de Cultura Económica.

- Garrabé, J. (1993). Diccionario taxónomico de psiquiatría. México: Fondo de Cultura Económica.
- Glosario de Psiquiatría. (1989). Madrid: Ediciones Díaz de Santos.
- Granger C. et.al. (1995). The management of bereavement on intensive care units. Intensive Care Medicine. Mayo. Vol. 21 (5). Pp. 429-36.
- Guattari, Felix. (1976). Psicoanálisis y transversalidad: crítica psicoanalítica de las instituciones. México: Siglo XXI.
- Gurley, M. (1995). Determining ICU visiting hours. En Medsurg Nursing. Febrero. Vol. 4 (1). Pp. 40-43.
- Hagland, M. (1995). Nurse-patient communication in intensive care: a low priority?. Intensive Critical Care Nursing. Abril. Vol. 11 (2).
- Helf Morales, A. (1993). Sujeto del inconsciente: Diseño epistémico. México: UNAM.
- Klein, Melanie. (1946). Notas sobre algunos mecanismos esquizoides. España: Paidós.
- Krippendorff, Klaus. (1990). Metodología de análisis de contenido: Teoría y práctica. Barcelona-México: Paidós.
- Kurian de Fastlicht, S. (1988). Hacia un modelo de intervención psicológica ante desastres. Tesis de licenciatura. UNAM.
- Lagache, Daniel. (1968). El psicoanálisis. Buenos Aires: Paidós.
- Laing, Ronald David. (c1964). El yo dividido: Un estudio sobre la salud y la enfermedad. México: Fondo de Cultura Económica.
- Laplanche, Jean & Pontalis Jean Bertrand. (1993). Diccionario de psicoanálisis. España: Paidós.
- Laplanche, Jean. (1979-1972). Problemáticas I: La angustia. Buenos Aires: Amorrortu.
- Laub, D. & Podell, D. (1995). Art and trauma. International Journal of Psychoanalysis. Vol. 76 (5). Pp. 991-1005.
- Mejía, V. (1992). Calidad de la atención de enfermería en la unidad de terapia intensiva del Instituto Nacional de Neurología y Neurocirugía. Tesis de licenciatura. UNAM.

- Merlín C. Wittrock. Editor. (1931). La investigación de la enseñanza. Tomo II. Métodos cualitativos y de observación. Barcelona-México: Paidós.
- Osofsky, J.D., Cohen, G. & Drell, M. (1995). The effects of trauma on young children: A case of 2 year old twins. International Journal of Psychoanalysis. Vol. 76 (3). Pp. 595-607.
- Rycroft, Charles. (1976). Diccionario de psicoanálisis. Buenos Aires: Paidós.
- Sarason, Irwing G. (1965). Ciencia y teoría en psicoanálisis. Buenos Aires: Amorrortu.
- Segal, Hanna. (1989). La obra de Hanna Segal. Un enfoque Kleiniano de la práctica clínica. Argentina: Paidós.
- Schilling, G. et. al. (1994). Psychopathologie, Coping und Abwehr bei intensivmedizinisch behandelten Patienten; Fortschritte der Neurologie Pschiatrie Vol. 62 (7). Pp. 233-240.
- Sitzman, B. et. al. (1993). ICU psychosis; Organic, psychosocial, or both?. Psychiatric Forum. Vol. 16 (1). Pp. 33-39.
- Sodeman. (1969). Fisiopatología Clínica. México: Editorial Interamericana S.A.
- Stephens, Ch. (1997). Conference Report Trauma Psychology Symposium. The Australian Journal of Disaster and Trauma Studies. Vol. 3. By the Departmente of Psychology, Massey University, Palmersona North, New Zeland.
- Sullivan. La entrevista psiquiátrica.
- Tamayo y Tamayo M. (1988). Diccionario de la investigación científica. México: Editorial Limusa S.A. de C.V.
- Taylor, A.J.W. (1997). Keynote speaker: 50th. Anniversary Conference of the New Zeland Psychological Society. Vol. 3. By the Psycholgy Departmente Victoria University, Wellington, New Zeland.
- Taylor y Bodgan. Introducción a los métodos cualitativos.
- Waelder, Robert. (1964). Teoría básica del psicoanálisis. Argentina: Editorial Pax México.
- Wolff, Werner. (1956). Introducción a la psicopatología. México: Fondo de Cultura Económica.