

REPÚBLICA DE CUBA
FACULTAD DE CIENCIAS MÉDICAS
“JOSÈ ASSEF YARA”
UNIDAD DOCENTE DE MORÓN

**TÍTULO: Influencia del estado psicológico del paciente grave y su acompañante
sobre la evolución y pronóstico de la enfermedad.**

EN OPCIÓN AL TÍTULO DE MASTER EN URGENCIAS MÉDICAS.

INVESTIGADORA PRINCIPAL: Dra. Silvia Esther Romeu Yunaka.

CIEGO DE AVILA, 2010

REPÚBLICA DE CUBA
FACULTAD DE CIENCIAS MÉDICAS
“JOSÉ ASSEF YARA”
UNIDAD DOCENTE DE MORÓN

**TÍTULO: Influencia del estado psicológico del paciente grave y su acompañante
sobre la evolución y pronóstico de la enfermedad.**

EN OPCIÓN AL TÍTULO DE MASTER EN URGENCIAS MÉDICAS.

INVESTIGADORA PRINCIPAL: Dra. Silvia Esther Romeu Yunaka.

TUTOR: MSc. Juan Carlos Estenoz Esquivel.

ASESOR: MSc. Carlos Vladimir Morales Mas

CIEGO DE AVILA, 2010

ÍNDICE

	Pág.
RESUMEN.....	4
INTRODUCCIÓN.....	5
OBJETIVOS.....	7
MARCO TEÓRICO.....	8
DISEÑO TEÓRICO Y METODOLÓGICO.....	13
RESULTADOS.....	17
DISCUSIÓN.....	19
CONCLUSIONES.....	22
RECOMENDACIONES.....	23
REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS.....	24
ANEXOS.....	27

RESUMEN

Se realizó un estudio observacional descriptivo y prospectivo que incluyó 241 pacientes y sus acompañantes ingresados en la Unidad de Cuidados Intensivos Pediátricos. Se determinó que en el 100% de los mismos existió algún tipo de disturbo psicológico, siendo las enfermedades respiratorias (32%) y diarreicas (22%) los principales motivos de ingresos. En los niños menores de un año predominó la angustia de separación; y la depresión, en los de 5-14 años y mayores de 14 años. El mayor número de complicaciones se asoció con una mala evolución, encontrándose en ellos la ansiedad excesiva (89.6%) y las fobias (44.1%). El 90.5% de los casos evolucionaron satisfactoriamente, predominando en este grupo la angustia de separación (92.6%); mientras que en los pacientes con pronóstico bueno (78.8%), predominó la ansiedad excesiva (87.2%). Se enfatiza en la necesidad de una atención oportuna y permanente a las alteraciones psicológicas que pueden influir en la evolución y pronóstico de la enfermedad, para ello se recomienda la aplicación de un protocolo para el manejo del estado psicológico del paciente grave y su acompañante, donde exista un psicólogo que labore a tiempo completo en la supervisión y control de dicha actividad.

Palabras Clave:

Enfermedad: Alteración más o menos grave de la salud.

Psicología : Parte de la psicología que trata del alma, sus facultades y operaciones. Todo aquello que atañe al espíritu. Ciencia que estudia los procesos mentales en personas.

Manera de sentir de una persona o de un pueblo.

INTRODUCCIÓN

La práctica clínica y quirúrgica ha planteado a la Psicología un gran círculo de problemas que no tienen solo un significado teórico-metodológico, sino que engendra tareas práctico asistenciales, que ésta debe abordar con inmediatez (1).

Los problemas de salud y enfermedad en el niño suscitan por regla general, una reacción hipervalorativa fuertemente emocional por parte de todas las personas afectadas o implícitas; sean familiares o los componentes del equipo de salud responsabilizado con el niño. Es probable que esta hiperreacción emocional cumpla una función protectora dada la situación de desvalimiento total o parcial en que el niño se encuentra respecto a su ambiente (2,3). Por otra parte, a veces esta reacción emocional puede comportar aspectos negativos para el propio niño o su entorno; afectándose el núcleo familiar, bien sean por problemas individuales, por ejemplo, de la madre o del padre, bien sean problemas de relación de parejas padre-familia, como por ejemplo socioeconómicos (4).

Si la enfermedad del niño y su hospitalización siempre son problemáticas, la entrada y permanencia en una sala de terapia intensiva es una experiencia dramática, difícil de tolerar y que afecta duramente al niño (5).

En contraste con la patología crónica o degenerativa que suele ser motivo de ingreso en Unidades de Cuidados Intensivos de Adultos, la gran mayoría de las admisiones pediátricas son debidas a enfermedades agudas. Los principios médicos son los mismos en todas las edades, pero hay temas psicológicos específicos de la población pediátrica, precisando los niños de un especial apoyo emocional, además de mantener las actividades madurativas que sean propias de su edad (6). En efecto, se pone de manifiesto que la medicina intensiva contemporánea se ve obligada a considerar los aspectos psicológicos del paciente grave como un capítulo esencial en sus nobles objetivos y difíciles tareas relacionadas con la salvación de vidas humanas.

En nuestro país, este concepto ha encontrado recepción, y un paso importante es la atención psicológica especializada en el trabajo de las Unidades de Cuidados Intensivos, por tal motivo nos dimos a la tarea de realizar esta investigación con el objetivo de caracterizar las alteraciones psicosociales presentes en los pacientes pediátricos graves y sus acompañantes, las cuales pueden influir sobre la evolución y pronóstico de su enfermedad.

OBJETIVOS

Generales:

- 1- Proponer un plan de medidas para aplicar en el trabajo diario en la UTIP, encaminadas a disminuir la incidencia de alteraciones psicológicas en el paciente grave y su acompañante.

Específicos:

- 1- Evaluar diversas variables sociodemográficas como miembros de la familia, estado civil de los padres, nivel cultural y socioeconómico de la familia.
- 2- Distribuir los pacientes estudiados según alteraciones psicológicas y grupos de edades.
- 3- Distribuir las alteraciones psicológicas en los padres acompañantes.
- 4- Relacionar las afecciones en las cuales se encuentran más trastornos psicológicos en pacientes graves y sus acompañantes.
- 5- Evaluar las alteraciones psicológicas en el paciente grave sobre su evolución y pronóstico.

MARCO TEÓRICO

Las tareas de atención psicológica especializada al paciente grave son de recién inicio, relativamente; sin embargo su necesidad no provoca dudas; el hombre siempre sabe acerca de la inevitabilidad de su final, pero su proximidad directa provoca en él una serie de cambios psicológicos (7).

En el niño, como ocurre en el adulto las reacciones psicológicas y las complicaciones psiquiátricas, dependen tanto de la enfermedad en si misma o de sus síntomas, como de los diversos factores y aspectos implicados en los tratamientos y en la asistencia prestada. La expresividad psicológica del niño, a diferencia de la del adulto, está esencialmente condicionada por los procesos de desarrollo y los distintos momentos madurativos, lo que hace irreal en la práctica, referir a todos los niños como un grupo semejante, homogéneo, siendo así que incluso en grupos de la misma edad, los niveles de desarrollo y maduración de los distintos niños pueden diferir radicalmente (7,8).

El impacto que producen la enfermedad y sus síntomas, así como las repercusiones de los métodos terapéuticos y asistenciales, es muy distinto cuando el niño lo sufre en los primeros meses, primeros años, en el período prepuberal o en la adolescencia (9).

Desde el punto de vista diagnóstico, no existe una definición satisfactoria que especifique los límites precisos del concepto “trastorno mental” en la infancia, debido a varios hechos: primero, la aparente continuidad entre normalidad y patología (la mayoría de los problemas de salud mental en los niños son desviaciones cuantitativas del desarrollo sano o normal; segundo, la gran importancia que adquiere en psicopatología infantil el factor evolutivo, pues lo que se considera normal en una etapa (incontinencia esfinteriana de la

primera infancia, por ejemplo) se convierte en anormal después(enuresis o eucopresis funcional del niño mayor); tercero, porque muchas de las perturbaciones mentales de la infancia pueden interpretarse como reacciones maladaptativas del niño ante situaciones de estrés (10,11).

El niño enfermo, que depende de los demás -- de su madre fundamentalmente -- con frecuencia regresa a niveles de funcionamiento que ya había superado, se hace "más niño" en toda su conducta. Estas regresiones, pueden referirse solo a conductas relativamente elevadas, por ejemplo, mostrándose sin interés para temas que le atraían(estudios, juegos, amigos...) hasta entrar en un estado depresivo, con tristeza y apatía, pero con frecuencia se afectan conductas más básicas; el lenguaje se infantiliza e incluso puede llegar a desaparecer, a veces duerme excesivamente, como hace el pequeño lactante(1,2,12).

Lipsky (13) ha señalado que la reacción inmediata del niño ante su hospitalización generalmente es de rechazo, fundamentalmente por la ansiedad de la separación de su medio ambiente (sobre todo de la madre); más tardíamente, la hospitalización del niño, supone siempre en alguna forma una privación emocional al ser desinsertado de su ambiente, y a veces se refugia en conductas rituales, o se conduce hostilmente.

El niño enfermo, como el adulto, también piensa en la muerte y, a veces, la hospitalización lo pone en contacto directo con otros niños que mueren o con noticias o situaciones que le hacen temer, su propia muerte (4,7). La imagen que el niño tiene de la muerte, hasta los 8-10 años, es una fantasía de separación, desagradable y vivida como castigo, pero que no tiene el carácter de separación total e irreversible que supone para el adulto; a veces en niños cuyo diagnóstico supone fatalmente una condena a muerte en un plazo más o

menos largo, la angustia de los que le rodean, padres, médicos o enfermeras, se traduce en falta de relación, de miradas, de hablar, o determina un aislamiento que es vivido angustiosamente por el niño, que puede sentirse como culpable de algo que no sabe bien que puede ser, pero que es tan importante como para que los demás no quieran relacionarse con él (8,14).

Los padres viven por su parte, según sus posibilidades emocionales, la enfermedad y la hospitalización del niño; en la manera de vivirlo, influyen la personalidad de cada uno de los padres, y el tipo de relaciones que mantienen como pareja, y como núcleo social.

Existen parejas que “afrontan” con entereza el impacto que supone la enfermedad de su hijo, y parejas que naufragan por ello. Rothsteins (15) ha señalado que un aspecto particular a considerar es que el tratamiento intensivo adecuado ayuda a eliminar trastornos psíquicos reactivos, pero, a su vez, la evolución psíquica favorable incide de manera significativa sobre el propio estado físico de estos pacientes, produciendo severas complicaciones y hasta su mortalidad. Por otra parte, hay que tener en cuenta que el manejo del paciente crítico conduce a un aislamiento temporal del medio habitual, a la elaboración de nuevas reacciones interpersonales y adaptación a nuevas condiciones de vida, aumentando las exigencias a su estado psíquico, con agudización de los fenómenos de stress o tensión emocional. Un rápido y acertado diagnóstico psicológico del paciente crítico puede ser de gran utilidad en el establecimiento del pronóstico general de su enfermedad, elección de la terapéutica más adecuada, determinación de las posibilidades de comunicar el diagnóstico a los enfermos, fortalecimiento de la relación médico-paciente y, en general, en la atención integral brindada (16). Por lo tanto, a manera de resumen, podemos plantear que la necesidad de atención psicológica al paciente crítico y

sus acompañantes está determinada por cinco razones fundamentales: primera, necesidad de caracterizar los cambios psicológicos que se producen en el ser humano ante el conocimiento de la proximidad potencial de la muerte como término de su enfermedad; segundo, interés de esclarecer las causas de la multivariedad de estos cambios, tanto en función de particularidades etáreas y condicionadas por el tipo de patología y el carácter de su evolución, como por diferencias individuales de personalidad; tercero, conveniencia de brindar una asistencia más integral al paciente crítico en la que los factores sociopsicológicos sean considerados al nivel necesario para optimizar la atención médica a la enfermedad aguda; cuarto, importancia de determinar el papel que juegan las características específicas de la unidad, la personalidad premórbida de los pacientes y las afecciones del Sistema Nervioso Central en el surgimiento de alteraciones peculiares a distintas patologías; quinto, oportunidad que ofrece la incorporación de la atención psicológica especializada en el diagnóstico temprano y certero de las alteraciones psíquicas frecuentes en este tipo de enfermo, y de las causas y mecanismos psicológicos de formación, lo que propiciará el desarrollo de tareas más eficaces de psicodiagnóstico y tratamiento psicológico, sin alto riesgo para el paciente, así como la prevención de estas alteraciones y su consecuente disminución a límites tolerables y manejables. La práctica asistencial diaria sugiere instrumentar la vigilancia de la esfera psíquica del paciente en cada turno de trabajo, teniendo en cuenta las bruscas variaciones del cuadro psíquico del enfermo grave y la importancia de sutiles manifestaciones subjetivas que no deben de dejarse de recoger sistemáticamente. Con la participación del Psicólogo será posible una interpretación más completa de las quejas y del estado psíquico del enfermo con vistas a la planificación y puesta en marcha de medidas

psicocorrectivas de mayor alcance o que exijan conocimientos más profundos de la psicología del paciente.

Hay que decir, ante todo, que el tratamiento intensivo no siempre genera reacciones de rechazo en los enfermos ni provoca necesariamente alteraciones psíquicas. Las medidas terapéuticas del equipo médico influyen no solo sobre la estabilización corporal sino también, de forma indirecta, sobre el trastorno psíquico de reacción. Particular importancia tiene en la influencia favorable de este aspecto el trato de los médicos, enfermeras y personal auxiliar, que deberá ser competente y adaptado a la situación.

DISEÑO TEÓRICO Y METODOLÓGICO

Tipo de estudio: Observacional-descriptivo y prospectivo.

Objeto de estudio y campo de acción: Todos los pacientes y sus acompañantes que ingresaron en la Unidad de Cuidados Intensivos Pediátricos del Hospital General Provincial Docente “Capitán Roberto Rodríguez Fernández” durante el período comprendido desde el primero de enero del 2008 al 31 de diciembre del 2009; a los cuales se les aplicó una encuesta para caracterizar sus alteraciones psicológicas en relación con la evolución y pronóstico de la enfermedad.

Metodología empleada en la investigación: Se contextualizó en los siguientes métodos y técnicas, en correspondencia con el método materialista dialéctico, teniendo en cuenta los objetivos y tareas propuestos.

Del Nivel Teórico:

Histórico-Lógico: Se utilizó para determinar los antecedentes históricos de la Psicología
Analítico -Sintético: Su aplicación hizo posible el procesamiento de la bibliografía utilizada y los contenidos básicos que permiten profundizar en las alteraciones psicológicas encontradas, así como la interpretación de los resultados del diagnóstico de la muestra seleccionada.

Inductivo-Deductivo: Permitió la reflexión sobre los conceptos fundamentales relacionados con los desequilibrios neuropsíquicos que requieren tratamiento integral, dados por los diferentes autores, estableciendo la relación entre los mismos y con la psicopatología.

Modelación: Su empleo hizo posible la necesidad de una atención psicológica especializada, teniendo en cuenta los diferentes momentos o etapas; además de la interpretación, el diseño y contextualización con la realidad del quehacer médico quirúrgico,

lo que permitió contribuir a la evaluación adecuada del paciente grave, internado en una Unidad de Cuidados Intensivos, donde desempeña una labor fundamental los profesionales y personal en general que labora en los servicios de Atención al Grave.

Sistémico-Estructural: Su aplicación permitió establecer el conjunto de relaciones internas--jerarquización, dependencia, subordinación y coordinación-- entre los componentes que forman el equipo de trabajo en su integración como sistema.

Del Nivel Empírico:

Análisis de Documentos: El mismo permitió la obtención de informaciones necesarias y suficientes relacionadas con el tratamiento que ofrecen los documentos normativos y otros que se seleccionen; teniendo en cuenta como elemento rector el manejo y la evaluación integral que debe caracterizar a los profesionales de la salud que intervienen en este nivel de atención.

Observación: Permitió evaluar el comportamiento de los Servicios de Terapia Intensiva ante la incidencia de alteraciones psicológicas.

Criterio de Expertos: Fue considerado una fuente indispensable para valorar la calidad del protocolo que se elaboró para evaluar las alteraciones psicológicas del paciente grave y sus familiares dentro del manejo integral del paciente internado en la UCIP; mediante el mismo, varios expertos que conocen con profundidad el tema que se investiga, aportaron sus opiniones y criterios en función de su posible aprobación y validez siendo una vía idónea para mejorar los resultados en este grupo de enfermos.

Como Métodos Estadísticos:

Se empleó la Estadística Descriptiva para el análisis de tablas en la presentación de los resultados del estudio, para lograr una mejor comprensión de los mismos; de igual forma se empleó el Análisis Porcentual para procesar toda la información cuantitativa de la investigación, con el propósito de determinar tendencias a partir de la aplicación de determinados instrumentos y técnicas.

La Novedad Científica de la investigación se enmarcó en la necesidad de una propuesta de atención psicológica especializada que permita una sistematización en el manejo integral del paciente grave y sus familiares, internados en la Unidad de Cuidados Intensivos Pediátricos del Hospital de Morón.

Contribución a la Teoría: Lo constituye el conocimiento por parte de los Especialistas de Terapia Intensiva y Emergencias en relación al diagnóstico, tratamiento y seguimiento evolutivo de las afecciones neuropsíquicas.

Aporte Social, Económico y Científico:

Desde el punto de vista Social, esta investigación contribuye a mejorar la calidad de vida, el nivel de atención y satisfacción en los servicios brindados en relación con la atención al paciente grave, a la vez que permite una mejor relación médico-paciente y médico-familia todo lo cual redundará sin lugar a dudas en una mejor y más rápida reincorporación del enfermo a su entorno social y familiar, con un mínimo de secuelas psicopatológicas.

Desde el punto de vista Económico, con la aplicación de una atención integral que contemple como fundamental el aspecto psicológico; permitirá disminuir la estadía hospitalaria, el número de complicaciones, y por ende los costes económicos en relación

al paciente grave; mientras que en lo Científico permite proponer la atención psicológica especializada a tiempo completo para el manejo integral del niño grave y sus familiares.

Recolección de Datos: Mediante el uso de una ficha de recolección de datos (Anexo 1).

El Universo o Población quedó constituido por 241 pacientes que fueron internados durante el período antes mencionado en la UCIP del Hospital General Provincial Docente de Morón.

Tratamiento y Procesamiento de Datos:

Se recolectaron los datos de los expedientes clínicos que se vaciaron en una ficha de recolección de datos primarios confeccionados por el autor, para darle cumplimiento a los objetivos propuestos en la investigación. En el caso de los fallecidos se revisaron los informes de necropsias existentes en el Departamento de Anatomía Patológica.

La técnica del procesamiento de los datos fue de forma manual y automatizada, se culminó con la revisión y computación de los mismos, empleándose como medida de resumen de la información, los porcentajes.

Esta investigación fue realizada según los requisitos establecidos por el Comité Académico de la Maestría en Urgencias Médicas y respetando los principios éticos de la investigación científica del Departamento de Postgrado de la Facultad de Ciencias Médicas de Ciego de Ávila.

Los datos se procesaron en una computadora Pentium IV, usando el paquete estadístico SPSS para Windows, la técnica de recolección de la información fue manual y computarizada.

Justificación:

En la práctica médica de nuestros días constituye un aspecto esencial la evaluación del ser humano como un ente biopsicosocial, es decir, donde el proceso salud-enfermedad sea evaluado e insertado en el medio en el cual crece y se desarrolla el hombre; considerando su estilo y hábitos de vida de vital importancia. Por lo tanto el aspecto psicológico del enfermo debe tenerse en cuenta en todo momento, ya que puede influir en el comportamiento de muchas enfermedades.

En nuestro medio, desgraciadamente, consideramos que no se le presta la debida atención a este aspecto y sobre todo al paciente grave y su acompañante, internados en las Unidades de Cuidados Intensivos. Muestra de ello, es que no existe una guía o protocolo que permita evaluar, caracterizar y brindarles una correcta atención a estos aspectos.

Con la aplicación del presente trabajo nos permitirá en primer lugar, diagnosticar las principales alteraciones psicológicas presentes en el binomio enfermo-acompañante; en segundo lugar, facilitará tomar una actitud en correspondencia con ello, para mejorar los resultados en relación con la evolución y pronóstico de la enfermedad; es decir, lograr una total armonía en la atención integral al niño grave internado en una UCIP.

Proponemos como aspecto fundamental, la aplicación de una guía o plan de medidas encaminadas a enfrentar tan importante problemática.

1. Explicar al niño previamente cuando se le va a realizar algún proceder doloroso o incómodo, y aplicar analgesia y sedación.
2. Reunión con los familiares y colectivo médico de la unidad, cuando la evolución del niño es desfavorable y su pronóstico reservado.
3. Respetar su horario de sueño reparador cuando sea posible.
4. Facilitar al niño siempre que su enfermedad lo permita medios de distracción, ver la TV , Videos, leer, colorear, juegos de mesa como damas , cartas, y otros.
5. Mantener su espacio, su privacidad, no exponerse ante todos, durante el baño, procedimientos, examen físico.
6. Evaluar por personal calificado un psicólogo, todos los pacientes ingresados en UTIP.

RESULTADOS Y TABLAS

Las afecciones respiratorias (32%), las diarreas (22%), las enfermedades crónicas agudizadas (12.4%) y la sepsis del SNC (11.6%) fueron los principales motivos de ingresos en la UCIP (Tabla 1). En el 100% de los pacientes graves y sus acompañantes, se encontraron alteraciones psicológicas; predominando en los menores de un año la angustia de separación (96.6%); en el grupo de 1-4 años la ansiedad excesiva (33.3%); en los de 5-14 años y en los mayores de 14 años existió depresión en un 30.8% y 45.4% respectivamente (Ver tabla 2). Por su parte en los acompañantes (Tabla 3) predominaron la ansiedad (32.3%), la angustia (27%), la depresión (16.6%) y culpabilidad (10%).

La estadía promedio de nuestra serie fue de 4.3 días (DS=3.2). El mayor número de complicaciones dio al traste con una mala evolución; encontrándose dentro de las más frecuentes la sepsis (58.1%) y las arritmias (37.6%); estos enfermos fueron víctimas fundamentalmente de la ansiedad excesiva (89.6%) y de las fobias (44.1%). No obstante, el 90.5% de los casos evolucionaron satisfactoriamente; encontrándose en este grupo la angustia de separación (92.6%) y la ansiedad excesiva como las alteraciones psicológicas más frecuentes (Ver tabla 4).

Se consideró un pronóstico bueno en el 78.8% de los estudiados, existiendo en este grupo de pacientes una ansiedad excesiva (87.2%); mientras que en el 17.8% el pronóstico fue reservado con un 23.4% de depresión en estos niños. Sólo el pronóstico fue ominoso en el 3.4% de los casos, predominando en ellos la depresión (4.3%) (Tabla 5). Los acompañantes con ansiedad, angustia y depresión; sus niños tuvieron una evolución satisfactoria en el 96.2%, 96.9% y 90% respectivamente; mientras que los acompañantes con culpabilidad, negación y desconfianza; sus enfermos evolucionaron de forma no

satisfactoria (29.2%, 22.2% y 20% respectivamente) (Tabla 6). Los acompañantes con angustia y ansiedad el pronóstico de los niños era bueno, 90.8% y 83.3% respectivamente; el 37.5% de los que tenían culpabilidad el pronóstico era reservado y en el 8.3% con igual alteración psicológica, el pronóstico fue ominoso (Tabla 7).

La mayoría de los padres, 205 (85.1%) estaban casados, en nueve de ellos se había producido una separación conyugal previa, encontrándose en estos últimos, en el 100%, un sentimiento de culpa.

El nivel socioeconómico era medio- bajo en la minoría; 80 casos (33.2%); 158 familias eran de un nivel medio (65.6%) y solamente un paciente perteneció al nivel socioeconómico bajo. El 79.7% laboraban activamente, lo que representa 192 casos. Las familias estaban compuestas por dos hermanos (120 casos); 58 pacientes eran hijos únicos; mientras que 40 correspondían a familias de tres hijos. Los 23 casos restantes constaban de cuatro hermanos.

Cinco pacientes egresaron fallecidos de la UCIP, durante el período estudiado; dos por sepsis sistémica con disfunción multiorgánica—de nueve meses y cuatro años, respectivamente--; otro de meningoencefalitis bacteriana a neumococo (12 años) y dos politraumatizados por accidentes de tránsito, de 11 y 14 años.

DISCUSIÓN

Las UCIP suponen un aislamiento físico, psíquico y social que fomenta una despersonalización, con pérdida de identidad en el niño. Kornfeld y Rothstein(3,4) han señalado los principales miedos a que se enfrenta el niño en la UCIP según su edad: Entre los cuatro meses y los dos años, teme el abandono y la separación materna; entre los dos años y medio y los cinco años , la mutilación, el daño corporal; entre los cinco y seis y medio, comienza la preocupación por la muerte, irse y no regresar; entre los siete y medio y los ocho y medio, teme el desarraigo, perder el lugar que ocupa; entre los ocho y medio y los diez, la incompetencia, el deterioro de sus capacidades físicas, intelectuales o sociales; entre los 11 y los 13 años, se resiente por la exposición del cuerpo ante el personal sanitario; entre los 13 y 18 años le afectan especialmente las diferencias y disfunciones corporales. En el presente estudio, las fobias ocuparon el cuarto lugar dentro de las alteraciones psicológicas encontradas en el niño; por lo que pensamos que sea importante considerar otras alteraciones como la angustia de separación, la depresión y la ansiedad excesiva; en otro estudio (17) predominan sobre los trastornos de ansiedad, lo que sugiere que el niño percibe la hospitalización en la UCIP como una amenaza difusa (trastorno por ansiedad excesiva en un 26.3%); no exenta de peligro (trastorno por angustia de separación en un 46.3%; fobias en el 24.5%; trastornos por evitación en el 12.9%, crisis de pánico en 9%; trastornos por estrés postraumático agudo en un 5.4%). Martínez Rubio (18) ha señalado que por su corta edad, la adaptación a la UCIP dependerá en gran parte de la reacción de sus padres; por lo tanto resulta de vital importancia considerar una adecuada evaluación, sobre todo de forma integral del binomio paciente- acompañante o niño- familia. Otros investigadores (19-22) han planteado que

siempre resulta un reto la cuestión de identificar aquellos casos en los cuales los trastornos psicológicos se convierten en un problema para la evolución clínica del enfermo; expresión de ello fue que el 100% de los pacientes estudiados y sus acompañantes presentaron algún tipo de desorden en la esfera psicológica.

Existen muchos factores ambientales que hay que considerar en relación con los efectos psicológicos de la hospitalización del niño en Cuidados Intensivos. El grado de información previa que se tiene respecto a lo que ha de ser este tipo de hospitalización es importante para las familias y para los niños, incluso relativamente pequeños como de tres a cuatro años. Esta información determinaría muy importantemente la actitud colaboradora u hostil de la familia, que es decisiva.

Bakwin(23) ha investigado las respuestas de la familia del niño previamente sano que es admitido en estado crítico en UCIP, comprobando que al principio atraviesa un período de “shock” y desamparo, potenciado por su exclusión de los cuidados del niño y el aspecto de éste, invadido por tubos y cables. Después sigue una búsqueda de explicaciones, de preguntarse el porqué de lo que les está ocurriendo, surgiendo a veces sentimientos de culpa. Si el hijo se estabiliza, comienza una fase de espera y posible repercusión de las secuelas de la enfermedad. En una investigación llevada a cabo en un hospital infantil (24), el 76% de las madres y el 55% de los padres presentaron alteraciones lo suficientemente intensas como para calificar de severo el impacto emocional sufrido. La angustia entremezclada con sentimientos de depresión que no siempre se ajustan a la gravedad real del hijo, son los componentes principales del trastorno. Más de la mitad de los progenitores encuestados expresaron su miedo ante la perspectiva de que el niño pudiera morir. Este temor prevalece sobre cualquier otro, inclusive la posibilidad de que el

hijo se salve, pero con un costo biológico o psicológico demasiado alto. Los factores que resultaron más ansiogénicos fueron: a) La visión del cuerpo del niño penetrando por numerosos dispositivos extraños y conectados a las máquinas, b) La confusión que sentían acerca de su auténtica gravedad, c) El “no poder hacer nada” por el hijo. Se ha señalado (25-30) que frente al estrés agudo, el ser humano reacciona de un modo más o menos uniforme; fundamentalmente experimentando miedo y angustia; en algunos casos depresión; ello plantea la cuestión de seleccionar aquellos casos en los que pueden prevenirse posibles complicaciones psicosomáticas, permitiendo que los niños comprueben directamente de sus padres que éstos confían en el personal asistencial. Al analizar las alteraciones psicológicas encontradas en el paciente grave y su acompañante, no existió una relación significativa ni con la evolución desfavorable ni con el pronóstico ominoso; no obstante somos del criterio que se deben cumplir una serie de premisas para hacer menos problemático el ingreso y la asistencia del niño en el hospital y en las UCIP, a saber: 1) Información previa y de forma constante hasta el alta hospitalaria, tanto al niño como a sus familiares 2) Participación de los padres que lo deseen, en los cuidados no médicos del niño 3) Prescripción de fármacos analgésicos y psicótropos siempre que sean necesarios 4) Cuidado de los factores ambientales para evitar el aislamiento, tratando de mantener los contactos personales 5) Preparación para el alta, tanto del niño como de los padres, antes de volver al ambiente habitual.

CONCLUSIONES

- 1- En el 100% de los pacientes graves y sus acompañantes se encontraron alteraciones psicológicas.
- 2- Las afecciones respiratorias (32%) y diarreas (22%) fueron los principales motivos de ingresos en la UCIP.
- 3- En los niños menores de un año predominaron la angustia de separación (96.6%), y la depresión, en los de 5-14 años y mayores de 14 años.
- 4- La estadía promedio de nuestra serie fue de 4.3 días.
- 5- El mayor número de complicaciones determinó una mala evolución; encontrándose en ellos la ansiedad excesiva (89.6%) y las fobias (44.1%).
- 6- El 90.5% de los casos evolucionaron satisfactoriamente, encontrándose en este grupo la angustia de separación (92.6%).
- 7- En los pacientes con pronóstico bueno (78.8%), predominó la angustia excesiva (87.2%); sólo el pronóstico fue ominoso en el 3.4%, predominando en ellos la depresión.
- 8- No existió relación entre las alteraciones psicológicas de los padres acompañantes, con la evolución y pronóstico de la enfermedad; existiendo indistintamente ansiedad, angustia y depresión.
- 9- El 85.1% de los padres estaban casados; existiendo en el 65.6% un nivel socioeconómico medio, mientras que el 79.7% estaban en situación laboral activa; predominando las familias compuestas por dos hermanos.
- 10- La mortalidad global de la serie fue del 2.1%.

RECOMENDACIONES

Teniendo en cuenta la repercusión psicológica que emana de la atención del niño grave y su acompañante, tanto para dicho binomio, como para el personal asistencial que está a su cargo; resulta de vital importancia el interés permanente por los disturbios psicológicos que pueden influir en la evolución y pronóstico de la enfermedad. Se demostró que en el 100% de los encuestados existió alguna alteración psicológica; las cuales en muchas ocasiones no se diagnostican y no se les brinda el tratamiento necesario.

Por lo tanto, teniendo en cuenta la importancia de los argumentos expresados, pensamos que es necesario la interacción de un equipo multidisciplinario, donde exista un psicólogo que labore a tiempo completo en la supervisión y control de una atención integral al paciente grave y su acompañante; todo lo cual redundará en el perfeccionamiento de la actividad asistencial, docente e investigativa, brindada en la UCIP.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- 1- Baxter S. Psychological problems of intensive care. Br J Hosp. Med. 2:875-855, 2008.
- 2- Kiely W. Psychiatric aspects of critical care. Crit Care Medicine 2:139-142, 2008.
- 3- Kornfeld D. Psychiatric view of the intensive care unit. Br Med J. 1:108-110, 2009.
- 4- Rothstein P. Sobre los problemas psicológicos en la familia del niño ingresado en la unidad de cuidados intensivos pediátricos. Actualización en Pediatría 2007; 5(9):35-63.
- 5- Herzog BD. Psychiatrist in the pediatric intensive care setting. En Manschreck T.C y Murray GB (eds).Psychiatric Medicine Update. New Cork: Elsevier 2004:132-142.
- 6- Reinhardt JB, Kampschulte S., Nuffield E.J. Psychiatric rounds on a pediatric intensive care unit. Crit Care Med 2008; 1:269-73.
- 7- Grau Abalo J, Portero Cabrera Q.: Perspectivas del estudio del cuadro interno de las enfermedades. Rev Cub Psicol. 3:53-62, 1984.
- 8- Cagigas Daza MP. Repercusión Biopsicosocial de la Hospitalización en la Unidad de Cuidados Intensivos Pediátricos. Tesis Doctoral. Universidad Autónoma de Madrid.2009
- 9- Woolston JL. Psychiatric aspects of a pediatric intensive care unit Yale J Biol Med 2004, 57:97.
- 10- Strain J: Psychological reactions to cute medical illness and critical care. Crit Care Med,2008, 6:39.
- 11- Riggd C.D, Lister G: Adverse occurrences in the pediatric intensive care unit. Pediatric Clinical North Am 2007, 34:93.
- 12- Jackson K, Winkley R, Fausto O, Cermak E, Murray M: Problems of emotional trauma in hospital treatment of children. JAMA 1952, 149:1536.

- 13- Lipsky K: Psychosocial aspects of pediatric intensive care. The parent. The patient. The staff. En: Levin-Morris-Moore. A practical guide to pediatric intensive care. Second ed. St. Louis Mosby Company 1984, 441-451.
- 14- Visintainer M, Wolfer J: Psychological preparation for surgical pediatric patient: The effect on children's and parents stress responses and adjustment. Pediatrics 2005, 56:187.
- 15- Rothsteins P: Tensión psicológica en los familiares de niños que se encuentran en una unidad para cuidados intensivos pediátricos. Pediatr Clin North Am(ed esp) 1980,27:63.
- 16- Kouman AJ: Psychiatric consultation in an intensive care unit. JAMA, 194:163-167, 1965.
- 17- Pérez San Gregorio M, Blanco Picabía A, Murillo Cabezas F. Psychological problems in the family members of gravely traumatized patients admitted into an intensive care unit Intensive Care Med.; 2006,18:278.
- 18- Martínez Rubio A.: "La atención al adolescente", en An Esp. Pediatr. 26(3), 2007,197:204.
- 19- Ackerman, N.W.: El Futuro de la Psicoterapia Familiar, en Teoría y Práctica de la Psicoterapia Familiar. Ed. Proteo, Buenos Aires, 1970, 196-240.
- 20- Ajuriaguerra, J. de: Manual de Psiquiatría Infantil. Ed. Toray Masson, Barcelona 1985.
- 21- Antonov, A.J.: "Algunas consideraciones actuales del estudio socio-psicológico de la familia", en Problemas Actuales del Desarrollo de las Investigaciones Sociales Concretas. Ed. Ciencias Sociales, La Habana, 1980, 133-151.
- 22- Argeni, J.: "Cambios Psicológicos en la Adolescencia", en An. Esp. Pediatr. 2003;19(S18):109-115.

- 23- Barwin, R.: Desarrollo Psicológico del Niño. Ed. Interamericana, México, 1972.
- 24- Cataldo MF, Bessman CA, Parker LH, Reid Pearson E, Rogers MC.: Behavioral assessment for pediatric intensive care units. J Appl Behav Anal 2009, 12(1):83.
- 25- Biderman: Psychopharmacology of Children and Adolescents. Harvard Medical School, 2009.
- 26- Black: Adolescent Suicide: Preventive Considerations. B. Med. 292, 2006, 1620-1622.
- 27- Blum, R.: Physicians Assessment of Deficiencies and Desires for Training in Adolescents Care. J. Med. Med. Educ., 62, 2007, 401-407.
- 28- Braveman, P.: Screening in Preventive Care for Adolescent. West. J. Med., 146, 2007, 490- 493.
- 29- Felice, M. y S. Friedman: Consideraciones Conductuales en la Atención de Adolescentes. Clin. Pedtr. Nort.,2; 2008, 393-406.
- 30- Friedman,H.L.: The Health of Adolescents and Youth a Global Anemien. Worl Health Statistics, 38(3), 2005, 256-266.

Tabla1. Principales afecciones que motivaron ingresos en la UCIP.

Principales Afecciones	No.	%
Respiratorias	77	32.0
Diarreas	53	22.0
Enfermedades crónicas agudizadas	30	12.4
Sepsis del SNC	28	11.4
Politraumatismos	15	6.2
Intoxicaciones exógenas	12	5.0
Enfermedades hematológicas	6	2.5
Sepsis	6	2.5
Estados postoperatorios	5	2.1
Otras	9	3.7
Total	241	100

Fuente: Historias Clínicas. Ficha de Investigación.

Tabla 2. Alteraciones psicológicas del paciente grave según grupos etáreos.

Alteraciones Psicológicas	- 1 año		1-4 años		5-14 años		Más 14 años	Total	
	No.	%	No.	%	No.	%		No.	%
Angustia de separación	85	96.6	9	10.0	1	1.9	--	95	39.4
Depresión	--	--	26	28.9	16	30.8	5	45.4	19.5
Ansiedad excesiva	3	3.4	30	33.3	11	21.2	3	27.3	19.5
Fobias	--	--	23	25.6	15	28.8	1	9.1	16.2
Evitación	--	--	2	2.2	9	17.3	--	11	4.6
Otras	--	--	--	--	--	--	2	18.2	0.8
Total	88	100	90	100	52	100	11	100	241

Fuente: Historias Clínicas. Ficha de Investigación

Tabla 3. Alteraciones psicológicas en los acompañantes.

Alteraciones Psicológicas	No.	%
Ansiedad	78	32.3
Angustia	65	27.0
Depresión	40	16.6
Culpabilidad	24	10.0
Negación	18	7.5
Desconfianza	10	4.1
Otras	6	2.5
Total	241	100

Fuente: Historias Clínicas. Ficha de Investigación.

Tabla 4. Alteraciones psicológicas del paciente grave y evolución de la enfermedad.

Alteraciones Psicológicas	Satisfactoria		No		Satisfactoria		Total	
	No.	%	No.	%	No.	%	No.	%
Angustia de separación	88	92.6	7	7.4	95			39.4
Depresión	42	89.4	5	10.6	47			19.5
Ansiedad excesiva	43	91.5	4	8.5	47			19.5
Fobias	34	87.2	5	12.5	39			16.2
Evitación	10	90.9	1	9.1	11			4.6
Otras	1	50.0	1	50.0	2			0.8
Total	218	90.5	23	9.5	241			100

Fuente: Historias Clínicas. Ficha de Investigación.

Tabla 5. Alteraciones psicológicas en el paciente grave y pronóstico de la enfermedad.

Alteraciones Psicológicas	Bueno		Reservado		Ominoso		Total	
	No.	%	No.	%	No.	%	No.	%
Angustia de separación	74	77.9	17	17.9	4	4.2	95	39.4
Depresión	34	72.3	11	23.4	2	4.3	47	19.5
Ansiedad excesiva	41	87.2	5	10.7	1	2.1	47	19.5
Fobias	31	79.5	7	17.9	1	2.6	39	16.2
Evitación	9	81.8	2	18.2	--	--	11	4.6
Otras	1	50.0	1	50.0	--	--	2	0.8
Total	190	78.8	43	17.8	8	3.4	241	100

Fuente: Historias Clínicas. Ficha de Investigación.

Tabla 6. Alteraciones psicológicas en el acompañante y evolución de la enfermedad.

Alteraciones Psicológicas	No.	Satisfactoria %	No No.	satisfactoria %	No.	Total %
Ansiedad	75	96.2	3	3.8	78	32.3
Angustia	63	96.9	2	3.1	65	27.0
Depresión	36	90.0	4	10.0	40	16.6
Culpabilidad	17	70.8	7	29.2	24	10.0
Negación	14	77.8	4	22.2	18	7.5
Desconfianza	8	80.0	2	20.0	10	4.1
Otras	5	83.3	1	16.7	6	2.5
Total	218	90.5	23	9.5	241	100

Fuente: Historias Clínicas. Ficha de Investigación.

Tabla 7. Alteraciones psicológicas en el acompañante y pronóstico de la enfermedad.

Alteraciones Psicológicas	No.	Bueno %	Reservado No.	Reservado %	Ominoso No.	Ominoso %	No.	Total %
Ansiedad	65	83.3	12	15.4	1	1.3	78	32.3
Angustia	59	90.8	5	7.7	1	1.5	65	27.0
Depresión	28	70.0	10	25.0	2	5.0	40	16.6
Culpabilidad	13	54.2	9	37.5	2	8.3	24	10.0
Negación	14	77.8	3	16.7	1	5.5	18	7.5
Desconfianza	7	70.0	2	20.0	1	10.0	10	4.1
Otras	4	66.7	2	33.3	--	--	6	2.5
Total	190	78.8	43	17.8	8	3.4	241	100

Fuente: Historias Clínicas. Ficha de Investigación.

ANEXO 1

PROTOCOLO DE OBSERVACIÓN DEL ESTADO NEUROPSÍQUICO Y EMOCIONAL DEL PACIENTE GRAVE Y SUS ACOMPAÑANTES.

- 1- Nombres y apellidos: _____ 2- Edad: _____
- 3- Miembros de la Familia: _____ 4 - Sexo: ____ 5- Fecha de ingreso: _____
- 6- Fecha de egreso: _____ 7- Estadía: _____ 8- Diagnóstico al ingreso: _____
- 8.1- Diagnóstico al egreso: _____ 9- Complicaciones: 9.1 No: _____
- 9.2 Si: _____
- 9.2.1- Complicaciones: _____
- 10- Pronóstico: 10.1 Bueno: ____ 10.2 Reservado: ____ 10.3 Ominoso: ____
- 11- Tipo de acompañante: 11.1 Madre: ____ 11.2 Padre: ____ 11.3 Otros: ____
- 12- Estado civil de los padres o acompañantes: 12.1 Casados: ____ 12.2 Unión consensual: ____ 12.3 Divorciados: ____ 12.4 Viudos: ____ 12.5 Soltero: ____ 12.6 Otros: ____
- 13- Nivel cultural de los padres o acompañantes: 13.1 Primaria: ____ 13.2 Secundaria: ____
- 13.3 Pre-universitario: ____ 13.4 Universitario: ____
- 14- Per cápita familiar: _____
- 15- Estado neuropsíquico del paciente (I) y su acompañante (II) 15.1 Fecha: _____
- 15.2 Nivel de consciencia (I) 15.2.1 Lúcido: ____ 15.2.2 Obnubilado: ____ 15.2.3 Coma: ____
- 15.3 Orientación (I) 15.3.1 Total: ____ 15.3.2 Parcial: ____ 15.3.3 Desorientado: ____
- 15.4 Trastornos sensorio-perceptuales(I): 15.4.1 Ausentes: ____ 15.4.2 Ilusiones: ____
- 15.4.3 Alucinaciones: ____
- 15.5 Sensibilidad al dolor (I): 15.5.1 Ausente: ____ 15.5.2 Moderada: ____ 15.5.3 Intensa: ____

15.6 Trastornos en el sueño (I): 15.6.1 Hipersomnio: ____ 15.6.2 Hiposomnio: ____ 15.6.3 Adecuado: ____

15.7 Actitud ante el tratamiento e investigaciones (I,II)

15.7.1 Rechazo: ____ 15.7.2 Colaboración pasiva: ____

15.8 Conducta (I,II): 15.8.1 Sosegada: ____ 15.8.2 Relajada: ____ 15.8.3 Activa: ____ 15.8.4 Serena: ____ 15.8.5 Otras: ____

15.9 Lenguaje y expresión oral (I,II) 15.9.1 Adecuado: ____ 15.9.2 Alterado: ____ 15.9.3 Silencio(extraverbal): ____

16- Inquietud-ansiedad (I,II): 16.1 Intensa: ____ 16.2 Moderada: ____ 16.3 Escasa: ____ 16.4 Ausente: ____

17- Desconfianza: 17.1 Intensa: ____ 17.2 Moderada: ____ 17.3 Escasa: ____ 17.4 Ausente: ____

18- Irritabilidad (I,II) 18.1 Intensa: ____ 18.2 Moderada: ____ 18.3 Escasa: ____ 18.4 Ausente: ____

19- Tristeza (I,II): 19.1 Intensa: ____ 19.2 Moderada: ____ 19.3 Escasa: ____ 19.4 Ausente: ____

20- Apatía-indiferencia (I,II): 20.1 Intensa: ____ 20.2 Moderada: ____ 20.3 Escasa: ____ 20.4 Ausente: ____

21- Miedo (I,II): 21.1 Intenso: ____ 21.2 Moderado: ____ 21.3 Escaso: ____ 21.4 Ausente: ____

22- Inseguridad (I,II): 22.1 intenso: ____ 22.2 Moderado: ____ 22.3 Escaso: ____ 22.4 Ausente: ____

23- Desesperanza (I,II): 23.1 Intensa: ____ 23.2 Moderada: ____ 23.3 Escasa: ____ 23.4 Ausente: ____

24- Abatimiento (I,II): 24.1 Intenso: ____ 24.2 Moderado: ____ 24.3 Escaso: ____

24.4 Ausente: ____

25- Angustia (I,II) 25.1 Intensa: ____ 25.2 Moderada: ____ 25.3 Escasa: ____ 25.4 Ausente: _

26- Desprecio (I,II): 26.1 Intenso: ____ 26.2 Moderado: ____ 26.3 Escaso: ____

26.4 Ausente: ____

27- Pesimismo (I,II): 27.1 Intenso: ____ 27.2 Moderado: ____ 27.3 Escaso: ____

27.4 Ausente: ____

28- Ira,furor,cólera (I,II): 28.1 Intensa: ____ 28.2 Moderada: ____ 28.3 Escasa: ____

28.4 Ausente: ____

29- Estado al egreso (I) 29.1 Vivo: ____ 29.2 Fallecido: ____

30- Causa directa de la muerte: _____