

ABORDAJE PSICOLOGICO DE LA UNIDAD CORONARIA

Este trabajo fue leído en las Jornadas sobre "Abordaje Psicológico de Situaciones Extremas" realizadas en el mes de agosto de 1983 en la Universidad de Belgrano.

La experiencia que se relata se desarrolló en la Unidad Coronaria del Servicio de Cardiología del Hospital Israelita, como ínter consultores fijos del Servicio de Psicopatología del mismo Hospital

Este trabajo parte del supuesto del conocimiento que las alteraciones del mundo emocional son un factor de riesgo en la enfermedad coronaria.

Justificando por lo tanto el abordaje psicológico del paciente que cursa una situación coronaria aguda.

Nuestra experiencia en esta práctica abarca cuatro años.

La iniciamos en forma ingenua, sin demasiados presupuestos teórico-técnicos específicos, con la intención de ir elaborándolos en el curso de nuestra tarea clínica.

Nos encontramos con los pacientes habituales de una unidad coronaria: pacientes con distinto grado de enfermedad coronaria (desde el dolor anginoso hasta el infarto de miocardio) y pacientes con diversos trastornos del ritmo cardíaco; algunos de ellos con perspectivas de colocación de un marcapasos; otros con la posibilidad de una próxima intervención quirúrgica coronaria

Esta referencia al tipo de pacientes atendidos introduce uno de los aspectos que diferencian nuestro trabajo en la unidad coronaria, del trabajo psicoterapéutico tradicional: la presencia permanente en las entrevistas, del cuerpo real y concreto enfermo.

En el caso del paciente coronario es además, un cuerpo que amenaza con un desmoronamiento repentino.

Sabemos que el 50 % de los pacientes afectados por este tipo de patología, muere súbitamente sin llegar a recibir los cuidados de la unidad coronaria.

Esta imago conmueve y condiciona tanto al paciente y familiares, como al médico y al consultor.

Evidentemente este porcentaje no está en el pensamiento del paciente y la familia pero no por eso es menor el dramatismo que en general suele asociarse con esta problemática en quienes la padecen y sus familias...

La Unidad Coronaria, nuestro ámbito de trabajo consta de cuatro habitaciones individuales para pacientes más graves y cuatro habitaciones de dos camas cada una para pacientes de menor gravedad y pre alta.

Hay un monitor central, un office de enfermería y una habitación para los médicos.

La Unidad está equipada con aire acondicionado y el ambiente es tranquilo.

La puerta de acceso permanece cerrada y mediante un portero eléctrico permite controlar el ingreso.

El horario de visitas es restringido para favorecer el aislamiento del paciente.

Las habitaciones para pacientes más graves tienen una pantalla en el office desde el cual se puede controlar permanentemente el trazado cardiaco del paciente ya que está conectado mediante un cableado y sensores.

La presencia de este instrumental en la entrevista refuerza esa otra presencia: la del cuerpo real amenazado.

Es obvio señalar que esta es una diferencia fundamental del ámbito físico de la entrevista con el consultorio tradicional al que está acostumbrado el profesional psi.

Enumeramos hasta ahora las peculiaridades inmediatas de nuestro objeto de observación clínica y del ámbito de trabajo.

Veremos a continuación los problemas teóricos que nos vimos obligados a enfrentar.

Hay una línea teórica, representada fundamentalmente por Florence Dunbar, que postula la existencia de un perfil de personalidad previa que desencadenaría o justificaría la aparición de determinado tipo de alteración o problema somático.

Es una idea que tiene cierto predicamento entre los médicos.

Supone que para cada tipo de problema o patología somática hay un tipo de personalidad, que se puede estudiar y catalogar.

Por ejemplo: la personalidad del ulceroso, la del asmático, etc.

Nosotros no compartimos esta conceptualización.

Coincidimos en considerar a los aspectos psicológicos como un factor de riesgo (entre otros) en la etiología de las enfermedades de estos pacientes.

Nos resultaron de utilidad las ideas de la escuela psicosomática de París, que rechaza el concepto de elección de órgano o de síntoma.

Dice Jean Laplanche, refiriéndose a la postura de esta escuela: “No existe pues en absoluto, la idea de una elección de órgano, sino solo una especie de lecho de la somatización que estaría preparado de antemano y actuaría eventualmente en la fisiología y la herencia del sujeto.” (Jean Laplanche, Curso dictado en la Universidad de París, 1971).

Esta idea cuestiona la correlación entre perfil psicológico y enfermedad somática específica.

Por su parte entre nosotros, el Dr. Ricardo Avenburg, refiriéndose a pacientes con asma bronquial, soriasis, úlceras, hipertensión, dice que mejoran con psicoterapia.

Dice: “muchos de estos pacientes mejoran, otros no”.

Atribuye la mejoría a una especie de disminución del nivel de ansiedad inespecífica que a su vez lleva a una mejoría sintomática.

Dijo Avenburg refiriéndose a las enfermedades psicosomáticas: “(...

Una organización psicológica tiende a desencadenar determinados mecanismos que provocan enfermedades psicosomáticas, pero donde está la mediación de lo somático, ahí hay una influencia psicológica evidente.

La acción no es directa, sino en todo caso indirecta, estamos más en el terreno de lo cuantitativo que de lo cualitativo.” (R.Avenburg, charla en el Servicio de Psicopatología del Hospital Israelita. 16/6/80)

Queríamos aclarar aquí qué quisimos decir al decir que iniciamos esta experiencia en forma ingenua.

Por un lado nos encontrábamos equipados con el bagaje con que habitualmente se forma un psicoterapeuta para su práctica tradicional: método clínico y metodología de la investigación psicoanalítica.

Esto nos ha sido de gran utilidad y valor para enfrentar una situación nueva.

Sin embargo es importante remarcar la tarea pionera que tiene el psicólogo o el médico consultor que se enfrenta a un ámbito nuevo en el cual no hay demasiada experiencia previa.

Este debe ir adaptando su instrumento de trabajo, incluso su personalidad, que es también su instrumento de trabajo, a esta área nueva.

Esto tiene por un lado un aspecto de cosa nueva y por hacerse, pero por otro lado genera en el consultor una gran soledad.

Nos preguntamos por el sentido de esta soledad y llegamos a la conclusión que está relacionado con que nuestros maestros y mentores nos dejaron solos frente a estas problemáticas.

Recordamos aquí al Dr. José Bleger que fue el primero en nuestro medio en plantear la importancia de la apertura del psicólogo a ámbitos no tradicionales, vírgenes para el psicoanálisis.

Al intercalarnos en las actividades de la sala, nos vimos obligados a ocuparnos de nosotros mismos.

Lo primero que hicimos fue designar que nuestro rol era de “consultores”.

Tomamos conciencia que teníamos que realizar una tarea previa de ambientación.

Ser algo así como el explorador, el antropólogo o el arqueólogo que se acerca a una comunidad desconocida y empieza a relevar datos del objeto de estudio.

Si uno está en el propio consultorio y viene un paciente nuevo, uno está en un ámbito conocido, familiar.

En la Unidad Coronaria, en los comienzos de nuestra actividad jugábamos de visitantes inexpertos y portábamos un background teórico-técnico ajeno a ese ámbito.

Entonces era común que entrara una enfermera a la habitación del paciente al que estábamos entrevistando a aplicar una inyección, sacar un electrocardiograma, etc. como es habitual en el proceder médico.

En un ambiente tan altamente tecnificado como es una Unidad Coronaria, donde la intervención médica es de mucha precisión y está sistematizada, en donde hay todo un plantel médico que está entrenado para operar en equipo y para moverse con eficacia en la urgencia, no queremos dejar de mencionar el sentimiento que casi inevitablemente aparecía en cada uno de nosotros, referente a nuestra inclusión.

Como profesionales “psi” nos sentíamos prescindibles ante la emergencia.

Nos llevó tiempo darnos cuenta de cual era nuestro aporte específico y de la importancia del mismo.

La valoración de nuestra tarea fue un “cuesta arriba”.

Al principio era muy marcado el desaliento y la incomodidad que nos acompañaban en las conversaciones en las que informábamos al médico sobre que hechos vitales habían ocurrido en ese paciente para que apareciera el infarto.

Por otro lado experimentábamos un sentimiento de libertad cuando nuestra tarea se centraba en ayudar al paciente y familiares, a hacer un rearmado nuevo para encauzar su vida de ahí en más.

Cuando el paciente tomaba conciencia de las situaciones que lo habían llevado a enfermarse, de la gravedad de la situación y se proponía cambiar no se producían reinternaciones.

Este contraste entre la incomodidad por un lado y la libertad por el otro nos impulsó a jerarquizar e incluir en nuestro campo de acción el cultivo de la relación con el médico teniendo en cuenta las diferencias entre la teoría médica y las teorías psicológicas.

Entendimos que teníamos que construir un lenguaje que nos permitiera entendernos y compartir teóricamente las experiencias clínicas que estábamos realizando.

Un lenguaje común no surge espontáneamente, sino que procede de una esforzada labor compartida.

El momento más propicio para éste encuentro con el médico era el del pedido de la interconsulta.

Frente a la imposibilidad de atender a todos los pacientes internados, optamos por que el médico diariamente nos dijera que urgencias tenía o que tipo de colaboración nuestra necesitaba.

Fueron entonces perfilándose ciertos tipos de situaciones que con más insistencia daban lugar a pedidos de interconsulta.

Podríamos enumerarlas así:

- 1- Pacientes que planteaban problemas de manejo (incumplimiento de indicaciones médicas)
- 2- Llegada de pacientes jóvenes con un infarto.
- 3- Reinternaciones.
- 4- Infartos con complicaciones o reinfartos dentro de la Unidad.
- 5- Episodio de dolor anginoso reiterado durante la internación.
- 6- Diagnóstico diferencial.
- 7- Franca sintomatología psiquiátrica durante la internación.
 - a) delirio agudo
 - b) síndrome confusional
 - c) crisis de ansiedad

- 8- Pacientes con indicación de colocación de marcapasos (psicoprofilaxis quirúrgica)
- 9- Pacientes que se negaban a permanecer internados.

Consideramos así haber mencionado los problemas que nos planteó la inclusión como inter consultores estables en la UC.

Nos referiremos ahora al sentido que tiene el abordaje psicológico en este ámbito.

Entendemos que esto es de suma importancia ya que algunas de estas consideraciones pueden también aplicarse a tareas similares en otros servicios de un hospital general.

La entrada en acción del consultor no puede equipararse a la utilización del resto de los recursos terapéuticos disponibles en la unidad.

Estos últimos forman parte de un conjunto de medidas médicas que ya están sistematizadas y que son coherentes con la ideología y los criterios médicos.

En éste caso en particular con el saber que actualmente dispone la medicina sobre la enfermedad cardíaca y su terapéutica.

Entendemos que a pesar que el médico considera importante el factor emocional en las enfermedades, como se puede verificar a lo largo de la historia de la medicina, la utilización del recurso “psi” no tiene un lugar orgánico en esa sistemática.

Vemos como de esta manera el saber y la praxis médica escinde al ser humano en un cuerpo separado de sus emociones.

Reconocemos que nuestra inclusión en la UC. es un paso adelante de valor inestimable que permite al consultor ponerse en contacto concreto con el campo médico.

Vemos entonces que la primera tarea consiste en hacerse un lugar en el servicio en que le toca actuar: el consultor debe intercalarse en él.

Quisiéramos desarrollar el valor que como significativo tiene para nosotros el término “intercalar”.

El Diccionario de la Real Academia Española en su primera acepción se refiere a la cualidad de la cosa “interpuesta” entendiéndose en un lugar donde se supone que “faltaba”.

En su segunda acepción se refiere a la acción, “poner” o “colocar”.

Es un término que alude a una presencia nueva y distinta.

A su vez esta novedad obliga a repensar ese ámbito o situación dada.

Así consideramos que nuestra función como operadores “psi” consiste en intercalarnos como un “otro” distinto, que mediante su intervención posibilite que el aparato psíquico del paciente realice su acción específica consistente en gobernar las distintas magnitudes de excitación y darles un destino adecuado.

El aparato psíquico no es algo que esté constituido desde un comienzo. Logra en cierto momento del desarrollo un determinado equilibrio, pero como todo equilibrio es pasible de desorganización.

Podríamos así diferenciar en esta constitución del aparato psíquico o del psiquismo diferentes niveles de organización:

1. En este primer nivel existe una mera cantidad que de acuerdo al principio de inercia tiende a descargarse. Estaríamos en un nivel de organización muy primitivo. Un esbozo de organización muy primario que frente a una excitación busca una descarga masiva. El modelo sería la descarga epiléptica.
2. En este segundo nivel podemos tomar como ejemplo a los sueños traumáticos. Estos aparecen en forma reiterada y son la repetición imaginaria de un suceso penoso y desagradable, que constituyó un trauma. El aparato se vio enfrentado a una cantidad inelaborable. Estamos frente a un nivel de organización más complejo que el anterior. Sin embargo el aparato todavía tiende a mantener alejadas grandes cantidades, así la repetición del suceso traumático (aunque en forma figurada) es un intento de ir ligando progresivamente dichas cantidades.

3. En este tercer nivel encontramos un aparato ya estructurado. Existen los deseos y las pulsiones por un lado y la represión por el otro. De este ínter juego surgen síntomas y distintos productos psíquicos. Así la vuelta de lo reprimido es una amenaza para el aparato

En general el paciente internado en la UC. atraviesa una situación equiparable al nivel 2.

¿Qué actitud toma el consultor en estos casos?

En un primer momento ofrece como respuesta terapéutica su presencia acompañante y contenedora.

Cumple una función equivalente a la de la madre con el bebé.

Permite empezar a ligar una cantidad que es inespecífica.

Esto es lo que el Dr. Bion llama función de “reverie” o de ensoñación.

El aparato psíquico de la madre cualifica las excitaciones en términos de emociones.

Este es el modelo utilizado por el consultor en un primer momento.

En un 2º momento se intenta desarrollar la problemática del paciente tratando de llevarla a una situación equiparable a la descrita en el nivel 3.

Es decir, se trabaja como si fuese un paciente neurótico.

Se tiende a cualificar, a estimular la explicitación de la historia personal, familiar y de los acontecimientos previos a la aparición de la enfermedad.

De ésta manera se trata que el paciente se haga cargo de su historia de lo patológico que hubo en ella y elija nuevos patrones de conducta.

Para terminar queremos transmitirles algunas observaciones sobre como reaccionaron los pacientes frente al impacto del Infarto Agudo de Miocardio según los distintos grupos etarios.

El paciente que tiene entre 40 y 50 años es común que viva al IAM como algo extemporáneo, fuera de lugar y que lo tienda a minimizar.

Sea un trabajador independiente o en relación de dependencia, la internación en la UC. interrumpe un ritmo activo de vida que debe ser recuperado cuanto antes.

En el paciente entre 50 y 60 años el IAM es registrado como un hito importante y la internación en la UC. es aprovechada para hacer una reflexión sobre cómo ha organizado su vida hasta ese momento y que es lo que debe modificar a su salida de la internación para que esa situación no se repita.

De los 60 a los 70 años está muy presente el cambio que significa para una persona el pasaje de la etapa activa a la pasiva que sobreviene con la jubilación, situación que puede ir acompañada de negación y rechazo.

Es dable observar que algunas personas siguen llevando un ritmo activo aunque dedicados a objetivos distintos al remunerativo, como filantropía, comisión de clubes, etc.

El IAM es vivido por estos pacientes como un alerta.

A partir de los 70 años generalmente nos encontramos con pacientes viudos que a veces viven con sus hijos de los cuales dependen, otras veces vueltos a casar.

El IAM no interrumpe una vida activa pero reactiva viejos duelos, fundamentalmente el duelo por la propia vida.

Con esto creemos haber dado un sintético pantallazo de nuestra tarea que se desarrolló a lo largo de 4 años.

Los hemos aproximado a un aspecto y a una línea de trabajo no convencional. A cómo se fue desarrollando y recreando con la experiencia.

Descubriendo nuevas instancias y formas de abordaje tanto respecto del paciente como de la familia.

También estrechamos el vínculo con la tarea y mejoramos el diálogo con los médicos

Lic. Rebeca Cohen